

CONFIDENTIEL

Le 5 décembre 2025

N/Réf. : [REDACTED]

Objet : Réponse à votre demande d'accès à l'information

Bonjour.

Par la présente, je donne suite à votre demande d'accès à l'information que j'ai reçue le 5 novembre dernier, par laquelle vous nous demandez une copie de « *tous mémoires ayant été déposés à l'Assemblée nationale du Québec portant sur les services de soutien à domicile ou d'hébergement de longue durée (peu importe le type de ressources responsables de ces services) et avoir été publiés entre 1990 et 2025* ».

Décision

Vous trouverez ci-joint les mémoires du Protecteur du citoyen que nous avons trouvés en lien avec votre demande.

Par ailleurs, veuillez noter que le mandat de veiller au respect des droits des usagers et usagères du réseau de la santé et des services sociaux, en traitant leurs plaintes en deuxième recours, principalement, n'a été confié au Protecteur du citoyen qu'en 2006.

Conformément à l'article 51 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, je vous informe que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note relative à l'exercice de ce recours.

Si vous désirez plus de renseignements sur la décision, vous pouvez nous écrire à l'adresse acces@protecteurducitoyen.qc.ca, en mentionnant le numéro de votre dossier en objet.

Veuillez recevoir mes salutations distinguées.

ORIGINAL SIGNÉ

Mélanie Ouellette
Responsable de l'accès aux documents
et de la protection des renseignements personnels

p. j.

AVIS DE RECOURS

À la suite d'une décision rendue en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Révision

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision. La demande de révision doit être faite par écrit et elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

Les coordonnées de la Commission d'accès à l'information sont les suivantes :

QUÉBEC

Bureau 2.36
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5S9

Téléphone : 418 528-7741
Télécopieur : 418 529-3102
Téléphone sans frais : 1 888 528-7741

MONTREAL

Bureau 900
2045, rue Stanley
Montréal (Québec) H3A 2V4

Téléphone : 514 873-4196
Télécopieur : 514 844-6170
Téléphone sans frais : 1 888 528-7741

Courrier électronique : cai.communications@cai.gouv.qc.ca

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La Loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

ANNEXE

Textes des dispositions sur lesquels la décision s'appuie

RLRQ, chapitre A-2.1

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. La présente loi s'applique aux documents détenus par un organisme public dans l'exercice de ses fonctions, que leur conservation soit assurée par l'organisme public ou par un tiers.

Elle s'applique quelle que soit la forme de ces documents: écrite, graphique, sonore, visuelle, informatisée ou autre.

47. Le responsable doit, avec diligence et au plus tard dans les vingt jours qui suivent la date de la réception d'une demande:

1° donner accès au document, lequel peut alors être accompagné d'informations sur les circonstances dans lesquelles il a été produit;

1.1° donner accès au document par des mesures d'accommodement raisonnables lorsque le requérant est une personne handicapée;

2° informer le requérant des conditions particulières auxquelles l'accès est soumis, le cas échéant;

3° informer le requérant que l'organisme ne détient pas le document demandé ou que l'accès ne peut lui y être donné en tout ou en partie;

4° informer le requérant que sa demande relève davantage de la compétence d'un autre organisme ou est relative à un document produit par un autre organisme ou pour son compte;

5° informer le requérant que l'existence des renseignements demandés ne peut être confirmée;

6° informer le requérant qu'il s'agit d'un document auquel le chapitre II de la présente loi ne s'applique pas en vertu du deuxième alinéa de l'article 9;

7° informer le requérant que le tiers concerné par la demande sera avisé par avis public;

8° informer le requérant que l'organisme demande à la Commission de ne pas tenir compte de sa demande conformément à l'article 137.1.

Si le traitement de la demande dans le délai prévu par le premier alinéa ne lui paraît pas possible sans nuire au déroulement normal des activités de l'organisme public, le responsable peut, avant l'expiration de ce délai, le prolonger d'une période n'excédant pas 10 jours. Il doit alors en donner avis au requérant par écrit dans le délai prévu par le premier alinéa.

51. Lorsque la demande est écrite, le responsable rend sa décision par écrit et en transmet copie au requérant et, le cas échéant, au tiers qui a présenté des observations conformément à l'article 49.

La décision doit être accompagnée du texte de la disposition sur laquelle le refus s'appuie, le cas échéant, et d'un avis les informant du recours en révision prévu par la section III du chapitre IV et indiquant notamment le délai pendant lequel il peut être exercé.

135. Une personne dont la demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels peut demander à la Commission de réviser cette décision.

Une personne qui a fait une demande en vertu de la présente loi peut demander à la Commission de réviser toute décision du responsable sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur l'application de l'article 9 ou sur les frais exigibles.

Ces demandes doivent être faites dans les trente jours qui suivent la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé par la présente loi au responsable pour répondre à une demande. La Commission peut toutefois, pour un motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter ce délai.

137. La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée.

Avis en est donné à l'organisme public par la Commission.

Lorsque la demande de révision porte sur le refus de communiquer un renseignement fourni par un tiers, la Commission doit en donner avis au tiers concerné.

Lorsque la Commission, après avoir pris des moyens raisonnables pour aviser un tiers par la transmission d'un écrit, ne peut y parvenir, elle peut l'aviser autrement, notamment par avis public dans un journal diffusé dans la localité de la dernière adresse connue du tiers. S'il y a plus d'un tiers et que plus d'un avis est requis, les tiers ne sont réputés avisés qu'une fois diffusés tous les avis.



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
du Québec

**Mémoire du Protecteur du citoyen
sur le projet de loi n° 83 – Loi modifiant
la Loi sur les services de santé et
les services sociaux et d’autres
dispositions législatives**

**Présenté à la
Commission des affaires sociales**

**Québec
Janvier 2005**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 LE NOUVEAU MANDAT DU PROTECTEUR DU CITOYEN DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	3
1.1 Les avantages de la réforme envisagée	5
1.1.1 L'indépendance.....	5
1.1.2 La reconnaissance de l'importance du réseau et de l'expertise requise	6
1.1.3 Un lieu unique qui lève la confusion actuelle, un recours facilité pour le citoyen.....	6
1.1.4 Une fonction exclusive pour les commissaires locaux et régionaux aux plaintes	8
1.2 Certaines améliorations à apporter au projet, certaines préoccupations à soumettre.....	9
1.2.1 La consultation pour la nomination du vice-protecteur et l'indépendance du Protecteur du citoyen	9
1.2.2 Une disposition transitoire concernant l'adjoint au Protecteur du citoyen.....	11
1.2.3 Autres préoccupations à soumettre, autres améliorations à apporter	12
1.2.3.1 L'accès du Protecteur du citoyen aux renseignements nécessaires à l'exercice de sa fonction	12
1.2.3.2 Le droit de regard en cas de rejet d'une plainte jugée frivole, vexatoire ou de mauvaise foi par le commissaire aux plaintes.....	13
1.2.3.3 La mention du Protecteur des usagers à l'annexe 1 de la Loi sur l'administration financière.....	14
1.3 La nécessité de compléter la réforme.....	15

2	COMMENTAIRES SUR CERTAINS ASPECTS DE LA RÉFORME	16
2.1	L'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux	16
2.1.1	Le droit de porter plainte auprès des commissaires locaux et des commissaires régionaux aux plaintes	17
2.1.2	Le financement des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes	18
2.1.3	Le maintien de l'obligation de formuler une plainte écrite auprès du comité de révision.....	18
2.1.4	Le médecin examinateur	19
2.2	Le droit de regard sur les résidences privées d'hébergement pour personnes âgées	20
2.2.1	Le processus de certification : une avenue intéressante	21
2.2.2	Les résidences privées non certifiées : des risques à calculer.....	22
2.3	La circulation et la conservation des renseignements de santé.....	23
2.3.1	La circulation de l'information sans le consentement de l'utilisateur dans les réseaux locaux de santé	23
2.3.1.1	Portrait de la situation après les modifications	23
2.3.1.2	L'impact des changements	25
2.3.2	La conservation des renseignements personnels, avec le consentement de l'utilisateur, sur une base régionale.....	27
2.3.2.1	La circulation des renseignements conservés.....	28
2.3.2.2	Les recours de l'utilisateur en matière d'accès et de protection des renseignements personnels	29
	CONCLUSION.....	31
	LISTE DES RECOMMANDATIONS	33

INTRODUCTION

Avec mes collaborateurs, j'ai pris connaissance du projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

Ce projet comprend plusieurs objets. Il vise d'abord à soutenir le nouveau mode d'organisation et de distribution des soins et des services mis en place en 2003, notamment par l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de développement des réseaux de santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux. À cet égard, entre autres, il crée des réseaux universitaires intégrés de santé (les RUIS), modifie la composition et le processus électoral des conseils d'administration des établissements et agences, puis il introduit un processus de certification des résidences pour personnes âgées.

Il apporte aussi des modifications visant l'amélioration de la qualité des services, le régime d'examen des plaintes et le respect des droits des usagers. À cet égard, il touche au rôle du commissaire local ou régional aux plaintes et introduit l'obligation pour un établissement de créer un comité de vigilance et de mettre sur pied un ou des comités des usagers. Enfin, modification majeure en ce qui me concerne, il confère au Protecteur du citoyen les fonctions exercées jusqu'ici par le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (le Protecteur des usagers)¹.

Vous comprendrez donc que mes premiers commentaires porteront sur ce nouveau mandat que, disons-le d'emblée, j'accueille avec enthousiasme, étant bien consciente de la taille du défi. À cet égard, je sou mets des propositions visant à améliorer le projet, notamment pour préciser certains pouvoirs de l'actuel Protecteur des usagers et suggérer au législateur de compléter cette réforme visant à assurer l'indépendance de la fonction d'ombudsman à l'égard de la santé et des services sociaux en intégrant rapidement, dans la Loi sur le Protecteur du citoyen (LPC), les dispositions de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (LPU).

Comme l'une des nouvelles fonctions que l'on désire me confier consiste à agir comme palier ultime du régime d'examen des plaintes des usagers du réseau de la santé et des services sociaux,

¹. Pour éviter toute confusion, lorsqu'on utilise le mot Protecteur seul dans le présent texte, il est fait référence au Protecteur du citoyen.

je ferai également des commentaires et des suggestions sur les mécanismes d'examen des plaintes pour m'assurer que toutes les plaintes des usagers puissent être examinées conformément à la loi. De même, je m'attarderai à la compétence concernant les résidences d'hébergement pour personnes âgées.

Je commenterai enfin le dernier volet du projet qui touche la conservation et la circulation de l'information de santé, lorsque nécessaire à la prestation de soins et de services ou à la prise en charge du citoyen.

1 LE NOUVEAU MANDAT DU PROTECTEUR DU CITOYEN DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le Protecteur du citoyen se réjouit de la proposition du projet de loi d'élargir son mandat en lui confiant la responsabilité d'agir comme ombudsman du réseau de la santé et des services sociaux, comme il le fait depuis 1968 pour l'ensemble de l'administration gouvernementale québécoise.

J'accueille donc ce nouveau rôle avec enthousiasme, tout en étant consciente de la taille du défi que j'entends relever avec l'équipe du Protecteur des usagers qui se joindra à mon personnel lors de l'entrée en vigueur de la loi.

L'idée d'élargir le mandat au Protecteur du citoyen pour couvrir le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas nouvelle.

Ainsi, en 1990, à l'occasion de l'examen par la Commission des institutions de l'Assemblée nationale du mandat du Protecteur du citoyen, celui-ci, appuyé par plusieurs groupes, avait demandé l'élargissement de son mandat aux établissements ou instances du réseau des services de santé et de services sociaux².

Le législateur fit, par la suite, un autre choix en confiant, en 1991, au Commissaire aux plaintes, nommé dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux³, un rôle d'examen des plaintes sous cette loi, puis, en 2001, en adoptant la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives⁴. Le Protecteur des usagers succédait alors à ce Commissaire aux plaintes.

Voici ce que j'invoquais lors de mon intervention sur le projet de loi, en ce qui concerne l'indépendance de cette institution :

« En mars dernier, le Protecteur du citoyen faisait valoir devant les membres de la Commission Clair la nécessité pour les usagers du réseau de la santé et des services sociaux de pouvoir soumettre leurs plaintes à une dernière instance

² ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION DES INSTITUTIONS, *Examen du mandat, des orientations, des activités et de la gestion du Protecteur du citoyen*, Document de consultation, septembre 1990, p. 7-8.

³ Lors de l'adoption en 1991 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. L.Q. 1991, c. 42, art. 55 et suivants.

⁴ L.R.Q., c. P-31.1.

indépendante du pouvoir exécutif. Le lien de dépendance du Protecteur des usagers à l'endroit du ministre de la Santé et des Services sociaux subsiste dans le projet de loi puisque le gouvernement nomme le Protecteur des usagers et que celui-ci relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce lien entache l'image d'indépendance et d'impartialité.

Je demeure convaincue que le Protecteur des usagers devrait posséder les caractéristiques d'un ombudsman de type parlementaire. Il devrait en conséquence être nommé par l'Assemblée nationale et lui faire rapport.

Si ce n'est pas le cas, il est à craindre que la désignation du titulaire comme Protecteur des usagers sème la confusion chez les usagers et dans la population en ce qui concerne le mandat de ce dernier et celui du Protecteur du citoyen, et également en laissant croire que son statut est profondément modifié et se compare à celui du Protecteur du citoyen. Pour éviter une telle confusion, il serait souhaitable que le titulaire de ce poste conserve l'actuel titre de Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux. »⁵

Mon appréhension, en ce qui concerne le risque de confusion entre le Protecteur du citoyen et le Protecteur des usagers, s'est hélas avérée fondée, tant en ce qui concerne les citoyens qui se sont souvent adressés à la mauvaise institution que, parfois, à la lecture des manchettes des journaux!

En juin 2004, le groupe de travail sur les mécanismes d'examen des plaintes, formé par le ministre de la Santé et des Services sociaux écrivait :

« Enfin, la crédibilité d'un mécanisme d'examen des plaintes dont le palier d'appel est interne reste questionnable. Les membres du groupe de travail, tout comme bon nombre de personnes et de groupes consultés, sont d'avis que pour asseoir la crédibilité de l'ensemble des mécanismes des plaintes, le recours de deuxième niveau doit être indépendant du ministère qui gère le réseau de la santé et des services sociaux. Le groupe de travail propose deux scénarios :

⁵. LE PROTECTEUR DU CITOYEN, lettre du 30 mai 2001 à Monsieur Rémy Trudel, ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux. Copie transmise aux leaders du gouvernement et de l'opposition officielle, au député de Rivière-du-Loup et aux membres de la Commission des affaires sociales et de la Commission des institutions de l'Assemblée nationale.

- le rattachement du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux à l'Assemblée nationale;
- le rattachement du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux au Protecteur du citoyen.⁶

Le ministre a opté pour le scénario du rattachement au Protecteur du citoyen.

1.1 Les avantages de la réforme envisagée

Le Protecteur du citoyen est globalement d'accord avec les modifications à la Loi sur le Protecteur des usagers et à la Loi sur le Protecteur du citoyen qui visent à lui accorder la compétence et lui confier les fonctions exercées jusqu'à maintenant par le Protecteur des usagers.

1.1.1 L'indépendance

Le projet de loi n° 83 confère une plus grande indépendance à la fonction de Protecteur des usagers en l'intégrant au Protecteur du citoyen, personne désignée par l'Assemblée nationale pour exercer une fonction qui en relève et à qui seule elle rend compte.

Ainsi, selon le nouvel article 1 LPU (art. 208, projet de loi n° 83), c'est « le Protecteur du citoyen nommé en application de la Loi sur le Protecteur du citoyen qui exerce les fonctions du Protecteur des usagers... ».

Les employés du Protecteur des usagers en fonction deviennent en conséquence, en vertu de l'article 278 du projet de loi, des employés du Protecteur du citoyen. Il appartiendra à celui-ci, selon l'article 12 de la Loi sur le Protecteur du citoyen, de définir leurs devoirs, diriger leur travail et leur déléguer ses pouvoirs. Par ailleurs, les fonctions de conseil au ministre et d'encadrement du processus d'examen des plaintes dans le réseau ne sont pas dévolues au Protecteur du citoyen, ce qui assure ainsi la distance et l'indépendance recherchées. Enfin, c'est par le dépôt du rapport annuel à l'Assemblée nationale que la reddition de compte sera assurée aux élus.

⁶. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du groupe de travail sur les mécanismes d'examen des plaintes*, juin 2004, p. 46.

Désormais, le palier ultime d'examen des plaintes à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux relèvera de l'Assemblée nationale.

1.1.2 La reconnaissance de l'importance du réseau et de l'expertise requise

La création d'un nouveau poste de vice-protecteur du citoyen, équivalant à celui qui existe déjà d'adjoint au Protecteur du citoyen, dont le titre est modifié pour celui de vice-protecteur, reflète l'importance que l'on veut accorder au secteur de la santé et des services sociaux au sein du Protecteur du citoyen.

En effet, l'article 4 LPC, si la modification apportée par l'article 227 du projet de loi est adoptée telle quelle, prévoira la nomination de deux vice-protecteurs du citoyen sur recommandation du Protecteur du citoyen dont l'un, nommé après consultation d'organismes représentatifs du milieu de la santé et des services sociaux, exerce principalement les fonctions dévolues au Protecteur du citoyen et prévues à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et des services sociaux. L'autre vice-protecteur sera principalement responsable de l'exercice des fonctions du Protecteur du citoyen prévues à la LPC, c'est-à-dire à l'égard des organismes publics au sens de cette loi.

Toutefois, et j'y reviendrai, l'introduction dans la Loi sur le Protecteur du citoyen d'une consultation préalable d'organismes représentatifs du milieu de la santé et des services sociaux à la nomination, sur ma recommandation, de ce vice-protecteur, constitue une mesure inédite qui suscite chez-moi, une forte réserve.

1.1.3 Un lieu unique qui lève la confusion actuelle, un recours facilité pour le citoyen

L'intégration du Protecteur des usagers et de son personnel chez le Protecteur du citoyen, outre d'assurer l'indépendance de la fonction à l'égard du ministre de la Santé et des Services sociaux, a pour effet de lever en partie l'ambiguïté des deux dénominations actuelles qui sont souvent confondues.

Plusieurs des modifications à l'actuelle LPU viennent enlever certaines restrictions ou constituent des assouplissements. En harmonisant la procédure du Protecteur des usagers avec celle du Protecteur du citoyen, qui a toujours misé sur la souplesse plutôt que sur un

processus formel, le projet de loi apporte donc une amélioration au régime d'examen des plaintes dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Ainsi, je suis notamment en accord avec les modifications suivantes.

Souplesse de la procédure

L'article 9 LPU est modifié (article 213 du projet de loi) en supprimant l'obligation pour le Protecteur, lorsqu'il conduit une enquête, d'établir les règles de procédure applicables à l'enquête et de les transmettre à toute personne dont le témoignage est requis devant lui. La LPC, à ses articles 24 et 25 qui confèrent les mêmes pouvoirs au Protecteur du citoyen, ne pose pas cette obligation formelle, laissant ainsi plus de souplesse dans de tels cas. Bien entendu, dans l'éventualité d'une telle enquête (soulignons que, de mémoire institutionnelle, ces pouvoirs n'ont été utilisés, en 35 ans, qu'à deux ou trois reprises), celle-ci devrait se faire suivant les principes de droit déterminés clairement par la jurisprudence.

Respect du devoir d'agir équitablement

Dans la même veine, le projet modifie, à l'article 220, l'article 22 LPU pour remplacer le mot « équité » par l'expression « dans le respect du devoir d'agir équitablement ». Le concept d'« équité » réfère à l'un des pôles d'action du Protecteur du citoyen⁷, les autres étant ceux de la « raisonnable » et de la légalité⁸. Il y a donc lieu d'éviter toute confusion entre ce concept et la procédure que doit suivre le Protecteur. À cet égard, l'expression « dans le respect du devoir d'agir équitablement » est plus appropriée, étant celle utilisée à l'article 3 de la Loi sur la justice administrative⁹, appuyée par un important corpus jurisprudentiel et doctrinal.

La plainte verbale

Une autre disposition simplifie et facilite la procédure de plainte, en modifiant l'article 10 LPU (par l'article 214 du projet) pour prévoir la possibilité d'adresser une plainte verbale au

⁷. Pour un exposé plus complet sur la nature de l'action du Protecteur du citoyen, sa compétence et ses pouvoirs, voir : LE PROTECTEUR DU CITOYEN, *L'intervention en équité*, 2004, [En ligne], www.ombuds.gouv.qc.ca/fr/publications/discours/equite/pdf.

⁸. Ibid.

⁹. L.R.Q., c. J-3.

Protecteur, tout en lui accordant le pouvoir d'exiger qu'elle soit écrite, lorsqu'il le juge nécessaire. Le Protecteur du citoyen accueille avec satisfaction cette disposition qui facilite l'exercice des recours.

Un pouvoir d'intervention amélioré

La modification de l'article 20 LPU (article 219 du projet de loi), par la suppression du 2^e alinéa lève les restrictions et conditions à l'intervention du Protecteur des usagers. Actuellement, celui-ci doit subordonner son action au processus d'examen des plaintes des établissements et agences, sauf en certaines circonstances précises¹⁰. Désormais, ces contraintes n'existeront plus, ce qui confirme clairement l'indépendance du recours.

1.1.4 Une fonction exclusive pour les commissaires locaux et régionaux aux plaintes

Les articles 9 et 26 du projet de loi apportent une modification significative au statut du commissaire local aux plaintes et du commissaire régional aux plaintes en énonçant que ceux-ci exercent désormais exclusivement leurs fonctions, telles que décrites aux articles 33 et 66 LSSSS.

J'accueille favorablement cette modification de nature à renforcer l'impartialité et donc la crédibilité des commissaires locaux et régionaux.

Je profite de l'occasion pour demander au ministre de leur assurer le soutien que requiert l'exercice de leurs fonctions. Je pense entre autres à la formation continue et à tout moyen leur permettant de bien comprendre et assumer pleinement leur rôle au sein de leurs organisations.

¹⁰. Article 20, 2^e alinéa : « Le Protecteur des usagers n'intervient à l'égard de l'acte ou de l'omission d'une instance visée au premier alinéa, que lorsqu'il juge que l'exercice du recours risque d'être vraisemblablement compromis, est inutile ou illusoire, soit en raison d'un danger de représailles envers la personne ou le groupe de personnes concernées, soit en raison d'un contexte de vulnérabilité particulière ou d'une situation d'abandon de la clientèle ciblée, soit enfin dans tout autre cas qui, à son avis, justifie une intervention immédiate de sa part, notamment sur des questions mettant en cause la protection des usagers, la reconnaissance et le respect de leurs droits. »

1.2 Certaines améliorations à apporter au projet, certaines préoccupations à soumettre

1.2.1 La consultation pour la nomination du vice-protecteur et l'indépendance du Protecteur du citoyen

Le processus de nomination du Protecteur du citoyen par l'Assemblée nationale, édicté à l'article 1 de la Loi sur le Protecteur du citoyen, à savoir sur proposition du premier ministre et avec l'approbation des deux tiers des membres de celle-ci, assure au Protecteur l'indépendance nécessaire à l'exercice de sa fonction.

Le législateur a par ailleurs créé, en 1968, le poste d'adjoint au Protecteur du citoyen pour seconder celui-ci dans l'exercice de ses fonctions. Si cet adjoint du Protecteur, dorénavant appelé vice-protecteur pour mieux refléter son véritable rôle, est pour sa part nommé par le gouvernement en vertu de l'article 4 LPC, il ne peut l'être que sur recommandation du Protecteur, préservant ainsi l'entière indépendance de celui-ci à l'égard du gouvernement. L'exigence de la recommandation du Protecteur est donc essentielle pour garantir cette indépendance, pour éviter un affaiblissement de l'institution qui risquerait de survenir par une nomination unilatérale du gouvernement, et pour assurer une nécessaire complicité entre le Protecteur et son adjoint, ou vice-protecteur, dans la direction de l'institution.

En lui confiant dorénavant la compétence sur le réseau de la santé et des services sociaux, le projet de loi donne au Protecteur du citoyen un autre vice-protecteur, qui sera lui aussi nommé sur sa recommandation. Ce vice-protecteur exercera principalement les fonctions dévolues au Protecteur en vertu de la loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (article 4 LPC modifié par l'article 227 du projet). Il s'agit là, à la fois d'un soutien nécessaire pour l'exercice de cette nouvelle compétence et de la reconnaissance de la spécificité du milieu de la santé et des services sociaux.

Je m'interroge toutefois sérieusement sur l'obligation d'une consultation des organismes représentatifs du milieu de la santé et des services sociaux, qu'elle soit effectuée par le gouvernement ou par le Protecteur du citoyen (le texte de l'article 4 LPC proposé me semble permettre les deux interprétations), et sur le problème qu'elle pose à l'égard de l'indépendance de l'institution.

Même si l'obligation de consulter ces milieux n'empêche pas le Protecteur du citoyen de recommander au gouvernement la nomination de la personne qu'il juge la plus apte à

exercer cette nouvelle fonction, l'exercice même de la consultation ne risque-t-il pas d'entacher l'apparence d'indépendance de l'institution, voire l'indépendance même de celle-ci et la crédibilité de la nomination?

Qu'entend-on par l'expression « organismes représentatifs du milieu de la santé et des services sociaux »? Les associations patronales? Les associations syndicales? Les groupes communautaires de promotion et de défense des droits, les regroupements de comités d'usagers? N'existe-t-il pas un risque que l'on perçoive la nomination de ce vice-protecteur comme l'aboutissement d'un processus « paritaire »?

La consultation s'avère utile et parfois essentielle pour la nomination de certains dirigeants d'organismes, compte tenu de la nature des organismes et du régime qu'ils administrent, comme dans le cas du régime québécois de santé et de sécurité du travail, régime paritaire issu d'un pacte social intervenu au début du siècle dernier, alors que le gouvernement nomme le président de la Commission de la santé et de la sécurité du travail après consultation des associations syndicales et des associations d'employeurs les plus représentatives¹¹.

Il me semble qu'une consultation est non appropriée dans ce cas-ci.

Le seul fait que le nouvel article 4 LPC prévoit que le nouveau vice-protecteur exercera principalement les fonctions anciennement exercées par le Protecteur des usagers, m'apparaît suffisant pour garantir la reconnaissance et la spécificité de la fonction et fera en sorte que le Protecteur du citoyen verra à recommander et, le gouvernement à nommer, une personne qualifiée et apte à remplir les exigences du poste.

Le législateur n'a pas jugé bon, en 1968, d'exiger une telle consultation pour la nomination de l'adjoint au Protecteur du citoyen. Il n'a pas envisagé de consulter, par exemple, les groupes de citoyens, les associations d'accidentés du travail et de la route ou les autres regroupements sociaux et économiques.

D'ailleurs, je constate que, lorsqu'il a créé en 2001 la fonction de Protecteur des usagers, le législateur n'a pas cru opportun non plus d'imposer une telle consultation avant de procéder à la nomination de cette personne. Pourquoi en serait-il autrement aujourd'hui?

¹¹. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, L.R.Q., c. S-2.1, art. 141.

Par ailleurs, lorsque je compare le mode de nomination de ce nouveau vice-protecteur avec celui prévu dans l'avant-projet de loi intitulé Loi sur le développement durable, déposé à l'Assemblée nationale le 25 novembre 2004 par le ministre de l'Environnement, pour un nouveau vérificateur général adjoint qui porte le titre de commissaire au développement durable, je constate qu'on ne pose pas non plus d'exigence de consultation préalable, l'article 23 de l'avant-projet énonce :

« 23 L'article 17 de la Loi sur le vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01) est remplacé par le suivant :

17 Le vérificateur général nomme, avec l'approbation du Bureau de l'Assemblée nationale, un vérificateur général adjoint, qui porte le titre de commissaire au développement durable, pour l'assister principalement dans l'exercice de ses fonctions relatives à la vérification en matière de développement durable... »

Étant d'avis que la consultation des organismes représentatifs du milieu de la Santé et des services sociaux avant la nomination de ce vice-protecteur touche à la fois à l'indépendance de la fonction du Protecteur du citoyen et à son unicité, et croyant que le fait de prévoir à la loi que ce vice-protecteur exerce principalement les fonctions jusqu'alors dévolues au Protecteur des usagers est suffisant pour assurer la reconnaissance de la spécificité de la fonction et garantir la nomination d'une personne compétente, je fais la recommandation suivante :

1. Que l'article 227 du projet de loi, qui modifie l'article 4 de la Loi sur le Protecteur du citoyen prévoie que le vice-protecteur qui exercera principalement les fonctions dévolues au Protecteur du citoyen et prévues à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux soit nommé par le gouvernement sur la recommandation du Protecteur du citoyen.

1.2.2 Une disposition transitoire concernant l'adjoint au Protecteur du citoyen

L'article 271 du projet de loi est une disposition transitoire prévoyant que le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux en poste à la date de l'entrée en vigueur

de l'article demeure en fonction à titre de vice-protecteur du citoyen jusqu'à ce qu'il soit nommé de nouveau ou remplacé. L'article 4 de LPC (modifiée par l'article 227 du projet de loi) prévoit que l'adjoint au Protecteur du citoyen portera dorénavant le titre de vice-protecteur. Je désire m'assurer que l'adjoint au Protecteur du citoyen demeure également en fonction jusqu'à la fin de son mandat, mais à titre de vice-protecteur lors de l'entrée en vigueur de la loi. En conséquence, je recommande :

2. Que l'on introduise dans la loi une disposition transitoire prévoyant que l'adjoint au Protecteur du citoyen, en poste lors de l'entrée en vigueur de la loi, demeure en fonction à titre de vice-protecteur jusqu'à la fin de son mandat.

1.2.3 Autres préoccupations à soumettre, autres améliorations à apporter

1.2.3.1 L'accès du Protecteur du citoyen aux renseignements nécessaires à l'exercice de sa fonction

L'accès du Protecteur à tous les renseignements nécessaires à l'exercice de sa compétence à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux est indispensable. Je désire donc m'assurer que cet accès ne sera pas diminué ou affecté de quelque manière par les modifications du projet de loi. L'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), qui pose les règles de la confidentialité du dossier de l'utilisateur, est remanié substantiellement par le projet de loi.

Selon ma compréhension, le pouvoir du Protecteur des usagers, qui deviendra celui du Protecteur du citoyen, d'obtenir communication des renseignements et accès au dossier de l'utilisateur, n'est pas affecté par le projet de loi. En effet, l'article 14 LPU énonce, en ce qui concerne les fonctions du Protecteur des usagers d'examiner la plainte d'un usager qui est en désaccord avec les conclusions du commissaire local ou régional aux plaintes en vertu de l'article 8 LPU, que « le plaignant et toute autre personne ainsi que tout établissement et toute régie régionale (sic), doivent fournir au Protecteur des usagers tous les renseignements ainsi que (...) tous les documents qu'il exige pour l'examen de la plainte, y compris, malgré l'article 19 de cette loi, l'accès et la communication de renseignements ou de documents contenus dans le dossier de l'utilisateur. »

De plus, en ce qui concerne le pouvoir du Protecteur d'intervenir de sa propre initiative, énoncé à l'article 20 LPU, l'article 22 LPU prévoit que cet article 14 s'applique, compte tenu des adaptations nécessaires à cette intervention.

Je comprends donc que le pouvoir du Protecteur du citoyen est préservé à l'égard de sa nouvelle compétence.

1.2.3.2 Le droit de regard en cas de rejet d'une plainte jugée frivole, vexatoire ou de mauvaise foi par le commissaire aux plaintes

Actuellement, en vertu de l'article 8 LPU, le Protecteur des usagers peut examiner la plainte d'un usager qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire local ou régional en application du paragraphe 6° du deuxième alinéa de l'article 33 LSSSS ou du paragraphe 6° du deuxième alinéa de l'article LSSSS ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu des articles 40 ou 72 de cette loi.

Or, ce sont les articles 35 et 68 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux qui permettent au commissaire local ou régional aux plaintes de rejeter, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Certains pourraient en conséquence prétendre que, lorsque la plainte d'une personne est rejetée en vertu de ces dispositions, celle-ci ne peut en demander la révision auprès du Protecteur des usagers puisqu'il ne s'agit pas d'une conclusion rendue en vertu du paragraphe 6° des articles 33 ou 66 de la LSSSS. Le Protecteur du citoyen croit qu'une interprétation large et libérale de la loi réparatrice que constitue la LPU devrait faire en sorte que le commissaire aux plaintes, lorsqu'il rejette une plainte pour de tels motifs en vertu des articles 35 ou 68 LSSSS, doit en même temps rendre des conclusions motivées en vertu des articles 33 ou 66 LSSSS, permettant ainsi le recours au Protecteur des usagers.

Cependant, je suis d'avis que l'occasion est bonne pour dissiper toute ambiguïté sur cette question. En conséquence, je formule la recommandation suivante :

3. Que l'article 8 de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et des services sociaux soit modifié afin de prévoir explicitement son pouvoir d'examiner la décision rendue par les commissaires locaux ou régionaux de rejeter une plainte en vertu des articles 35 et 68 de la Loi sur les Services de santé et des Services sociaux, au motif qu'elle est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

1.2.3.3 La mention du Protecteur des usagers à l'annexe 1 de la Loi sur l'administration financière

Les modifications apportées à la LPU m'ont amenée à vérifier si, dans les autres lois que la LSSSS, il subsistait mention du Protecteur des usagers, susceptible de créer ainsi une incompatibilité avec le nouveau statut du Protecteur des usagers, partie intégrante du Protecteur du citoyen. Cet examen des lois, dans leur état actuel, ne m'a pas semblé soulever de problèmes, sauf dans un cas, alors que l'on retrouve la mention du Protecteur des usagers à l'annexe 1 de la Loi sur l'administration financière¹².

Dans le projet de loi n° 85, Loi sur le Centre de services administratifs (présenté il est vrai à l'Assemblée nationale après le projet de loi n° 83), on prévoit que le Centre de services administratifs a pour mission de fournir ou de rendre accessibles aux organismes publics les biens et services administratifs dont ils ont besoin (article 4). L'article 7 de ce projet prévoit aussi que, pour l'application de cette loi, sont notamment des organismes administratifs les personnes énumérées à l'annexe 1 de la Loi sur l'administration financière. Le Protecteur des usagers y est énuméré comme un « organisme budgétaire » au sens de l'article 2 LAF. Cette mention se comprend bien si la LPU n'est pas modifiée dans la mesure prévue au présent projet de loi, mais sera incompatible avec le statut du Protecteur du citoyen si le projet de loi n° 83 est adopté.

Par ailleurs, l'article du projet de loi n° 85 prévoit que « toute personne nommée ou désignée par l'Assemblée nationale » peut requérir un service disponible du centre, ce qui s'applique à l'institution du Protecteur du citoyen.

¹². L.R.Q., c. A.6.001.

Il y a donc lieu de modifier l'annexe 1 de la Loi sur l'administration financière pour y supprimer la mention du Protecteur des usagers, pour tenir compte des modifications qui seront faites à la LPU et à la LPC, lors de l'adoption du projet de loi n° 83. En conséquence, je recommande :

4. Que l'annexe 1 de la Loi sur l'administration financière soit modifiée pour y supprimer la mention du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

1.3 La nécessité de compléter la réforme

Tout en étant heureuse et enthousiaste d'accueillir le nouveau mandat qui m'est confié, et tout en constatant que plusieurs mesures sont déjà prévues pour me permettre de l'exercer pleinement, je suis cependant d'avis que le projet de loi est inachevé sur un aspect important. Le maintien en vigueur de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, en conservant le titre d'une fonction qui n'existera plus puisqu'elle sera exercée par le Protecteur du citoyen, perpétue la confusion déjà existante, tant pour les usagers que pour les acteurs du réseau.

Je suis consciente que sur le plan de la logistique, il fallait agir rapidement et que le délai était court entre la remise au ministre du rapport du Groupe de travail sur les mécanismes d'examen des plaintes, en juin 2004 et la rédaction du projet de loi. Je constate également qu'il s'agit d'un projet de loi d'envergure (à preuve, il comporte 282 articles), et que le ministre souhaitait rencontrer son échéance de le déposer en décembre 2004.

Cependant, je suis d'avis qu'il faut, pour compléter cette réforme, donner immédiatement le coup de barre nécessaire en intégrant le mandat du Protecteur des usagers dans la LPC.

En effet, la nouvelle réalité découlant du projet de loi et des modifications à la LPU et la LPC veut que ces fonctions seront dorénavant exercées par le Protecteur du citoyen. Dès l'entrée en vigueur de la loi, le Protecteur des usagers ne pourra donc plus agir sous ce nom, au risque de perpétuer la confusion et de nier le changement de garde effectué.

Il m'apparaît donc qu'il faut procéder rapidement à l'intégration complète des deux lois, affirmant ainsi de manière claire l'unicité de la fonction du Protecteur du citoyen. En conséquence, je recommande :

5. Que la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux soit abrogée et que la Loi sur le Protecteur du citoyen soit modifiée pour y intégrer le mandat du Protecteur des usagers.

2 COMMENTAIRES SUR CERTAINS ASPECTS DE LA RÉFORME

2.1 L'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux

Bien que la compétence qui lui est dévolue depuis son origine ne lui permette pas d'intervenir à l'égard des services de santé et de services sociaux qui sont dispensés aux usagers du réseau, le Protecteur du citoyen a toujours été et demeure préoccupé par le processus d'examen des plaintes des usagers.

Au cours des dernières années, le Protecteur du citoyen a formulé des commentaires et est intervenu à quelques reprises en commission parlementaire à l'égard de différents projets de loi modifiant le régime d'examen des plaintes des usagers. Il a aussi participé aux travaux du groupe de travail mandaté par le ministre pour analyser les mécanismes d'examen des plaintes, lequel a déposé son rapport au mois de juin 2004.

Les améliorations apportées aux mécanismes d'examen des plaintes par le projet de loi n° 83 sont substantielles. Je considère qu'elles sont essentielles et qu'elles favoriseront davantage l'efficacité d'un tel mécanisme. Assumant désormais, en vertu du projet de loi n° 83, le mandat d'examen des plaintes des usagers du réseau, je suis heureuse de constater que certaines des modifications proposées intègrent des recommandations que le Protecteur du citoyen a déjà formulées dans les années antérieures. Je crois néanmoins que certains aspects méritent d'être soulignés et que quelques commentaires s'avèrent opportuns.

2.1.1 Le droit de porter plainte auprès des commissaires locaux et des commissaires régionaux aux plaintes

La législation actuelle¹³ permet seulement à l'utilisateur, ses héritiers ou aux représentants légaux d'un usager décédé de formuler une plainte auprès des commissaires locaux et régionaux aux plaintes ainsi qu'auprès du Protecteur des usagers.

L'objectif d'un mécanisme d'examen des plaintes est de s'assurer que tout usager bénéficie de services de qualité, de la protection et du respect de ses droits. À mon avis, aucune contrainte ne doit faire obstacle à l'atteinte de cet objectif.

Aussi, peu importe qui soumet au commissaire une situation qui semble préjudiciable à un usager. Il appartiendra à celui-ci de se saisir de la plainte et d'évaluer s'il existe des motifs raisonnables de l'examiner. Le cas échéant, il prendra les mesures pour préserver la vie privée de l'utilisateur et la protection des renseignements personnels au cours de son examen et lors de la transmission de ses résultats.

D'ailleurs, aux fins de l'application de la Loi sur le Protecteur du citoyen, toute personne peut me saisir d'une plainte mettant en cause un tiers. J'affirme sans hésitation que depuis 35 ans, le Protecteur du citoyen examine ces plaintes dans le respect des renseignements personnels en ne communiquant, à la personne qui a initié une plainte mettant en cause un tiers, que les informations auxquelles elle a droit.

Je souligne que, selon l'article 44 LSSSS, le médecin examinateur peut se saisir de la plainte formulée par toute autre personne qu'un usager ou son représentant. En conséquence, je recommande :

6. Que le projet de loi n° 83 soit modifié pour permettre à toute personne de formuler une plainte au nom d'un usager, et ce, à tous les paliers du mécanisme d'examen des plaintes du réseau de santé et des services sociaux.

¹³. LSSSS, art. 34; LPU, art. 8.

2.1.2 Le financement des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes

Actuellement, le financement des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes est assuré au niveau régional par le programme de soutien aux organismes communautaires.

Pour permettre à ces organismes d'assumer pleinement leur rôle et pour préserver leur autonomie, le Protecteur du citoyen a recommandé, à maintes reprises, que le ministère de la Santé et des Services sociaux assure directement le financement des organismes à qui il a confié un mandat d'assistance et d'accompagnement aux plaintes. D'ailleurs, plusieurs groupes concernés ou comités mandatés par le Ministère ont, au cours des dernières années, produit des rapports ou soumis des recommandations similaires.

L'article 119 du projet de loi modifie l'article 337 LSSSS, notamment, en confiant au ministre un pouvoir discrétionnaire de subventionner un organisme communautaire à qui il a confié un mandat d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

Afin de favoriser le bon fonctionnement et la stabilité de ces organismes, j'ose espérer que le ministre assurera un financement suffisant qui leur permettra de remplir adéquatement leur mission, qui s'avère essentielle.

2.1.3 Le maintien de l'obligation de formuler une plainte écrite auprès du comité de révision

Les modifications qui visent à permettre aux usagers de déposer une plainte verbale non seulement auprès des commissaires locaux et régionaux aux plaintes mais également auprès du Protecteur, reflètent le désir d'assouplir les règles régissant l'examen des plaintes et de faciliter l'accessibilité à ces instances.

Il subsiste néanmoins une instance où les plaintes écrites demeurent une exigence. Il s'agit des demandes de révision qui sont adressées au comité de révision de l'instance locale par les usagers qui sont en désaccord avec les conclusions du médecin examinateur. À mon avis, rien ne justifie le maintien d'une procédure plus formaliste pour exercer ce recours.

Pour les mêmes raisons évoquées précédemment et dans le but d'assurer la cohérence du processus d'examen des plaintes, il est nécessaire d'assouplir cette règle en ajoutant la possibilité pour l'utilisateur de s'adresser verbalement à cette instance. En conséquence, je recommande :

7. Que l'article 53 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifié afin de prévoir que le plaignant peut formuler une demande de révision verbale ou écrite auprès du comité de révision.

2.1.4 Le médecin examinateur

La désignation du médecin examinateur

Le projet de loi introduit des modifications pour accorder au conseil d'administration la possibilité de désigner un médecin examinateur qui n'exerce pas sa profession dans un centre exploité par l'établissement. Actuellement, une telle désignation n'est possible qu'exceptionnellement, lorsque le nombre de médecins, dentistes et pharmaciens qui y exercent leur profession est inférieur ou égal à quinze.

Le Protecteur du citoyen comprend que cette modification vise notamment à renforcer la crédibilité d'un tel processus d'examen des plaintes à l'égard des professionnels de la santé. Or, pour garantir l'indépendance des personnes désignées et pour assurer qu'il n'y ait pas un risque d'apparence de partialité, je crois qu'il y aurait lieu d'exclure le directeur des services professionnels de la possibilité d'être désigné pour agir à ce titre. En conséquence, je recommande :

8. Que le directeur des services professionnels d'un établissement ne puisse être désigné pour agir comme médecin examinateur.

La procédure d'examen de la plainte

Les articles 41 à 59 LSSSS prévoient les règles que le médecin examinateur, ainsi que le comité de révision et le conseil d'administration doivent suivre lors du dépôt et de l'examen d'une plainte. L'article 46 prévoit les cas où le médecin examinateur achemine une plainte au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Dans un tel cas, le conseil est tenu de constituer un comité pour examiner la plainte. Or, aucun recours n'est prévu pour l'utilisateur si ces procédures ne sont pas respectées.

Je suis d'avis que le Protecteur devrait avoir un droit de regard sur le respect de celles-ci.

Ainsi, il pourrait s'assurer que le médecin examinateur traite la plainte dans le délai prévu à l'article 47, ou encore que le comité de révision a permis à chacune des parties de présenter leurs observations comme l'exige l'article 55 et enfin que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a constitué le comité prévu à cette fin.

J'exerce déjà ce pouvoir d'intervention notamment auprès d'organismes comme la Commission d'accès à l'information, la Commission des lésions professionnelles ou le Commissaire à la déontologie policière.

Les règles de procédure sont garantes du respect des droits des usagers et on doit leur accorder toute l'importance qu'elles méritent. Je recommande donc :

9. Que le Protecteur du citoyen ait droit de regard sur la procédure d'examen des plaintes par le médecin examinateur, le comité de révision et le conseil d'administration.

10. Que le Protecteur du citoyen ait droit de regard pour s'assurer que les plaintes portant sur un acte professionnel posé par un médecin, dentiste ou pharmacien sont examinées conformément à la loi.

2.2 Le droit de regard sur les résidences privées d'hébergement pour personnes âgées

Une société comme la nôtre se préoccupe de la qualité de vie de ses citoyens pour qu'ils puissent vivre avec dignité mais aussi dans la sécurité où qu'ils se trouvent.

J'accueille favorablement la solution préconisée par le ministre, permettant aux agences et au Protecteur des usagers d'avoir un droit de regard sur les résidences privées pour personnes âgées détenant un certificat de conformité.

Je demeure toutefois préoccupée par le fait que les exploitants de résidences privées qui n'auront pas demandé la certification échapperont au contrôle. La situation sera la même pour toutes les résidences privées dont la mission est de répondre aux besoins particuliers d'autres types de clientèles.

2.2.1 Le processus de certification : une avenue intéressante

Le Protecteur du citoyen est heureux de constater que le projet de loi n° 83 prévoit un processus de certification des résidences pour personnes âgées. L'intervention de l'État pour l'instauration de contrôles à l'endroit des résidences privées qui accueillent des personnes référées par le réseau s'avère une nécessité. Ce faisant, le ministre veut assurer aux personnes âgées hébergées dans de telles résidences un milieu de vie sécuritaire et des services de qualité (article 128 du projet de loi, article 346.0.3 LSSSS). Il s'agit là d'un premier pas certes important.

Le projet de loi prévoit que l'exploitant d'une résidence devra répondre aux critères sociosanitaires (346.0.4) déterminés par règlement. Il aurait été utile d'en connaître dès à présent la teneur.

Outre les critères sociosanitaires, un exploitant de résidence devra satisfaire à une deuxième condition, soit celle de détenir l'attestation d'appréciation délivrée par un organisme reconnu par le ministre. Les deux conditions énoncées me semblent complémentaires et valables d'autant plus qu'elles sont assorties d'un pouvoir d'inspection par les agences. Toutefois, bien que consciente que le ministre soit préoccupé par l'accroissement de la population âgée, il faut se rappeler que cette population ne constitue qu'une portion de la population ayant des besoins particuliers. Des personnes hébergées présentant un déficit cognitif ou intellectuel, ou souffrant de maladies chroniques ou psychiatriques ou, encore, vivant avec des problèmes de toxicomanie requièrent également une telle protection. Ainsi, la certification proposée ne devrait-elle pas être obligatoire pour toutes les résidences désirant accueillir des personnes référées par le réseau de la santé et des services sociaux, qu'il s'agisse de personnes âgées en perte d'autonomie ou d'autres catégories de personnes nécessitant des services particuliers? En conséquence, je recommande :

<p>11. Que toutes les résidences privées désirant accueillir des personnes qui présentent des besoins particuliers et qui sont référées par le réseau de la santé et des services sociaux, soient tenues de détenir une certification.</p>

2.2.2 Les résidences privées non certifiées : des risques à calculer

Les résidences privées faisant affaire sans permis du Ministère sont nombreuses et les services qu'elles procurent peuvent être variés.

Des données fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux¹⁴ révèlent que 2 519 résidences avec services pour personnes âgées étaient répertoriées au registre¹⁵ en avril 2004. Dans 87 % des cas, il s'agit de résidences privées à but lucratif. Des 79 000 unités d'habitation (chambres et logements) disponibles, 64 400 sont dans des résidences privées à but lucratif.

Selon cette même source, le Québec compte 993 000 personnes âgées de 65 ans ou plus. De ce nombre, 74 000, soit 7,5% d'entre elles, sont logées dans des résidences avec services pour personnes âgées.

Une autre source¹⁶ mentionne que près de 41 000 personnes, au 1^{er} avril 2004, sont hébergées dans les CHSLD. De ce nombre, 35 000 ont 65 ans et plus.

Selon ce que prévoit le projet de loi, seules devront être certifiées les résidences pour personnes âgées dont les exploitants désirent accueillir des personnes référées par le réseau de la santé et des services sociaux. Le commissaire régional aux plaintes et le Protecteur pourront désormais intervenir à l'égard des services dispensés par ces résidences.

Les autres résidences privées, non certifiées, pourront continuer de recevoir les personnes désireuses d'y être hébergées, sans avoir à répondre à des exigences de qualité des services. On peut penser que dans plusieurs de ces résidences, vivent des personnes qui, au fil du temps, se retrouveront avec des incapacités et des problèmes chroniques et cognitifs plus importants.

Comment assurer la protection de ces personnes? Il est certain qu'un individu qui choisit librement de vivre dans une résidence privée exerce un droit. Mais si sa condition se

¹⁴. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Bulletin d'information INFO-RRASPA*, [En ligne], avril 2004 [www.msss.gouv.qc.ca].

¹⁵. Ibid., p. 4 « Ce registre contient exclusivement les résidences pour personnes âgées ou les unités d'habitation sans lien institutionnel avec le réseau d'établissements de santé et de services sociaux. ».

¹⁶. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'harmonisation de la LSSSS, Principaux éléments du projet de loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, [En ligne], décembre 2004, [www.msss.gouv.qc.ca].

détériorer de façon importante, comment s'assurer qu'il soit traité avec dignité et en toute sécurité?

Un dispositif permettant d'intervenir quand il existe des motifs raisonnables de croire que la santé ou le bien-être d'une personne hébergée, dans une résidence non certifiée, est compromis, en s'appuyant sur les instances actuelles, me semble une mesure essentielle. En conséquence, je recommande :

12. Que le pouvoir du commissaire régional aux plaintes et du Protecteur du citoyen soit étendu afin qu'ils puissent intervenir dans toutes les résidences privées qui ne détiennent pas un certificat de conformité, lorsqu'ils sont saisis d'une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes qui y sont hébergées.

Autre commentaire

L'article 340.0.16 LSSSS (128 PL) édicte que l'agence doit notifier par écrit au titulaire d'un certificat de conformité sa décision motivée dans les 30 jours de la date de la prise de décision. Le Protecteur du citoyen trouve étonnant de constater qu'on fixe, après la prise de décision, un délai pour notifier la décision alors qu'il n'existe aucun délai pour rendre cette décision.

2.3 La circulation et la conservation des renseignements de santé

2.3.1 La circulation de l'information sans le consentement de l'utilisateur dans les réseaux locaux de santé

2.3.1.1 Portrait de la situation après les modifications

On peut lire, dans les notes explicatives du projet de loi, qu'« en matière de circulation de l'information clinique, le projet de loi propose un certain nombre de nouvelles situations où la communication de renseignements contenus au dossier d'un usager est autorisée sans son consentement, si cette communication est nécessaire à la réalisation des finalités indiquées ».

Il existe donc déjà dans la LSSSS des situations où l'information clinique sur des personnes est communiquée sans le consentement de la personne concernée. Ces situations existantes sont maintenant regroupées à l'article 1 du projet de loi qui modifie l'article 19 LSSSS, auquel on ajoute d'autres situations de communication sans le consentement de l'usager.

Quant aux situations nouvelles, on les retrouve à l'alinéa 7 de l'article 19 LSSSS, qui permet que la communication de renseignements cliniques se fasse, automatiquement, sans le consentement de la personne, dans les cas suivants :

- lorsqu'il y a transmission de renseignements à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (la RAMQ), pour la mise à jour des fichiers (exacts et plus complets) et la vérification de l'admissibilité d'une personne au régime d'assurance-maladie (sans conservation par la Régie) (art. 19.0.2);
- lorsqu'une instance locale (art. 99.4) dirige un usager vers un établissement, un professionnel de la santé ou des services sociaux, un organisme communautaire, une entreprise d'économie sociale ou une ressource privée (art. 19.0.3);
- lorsqu'il y a transfert d'un usager, par un établissement, vers un autre établissement, ou vers une ressource intermédiaire ou de type familial (art. 19.0.4);
- lorsqu'il y a transmission de renseignements aux fins de l'exercice d'un mandat ou de l'exécution d'un contrat de service (art. 27.1);
- lorsque deux établissements ainsi qu'un intervenant qui dispensent des services, participent à la réalisation d'un plan de services individualisé (art. 103, al. 2);
- lorsque, dans le cadre d'une entente entre établissements sur la prestation ou l'échange de services de santé ou de services sociaux ou de services professionnels, la communication de renseignements est nécessaire afin d'assurer la prise en charge de l'usager, dans le cadre par exemple d'un programme de dépistage (art. 108, al. 2);
- lorsque le renseignement est nécessaire à la prestation de services de télésanté, dans le cadre d'une entente (108.1, al. 2);
- lorsqu'une entente a lieu entre un établissement et un organisme communautaire relativement à la prestation de services de santé ou de services sociaux (108.3, al. 2);

En quoi ces situations nouvelles de transmission de renseignements personnels, sans le consentement de la personne, sont-elles différentes de celles qui existent déjà?

En ce qui concerne les situations déjà prévues à la loi, on peut les catégoriser comme suit. D'abord, les situations relatives à l'ordre judiciaire (ordre du tribunal, ordre public, coroner); ensuite, celles touchant l'ordre public (inspection et surveillance) et, enfin, celles concernant l'examen des plaintes (à la demande de l'utilisateur). Il importe de souligner qu'aucune de ces communications n'avait pour but la prise en charge clinique d'un usager.

Je m'interroge donc sur la nécessité de supprimer l'expression du consentement et je me demande pourquoi la prise en charge clinique exigerait, à l'avenir, que la transmission des renseignements nécessaires se fasse automatiquement, sans le consentement explicite de l'utilisateur.

Ainsi, pourquoi devrait-on considérer d'emblée que le consentement de l'utilisateur est « implicite », comme étant compris dans la demande de soins? Considère-t-on cette étape de la demande de consentement comme inutile, puisque l'utilisateur consentira de toute façon à la communication, étant donné qu'il n'a pas vraiment le choix? Ou encore pense-t-on que l'acte médical ou hospitalier ne le regarde pas, que c'est plutôt l'exclusivité des spécialistes de déterminer les renseignements nécessaires à sa prise en charge?

2.3.1.2 L'impact des changements

La communication automatique de renseignements cliniques a un double impact sur l'utilisateur. D'abord, sur ses droits, comme personne apte et responsable, d'être informé de ce qui se passe à son sujet et de consentir à ce que des renseignements cliniques soient communiqués, droits qui lui sont reconnus à l'heure actuelle.

Le second impact est celui qui va se répercuter sur la relation humaine globale entre le personnel du système de santé et des services sociaux et l'utilisateur, en conformité et dans l'esprit de l'article 3 de la LSSSS, qui pose ainsi les lignes directrices du régime :

« Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

- 2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
- 3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;
- 4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
- 5° l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

À l'heure actuelle, l'utilisateur participe à la gestion de sa santé, est informé, consent ou refuse des soins ou des traitements; les services de santé et les services sociaux doivent l'informer, discuter, etc., et l'utilisateur, s'il le désire, peut poser des questions, décider, participer. Il est une personne à part entière même si, dans certains cas, ses capacités sont amoindries.

L'obligation de demander le consentement constitue une occasion d'informer l'utilisateur et de le faire participer aux soins et aux services le concernant.

L'informatisation des communications, la télésanté et le nouveau mode d'organisation des services seraient-ils compromis parce qu'il faudrait continuer de demander le consentement de l'utilisateur? Rien ne nous incite à le penser.

Si l'absence de consentement explicite est une condition nécessaire à la réussite du projet du ministre, comment se fait-il que l'autre volet du projet de loi portant sur le service de conservation des renseignements cliniques demeure un service auquel les usagers pourront ou non adhérer à leur choix, d'autant plus qu'ils pourront révoquer leur consentement à tout moment? Quel sera l'impact de ce choix des usagers sur la qualité des services de santé, puisqu'une non-adhésion à ce service de conservation signifie l'absence de circulation d'un ensemble de renseignements pourtant jugés utiles à la prestation des services de santé et des services sociaux?

Il faut distinguer les objectifs d'informatisation de l'information clinique, du développement de la télésanté et de l'accès en temps réel, de l'obligation de demander le consentement de l'utilisateur.

Une autre question se pose, celle de savoir qui décidera des renseignements nécessaires devant être communiqués. Y aura-t-il des directives émises, des protocoles établis? Par qui?

Face à ces inquiétudes et en l'absence de motifs clairement énoncés démontrant la nécessité de supprimer le consentement exprès, le changement proposé à l'alinéa 7 de l'article 19 (art. 1 du projet de loi) (sauf articles 19.0.2, 27.1, 204.1 et 520.3) ne m'apparaît pas justifié. Cette modification radicale dans le champ de la transmission de renseignements cliniques ne va pas dans le sens d'une amélioration de la relation humaine et de la participation éclairée de l'utilisateur. La « prise en charge » de l'utilisateur ne doit pas signifier la perte d'autonomie de celui-ci.

En conséquence, je recommande :

13. Que l'on conserve l'exercice du droit de consentir, de façon expresse, à la communication de renseignements, tel qu'il existe actuellement.

14. Que le ministre de la Santé et des Services sociaux élabore une procédure simple de consentement où les divers intervenants des services de santé et des services sociaux seront responsables de la gestion du consentement.

2.3.2 La conservation des renseignements personnels, avec le consentement de l'utilisateur, sur une base régionale

Selon les notes explicatives du projet de loi, il « instaure aussi des mécanismes visant la mise en place de services de conservation de certains renseignements de santé concernant une personne qui y consent. La mise en place de ces services vise à fournir aux intervenants habilités de l'information pertinente et à jour afin de faciliter la prise de connaissance rapide des renseignements de santé d'une telle personne au moment de sa prise en charge ou lors de toute prestation de services de santé fournis par ces intervenants, en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par d'autres intervenants. La mise en place de ces services vise de plus à assurer l'efficacité de la communication ultérieure des renseignements conservés par une agence ou un établissement autorisé par le ministre à offrir ces services, aux seules fins de la prestation de services de santé. »

Le projet de loi prévoit de plus que la personne peut consentir pour une période de cinq ans à ce que les renseignements la concernant, en provenance des dossiers tenus par les différents intervenants situés sur le territoire d'une agence, soient ainsi conservés, et qu'elle peut révoquer en tout temps ce consentement.

L'article 173 du projet de loi, édicte le titre II, « Services de conservation de certains renseignements aux fins de la prestation de services de santé ». De façon générale, ses dispositions prévoient un ensemble de règles propres à assurer la sécurité et l'intégrité des données qui seront conservées avec le consentement de la personne concernée.

Mes commentaires porteront sur les aspects suivants : la circulation sans consentement ad hoc de tous ces renseignements et les recours spécifiques en matière d'accès et de protection des renseignements personnels.

2.3.2.1 La circulation des renseignements conservés

Le nouvel article 520.15 alinéa 1 LSSSS édicte que « lorsqu'une personne a manifesté son consentement, tout intervenant habilité qui lui dispense des services de santé ou (...) qui lui administre ou lui délivre un médicament ou des échantillons doit transmettre une copie des renseignements visés à l'article 520.9 qui concernent cette personne à l'agence ou à l'établissement autorisé par le ministre à les conserver sur le territoire d'une agence où ces services sont rendus ou sur le territoire des agences que le ministre indique.»

Le nouvel article 520.18 LSSSS affirme le droit de l'intervenant habilité de recevoir communication de ces renseignements.

On comprend que, dès qu'une personne aura consenti à la conservation, les renseignements circuleront automatiquement lorsque les conditions prévues aux articles précédents seront rencontrées.

Il est important que cette information soit clairement exposée et figure sur le consentement écrit que la personne sera appelée à donner, si elle le décide ainsi. En conséquence, je recommande :

15. Que le formulaire de consentement énonce clairement le fait que le consentement à la conservation des renseignements comporte également le consentement à leur circulation, aux conditions énoncées dans la loi.

2.3.2.2 Les recours de l'utilisateur en matière d'accès et de protection des renseignements personnels

Plusieurs dispositions introduites dans le projet de loi instaurent des recours spécifiques pour l'utilisateur et identifient des responsables de la détention des renseignements, qui répondront aussi aux demandes d'accès et de communication de renseignements.

Je réfère ici aux articles 520.3.2, 520.6 (alinéa 8), 520.21 et 520.23 qui prévoient, entre autres, qu'une personne peut porter plainte auprès du ministre en plus de pouvoir exercer les autres recours prévus par la loi, c'est-à-dire notamment par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (la Loi sur l'accès)¹⁷.

Ma préoccupation est essentiellement de m'assurer que l'ajout de recours administratifs, complémentaires ou parallèles à ceux de la Commission d'accès à l'information, ou encore que les particularités reliées à la gestion et à l'accès aux renseignements conservés par les agences désignées, ne soient pas une source de confusion pour l'utilisateur ou même n'occasionnent une perte de droits.

À titre d'exemple, lorsqu'un usager adressera une plainte auprès du directeur des services professionnels en vertu de l'article 520.6, alinéa 8, l'utilisateur sera-t-il informé qu'il dispose d'un recours en vertu de la Loi sur l'accès? Rappelons que cette plainte peut porter sur une matière sous la compétence de la commission, qui agit selon des règles de transparence et d'équité et qui dispose d'un pouvoir d'ordonnance. L'utilisateur devrait donc pouvoir choisir ou cumuler ses recours de façon éclairée.

Voici un autre exemple. Le droit d'accès de la personne aux renseignements conservés par les agences (art. 520.21) s'exerce-t-il selon les modalités applicables de la Loi sur l'accès? Ainsi, l'agence, l'établissement ou l'intervenant agira-t-il en vertu de la délégation de l'article 8 de la Loi sur l'accès, ce qui comporte des règles de procédure précises, comme

¹⁷. L.R.Q., c. A-2.1.

celles nécessitant d'indiquer le délai de réponse et de fournir l'information sur le droit de révision auprès de la commission?

Les règles d'interprétation veulent que l'application de la Loi sur l'accès n'étant pas écartée, les règles de celle-ci s'appliquent alors. Je tiens donc à m'assurer que ce sera bien le cas dans la pratique et que des mesures concrètes seront prises afin que les usagers soient bien informés de leurs droits. En conséquence, je recommande :

16. Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que l'utilisateur soit adéquatement informé, de façon claire et en temps opportun, de tous ses droits relatifs à l'accès et à la rectification des renseignements conservés par les agences.

CONCLUSION

En conclusion, je réaffirme que la proposition de confier au Protecteur du citoyen l'exécution du mandat du Protecteur des usagers est un acquis important pour les usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

Ma préoccupation est que tous les citoyens faisant appel au réseau de la santé et des services sociaux bénéficient de services de qualité, qu'ils soient traités avec dignité, que leur sécurité soit assurée et qu'ils disposent de recours adéquats. C'était l'esprit de mes commentaires.

En terminant, j'insiste à nouveau sur l'importance de procéder rapidement à l'abrogation de la Loi sur le Protecteur des usagers pour lever toute ambiguïté aux yeux des citoyens.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

1. Que l'article 227 du projet de loi, qui modifie l'article 4 de la Loi sur le Protecteur du citoyen prévoie que le vice-protecteur qui exercera principalement les fonctions dévolues au Protecteur du citoyen et prévues à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux soit nommé par le gouvernement sur la recommandation du Protecteur du citoyen.
2. Que l'on introduise dans la loi une disposition transitoire prévoyant que l'adjoint au Protecteur du citoyen, en poste lors de l'entrée en vigueur de la loi, demeure en fonction à titre de vice-protecteur jusqu'à la fin de son mandat.
3. Que l'article 8 de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et des services sociaux soit modifié afin de prévoir explicitement son pouvoir d'examiner la décision rendue par les commissaires locaux ou régionaux de rejeter une plainte en vertu des articles 35 et 68 de la Loi sur les Services de santé et des Services sociaux, au motif qu'elle est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.
4. Que l'annexe 1 de la Loi sur l'administration financière soit modifiée pour y supprimer la mention du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.
5. Que la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux soit abrogée et que la Loi sur le Protecteur du citoyen soit modifiée pour y intégrer le mandat du Protecteur des usagers.
6. Que le projet de loi n° 83 soit modifié pour permettre à toute personne de formuler une plainte au nom d'un usager, et ce, à tous les paliers du mécanisme d'examen des plaintes du réseau de santé et des services sociaux.
7. Que l'article 53 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifié afin de prévoir que le plaignant peut formuler une demande de révision verbale ou écrite auprès du comité de révision.
8. Que le directeur des services professionnels d'un établissement ne puisse être désigné pour agir comme médecin examinateur.

9. Que le Protecteur du citoyen ait droit de regard sur la procédure d'examen des plaintes par le médecin examinateur, le comité de révision et le conseil d'administration.
10. Que le Protecteur du citoyen ait droit de regard pour s'assurer que les plaintes portant sur un acte professionnel posé par un médecin, dentiste ou pharmacien sont examinées conformément à la loi.
11. Que toutes les résidences privées désirant accueillir des personnes qui présentent des besoins particuliers, et qui sont référées par le réseau de la santé et des services sociaux, soient tenues de détenir une certification.
12. Que le pouvoir du commissaire régional aux plaintes et du Protecteur du citoyen soit étendu afin qu'ils puissent intervenir dans toutes les résidences privées qui ne détiennent pas un certificat de conformité, lorsqu'ils sont saisis d'une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes qui y sont hébergées.
13. Que l'on conserve l'exercice du droit de consentir, de façon expresse, à la communication de renseignements, tel qu'il existe actuellement.
14. Que le ministre de la Santé et des Services sociaux élabore une procédure simple de consentement où les divers intervenants des services de santé et des services sociaux seront responsables de la gestion du consentement.
15. Que le formulaire de consentement énonce clairement le fait que le consentement à la conservation des renseignements comporte également le consentement à leur circulation, aux conditions énoncées dans la loi.
16. Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que l'utilisateur soit adéquatement informé, de façon claire et en temps opportun, de tous ses droits relatifs à l'accès et à la rectification des renseignements conservés par les agences.

342.0667
097145
C758
2006 ex.1
#3276

**Consultations particulières et auditions
publiques dans le cadre du document
« Garantir l'accès : un défi d'équité,
d'efficience et de qualité »
par le ministre de la Santé et
des Services sociaux**

**Commentaires du Protecteur du citoyen
présentés à la
Commission des affaires sociales
de l'Assemblée nationale**

**Québec
Mars 2006**

LE PROTECTEUR DU CITOYEN
CENTRE
DE
DOCUMENTATION

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1 RÉAFFIRMER LES VALEURS DE JUSTICE SOCIALE ET D'ÉQUITÉ.....	5
2 LA PRÉVENTION : UNE ORIENTATION PORTEUSE D'AVENIR.....	6
2.1 Une approche globale pour agir sur l'ensemble des déterminants de santé.....	7
2.2 Une approche globale respectueuse des droits individuels	8
3 L'OPTION RETENUE : UN MÉCANISME POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX SERVICES DE CHIRURGIE ÉLECTIVE DANS LE SYSTÈME PUBLIC	10
3.1 L'urgence d'adapter la dispensation des services aux réalités du réseau	11
3.2 Les préoccupations du Protecteur du citoyen à l'égard de l'option privilégiée par le ministre	13
3.2.1 La qualité des services offerts dans les cliniques spécialisées affiliées.....	13
3.2.2 Les mécanismes de recours des usagers	16
3.2.3 Une garantie d'accès aux services de réadaptation et de soutien à domicile ...	19
3.2.4 L'information aux usagers et la gestion des listes d'attente.....	21
3.2.5 Les frais de déplacement et les autres frais	23
4 LE RÉGIME D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE.....	25
4.1 Les personnes visées par le régime d'assurance	26
4.2 Les soins à domicile et le contenu du panier de services	27
CONCLUSION.....	29

INTRODUCTION

À partir du 1^{er} avril 2006, le Protecteur du citoyen exerce les fonctions qui étaient auparavant dévolues au Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et ceci, conformément aux dispositions de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Il a donc pour mandat de veiller, par toute mesure appropriée, au respect des droits des usagers et de leurs droits reconnus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et dans d'autres lois, dont la Charte des droits et libertés de la personne, le Code civil du Québec, la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

La principale fonction du Protecteur du citoyen, en matière de santé et de services sociaux, est d'examiner en dernier recours les plaintes des usagers lorsque ceux-ci sont insatisfaits du traitement de leurs plaintes au premier palier, effectué par les établissements et les agences régionales de services de santé et de services sociaux. De plus, il peut intervenir de sa propre initiative s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission d'un établissement, d'une agence, d'un organisme, ressource, etc. Il peut aussi donner son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, aux instances du réseau et au gouvernement sur toute question relative au respect des usagers et de leurs droits ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des services à la population. Enfin, il peut s'adresser à l'Assemblée nationale si la situation le nécessite.

Le Protecteur du citoyen souhaite, par cette participation aux travaux de la Commission des affaires sociales, contribuer aux débats sur les orientations et les moyens visant à assurer la pérennité du système de santé et des services sociaux, principalement pour garantir l'accès aux services, tout en assurant le respect des droits des usagers.

Dans un premier temps, seront présentés des commentaires plus généraux relativement à la prévention comme facteur d'évolution du système de santé et des services sociaux. Dans un second temps, on s'attardera à l'option retenue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour répondre au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis. Ces commentaires s'inspirent de l'expérience acquise lors de l'analyse des plaintes soumises par les usagers du réseau. Cette expérience permet de partager avec les membres de la Commission un certain regard sur l'évolution du système de santé et de services sociaux et de comprendre comment la population du Québec perçoit la santé et le bien-être.

1 RÉAFFIRMER LES VALEURS DE JUSTICE SOCIALE ET D'ÉQUITÉ

Le Protecteur du citoyen partage les valeurs de justice sociale et d'équité sur lesquelles s'appuie le MSSS et dont découlent les principes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), que sont l'accessibilité et l'universalité. L'examen des plaintes en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux nous amène à considérer ces valeurs comme des pierres d'assise du régime, constituées des trois éléments suivants :

- Une conception large de la santé et du bien-être et qui est définie à l'article 1 de la LSSSS¹ soit « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». Ceci nous renvoie à la prise en compte des besoins physiques et sociaux des personnes et du milieu socio-économique dans lequel elles vivent.
- La reconnaissance de valeurs sociales fondamentales comme l'égalité et la solidarité qui encadrent les rapports entre les citoyens et entre ces derniers et l'État. L'équité découle à la fois de l'égalité juridique et de la reconnaissance de l'égalité sociale pour tous les citoyens, qu'importe leur condition sociale et leurs caractéristiques particulières. La solidarité suppose que les citoyens se sentent concernés par le sort d'autrui et renvoie notamment, à la mise en place de mesures de redistribution de la richesse

1. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, article 1 : « Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

collective et la prise en compte des situations particulières. Ceci signifie un accès aux services à tous les citoyens de toutes les régions du Québec².

- Le rôle central de l'État pour assurer le respect de ces valeurs et les droits reconnus dans la LSSSS et dans la Charte québécoise des droits et libertés³. L'État reste le premier gardien de ces valeurs quoiqu'il en soit des partenariats établis avec le secteur privé pour la dispensation des services de santé et des services sociaux.

Le débat sur les questions soumises dans le document de consultation, portant sur l'organisation des services et le financement à long terme du système de santé et de services sociaux, doit se faire en considérant l'ensemble des valeurs, l'égalité et l'équité, la solidarité et la liberté de la personne à faire des choix. La réaffirmation des principes de l'accessibilité et de l'universalité doit continuer de guider le gouvernement dans ses choix.

2 La prévention : une orientation porteuse d'avenir

Le Protecteur du citoyen se réjouit de la volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux d'accentuer les efforts en matière de prévention pour atténuer les inégalités en santé et pour maintenir et créer des environnements physiques et sociaux sains. Cette conception très large de la santé et des services sociaux est enchassée à l'article 1 de la LSSSS et réaffirmée dans la Politique de la santé et du

-
2. Précité, note n° 1, article 5 : « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. L'article 13 pose des limites : « Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose ».
 3. Article 9.1 : « Les libertés et les droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec. La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice ».

bien-être⁴, dans le Programme national de santé publique 2003-2012⁵ et dans les différentes politiques sectorielles (santé mentale, soutien domicile). Elle nous renvoie à une approche de la prévention qui, selon moi, va au-delà des mesures identifiées dans le document de consultation et qui sont orientées vers l'information à la population sur l'alimentation, les bienfaits de la pratique de l'activité physique ou des moyens pour protéger la population en cas de menace à la santé.

2.1 Une approche globale pour agir sur l'ensemble des déterminants de santé

Les orientations et les actions privilégiées en matière de prévention doivent s'inscrire dans une approche globale et intégrée. Cela implique qu'il faut agir à la fois sur un ensemble de facteurs liés à l'environnement de l'individu c'est-à-dire les déterminants socio-économiques dont l'incidence est probante sur la capacité de l'individu à faire des choix pour préserver ses conditions de santé⁶. Le système de soins et de services n'est pas le seul responsable de la protection et du maintien de la santé et du bien-être de la population. La mise en œuvre d'une véritable approche de prévention exige en tout premier lieu une coordination des politiques ou des programmes gouvernementaux. Cette complémentarité doit être réelle pour éviter l'anéantissement des efforts consentis en prévention ou au plan curatif par défaut de coordination ou de complémentarité.

Certaines plaintes soumises par les usagers nous apportent des exemples de manque de coordination des politiques entre les ministères ou d'un réseau de

-
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de la santé et du bien-être*, 1992, 192 p.
 5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique*, 2003-2012, 126 p.
 6. La question des déterminants de la santé et de leur impact a souvent été discutée et reconnue par plusieurs auteurs et organismes principalement par le Conseil de la santé et du bien-être dans ses publications : CSBE, *L'analyse des impacts des politiques gouvernementales et le bien-être*, 2004, Québec; CSBE, *La politique de la santé et du bien-être : regard sur quelques expériences étrangères*, 2002, Québec.

services à un autre. Citons par exemple, les difficultés d'accès au programme d'adaptation de domicile pour les personnes présentant des incapacités; celles-ci doivent attendre des mois, voire des années, pour obtenir des aménagements à leur domicile afin de continuer à y vivre de façon sécuritaire. Comment concilier ces délais d'attente et les conditions strictes d'application du programme (non remboursement des travaux faits avant l'admissibilité au programme) avec les objectifs de la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux? En effet, celle-ci vise à favoriser le soutien à domicile de l'utilisateur le plus longtemps possible pour prévenir un hébergement hâtif et le maintien de la personne dans un milieu de vie sécuritaire?

Les plaintes font également état de situations de rupture dans la continuité des services en réadaptation offerts aux jeunes enfants lorsqu'ils quittent le réseau de la santé pour intégrer le réseau scolaire. Ce sera le cas pour les enfants qui reçoivent des services dans le cadre du programme Intervention comportementale intensive pour les enfants ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement. Ce programme s'adresse aux enfants âgés entre deux ans et cinq ans avant le 30 septembre. Or, il arrive que l'enfant n'a pas intégré les acquis nécessaires pour être en mesure d'intégrer l'école. La cessation des services par le réseau de la santé en raison de l'âge de l'enfant, plutôt qu'en fonction de ses besoins particuliers, risque alors d'engendrer des retards dans son cheminement scolaire.

Une meilleure coordination ferait en sorte que les réseaux soient davantage centrés sur la personne et non sur la gestion des programmes avec, en toile de fond, les contingences administratives. La coordination exige aussi la souplesse nécessaire pour répondre aux problèmes humains individuels, à la situation réelle des usagers.

2.2 Une approche globale respectueuse des droits individuels

Toute action en prévention menée dans le cadre d'une politique publique doit chercher à préserver l'équilibre entre la protection des intérêts collectifs et le respect des droits individuels. Les actions en matière de protection de la santé

publique visent la protection et le maintien des conditions de santé d'une majorité d'individus et imposent des contraintes importantes à certaines catégories de personnes.

L'adoption de la Loi sur le tabac par l'Assemblée nationale en est un exemple. Des usagers ou des groupes de défense des droits dénoncent les effets de l'application de cette loi plus particulièrement, pour les personnes vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les personnes hospitalisées dans les unités de soins psychiatriques. En effet, certaines politiques et plans d'action adoptés par des établissements du réseau pour limiter ou interdire l'usage du tabac dans ces lieux nous apparaissent contrevenir aux orientations ministérielles pour les personnes hébergées en CHSLD, qui reconnaissent ces milieux comme des « milieux de vie ». De même, les usagers qui séjournent dans les modules d'observation des départements de psychiatrie à circulation réduite se disent victimes de discrimination et davantage pénalisés. Comme ils ne peuvent sortir à l'extérieur pour fumer, ils peuvent difficilement refuser la principale mesure d'accommodement offerte par les établissements soit les timbres de nicotine. Or, l'application d'un timbre de nicotine est considérée comme un soin. On peut s'interroger sur la capacité réelle de ces usagers à refuser les timbres compte tenu de la dépendance connue aux produits du tabac et sur la qualité du consentement de l'utilisateur à recevoir ce soin prescrit par le médecin. Dans cette situation, le respect de l'autonomie de la personne et le libre choix au soin apparaissent un peu illusoire.

Un autre exemple : plusieurs plaintes mettent en cause les frais supplémentaires assumés par les usagers mis en isolement dans une chambre privée parce qu'ils ont contracté une infection nosocomiale au cours de leur hospitalisation. L'établissement doit certes se doter d'un plan d'action pour contrer la propagation des infections et des mesures d'isolement doivent être adoptées. Toutefois, ce plan d'action devrait aussi prévoir que ce qui est médicalement requis n'a pas à être assumé par l'utilisateur. Par ailleurs, certains établissements ne chargent pas de tels frais supplémentaires alors que d'autres le font.

Conclusion

Le Protecteur du citoyen invite le MSSS à considérer, avec les autres ministères et organismes, des stratégies qui favorisent une approche intersectorielle et inclusive ainsi que le mentionne le document de consultation⁷. Une telle approche doit prendre en compte les besoins des personnes sur les plans physique et social et ceci, afin d'agir sur les déterminants de la santé. Les stratégies de prévention qui viendraient miser uniquement sur la modification des comportements jugés inadéquats sont limitées dans leur efficacité.

3 L'OPTION RETENUE : UN MÉCANISME POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX SERVICES DE CHIRURGIE ÉLECTIVE DANS LE SYSTÈME PUBLIC

Le document de consultation propose de garantir l'accès aux services, d'abord pour trois types de chirurgies, soit celles de la cataracte, du genou et de la hanche et, éventuellement étendre cette garantie d'accès à d'autres services. Il propose de plus une ouverture restreinte à l'assurance maladie privée. Le partage des responsabilités entre les différents paliers, local, régional et national est clairement établi, facilitant ainsi le cheminement de la demande de services de l'utilisateur. Les modalités entourant la venue des cliniques spécialisées affiliées et leur rôle sont bien précisées. Ces cliniques devraient détenir un permis du ministre et conclure une entente de services ayant pour objet de dispenser des activités chirurgicales ciblées. Le réseau public assumerait également les frais de la continuité des soins, y inclus la réadaptation et le soutien à domicile. Les cliniques seraient responsables et imputables de leur gestion et de la prestation des services dans le cadre d'ententes conclues avec l'agence régionale et les établissements concernés.

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, Février 2006, p. 15.

3.1 L'urgence d'adapter la dispensation des services aux réalités du réseau

Le présent débat, provoqué par le jugement dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis, offre l'occasion de discuter des réalités du réseau dans un contexte qui privilégie la recherche de solutions concrètes aux problèmes immédiats. Le débat doit d'abord se faire pour convenir ensuite des ajustements à la réalité des usagers du réseau.

L'examen des plaintes des usagers du réseau de la santé et des services sociaux illustre les difficultés d'accès aux services auxquelles beaucoup d'usagers sont confrontés. Ceux-ci attendent pour rencontrer un professionnel, pour avoir un traitement, pour obtenir un résultat d'analyse, pour recevoir des services de soutien à domicile afin de continuer à habiter chez eux ou encore pour être admis dans le milieu d'hébergement de leur choix. En plus de l'aggravation de l'état de santé de la personne qui attend trop longtemps pour être traitée, l'attente engendre chez les usagers des frustrations et inquiétudes véritables, qu'ils expriment dans les plaintes qu'ils adressent au commissaire local, ou régional ou au Protecteur du citoyen.

On a pu constater dans plusieurs situations que le réseau est aux prises avec de longues listes d'attente. Les personnes les plus touchées sont celles qui sont incapables de recourir aux services offerts par le secteur privé : les usagers sans régime d'assurance collective pour assumer, par exemple, les coûts d'un examen de résonnance magnétique dans une clinique privée ou ceux qui n'ont pas les moyens de se payer directement des services, pour eux-mêmes ou leurs enfants parce que les professionnels spécialisés manquent dans le réseau public. Ce sont ces usagers qui s'adressent à nous et le débat doit se faire en les ayant à l'esprit.

L'expérience acquise dans le traitement des plaintes des usagers permet au Protecteur du citoyen d'affirmer que ce sont les personnes les plus démunies qui font les frais des écarts entre les nouvelles réalités médicales et sociales et les lois et règlements qui encadrent le tout. Ainsi, chaque année, des usagers se plaignent des frais de chambre exigés des personnes hospitalisées en soins de courte durée.

Le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation⁸ date de 1981 et n'a pas été mis à jour. Il y eu au cours des ans plusieurs nouveaux aménagements physiques dans les centres hospitaliers pour répondre aux nouvelles réalités telles les infections nosocomiales et l'accouchement dans les chambres de naissance. Les salles dont l'occupation est gratuite pour l'utilisateur en vertu du règlement sont par conséquent de plus en plus rares. Les établissements choisissent plutôt d'aménager des chambres privées pour, entre autres, limiter la propagation des infections. Les femmes accouchent de plus en plus dans les chambres de naissance et rien n'est prévu dans le règlement à cet effet. Enfin, on aménage de plus en plus de chambres privées pour recevoir les patients admis aux soins intensifs et les établissements exigent des frais pour des chambres privées, alors qu'à l'origine les soins intensifs étaient dispensés dans des salles, donc gratuits.

Un dernier exemple pour illustrer cette problématique se retrouve dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁹, qui fixe la contribution financière de l'adulte hébergé et les exonérations auxquelles l'utilisateur a droit. Ce règlement date de 1981. La contribution est indexée annuellement mais les exonérations n'ont pas été modifiées depuis. Ainsi les personnes âgées peuvent devoir payer jusqu'à 1 493,40 \$ par mois pour une chambre privée attribuée par l'établissement.

Peut-on alors affirmer que l'organisation des services respecte toujours l'esprit du législateur lorsqu'il a créé le régime de santé et de services sociaux il y a près de 25 ans? Ce qui était médicalement requis est-il toujours gratuit? En raison des difficultés d'interprétation et d'application des règles créées par des réglementations désuètes, nous observons des pratiques différentes qui se sont peu à peu mises en place dans le réseau. Ce sont ces aspects qui doivent être pris en compte dans ce débat afin de le recentrer sur les valeurs d'égalité et d'équité.

8. R.R.Q., 1981, c. A-28, r. 1.

9. R.R.Q., 1981, c. S-5, r. 1. section VII.

3.2 Les préoccupations du Protecteur du citoyen à l'égard de l'option privilégiée par le ministre

Pour le Protecteur du citoyen, dont l'approche se fonde d'abord sur la connaissance des problèmes que reflètent les plaintes qu'il reçoit, l'ouverture à des cliniques spécialisées affiliées et le recours à des régimes d'assurance privée constitue une formule qui peut présenter des avantages à la condition de garantir véritablement un meilleur accès aux services. Cependant, elle ne doit pas être envisagée uniquement sous l'angle d'une plus grande offre de services. Cette ouverture doit aussi s'inscrire dans le respect des valeurs et des droits reconnus aux citoyens, sans égard au fait qu'ils aient recours au système de santé et de services sociaux dans le secteur public ou dans le secteur privé. Les règles d'encadrement des cliniques et celles régissant les régimes d'assurance doivent être clairement énoncées et la qualité des services dispensés doit être soumise à la même évaluation, même s'ils ne sont pas rendus dans le secteur public.

3.2.1 La qualité des services offerts dans les cliniques spécialisées affiliées

Le document de consultation donne quelques indications sur les moyens utilisés pour s'assurer de la qualité des services et du respect, par les cliniques spécialisées affiliées, des obligations légales imposées par la LSSSS. Une clinique ne se verra octroyer le statut de clinique spécialisée affiliée que si elle rencontre les exigences de qualité médicale et technique des services. Ces cliniques devront répondre à des considérations économiques et éthiques, être complémentaires au réseau public et respecter la cohérence avec les plans d'organisation et des effectifs médicaux des établissements et de l'agence régionale. Les cliniques seront responsables et imputables de la gestion et de la prestation des services rendus¹⁰. Le cadre normatif devra traiter des responsabilités de ces cliniques, en cas de complication

10. Précité, note n° 7, p. 49.

après la chirurgie, et déterminer des normes de qualité, préciser la nature des permis et des liens de complémentarité avec le système public¹¹.

L'examen des plaintes des usagers vivant dans les centres d'hébergement publics, privés conventionnés, c'est-à-dire qui détiennent un permis du MSSS, ainsi que les interventions dans des ressources d'hébergement privé, qui devront obtenir en vertu du PL 83 une certification par le MSSS, font ressortir des écarts de qualité dans ces différentes ressources. Toutefois, les usagers qui y séjournent s'attendent à y obtenir une qualité de services comparable, compte tenu des fonctions et pouvoirs du ministre, qui accorde des permis, des certificats de conformité et signe des ententes de services.

Pour expliquer les écarts de qualité, certaines ressources privées affirment rencontrer des difficultés de recrutement de personnel, parce qu'elles ne peuvent offrir des conditions de travail comparables à celles offertes dans le système public. On peut de plus constater la nécessité de prévoir des normes pour la couverture minimale des besoins en soin infirmier et d'assistance dans plusieurs de ces établissements. La disparité actuelle a pour conséquence que certains centres d'hébergement et de soins de longue durée, qui n'offrent une couverture en soin infirmier que quelques heures par semaine ou par jour, alors que d'autres peuvent compter sur la présence constante d'une infirmière.

Ces situations montrent l'importance de définir non seulement les critères de reconnaissance des cliniques mais aussi de fixer des normes pour apprécier la qualité de services. Les mesures de contrôle doivent également être implantées et connues, afin d'établir clairement les responsabilités et les obligations des parties à une éventuelle entente.

11. Précité, note n° 7, p. 43.

Recommandation 1

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux rende public le cadre normatif des cliniques spécialisées affiliées, et que ce cadre porte sur les critères de reconnaissance de ces cliniques, les normes d'appréciation de la qualité des services qu'elles rendent et les mesures de contrôle qui leur sont imposées et qu'il précise quelle sera l'instance responsable d'en assurer l'application.

Les usagers qui seraient éventuellement référés dans les cliniques spécialisées affiliées ont droit à la même qualité de services qu'ils recevraient dans leur établissement d'origine. Les normes ne devraient donc pas être différentes de celles appliquées dans les hôpitaux qui réalisent le type de chirurgie visé par le document de consultation, ni être différentes d'une clinique à l'autre. Je fais ici référence à la qualification du personnel, à l'encadrement de celui-ci, au développement des ressources humaines. S'ajoutent la prestation sécuritaire des services¹² donnés par ces cliniques et l'adoption d'un code d'éthique comme il est

12. Précité, note n° 1, article 183.1 : « Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d'un comité de gestion des risques et de la qualité. (...) ». Article 183.2 « Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1° identifier et analyser les risques d'incident ou accident en vue d'assurer la sécurité des usagers;

2° s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;

3° assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Pour les fins d'application du présent article et des articles 233.1, 235.1 et 431 et, à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

« incident » : une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

exigé des établissements du réseau public. Ces codes énoncent les devoirs et engagements du personnel envers l'utilisateur et devraient découler d'une démarche de réflexion sur la qualité des services à offrir à l'utilisateur¹³.

Il faudra attendre la publication de ces normes pour connaître les exigences de qualité à l'endroit de ces cliniques. Quelles seront les normes d'appréciation de la qualité des services offerts et ces cliniques devront-elles se soumettre à un agrément par un organisme reconnu¹⁴ comme il est exigé des établissements du réseau.

Recommandation 2

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux modifie l'article 107.1 de la LSSSS pour obliger les cliniques spécialisées affiliées à solliciter un agrément des services de santé et des services sociaux qu'elles dispensent au même titre que les établissements du réseau public qui continuent d'offrir de tels services.

3.2.2 Les mécanismes de recours des usagers

L'adoption du projet de loi n° 83 a apporté plusieurs modifications au régime d'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les changements poursuivent principalement deux finalités bien définies. La première est d'assurer une meilleure protection des droits des usagers en permettant au

13. Article 233, « Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers. L'établissement doit remettre un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande ».

14. Précité, note n° 1, article 107.1 : « Tout établissement doit solliciter l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'organismes d'accréditation reconnus. (...) ».

conseil d'administration de l'établissement d'être au fait des situations difficiles vécues par les usagers, d'être informé des correctifs qui ont été proposés lors de l'examen des plaintes et des suites qui y ont été données par les directions concernées. L'autre finalité est de faciliter l'utilisation des mécanismes de recours par les usagers.

Des amendements ont été apportés aux articles 108, 108.1 et 109 LSSSS, concernant les ententes de service conclues entre les établissements, un établissement et un organisme ou toute autre personne pour la dispensation de certains services de santé ou de services sociaux requis par un usager de cet établissement. L'article 34 de la LSSSS établit que le régime d'examen des plaintes s'applique lorsqu'une telle entente est conclue pour la prestation des services. Toutefois, ce même article exclut le recours devant le médecin examinateur lorsque la « plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même un résident, qui exerce sa profession au sein d'un tel organisme, d'une telle société ou d'une telle personne ». La même exclusion s'applique pour les plaintes soumises au commissaire régional¹⁵.

Le Protecteur du citoyen est d'avis que le régime d'examen des plaintes devrait s'appliquer lorsqu'une entente est conclue avec les cliniques spécialisées affiliées et l'établissement initial de qui l'utilisateur reçoit des services. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité de services et le Protecteur du citoyen, en deuxième instance, devraient pouvoir examiner les plaintes mettant en cause l'accès aux services offerts par ces cliniques, les délais pour les obtenir, la qualité des actes et des comportements du personnel infirmier ou du personnel de soutien, etc. Je comprends qu'à la suite de l'adoption du projet de loi 83, qui a modifié le régime d'examen des plaintes, le contrôle de la qualité des actes médicaux échapperait au regard du médecin examinateur et du comité de révision de l'établissement référant. Il ne restera donc aux usagers insatisfaits que le recours au Collège des médecins, qui est un processus de type quasi-judiciaire, plus lourd et plus long. Mentionnons de plus que le fardeau de la preuve de l'infraction repose sur le

15. Précité, note n° 1, article 60, al. 5.

plaignant. Ce recours ne présente pas les caractéristiques de souplesse du mécanisme d'examen des plaintes par le médecin examinateur et le comité de révision. Dans ce mécanisme, il revient au médecin examinateur de faire l'analyse des faits soulevés dans la plainte. Il doit recueillir les observations de l'utilisateur insatisfait ainsi que du médecin concerné et rendre une décision à l'utilisateur dans les 45 jours. Le conseil d'administration de l'établissement a, pour sa part, l'obligation de prendre les mesures pour préserver en tout temps l'indépendance du médecin examinateur dans l'exercice de ses fonctions. Le comité de révision auquel peut s'adresser l'utilisateur répond aux mêmes particularités¹⁶.

Recommandation 3

Que l'on modifie la LSSSS pour y permettre aux usagers référés par le réseau public, par le biais d'ententes de services, d'avoir recours au médecin examinateur et du comité de révision, afin d'assurer le respect de leurs droits reconnus dans la LSSSS, leur accordant ainsi les mêmes droits et recours que dans le système public.

Le Protecteur du citoyen s'interroge aussi sur le sort des plaintes touchant les services de réadaptation et de soutien à domicile qui seront sous la responsabilité des cliniques spécialisées affiliées qui, elles-mêmes, contacteront une clinique privée. Ainsi, les ententes signées avec les cliniques spécialisées affiliées devraient prévoir expressément la possibilité, pour les usagers référés, de s'adresser au commissaire local aux plaintes et à la qualité de services, et par la suite au Protecteur du citoyen, pour faire valoir leurs droits ou exprimer leurs insatisfactions. L'utilisateur référé par son établissement doit conserver son droit de recours quel que soit le dispensateur de services.

16. Précité, note n° 1, articles 41 à 59.

Recommandation 4

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux soit accessible aux usagers qui seront référés par un établissement pour y recevoir des services de réadaptation et de soutien à domicile, quels que soient les dispensateurs de services avec lesquels ces cliniques passeront un contrat.

3.2.3 Une garantie d'accès aux services de réadaptation et de soutien à domicile

Selon le document de consultation, les ententes avec les cliniques spécialisées affiliées devront prévoir la prestation de services de réadaptation et de soutien à domicile. Ces cliniques assumeront la dispensation de ces services et les coûts seront couverts par le régime public. De plus, l'utilisateur pourra prendre une assurance complémentaire pour couvrir ces frais.

Les mesures proposées soulèvent plusieurs questions importantes, auxquelles on ne trouve pas réponse dans la proposition du ministre. Il est possible d'appréhender l'un des effets probables d'un plus grand accès aux chirurgies électives pour la hanche ou le genou. Cet accès élargi accroîtra la demande de services en réadaptation et en soutien à domicile. L'examen des plaintes montre que les services en réadaptation et en soutien à domicile dans le réseau public sont déjà fortement en demande et que les délais d'attente pour les obtenir sont déjà forts longs.

Quant à la réadaptation, l'une des principales causes de ces délais d'attente est le manque de personnel en raison des difficultés de recrutement. Les usagers sont directement incités, ou bien ils n'ont pas le choix, de se faire soigner à leur frais compte tenu de la longueur de la liste d'attente. Plusieurs usagers qui se sont faits

opérer dans un établissement hors de leur région ont dû attendre plusieurs mois avant de recevoir des services de physiothérapie de leur établissement référant.

Le Québec vit déjà la coexistence du système de santé et des services sociaux avec les régimes publics d'assurance pour les accidentés du travail et les accidentés de la route. Les impacts de cette coexistence sur le système de santé et les usagers sont bien connus. Vu l'existence d'ententes entre la CSST et la SAAQ, les cliniques privées en réadaptation offrent un accès privilégié aux bénéficiaires de ces régimes d'indemnisation. Les usagers ne bénéficiant pas de tels régimes sont pour leur part inscrits plus loin sur une liste d'attente.

À partir de cette expérience, nous craignons les conséquences de la prise en charge d'un plus grand nombre d'usagers bénéficiant d'un régime d'assurance couvrant les services de réadaptation et de soutien à domicile des personnes ayant subi une chirurgie de la hanche ou du genou. Comment avoir la garantie que les usagers sans couverture d'assurance ne subiront pas des délais interminables, après avoir obtenu un service de chirurgie dans le réseau privé, pour recevoir des services de réadaptation et de soutien à domicile dans leur région d'origine soit par le réseau public ou par une clinique ou un organisme privé?

Avant de passer à l'action avec la proposition soumise, on devrait étudier cette problématique afin d'en saisir les enjeux sur les droits des usagers et d'assurer l'équité entre les différentes clientèles du réseau.

Recommandation 5

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux mène une large réflexion sur les difficultés d'accès aux services de réadaptation et de soutien à domicile afin d'assurer une équité dans la prise en charge des usagers, suivant leurs besoins réels, sans égard au régime assumant le coût de ces services.

3.2.4 L'information aux usagers et la gestion des listes d'attente

La proposition gouvernementale se fonde sur plusieurs principes dont la personnalisation de la prise en charge des patients. L'établissement initial a la responsabilité de trouver un autre établissement pour offrir le service à l'utilisateur lorsqu'il ne peut le faire dans le délai prescrit. Je comprends qu'un intervenant pivot sera identifié pour faire cheminer la demande de l'utilisateur d'une étape à l'autre et procéder à l'évaluation périodique de la situation clinique du patient. Il est affirmé dans le document de consultation qu'en tout temps, le patient sera informé de sa situation et qu'il aura le droit de continuer d'être traité dans l'établissement initial où il est inscrit. Pour suivre, gérer et coordonner les listes d'attente, il est proposé dans le document de consultation de recourir au système d'information déjà implanté pour les secteurs de la radio-oncologie et de la cardiologie tertiaire.

Ce scénario nous apparaît respecter les droits reconnus à l'utilisateur dans la LSSSS¹⁷. Toutefois, l'exercice de ces droits doit être supporté par des mécanismes d'information aux usagers et de gestion continue des listes d'attente répondant à certaines caractéristiques.

L'information à l'utilisateur doit être personnalisée et suffisante. L'utilisateur doit être informé périodiquement de l'état d'avancement de sa demande sur la liste d'attente. Cette information devrait lui être donnée de façon personnalisée compte tenu que la clientèle visée par cette offre de services est constituée principalement de personnes âgées. Or, le Protecteur du citoyen connaît bien cette clientèle

17. Précité, note n° 1, article 5 : « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire ». Article 7 : « Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins ». Article 8 : « Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant ».

puisque ce sont principalement des personnes âgées qui s'adressent à lui pour formuler des plaintes en matière de santé et de services sociaux. Il faut résister aux attraits de rapidité et de facilité de l'utilisation des moyens d'information technologique pour informer l'utilisateur. L'utilisation des sites web permet de donner une information approximative des délais d'attente dans une spécialité et pour un établissement en particulier. Elle demeure parfois inaccessible à l'utilisateur en attente et handicapé par son incapacité physique.

Recommandation 6

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que les établissements informent régulièrement et de façon personnalisée les usagers inscrits sur les listes d'attente pour les chirurgies de la cataracte, du genou et de la hanche, dans le respect de l'article 8 LSSSS.

La gestion des listes d'attente doit également s'effectuer selon des paramètres définis en fonction des conditions particulières de l'utilisateur et non seulement en tenant compte du moment d'inscription. Cette liste devrait être gérée en fonction de la réelle capacité de prise en charge des cliniques spécialisées affiliées.

Dans le document de consultation, il est fait mention de l'existence d'un système d'information déjà en place pour suivre, gérer et coordonner les listes d'attente des secteurs de la radio-oncologie et de la cardiologie tertiaire. Ce système est exploité par le ministère et pourrait être utilisé pour gérer les listes d'attente pour les trois chirurgies identifiées. Le Protecteur du citoyen est d'avis que la gestion d'une telle liste d'attente doit effectivement relever d'une autorité centrale.

Recommandation 7

Que la gestion des listes d'attente soit confiée à une autorité centrale ayant pour mandat de définir des paramètres qui tiennent compte des particularités des usagers et de la capacité de prise en charge des cliniques vers qui ils seront dirigés.

3.2.5 Les frais de déplacement et les autres frais

L'utilisateur référé vers un autre établissement de sa région, un établissement hors région ou un dispensateur privé au Québec ou hors Québec ne devrait pas avoir à supporter des coûts supplémentaires pour ses déplacements. Il existe une politique¹⁸ pour aider l'utilisateur qui doit se déplacer hors de sa région pour recevoir des services spécialisés qui ne sont pas disponibles dans sa région. Des frais sont remboursés pour le déplacement, les repas de l'utilisateur et l'accompagnateur lorsque l'établissement désigné pour donner les services est situé à 250 km et plus du lieu de résidence ou de l'établissement où l'utilisateur reçoit habituellement ses services de base. Les principaux utilisateurs de cette politique sont les usagers des régions les plus éloignées, la Côte-Nord, la Gaspésie et l'Abitibi-Témiscamingue. Les usagers doivent assumer les frais pour les premiers 250 km de distance entre l'établissement référant et l'établissement où ils seront traités.

Il existe un programme ministériel pour les transferts inter établissements en radio-oncologie qui a ses propres règles. Par exemple, les usagers qui sont inscrits au programme peuvent bénéficier du remboursement de la contribution financière même si la distance à parcourir est inférieure à 250 kilomètres¹⁹.

18. Circulaire 2003-007 - Politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux – Population en général – Toutes les régions.

19. Circulaire 2003-007 (01.01.40.10), Annexe 2, p. 5.

Selon le document de consultation, le régime public se chargerait du coût de la prestation des services offerts à l'utilisateur référé. Les frais reliés aux déplacements pour recevoir les services devraient aussi être couverts. Les modalités ne sont toutefois pas connues. Ce même programme devrait-il être aussi applicable aux usagers visés par le mécanisme d'accès proposé pour les chirurgies électives de la cataracte, du genou et de la hanche?

Le Protecteur du citoyen constate que l'aide financière versée pour les déplacements des usagers varie selon les différentes règles qu'on retrouve soit dans le programme particulier ou dans la politique ministérielle qui leur est applicable. Cette approche établit le droit à une aide financière suivant les clientèles définies en fonction de la maladie ou des incapacités des usagers. Une révision de l'ensemble des règles en cette matière est nécessaire afin d'en assurer la cohérence.

Recommandation 8

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux revoie l'ensemble des règles prévues dans les politiques ou programmes pour l'attribution d'une aide financière, lors du déplacement des usagers qui ne peuvent recevoir des services dans leur établissement d'origine.

Par ailleurs, la couverture offerte par le régime public devrait être applicable à l'ensemble des frais inhérents à la prise en charge de l'utilisateur par la clinique spécialisée affiliée. Les cliniques médicales privées ont maintenant comme pratiques d'exiger des frais par exemple, pour l'ouverture d'un dossier ou le transfert du dossier de l'utilisateur. L'entente négociée avec la clinique devrait contenir une disposition particulière sur cet aspect.

Recommandation 9

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que les usagers référés vers les cliniques spécialisées affiliées n'auront pas à assumer des frais qu'ils n'auraient pas à payer s'ils étaient pris en charge dans le système public.

4 Le régime d'assurance contre la perte d'autonomie

En vue d'assurer la pérennité du financement du réseau de la santé et des services sociaux mais surtout celui des services entourant la perte d'autonomie, le gouvernement veut susciter la réflexion et la collaboration de la population dans le but d'orienter ses décisions futures. À partir des différents rapports soumis au cours des dernières années par des groupes d'experts portant notamment sur le financement des différents programmes visant à assurer la distribution des soins et des services aux personnes présentant des pertes d'autonomie à long terme²⁰, il ressort de leurs recommandations la question de la pertinence de prévoir un régime d'assurance contre la perte d'autonomie (ci-après le régime d'assurance), celui-ci administré par l'État.

Les questionnements du Protecteur du citoyen à ce chapitre ne portent pas sur les modalités entourant le financement de ce fonds de réserve ni sur sa capitalisation

20. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes, rapport et recommandations*, Québec, décembre 2000, 408 p.
PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, [En ligne], 22 juillet 2005, [www.solidaritedesgenerations.qc.ca],
ROY J. ROMANOW, C.R., *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – rapport final*, novembre 2002, 283 p.

mais plutôt sur les valeurs qui doivent nous guider, sur le respect des droits des citoyens et sur la certitude que, si une telle caisse est créée, elle ne fera pas naître d'injustice ou de discrimination.

La création d'un tel régime d'assurance peut présenter certains avantages. En plus d'assurer au ministre de la santé et des services sociaux une réserve financière qui lui permettrait de continuer à développer les ressources offertes en courte durée tout en fournissant un panier de services destiné aux personnes en perte d'autonomie, il pourrait permettre d'offrir des services en fonction de tous les besoins réels des personnes et non seulement en fonction de l'offre disponible dans le milieu de soins.

Certaines questions fondamentales doivent occuper le premier plan dans la poursuite de la réflexion.

4.1 Les personnes visées par le régime d'assurance

Le régime d'assurance couvrirait une catégorie de citoyens, ceux dont la perte d'autonomie est jugée de longue durée. Est-ce à dire que toutes les personnes ainsi identifiées seraient visées ou seraient-ce exclusivement les personnes âgées placées dans de telles conditions? Si tel est le cas, à compter de quel âge? Deux personnes, une de plus de 65 ans et l'autre de moins de 40 ans, toutes deux en perte d'autonomie irrémédiable, seraient-elles traitées de façon différente en raison de leur admissibilité ou non au régime d'assurance? Le diagnostic serait-il plutôt le seul critère retenu?

Les personnes âgées en légère perte d'autonomie, chez qui on souhaite éviter, à moyen terme, le placement définitif en CHSLD seraient-elles intégrées dans le régime d'assurance dès ce moment? Pourtant elles requièrent des services très comparables à celles en sévère perte d'autonomie. La détérioration de leur condition est souvent inéluctable et la continuité des services nécessiterait qu'elles soient prises rapidement en charge par la même équipe. Celles nécessitant des soins post-aigus à domicile, à la suite d'une intervention laissant des limites

fonctionnelles, qui pourraient se résorber à la seule condition qu'elles reçoivent un suivi médical et de nursing ou de la réadaptation, seraient-elles exclues en raison du caractère temporaire de leur perte d'autonomie? Si elles le sont, qui alors assurerait leur prise en charge?

Tous les soins et les services requis par les personnes nécessitant des soins palliatifs, qu'elles souhaitent recevoir à domicile, seront-ils couverts par le régime d'assurance?

Les personnes affectées dans leur santé mentale, dont le diagnostic fait état d'une guérison improbable, seraient-elles incluses ou exclues?

En bref, quels seront les critères qui seront retenus pour considérer qu'une personne commence à être couverte par le régime d'assurance? Si contre toute attente sa condition s'améliore, sera-t-elle exclue du régime?

Un des avantages présentés à la création d'un tel régime d'assurance est d'offrir aux personnes en perte d'autonomie le libre choix de leur lieu d'hébergement; le domicile ou le milieu institutionnel. Il nous apparaît qu'une cohorte de personnes âgées esseulées, sans proches pouvant leur prêter assistance, devront toujours être dirigées vers le CHSLD²¹. Aura-t-on des garanties que le réseau public sera toujours en mesure de leur offrir un milieu de vie adéquat.

4.2 Les soins à domicile et le contenu du panier de services

Je ne peux terminer ce sujet sans rappeler mes interrogations sur l'organisation actuelle des soins offerts aux personnes âgées ou à toutes celles en perte d'autonomie désirant vivre à domicile. Plusieurs plaintes déjà examinées font état d'une offre de services très lacunaire.

21. Selon Statistique Canada, près de 30 % des personnes âgées vivaient seules en 2001.

Il faut s'assurer que l'offre de services ciblés par le régime d'assurance soit complète et disponible dans toutes les régions du Québec. Actuellement, le réseau ne peut garantir un panier de services couvrant tous les besoins. Le rapport Ménard prévoit quant à lui que le régime d'assurance « ne reconnaîtrait pas tous les besoins des personnes en perte d'autonomie, mais uniquement les besoins évalués au-delà de certains seuils prédéterminés qui pourraient être plus ou moins élevés et établis en fonction des niveaux de dépendance. »²² À quoi peut-on s'attendre de la part du ministre, à cet égard?

Bien des questions sont actuellement sans réponse. Il m'apparaît nécessaire que l'on y réponde avant de porter un jugement sur la pertinence d'introduire une assurance duplicative, administrée par l'État.

Certaines valeurs m'apparaissent devoir guider notre réflexion et nos choix; ce sont la transparence dans les objectifs et les « définitions » qui seront porteuses de droits. Cette transparence est garante de la prévisibilité et de la sécurité. De plus, l'équité est au premier chef une valeur qui devrait se traduire dans les modes de gestion par la souplesse et la personnalisation.

22. PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, [En ligne], 22 juillet 2005, [www.solidaritedesgenerations.qc.ca], p. 83.

CONCLUSION

Enfin, quelle que soit la voie que le ministre choisira pour mettre en œuvre les propositions du document de consultation, le Protecteur du citoyen recommande :

- Que les principes d'accessibilité, de l'approche centrée sur l'utilisateur et sur le respect des droits fondamentaux ainsi que de l'imputabilité de l'établissement initial soient énoncés clairement; et
- Que le régime d'examen des plaintes soit applicable de la même façon quel que soit le lieu où sont donnés les services, incluant le recours au médecin examinateur et au comité de révision.



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Projet de loi n° 127
Loi visant à améliorer la gestion du
réseau de la santé et des services sociaux

Texte de l'intervention
de la protectrice du citoyen devant
la Commission de la santé et des services sociaux

La version lue fait foi

Le 15 mars 2011

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs les Députés membres de la Commission,

La gestion du réseau de la santé et des services sociaux comporte plusieurs enjeux importants. Les changements proposés par le projet de loi n° 127 portent pour l'essentiel sur les structures en place et, en ce sens, leur impact concret et immédiat sur l'amélioration des services aux citoyens, ce qui est toujours l'angle premier d'analyse du Protecteur du citoyen, est tenu.

D'emblée, je veux marquer mon appréciation de certaines dispositions du projet de loi qui entraîneront une transparence accrue et devraient assurer que la population soit mieux informée et consultée. Je pense entre autres à l'obligation qui serait dorénavant faite aux établissements de recourir à différents modes d'information et de consultation de la population sur l'organisation des services et de connaître sa satisfaction à l'égard des résultats obtenus. De même, une volonté de respect des orientations ministérielles et de cohésion dans l'action – combien nécessaire – se dégage de ce projet de loi.

J'ai cependant une réserve avec l'approche retenue en ce qui a trait aux structures et à ce que je crains être une source de confusion. Ce projet de loi s'inspire de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, une loi qui a toute sa pertinence dans le contexte des entreprises du gouvernement, qui sont de véritables entreprises d'autofinancement : Hydro Québec, la Société des alcools, Loto Québec, par exemple, produisent des biens et services qu'elles peuvent vendre – en situation de monopole – à une clientèle assurée. Il existe un marché lucratif et l'autofinancement est possible, la génération de profits également.

La production et la gestion des services de santé et des services sociaux, dans un régime public et universel – au-delà du fait qu'elle soit un moteur de l'activité économique – entraîne cependant pour le gouvernement des dépenses, génère peu de revenus et aucun profit, même en situation de monopole. Même la comparaison avec d'autres régimes publics d'assurance a d'importantes limites. Le régime public d'assurance maladie se distingue en effet largement d'autres régimes publics d'assurance qui visent et peuvent réaliser l'autofinancement, tels les régimes d'assurance automobile et de santé et de sécurité du travail (ce dernier étant par ailleurs un régime financé et géré de façon paritaire).

Appliquée sans des adaptations majeures à la gestion des services de santé et des services sociaux, la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État peut engendrer des incohérences, notamment sur le plan de l'imputabilité. Il m'apparaît qu'il faille mieux

adapter les modifications à la Loi à la réalité du régime public de santé et de services sociaux et aux exigences de la pratique médicale, professionnelle et administrative dans l'ensemble des régions. J'aurai en ce sens des recommandations à formuler.

À mon avis, sous l'angle de la gestion, la question de fond est : faut-il investir dans le développement de structures et de l'expertise de conseils d'administration ou renforcer la capacité de gestion de l'ensemble des acteurs véritablement imputables, du Ministère aux établissements? J'opte pour la deuxième option, qui suppose que soient clarifiés et les rôles et le partage des responsabilités, signifiées des attentes claires et réalistes et donnée la marge d'autonomie nécessaire pour les mettre en œuvre et gérer les risques, le tout avec le moins de technocratie possible. J'y reviendrai.

J'aimerais vous présenter le lien qui peut être établi entre les conclusions de nos enquêtes et la gestion des services de santé et des services sociaux. (Pour respecter le temps qui m'est imparti, je ne ferai ressortir que quelques faits saillants du texte que nous avons remis à la Commission).

En matière de santé et de services sociaux, les plaintes fondées – plaintes que nous recevons en deuxième instance – portent principalement et dans l'ordre sur l'accessibilité et les délais (43 %), le non-respect des droits (18 %), le manque de coordination des programmes et des services (11 %), l'environnement et le milieu de vie (11 %) ainsi que les aspects financiers (8 %)¹. Sans surprise, nous ne recevons pas de plaintes concernant la gestion elle-même, parce que ce n'est pas cet angle qui interpelle le citoyen.

Cela dit, il nous est possible de dégager certains constats pertinents à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux à partir de l'analyse des plaintes fondées et des conclusions de nos enquêtes. En s'appuyant sur celles-ci, trois préoccupations de gestion ressortent :

- La coordination et l'imputabilité
- L'équité
- L'offre de services.

¹ Les autres motifs de plaintes fondées représentent 9 % du total.

Je suis pleinement consciente que ces préoccupations ne reflètent qu'une partie des enjeux reliés à la gestion du système de santé et de services sociaux. Nous nous sommes surtout interrogés sur les façons d'améliorer la gestion de manière à influencer sur la qualité des services.

Première préoccupation : la coordination et l'imputabilité

Sur ce plan, il m'apparaît d'emblée opportun de signaler que la dernière refonte de la Loi – avec la création des réseaux locaux de service et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) – a permis une amélioration notable en regroupant certaines instances. Des progrès ont donc été accomplis.

Cependant, le manque de coordination persiste. Pour les citoyens ayant des besoins en réadaptation, par exemple, on assiste – et ce ne sont pas des cas isolés – à un ballottage entre le centre de santé et de services sociaux (CSSS) et le centre de réadaptation. De même, les transferts interétablissements et les services au retour du citoyen dans sa région d'origine après une intervention ne sont pas systématiquement synchronisés.

J'ai eu l'occasion de présenter devant cette commission, en octobre 2009, notre rapport concernant les troubles envahissants du développement (TED) qui illustre que les problèmes de silos sectoriels et intersectoriels subsistent toujours, avec leurs importantes conséquences pour les personnes concernées et ceux qui en ont charge. Autre exemple, cette fois en santé mentale, quant à l'accès aux services pour les personnes avec de multiples problématiques. Il arrive encore qu'on demande à une personne de régler son problème de toxicomanie avant de la traiter en santé mentale et qu'en parallèle on lui demande de stabiliser son problème de santé mentale avant de lui donner accès aux services en toxicomanie.

Des zones de confusion persistent à la lecture du projet de loi n° 127. Concrètement, il est difficile de déterminer de qui relève le directeur général d'un établissement? De son président de conseil d'administration ou du président-directeur général de l'agence? Le même questionnement s'applique pour le président-directeur général de l'agence : doit-il rendre des comptes à son conseil d'administration ou au sous-ministre? La ligne d'autorité que d'autres appellent la « chaîne de commandement » n'est manifestement pas claire.

L'organisation des services surspécialisés, voire ultraspécialisés (3^e et 4^e ligne), soulève une autre zone de confusion entre les réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) et les agences. Ainsi, nous avons quatre RUIS – chacun relié à un centre hospitalier universitaire (CHU) : Québec, McGill, Montréal et Sherbrooke – qui couvrent l'ensemble du Québec, quinze agences et trois instances distinctes pour les

régions du nord, qui font de même. Évidemment, il s'agit d'une question complexe, mais il est certes pertinent de se demander si nous avons besoin simultanément de quatre RUIS et de dix-huit instances régionales? Ne pourrait-on pas simplifier? Éviter les dédoublements? Intégrer?

Par ailleurs, l'article 51 du projet de loi n° 127 propose d'ajouter un article 346.3 à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour créer *un comité de gestion régional réunissant le président-directeur général de l'agence et les directeurs généraux des établissements*. A priori, cela paraît être une bonne idée de les réunir pour assurer une meilleure coordination. Est-ce à dire que, compte tenu du rôle de coordination des agences, cela ne se faisait pas déjà? Faut-il une loi pour s'assurer que cela se fera? Je crois que le problème est ailleurs, notamment dans la confusion dans le partage et l'exercice des responsabilités aux divers niveaux.

Encore une fois, comme lors de la création des RUIS, on ajoute sans vraiment éliminer. Si l'on vise à renforcer la ligne d'autorité et la coordination – et que l'on conserve les conseils d'administration – ne doit-on pas clarifier et baliser davantage leurs responsabilités. Pourquoi ne remet-on pas en question l'existence même de certains conseils d'administration, ceux des agences par exemple ?

À cela s'ajoute une ambiguïté quant au leadership que le ministre et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devraient exercer pour définir les meilleurs outils de gestion et d'implantation de ses politiques ou encore pour évaluer l'efficacité des modes d'organisation des services. Même si le Ministère peut compter sur des expertises internes et des organismes d'expertise qui lui sont rattachés (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)), sa présence n'est pas toujours suffisamment affirmée.

Il en résulte un vide qui est naturellement occupé par d'autres acteurs : les différentes associations d'établissements et des entreprises privées – comme l'industrie pharmaceutique ou de production de technologies –, qui rédigent des guides de bonnes pratiques à cet égard et tranchent sur la valeur des modes d'organisation ou des modes d'intervention.

Deuxième préoccupation : l'équité

Lors de nos enquêtes, nous observons des variations, souvent importantes, dans l'offre de services entre les régions et à l'intérieur d'une même région, et ce, pour une multitude de services. Je prendrai pour exemple les soins à domicile. Bien sûr, il existe des orientations ministérielles et l'on n'insistera jamais assez sur l'importance de développer les soins à domicile, la mission du réseau de la santé et des services

sociaux étant de dispenser des services, pas de fournir l'hébergement en soi. Or, on constate que, pour une condition très similaire, l'offre de services en soutien à domicile varie grandement et non seulement d'une région à une autre, mais d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) à un autre. Il n'y a pas de balises claires, pas de plancher minimum requis par le Ministère, le tout étant laissé à la discrétion des agences et des établissements. L'absence de balises claires rend également les soins à domicile fort vulnérables face aux contraintes financières.

Il n'est pas équitable que, dans une même condition, un citoyen n'ait pas accès aux mêmes services selon l'endroit où il se trouve. Au Royaume-Uni, on avait surnommé ce phénomène la prescription selon le code postal ou *Postcode Prescribing* : dites-moi votre code postal et je vous dirai les services que vous pourrez recevoir. Une telle situation ne peut être considérée normale.

Troisième préoccupation : l'offre de services

En fait, on observe l'*effritement graduel du panier de services*. À l'origine, au sein du régime universel, l'offre de services officielle se veut la plus complète, voire la plus généreuse possible. Le noyau historique – le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance maladie qui couvre les services *médicalement requis* – reste solide : les urgences majeures sont, en général, traitées rapidement et efficacement. Le pourtour immédiat demeure relativement bien balisé.

Le contour cependant, notamment tout le volet des services sociaux, est vague à souhait et c'est ici que cela est problématique pour les citoyens. En réalité, l'offre de services présentée est plus généreuse que les ressources disponibles et, de longue date, on laisse aller. On laisse les agences et les établissements se débrouiller avec l'inadéquation entre le panier de services théorique (et diffus) et les ressources. Étant donné la difficulté à faire face à la croissance des coûts, on réduit les services en périphérie ou l'on procède à une désassurance implicite.

Une autre approche est de sortir le service du milieu hospitalier – pensons au traitement de la dégénérescence maculaire – pour l'offrir en clinique. L'acte médical est couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec, mais la composante technique ne l'est pas et l'on se retrouve avec des gouttes à 230 \$ pour pouvoir absorber un coût administratif réel, mais non admissible au régime public. À défaut de faire des choix, le panier de services s'effrite graduellement. La composition du panier de services étant devenue un sujet tabou, on le laisse s'effriter.

Les personnes qui bénéficient d'une assurance privée et les citoyens aux revenus élevés peuvent se payer l'accès sans être influencés par ces coûts. Les autres hésiteront

ou simplement se priveront des services, au détriment de leur état. Il est solidement démontré au Québec comme ailleurs dans le monde, l'impact délétère sur la santé des frais imposés aux points de services.

En plus d'occasionner une utilisation sous-optimale des ressources, ce défaut d'agir accroît les iniquités qui deviennent de plus en plus importantes au fil du temps. Ce sont ces iniquités dans l'accès aux services qui font surtout l'objet de plaintes et il y a ici un véritable enjeu de gouvernance, qui demeure primordial, même si non inclus au projet de loi sous examen.

Dans le même esprit, nous recevons au Protecteur du citoyen de plus en plus de plaintes reliées à des frais accessoires et à des formules nouvelles de prestation de services à l'extérieur ou en association avec les établissements publics : frais imposés par les coopératives, frais administratifs ou accessoires imposés par les cliniques privées, frais imposés par des sous-traitants privés qui offrent des soins à domicile, entre autres.

En matière de la référence et des services offerts par l'entreprise privée, il est de la responsabilité du Ministère de s'assurer de l'existence de balises claires et de mécanismes de contrôle. Cela est un corollaire de la définition du panier de services : s'il y a des choix à faire sur l'ampleur du service public en santé en fonction des revenus de l'État, c'est un enjeu politique et non administratif. Cela doit être clairement exprimé.

J'ai partagé ces quelques préoccupations avec vous pour mieux mettre en contexte les modifications qui m'apparaissent pertinentes au projet de loi.

Quelques commentaires spécifiques sur le projet de loi n° 127

Il ressort de ce projet de loi une volonté de renforcer la ligne d'imputabilité. Cela nous apparaît souhaitable et notamment susceptible d'assurer une meilleure coordination entre les établissements et d'éviter que les usagers fassent les frais d'iniquités, d'un manque de coordination ou d'une couverture inégale de services selon leur provenance géographique. Il semble toutefois manquer un corollaire important : l'allègement des structures et la clarification des responsabilités des différents intervenants, qui doivent être complémentaires. Ceci n'a rien de nouveau et a été soulevé par maints experts. Le chevauchement des responsabilités entre le Ministère, les agences et les établissements doit être éliminé.

Deuxièmement, ce projet de loi prévoit une réduction de la taille des conseils d'administration des établissements, les faisant passer, en moyenne, de 19 à un maximum de 15 membres. Plus particulièrement, il coupe de moitié les membres élus par la population, ce qui entraînerait une diminution de la participation citoyenne. Bien que cela puisse paraître a priori surprenant, le Protecteur du citoyen ne s'opposerait pas à la désignation de représentants de la population autrement que selon le mode électoral actuel. Ce, sur la base du très faible taux de participation obtenu historiquement (moins de 1 %), pour ces élections qui combleraient moins de la moitié des sièges non attribués par acclamation, faute de candidats. Tout cela pour une facture électorale se chiffrant à près de 2 millions de \$, ce qui nous interroge de plus sur l'efficacité de ce processus.

Par ce projet de loi, il est aussi souhaité que les conseils d'administration soient davantage d'expertise plutôt que de seule représentativité. En ce sens, le rôle des citoyens experts que sont les usagers et leurs représentants devrait y être valorisé au sein des conseils d'administration. Voilà pourquoi j'ai des réserves sur la réduction de moitié de la représentation des usagers et sur la limitation de leur désignation aux seuls membres siégeant au sein des comités des usagers. Les usagers sont les premiers citoyens concernés par les décisions du conseil d'administration et leur présence éclairante, ou celle de leurs représentants, devrait être maintenue telle qu'elle est actuellement. Je souscris aussi à la pertinence que siégent au conseil d'administration le représentant de la fondation d'un établissement.

Troisièmement, nous avons aussi remarqué que ce projet de loi propose de porter la durée de l'agrément à quatre ans. J'adhère à cette approche. En cette matière, il apparaît plus adéquat et important d'assurer une bonne gestion des risques et de l'amélioration continue de la qualité. Concrètement, cela signifie notamment qu'après la visite initiale et l'obtention de l'agrément (ou de la certification dans le cas des résidences privées pour personnes âgées), la périodicité du contrôle et l'intensité du suivi devraient découler de l'ampleur des problèmes observés.

Recommandations

1. En vue de permettre une participation plus représentative et d'éviter d'isoler les représentants des usagers et de la population au sein des conseils d'administration des établissements :

1.1 prévoir la participation de deux représentants des usagers;

1.2 prévoir, en cas d'incapacité de l'un ou l'autre de ces représentants, la désignation d'un membre substitut.

2. En vue de mieux adapter les modes de gouvernance à la réalité du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement en matière d'imputabilité et de reddition de compte :

- 2.1 clarifier le rôle des agences de santé et de services sociaux, unités relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux et leur ligne d'autorité vis-à-vis des établissements; plus spécifiquement, préciser la portée de leur rôle de coordination;*
- 2.2 abolir, en cohérence, les conseils d'administration des agences de la santé et des services sociaux;*
- 2.3 clarifier les obligations et l'imputabilité des directeurs d'établissements et leur ligne d'autorité immédiate et hiérarchique au plan administratif;*
- 2.4 baliser davantage les responsabilités des conseils d'administration, leur interface avec le directeur général de l'établissement et leur imputabilité, le cas échéant.*

3. En vue d'assurer la gestion la plus efficiente, et dans la mesure où les dirigeants d'établissements s'inscrivent dans le respect des orientations ministérielles et rendent compte en conformité :

- 3.1 accorder une marge de manœuvre accrue aux dirigeants des établissements au niveau local pour assurer la mise en œuvre des orientations en conformité avec l'approche populationnelle, ce qui implique le respect des réalités et des besoins spécifiques des citoyens du territoire qu'ils desservent.*

4. En vue d'assurer l'équité d'accès aux services, y inclus sur le plan financier, pour tous les citoyens, quelle que soit leur provenance géographique, et de clarifier ce qui est devenu une zone de confusion autant pour les établissements que pour les professionnels concernés :

- 4.1 établir des balises claires pour toutes les questions relatives aux frais administratifs, accessoires ou autres composantes de coûts pouvant conditionner l'accès aux services;*
- 4.2 exiger de tout établissement qu'il prévoie la composante technique lorsqu'il choisit d'impartir un service à l'externe;*
- 4.3 que le ministre de la Santé et des Services sociaux rende compte annuellement des modifications apportées, le cas échéant, au panier de services et des éléments qui ont prévalu à celles-ci.*

Conclusion

Je reconnais la complexité et la sensibilité des enjeux liés à la gestion des services de santé et des services sociaux. Cela étant, le projet de loi n° 127 me semble représenter une évolution relativement marginale, qui ne règle pas les principaux problèmes soulevés par les citoyens. L'allègement des structures pour favoriser une meilleure coordination, une diminution des coûts et une imputabilité renforcée, ainsi que la clarification du panier de services, nécessiteront d'aller au-delà. Ce sont là où se situent les principaux besoins des citoyens : l'accès à des services de qualité clairement définis, bien intégrés et dispensés à des coûts raisonnables.

Je vous remercie.

**MÉMOIRE DU PROTECTEUR DU CITOYEN
PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**dans le cadre des consultations particulières sur le
PROJET DE LOI N^o 16**

**LOI MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES
EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
AFIN NOTAMMENT DE RESSERRER LE PROCESSUS DE CERTIFICATION
DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES**

**Québec
6 septembre 2011**

Table des matières

1. Un resserrement parfois au détriment des personnes âgées	2
2. Exclusion de certaines ressources en hébergement des personnes âgées du processus de certification (art. 346.0.1 LSSSS, tel que modifié par l'art. 7 du projet de loi)	3
3. Ajout de nouvelles définitions des services (art. 346.0.1 LSSSS, tel que modifié par l'art. 7 du projet de loi)	4
4. Services offerts à la carte et accès aux services publics dans les résidences pour personnes âgées	6
5. Resserrement des exigences liées à la surveillance et à la sécurité (art. 346.0.6 et 346.0.7 LSSSS, tels que modifiés par les articles 9 et 10 du projet de loi)	6
6. Exigence d'une attestation temporaire (art. 346.0.2 LSSSS, tel que modifié par l'art. 8 du projet de loi)	7
7. Évaluation de l'autonomie des résidents (art. 346.0.6 (3.1°) LSSSS, tel que modifié par l'art. 9 du projet de loi)	8
8. Soutien aux résidents lors de la fermeture d'une résidence (art. 346.0.18 et art. 346.0.19 LSSSS, tels que modifiés par les articles 18 et 19 du projet de loi)	8
9. Libellé de l'article 346.0.5.2 LSSSS proposé par l'art. 8 du projet de loi	8
Conclusion	9
Liste des recommandations	10

Monsieur le Président,
Madame la Ministre déléguée,
Mesdames, Messieurs membres de la Commission,

Je tiens à saluer la volonté d'assurer une protection accrue aux personnes âgées hébergées dans des résidences privées certifiées qui ressort du projet de loi n° 16 – Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées. Le resserrment des critères de certification, qui est indissociable de pratiques d'inspection appliquées avec vigilance, constance et rigueur, devrait concourir à la concrétisation de cette volonté.

Mes commentaires portent sur le projet de loi et tiennent compte de l'avant-projet de règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence pour personnes âgées. Je réserve cependant mes commentaires spécifiques au moment de la publication du projet de règlement.

Comme l'indique le mot *notamment* dans le titre du projet de loi, celui-ci touche aussi quelques sujets autres que la certification des résidences pour personnes âgées. N'ayant pas d'observations particulières à l'égard de ces autres dispositions, mes commentaires se centreront sur le processus de certification des résidences pour personnes âgées. Je suis cependant disposée à répondre à vos questions sur ces autres dispositions, que nous avons aussi examinées.

Le Protecteur du citoyen traite régulièrement des plaintes et signalements concernant des résidences pour personnes âgées, qui mettent en cause la qualité des soins et des services dispensés, de même que la sécurité et la qualité de vie des personnes qui y résident. Des 365 dossiers que nous avons traités concernant les résidences pour personnes âgées, depuis avril 2008, en deuxième et dernier recours du régime de plaintes en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 89 % concernaient des résidences certifiées.

Les motifs de plaintes fondés étaient, dans 45 % des cas, liés au nonaccès à des installations physiques ou à des équipements en bon état, à une nourriture de qualité et à du personnel compétent. D'autres motifs se répartissaient également à 45 % entre, d'une part, les abus ou négligences concernant la salubrité ou les mesures de sécurité et des problèmes d'attitude, dont des menaces ou du harcèlement. Les autres motifs concernaient les aspects financiers, dont le refus de dispenser les services publics normalement accessibles gratuitement.

À travers le traitement de ces plaintes, nous avons constaté les limites du processus de certification actuel.

Comprendre la conjoncture

L'étape de quitter son logis pour habiter dorénavant une résidence de groupe pour personnes âgées en est une que les citoyens souhaitent généralement retarder au maximum. Lorsqu'ils font ce choix – ou ont à s'y résoudre –, c'est souvent qu'ils ont besoin d'une sécurité et de certains services, en raison de leur autonomie qui commence à décliner.

Ce choix n'est ni anodin, ni dissocié de l'environnement et de la nature de l'offre de services de la résidence où ils décideront d'emménager. Pour plusieurs, ce nouveau milieu de vie est envisagé à long terme, dans l'espoir que leur état de santé le leur permette. Pour d'autres, il

est une transition vers le CHSLD, en attente d'une place et en comptant, entre temps, sur l'apport du CLSC pour compléter les services de base qu'offre leur nouvelle résidence.

Cette conjoncture fait bien comprendre pourquoi les résidences privées pour personnes âgées ne sont pas une simple entreprise locative d'un hébergement, mais aussi une ressource complémentaire aux services du réseau de la santé et des services sociaux. L'apport du secteur privé dans la réponse aux besoins des personnes âgées est essentiel et important. Cependant, les enjeux de sécurité, de qualité de vie et de respect des personnes demeurent fondamentaux, sans égard au caractère public ou privé des services offerts.

C'est pourquoi nous avons porté une attention particulière aux nouvelles exigences imposées aux exploitants. Aucune ne nous est apparue envers eux démesurée par rapport à la bonification que chacune apporte à la garantie de qualité et de protection souhaitée pour les personnes hébergées.

De façon générale, le projet de loi annonce des changements, précisés par règlement, permettant d'anticiper un encadrement plus serré des résidences pour personnes âgées. L'avant-projet de règlement prévoit, par exemple, la formation obligatoire des membres du personnel, la signature d'une déclaration et d'un consentement à la vérification des antécédents judiciaires – pour l'ensemble des employés – ainsi que l'utilisation d'outils spécifiques pour l'évaluation de l'autonomie de la clientèle. Un ratio de personnel, à être déterminé par règlement, est prévu pour assurer une surveillance adéquate des personnes hébergées en tout temps. Également, des infractions et des amendes dissuadant le non-respect du règlement sont prévues, et pas seulement en cas d'opération sans certification. Enfin, l'habilitation d'instances locales pour agir dans le processus de certification devrait accélérer ce processus et permettre de répondre dans des délais raisonnables aux demandes des propriétaires. Tous ces changements ajoutent une dimension de qualité dans la dispensation des soins et des services à la clientèle hébergée en résidences pour personnes âgées, dimension absente de la législation en vigueur.

1. Un resserrement parfois au détriment des personnes âgées

J'interviens aujourd'hui dans la perspective que soient prévenus certains impacts négatifs de quelques changements proposés, qui m'apparaissent dans certains cas davantage comme un assouplissement au bénéfice des exploitants que comme un resserrement au bénéfice des personnes âgées. Sous certains aspects, les avancées prévues en termes de qualité pourraient être freinées par des modalités d'application qui en restreindront l'impact.

Ainsi, à la base même du projet de loi, la nouvelle définition de résidence pour personnes âgées aura pour effet de rendre le processus de certification inapplicable à certaines ressources d'hébergement de personnes âgées déjà certifiées ou, à tout le moins, assujetties au processus.

Actuellement, toutes les résidences pour personnes âgées, même celles qui ne dispensent qu'un seul service, sont répertoriées au Registre des résidences pour personnes âgées de chaque agence de santé et de services sociaux, et soumises au processus de certification. En conséquence, les personnes qui y résident bénéficient d'un minimum de sécurité et d'une certaine vigilance de la part des autorités à leur endroit. Les résidents bénéficient également de recours auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'auprès du Protecteur du citoyen, en deuxième instance.

2. Exclusion de certaines ressources en hébergement des personnes âgées du processus de certification (art. 346.0.1 LSSSS, tel que modifié par l'art. 7 du projet de loi)

Le changement proposé exige de l'exploitant, pour que son immeuble soit considéré comme une résidence pour personnes âgées, qu'il offre, outre le gîte, différents services compris dans au moins deux catégories de services, énumérées au projet de loi et définies par règlement. De plus, actuellement, outre le logement, une gamme plus ou moins étendue de services doit être offerte, sans qu'il soit requis que ces services soient offerts par l'exploitant. Par ailleurs, les résidences n'offrant qu'un seul service, par exemple l'alimentation, correspondent à la définition et sont identifiées au Registre des résidences pour personnes âgées et soumises au processus de certification. La plupart sont d'ailleurs certifiées aujourd'hui.

En modifiant ainsi la définition de l'article 346.0.1, les résidences actuelles qui n'offrent qu'un seul service – ou dont les différents services sont offerts par des tiers non liés à l'exploitant – ne correspondront plus à la nouvelle définition. Elles n'auront plus à se soumettre au processus de renouvellement de leur certification et seront aussi retirées du registre. Pourquoi ce changement est-il souhaité?

Selon les informations dont nous disposons, au moins 2395 places sont susceptibles d'être visées par cette exclusion dans la seule région de Montréal. Ces résidences deviendront de simples immeubles à logements hébergeant plusieurs personnes âgées qui, bien qu'elles soient souvent plus vulnérables, échapperont à la vigilance qu'apporte la certification et ne bénéficieront plus de la protection qu'offre le régime d'examen des plaintes.

Car, en excluant tant du registre que du processus de certification les immeubles dont l'exploitant n'offre pas au moins deux services, le réseau ne sera plus en mesure de veiller à la santé et à la sécurité d'une partie de sa clientèle âgée. Quand on sait que la pénurie actuelle des ressources d'hébergement pour les personnes en début de perte d'autonomie, telles que les ressources intermédiaires, fait en sorte que cette clientèle se retrouve et est même dirigée vers les résidences pour personnes âgées, on comprend que c'est une clientèle plus vulnérable qui se retrouve parfois dans ces résidences. Cela, entre autres, faute de places disponibles pour répondre à leurs besoins dans le réseau public. Il ne faut pas sous-estimer non plus les difficultés pour les personnes âgées à revenus modestes de trouver des résidences privées à prix abordable. Souvent, ces résidences n'offrent qu'un seul service.

Plusieurs personnes âgées – et ceux qui agissent dans leur intérêt – ont justement choisi ce type d'hébergement parce qu'il leur est financièrement accessible, qu'il est soumis à un certain contrôle et qu'il assure la protection de leurs droits par le régime d'examen des plaintes. Qu'arrivera-t-il à un résident qui tient à habiter une résidence certifiée si celle qu'il habite n'est plus soumise à la certification?

Le projet de loi ne prévoit aucun mécanisme particulier pour permettre, par exemple, à ces résidents de mettre un terme à leur bail et de se reloger dans une résidence pour personnes âgées répondant à la nouvelle définition. Ce resserrement, s'il se concrétisait, serait un recul au détriment des personnes âgées. Alors que, dans les cas de révocation ou de refus de certification par l'agence, les résidents reçoivent l'aide nécessaire à leur relocalisation, aucun engagement de l'agence ou de l'exploitant n'est prévu dans la situation que je viens de décrire.

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

*R1 : QUE le 2^e alinéa de l'article 346.0.1 proposé soit modifié de façon à ne pas exclure de la définition de résidence pour personnes âgées celles n'offrant des services que dans une seule catégorie;
QUE les résidents soient en droit de recourir au régime d'examen des plaintes prévu à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

3. Ajout de nouvelles définitions des services (art. 346.0.1 LSSSS, tel que modifié par l'art. 7 du projet de loi)

La nouvelle définition de résidence pour personnes âgées prévoit que l'exploitant devra offrir différents services dans au moins deux catégories, plus amplement définies par règlement. La description de ces catégories de services apparaît à l'avant-projet de règlement et demande des précisions : le nombre de repas exigés pour que ceux-ci soient considérés comme un « service de repas » n'est pas défini. Un service n'offrant que les repas la semaine, excluant la fin de semaine, répondra-t-il à la définition? La question se pose également pour le service de loisirs : qu'entend-on par « services organisés »? L'offre de loisirs par l'entremise de comités sociaux constituera-t-elle un service offert?

De plus, la définition proposée prévoit que ces services devront être offerts par l'exploitant lui-même (directement ou indirectement). Ainsi, un exploitant qui n'offre aucun service, mais qui loue ses locaux à des tiers qui, eux, offrent des services aux résidents, pourra être exclu du processus de certification.

Je m'inquiète que ces changements introduits par l'article 7 fournissent une échappatoire qui, en plus de favoriser l'exclusion de plusieurs résidences déjà certifiées, pourrait aussi faciliter l'émergence de nouvelles ressources d'hébergement visant spécifiquement la clientèle des personnes âgées tout en se soustrayant au processus de certification.

J'ai aussi crainte qu'au sein du réseau de la santé et des services sociaux lui-même, une planification de cet assouplissement soit déjà amorcée, et entraîne une déresponsabilisation. Nous avons dû récemment intervenir auprès d'une agence de santé et de services sociaux pour faire interrompre les démarches qu'elle avait entreprises afin d'exclure du processus de certification un complexe immobilier de trois résidences. L'exploitant de ce complexe héberge plus de 200 résidents et plusieurs services y sont disponibles sur place (activités de loisirs, piscine, salon de coiffure, salle d'exercice, caméras de surveillance et sonnettes d'urgence dans les chambres et salle de bain). Aucune de ces résidences n'a obtenu sa certification à ce jour étant donné, entre autres, qu'elles ne respectent pas certains critères de sécurité dans le plan d'évacuation incendie. Plus de 20 % de la clientèle qui y est hébergée n'est pas en mesure de se mobiliser par elle-même pour évacuer en cas d'incendie et le service de sécurité incendie exige de l'exploitant que des mesures particulières soient déterminées pour assurer une évacuation sécuritaire de ces personnes.

Or, au moment de notre intervention, l'agence concernée s'apprêtait à exclure ces trois résidences du processus de certification, se basant sur les modifications qui découleraient éventuellement du présent projet de loi et sur les modifications réglementaires à venir, en considérant qu'elles n'offraient aucun service s'apparentant à la définition projetée de résidence pour personnes âgées.

Préoccupations spécifiques liées à la sécurité incendie

Cette interprétation restrictive de la notion de service, qui entraîne l'exclusion de certaines résidences du processus de certification, me préoccupe. Je crains pour la sécurité des personnes âgées qui y sont hébergées. En effet, en ce qui a trait au plan d'évacuation incendie, les exigences sont différentes selon qu'il s'agisse d'un immeuble à logements ou d'une résidence pour personnes âgées. De façon courante, un immeuble à logements standard ne compte pas un nombre aussi important de personnes à mobilité réduite. La tâche des pompiers en est complexifiée et le risque d'incidents tragiques beaucoup plus grand.

Par ailleurs, l'avant-projet de règlement suscite des questions quant au rôle du Service de sécurité incendie de la municipalité eu égard à l'approbation des plans de sécurité incendie. Le libellé actuel de son article 12 porte à croire que l'approbation du Service de sécurité incendie ne sera plus requise pour obtenir la certification.

Un autre exemple réel de l'exclusion qu'engendre une interprétation restrictive est illustré par le cas de cette résidence actuellement certifiée, hébergeant 500 résidents âgés en majorité (70 %) de plus de 75 ans et offrant des services de soins infirmiers. Cette résidence offre des services de sécurité tels que des boutons d'urgence pour joindre une infirmière auxiliaire qui est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Des services infirmiers sont également disponibles sur place. Toutefois, selon les informations recueillies dans le cadre de notre intervention, ceux-ci pourraient ne pas être considérés comme un « service » au sens de la nouvelle définition, parce que non dispensés directement ou indirectement par l'exploitant, mais plutôt par un tiers qui loue un local dans le complexe. Ainsi, aux fins de la certification, l'exploitant sera considéré comme dispensant moins de deux services, alors que plusieurs services seront annoncés comme disponibles sur place sans pour autant être considérés comme offerts par l'exploitant.

Les personnes qui choisissent d'aller vivre dans une résidence pour aînés sont justement à la recherche d'une offre plus ou moins étendue de services visant à compenser leur début de perte d'autonomie. C'est donc une clientèle devenant de plus en plus vulnérable que les exploitants visent à attirer, et c'est celle qui risque d'être effectivement recrutée par ces types d'hébergement où, sur place, une variété de services seront offerts.

Revenir à la finalité même de la certification

Je suis d'avis que le processus de certification doit respecter la finalité même la certification, soit la protection des personnes âgées. Conséquemment, il n'est pas dans l'intérêt des citoyens d'exclure des résidences offrant moins de deux services du processus de certification. Quels sont les changements survenus depuis l'entrée en vigueur des dispositions de certification obligatoire qui permettent de penser qu'il serait aujourd'hui justifié de créer une brèche importante dans la portée de cette certification? Quels sont les risques qui ont été atténués au point que la certification des résidences offrant un seul service n'ait plus de valeur ajoutée?

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

R2 : QUE tous les services visés par l'article 7 du projet de loi, et qui sont annoncés et promus comme étant disponibles à la résidence – peu importe qu'ils soient dispensés directement ou indirectement par l'exploitant, ou par un tiers – soient considérés dans la détermination de ce qui constitue une résidence pour personnes âgées.

4. Services offerts à la carte et accès aux services publics dans les résidences pour personnes âgées

Le projet de loi demeure silencieux sur la dispensation à la carte, par l'exploitant, de services d'aide à domicile et sur les coûts afférents souvent très élevés. Le Protecteur du citoyen reconnaît l'apport significatif du secteur privé dans la dispensation de services d'aide à domicile, qui pallient souvent le manque de ressources du réseau public. Cependant, les services publics de soutien à domicile doivent rester accessibles aux personnes âgées qui ne souhaitent, ou ne peuvent, s'offrir ces mêmes services à la carte. En effet, nos dossiers de plaintes ont révélé que des CLSC refusent des demandes de soutien à domicile ou les rétrogradent en bas de la liste d'attente, du fait que les demandeurs habitent une résidence pour personnes âgées qui offre ces services moyennant rémunération, et ce, peu importe la capacité de payer de ces personnes.

Il apparaît pertinent de rappeler que les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et la politique de soutien à domicile prévoient l'accès et la gratuité des services publics de soutien à domicile à tous les citoyens.

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

R3 : QUE le projet de loi précise que le fait d'habiter une résidence pour personnes âgées offrant des services à la carte ne constitue pas un critère d'exclusion à l'obtention des services publics de soutien à domicile que dispensent les CLSC.

5. Resserrement des exigences reliées à la surveillance et à la sécurité (art. 346.0.6 et 346.0.7 LSSSS, tels que modifiés par les articles 9 et 10 du projet de loi)

J'accueille favorablement l'établissement de ratios de personnel pour assurer la surveillance adéquate de la clientèle en résidence. Présentement, l'obligation de l'exploitant se limite à assurer, en tout temps, la présence « d'au moins une personne majeure », peu importe le nombre de résidents et le nombre d'étages à surveiller. Il est en effet pertinent que le règlement prévoie des ratios qui tiendront compte du nombre de résidents, de leurs conditions et de l'organisation spatiale des lieux. Ainsi, les précisions à cet effet qui seront apportées au règlement à venir seront déterminantes. Sur quelle base ce nombre sera-t-il établi? Outre le nombre minimal de personnes requis, il sera important de préciser la catégorie d'emploi de ces travailleurs (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires ou infirmières), afin de répondre adéquatement au besoin de surveillance selon la condition des personnes à surveiller.

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

R4 : QU'afin d'assurer une surveillance adéquate de la clientèle hébergée, non seulement le nombre de personnes requis soit spécifié par règlement, mais également leur catégorie d'emploi.

Également, s'il est prévu que le gouvernement pourra déterminer par règlement les conditions de sécurité que devra satisfaire le personnel, y inclus les antécédents judiciaires, aucune vérification systématique auprès des services de police n'est exigée. Nous savons qu'actuellement la vérification des antécédents judiciaires des propriétaires et exploitants se fait essentiellement au moyen de déclarations écrites et signées par ces derniers. Il n'y a pas de contre-vérification systématique de ces déclarations. J'insiste sur l'importance de s'assurer adéquatement que toute personne directement impliquée auprès des résidents soit

exempte de tout antécédent judiciaire permettant de craindre pour la santé et la sécurité des résidents.

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

R5 : QU'afin d'assurer la sécurité de la clientèle hébergée, la vérification systématique auprès des services de police des antécédents judiciaires ayant un lien avec l'emploi postulé soit exigée pour tout propriétaire, tout gestionnaire et tout membre du personnel impliqué directement auprès des résidents.

6. Exigence d'une attestation temporaire (art. 346.0.2 LSSSS, tel que modifié par l'art. 8 du projet de loi)

Le projet de loi prévoit qu'avant même d'accueillir son premier résident, l'exploitant devra obtenir une attestation temporaire de conformité, qui ne sera émise que s'il possède les qualités et remplit les conditions définies par règlement. J'accueille favorablement cet ajout législatif. Il devrait cependant être assorti d'exigences particulières quant à la sécurité incendie et à l'évacuation des résidents. Et ce, d'autant plus que l'attestation temporaire peut permettre à un exploitant d'opérer pendant un an, sinon plus, avant d'obtenir sa certification.

Par ailleurs, aucune limite à la prolongation d'une attestation temporaire n'est prévue. Je comprends qu'il soit nécessaire et pertinent que les propriétaires puissent continuer l'opération de leur entreprise dans l'attente de permis et d'autorisations diverses, pour lesquels ils ne sont pas toujours responsables des délais d'obtention. Cela est aussi dans l'intérêt des personnes hébergées.

Il me semble toutefois qu'il faille baliser davantage la durée possible de l'attestation temporaire, et imposer aux divers services publics concernés la diligence d'agir en ces circonstances. Il me paraît raisonnable que l'attestation temporaire, émise pour une année, ne soit renouvelable qu'une fois. Advenant que l'incapacité du propriétaire de satisfaire aux conditions de certification découle de l'inaction d'un service public, des circonstances exceptionnelles pourraient alors être invoquées et le service public concerné serait tenu de motiver son défaut d'agir auprès de l'Agence.

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

R6 : QUE l'émission de l'attestation temporaire de conformité soit conditionnelle au respect d'exigences spécifiques quant à la sécurité incendie et à l'évacuation des résidences, exigences adaptées selon les risques que présentent ces résidences;

QUE l'attestation temporaire ne puisse être prolongée qu'une fois, pour une durée d'un an, sauf circonstances exceptionnelles découlant de l'inaction d'un service public;

QUE, dans cette dernière situation, le service public concerné soit tenu de faire part à l'Agence des motifs de son inaction et que des mesures exceptionnelles soient prises, sous la responsabilité dudit service public, pour assurer le respect des critères de conformité visés et soutenir le propriétaire ou l'exploitant de la résidence privée dans ses démarches.

7. Évaluation de l'autonomie des résidents (art. 346.0.6 (3.1°) LSSSS, tel que modifié par l'art. 9 du projet de loi)

L'avant-projet de règlement prévoit des outils spécifiques à être utilisés pour l'évaluation de l'autonomie des résidents. Il ne donne aucune indication sur les personnes qui seront habilitées à faire ces évaluations, ni sur comment elles y seront habilitées. J'insiste encore une fois sur l'importance de s'assurer que les personnes qui seront autorisées à compléter ces évaluations aient la compétence pour le faire adéquatement.

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

R7 : QUE le règlement régit les exigences de formation et l'expertise des membres du personnel qui seront appelés à évaluer l'autonomie des personnes âgées qui résident, ou souhaitent résider, dans une résidence pour personnes âgées.

8. Soutien aux résidents lors de la fermeture d'une résidence (art. 346.0.18 et art. 346.0.19 LSSSS, tels que modifiés par les articles 18 et 19 du projet de loi)

Le projet de loi ne prévoit pas de mesures de soutien ou de protection en cas de fermeture d'une résidence pour personnes âgées ou d'un changement au niveau du profil de clientèle ciblé, notamment par une modification de l'offre de services, sauf dans le cas d'une décision de l'agence de révoquer une attestation temporaire ou une certification. Quoique les dispositions du Code civil liées au bail demeurent applicables, dans le cas où l'exploitant met fin en tout ou en partie à ses opérations, il serait opportun que des règles plus précises soient ajoutées afin d'assurer aux résidents une prise en charge adéquate de leur relocalisation.

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

*R8 : QU'en cas de fermeture de résidence ou de changement d'offre de services, l'exploitant soit tenu d'offrir un service d'aide à la relocalisation des résidents touchés;
QUE l'agence s'assure du respect par l'exploitant de cette obligation.*

9. Libellé de l'article 346.0.5.2 LSSSS proposé par l'art. 8 du projet de loi

L'actuel article 346.0.3 alinéa 2 de la LSSSS énonce qu'un « établissement public doit, avant de **proposer** à un usager une résidence pour personnes âgées, s'assurer que l'exploitant de cette résidence est titulaire d'un tel certificat (de conformité) ». Le nouvel article 346.0.5.2, tel que projeté par l'article 8 du projet de loi, prévoit qu'un « établissement public doit, avant de **diriger** une personne vers une résidence pour personnes âgées, s'assurer que l'exploitant de cette résidence est titulaire d'une attestation temporaire ou d'un certificat de conformité ». En employant le terme « diriger », l'article laisse croire que le réseau public ferait dorénavant plus que simplement proposer des ressources privées disponibles sur son territoire. Je m'interroge sur les raisons ayant mené à ce changement de libellé et sur la modification des pratiques qui pourrait en découler. Pourquoi ce changement et comment le ministère de la Santé et des Services sociaux envisage-t-il concrètement l'impact de cette modification pour les personnes âgées?

Par ailleurs, dans les situations où le réseau public contracte des achats de places avec le réseau privé aux fins, par exemple, de désengorger des établissements, il serait important de préciser qu'avant d'y orienter un usager, on s'assure au préalable que l'exploitant a initié son processus de certification obligatoire et qu'il détient à tout le moins une attestation temporaire. L'article devrait être clarifié sur cet aspect, puisque des situations où des usagers ont été orientés dans des résidences dont le processus de certification n'était pas complété nous sont connues.

EN CONSÉQUENCE, LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

R9 : QUE l'article 346.0.5.2 soit clarifié :

- *en remplaçant l'expression « diriger une personne âgée vers » par « proposer à une personne âgée »;*
- *en y précisant que, lorsqu'un établissement oriente un usager vers une résidence pour personnes âgées avec laquelle il a contracté un achat de places, il s'assure que l'exploitant détienne une attestation temporaire ou un certificat de conformité.*

Conclusion

Je reconnais les avancées importantes que vise le présent projet de loi et j'apprécie la véritable volonté de mieux protéger les personnes âgées hébergées en résidences privées. Mes recommandations s'inscrivent dans une perspective de bonification et s'inspirent des écueils et des risques que nos enquêtes nous amènent à déceler.

Le processus de certification mis en place jusqu'à maintenant a permis de réprimer des abus et, surtout, a suscité le développement d'une culture positive de prévention et de gestion des risques chez la plupart des exploitants de résidences. C'est pourquoi je vous encourage à ne pas restreindre le nombre de résidences qui doivent y demeurer assujetties ou qui devraient dorénavant y être assujetties.

Pour être efficace, toutefois, la certification a un corollaire : l'inspection. Je salue donc l'intention d'accroître le nombre d'inspecteurs et d'effectuer, lorsque nécessaire, des visites imprévisibles. Ce corollaire de la certification est essentiel à la gestion des risques qui s'impose dans les circonstances.

Je souligne l'importance à la fois que le règlement d'application du projet de loi soit publié dans les meilleurs délais et que les ressources requises pour l'inspection soient qualifiées, suffisantes et effectivement déployées sur le terrain.

Je vous remercie.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

- R1 : QUE le 2^e alinéa de l'article 346.0.1 proposé soit modifié de façon à ne pas exclure de la définition de résidence pour personnes âgées celles n'offrant des services que dans une seule catégorie;
QUE les résidents soient en droit de recourir au régime d'examen des plaintes prévu à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- R2 : QUE tous les services visés par l'article 7 du projet de loi, et qui sont annoncés et promus comme étant disponibles à la résidence – peu importe qu'ils soient dispensés directement ou indirectement par l'exploitant, ou par un tiers – soient considérés dans la détermination de ce qui constitue une résidence pour personnes âgées.
- R3 : QUE le projet de loi précise que le fait d'habiter une résidence pour personnes âgées offrant des services à la carte ne constitue pas un critère d'exclusion à l'obtention des services publics de soutien à domicile que dispensent les CLSC.
- R4 : QU'afin d'assurer une surveillance adéquate de la clientèle hébergée, non seulement le nombre de personnes requis soit spécifié par règlement, mais également leur catégorie d'emploi.
- R5 : QU'afin d'assurer la sécurité de la clientèle hébergée, la vérification systématique auprès des services de police des antécédents judiciaires ayant un lien avec l'emploi postulé soit exigée pour tout propriétaire, tout gestionnaire et tout membre du personnel impliqué directement auprès des résidents.
- R6 : QUE l'émission de l'attestation temporaire de conformité soit conditionnelle au respect d'exigences spécifiques quant à la sécurité incendie et à l'évacuation des résidences, exigences adaptées selon les risques que présentent ces résidences;
QUE l'attestation temporaire ne puisse être prolongée qu'une fois, pour une durée d'un an, sauf circonstances exceptionnelles découlant de l'inaction d'un service public;
QUE, dans cette dernière situation, le service public concerné soit tenu de faire part à l'Agence des motifs de son inaction et que des mesures exceptionnelles soient prises, sous la responsabilité dudit service public, pour assurer le respect des critères de conformité visés et soutenir le propriétaire ou l'exploitant de la résidence privée dans ses démarches.
- R7 : QUE le règlement régit les exigences de formation et l'expertise des membres du personnel qui seront appelés à évaluer l'autonomie des personnes âgées qui résident, ou souhaitent résider, dans une résidence pour personnes âgées.
- R8 : QU'en cas de fermeture de résidence ou de changement d'offre de services, l'exploitant soit tenu d'offrir un service d'aide à la relocalisation des résidents touchés;
QUE l'agence s'assure du respect par l'exploitant de cette obligation.
- R9 : QUE l'article 346.0.5.2 soit clarifié :
- en remplaçant l'expression « diriger une personne âgée vers » par « proposer à une personne âgée »;
 - en y précisant que, lorsqu'un établissement oriente un usager vers une résidence pour personnes âgées avec laquelle il a contracté un achat de places, il s'assure que l'exploitant détienne une attestation temporaire ou un certificat de conformité.



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Justice

Équité

Respect

Impartialité

Transparence

**Mémoire du Protecteur du citoyen
présenté à la Commission de la santé
et des services sociaux**

dans le cadre des consultations particulières
et auditions publiques sur le document intitulé
L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la
création d'une assurance autonomie

Québec, le 12 novembre 2013

La mission du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à un citoyen ou à un groupe de citoyens. Désigné par les parlementaires de toutes les formations politiques et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement d'une ou de plusieurs plaintes ou de sa propre initiative.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, il peut notamment proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives afin de les améliorer dans le meilleur intérêt des personnes concernées.

Le présent document a été édité en quantité limitée. Il est disponible en version électronique à l'adresse : www.protecteurducitoyen.qc.ca, section **Dossiers et documentation**, rubrique **Réactions aux projets de loi et de règlement**.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes

© Protecteur du citoyen, 2013

Toute reproduction, en tout ou en partie, est permise à condition d'en mentionner la source.

Table des matières

Le point de vue du Protecteur du citoyen.....	2
1 L'universalité de la couverture publique.....	3
2 L'équité de l'accès aux services.....	4
2.1 Les principales réserves du Protecteur du citoyen découlant de l'utilisation de l'outil d'évaluation des besoins.....	5
3 L'accessibilité réelle aux services.....	8
3.1 Les constats du Protecteur du citoyen en matière d'accessibilité réelle aux services de soutien à domicile.....	8
3.2 L'accessibilité réelle à trois types de services	9
3.3 L'acteur garantissant l'offre de services.....	12
4 La qualité des services	13
5 La solidarité dans le financement	16
5.1 Une proposition de financement en deux temps.....	16
5.2 L'allocation de soutien à l'autonomie et la liberté de choix.....	20
5.3 L'allocation de soutien à l'autonomie et ses conséquences financières pour l'utilisateur	20
5.4 La réalité des usagers dans leurs milieux de vie	22
5.5 La réalité des personnes handicapées dans leurs milieux de vie	23
5.6 La modalité Allocation directe — Chèque emploi service	25
6 La transparence du régime et l'imputabilité des acteurs.....	27
6.1 La transparence dans l'organisation des services.....	27
6.2 La transparence dans la reddition de comptes	27
Conclusion	29
Liste des recommandations.....	30

Le point de vue du Protecteur du citoyen

- 1 Les présentes consultations particulières portent sur le document intitulé *L'Autonomie pour tous — Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*¹ (ci-après le Livre blanc). Elles visent à recueillir le point de vue de divers intervenants et groupes, que la Commission de la santé et des services sociaux a invités, afin d'alimenter la réflexion des parlementaires sur l'importante réforme qui est envisagée.
- 2 Lors du dépôt de son rapport annuel d'activités 2012-2013, le 25 septembre 2013, le Protecteur du citoyen notait que, d'une manière générale, l'écart entre les services publics annoncés et ceux réellement accessibles continue de se creuser, en raison des pressions budgétaires qui se font sentir de façon intensifiée. Il se dégage de ce constat qu'afin d'être en mesure de dispenser des services publics qui soient accessibles et de qualité, il faut trouver les moyens d'innover à l'intérieur d'un cadre budgétaire restreint. Il faut aussi infléchir la tendance menant à la déresponsabilisation de l'État vis-à-vis du manque d'accessibilité et de qualité des services que le Protecteur du citoyen observe dans plusieurs secteurs des services publics québécois. Dans cette perspective, le futur régime d'assurance autonomie représente une occasion d'améliorer la prestation publique de soins et de services de longue durée.
- 3 Sur le plan du financement d'un tel régime, plusieurs questions importantes se posent. Quelles seront les contributions respectives de l'État, du contribuable et de l'utilisateur? La nature de la réponse à cette question entraîne des impacts importants. Pour sa part, **le Protecteur du citoyen ne s'oppose pas à une éventuelle contribution financière des usagers, mais celle-ci ne doit jamais devenir un obstacle à l'obtention de services.** L'appui du Protecteur du citoyen au régime d'assurance autonomie qui sera proposé dépend de cette condition essentielle.
- 4 La liberté de choisir ses fournisseurs de services est l'une des caractéristiques fondamentales des propositions de la Commission Clair, du Comité Ménard, ainsi que des régimes d'assurance de soins de longue durée sur le plan international. Le Livre blanc propose l'allocation de soutien à l'autonomie (ASA) comme modalité permettant d'introduire cette caractéristique au futur régime d'assurance autonomie, en l'attribuant sous la forme d'heures de services ou d'une allocation financière afin d'obtenir facilement une prestation de services.
- 5 Parmi les solutions alternatives que les services publics s'efforcent de mettre en place en matière d'organisation des services, le Protecteur du citoyen observe une tendance à diriger de plus en plus les citoyens vers des organismes communautaires ou des entreprises privées, à l'aide d'ententes de services. Le futur régime d'assurance autonomie s'inscrit dans cette tendance avec l'ASA. N'ayant pas de réserve quant au principe de ces ententes, **le Protecteur du citoyen marque cependant sa vive inquiétude envers le contrôle insuffisant de la qualité qui risque de survenir dans ce contexte particulier.**
- 6 Par ailleurs, le Protecteur du citoyen a formulé des constats dans son rapport annuel d'activités 2012-2013 qui l'amènent à s'inquiéter des pratiques qui privent actuellement les usagers des services nécessaires à leurs besoins, reportant ainsi le fardeau sur les aidants naturels et contribuant à une utilisation inappropriée des places en milieu

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux 2013, *L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, MSSS, 46p.

hospitalier, en réadaptation ou en milieu d'hébergement. De 2010 à 2013, le nombre de plaintes qu'il a traitées concernant les services de soutien à domicile est ainsi passé de 92 à 131. Il s'agit d'une augmentation d'environ 30 % sur l'ensemble de la période. Plus de 45 % de ces plaintes étaient fondées. Cette augmentation significative du nombre de plaintes interpelle le Protecteur du citoyen qui agit, rappelons-le, en deuxième recours, après les commissaires locaux ou régionaux aux plaintes et à la qualité des services. C'est donc dire que ces pourcentages pourraient encore être plus élevés si l'on considérait globalement les deux instances du régime de plaintes.

- 7 Étant donné qu'une nouvelle politique nationale de soutien à l'autonomie et un projet de loi viendront préciser les intentions gouvernementales sur la réforme proposée dans le Livre blanc, le Protecteur du citoyen ne peut que réserver son jugement à cet égard. Il s'agit, en effet, d'une avenue de réforme dont certains éléments seront précisés au cours de cette consultation parlementaire et d'autres, au printemps 2014. C'est pourquoi le présent mémoire formule des recommandations sur plusieurs sujets qui, entre autres, le préoccupent plus particulièrement. Ces recommandations s'appuient sur l'observation et l'analyse de la situation qui prévaut pour les personnes que vise spécifiquement la réforme proposée. Le Protecteur du citoyen entend ainsi cibler les défis à surmonter et les principales balises à considérer pour la suite des choses et proposer des solutions concrètes.
- 8 Dans le but de structurer ses commentaires qui visent l'intégration du futur régime d'assurance autonomie au système public de santé et de services sociaux québécois, le Protecteur du citoyen s'est inspiré de six grands principes. Ces derniers se trouvent dans la littérature scientifique² et ils sont également présents dans les législations québécoises et canadiennes du domaine sociosanitaire. Ces principes sont les suivants :
 - ▶ l'universalité de la couverture publique;
 - ▶ l'équité de l'accès aux services;
 - ▶ l'accessibilité réelle aux services;
 - ▶ la qualité des services;
 - ▶ la solidarité dans le financement;
 - ▶ la transparence du régime et l'imputabilité des acteurs.
- 9 Le Protecteur du citoyen conclut son mémoire en regroupant les recommandations qu'il propose.

1 L'universalité de la couverture publique

- 10 Selon le Livre blanc, le futur régime d'assurance autonomie ne modifie aucune des conditions d'admissibilité en vigueur pour les régimes d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation et d'assurance médicaments. En fait, l'assurance autonomie viendrait compléter la couverture publique déjà offerte en matière de services de santé et de services sociaux. Puisque les cadres normatifs issus de ces trois autres régimes publics s'appliqueraient aux mineurs et à leurs parents, le régime proposé ne couvrirait donc que les personnes âgées de 18 ans et plus dont l'état nécessite des soins et des mesures de soutien à l'autonomie dans une perspective de longue durée, soit :

² Thomson S., Foubister T., Mossialos E., 2009, *Financing Health Care in the European Union : Challenges and Policy Responses*, EOHSP, Observatory Studies no17, 225p.

- ▶ Les personnes âgées qui connaissent des pertes d'autonomie de nature fonctionnelle ou cognitive, ou en raison de maladies chroniques;
 - ▶ Les adultes ayant des incapacités significatives et persistantes sur le plan physique (moteur, visuel, auditif ou du langage);
 - ▶ Les adultes ayant des incapacités significatives et persistantes sur le plan intellectuel, ou qui ont un trouble envahissant du développement.
- 11 Le principe d'universalité de la couverture se traduit par la formalisation d'un droit pour tous les citoyens de plus de 18 ans dont la situation le requiert : celui de recevoir les services qu'offrira le futur régime d'assurance autonomie. Sa gestion publique permettra d'administrer ce nouveau régime à titre de payeur unique selon les mêmes critères que les trois autres régimes en vigueur (assurance maladie, assurance hospitalisation et assurance médicaments pour la partie publique). **Le Protecteur du citoyen appuie cette façon de faire, mais se préoccupe de certaines clientèles qui ne seraient pas admissibles aux services.** Par exemple, les personnes mineures émancipées, ainsi que les personnes en transition vers l'âge adulte et présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement pourraient nécessiter des services tels que ceux prévus dans le Livre blanc. La réflexion du Protecteur du citoyen l'amène à suggérer au ministre responsable du projet de faire l'étude de dispositions d'exception concernant certaines clientèles particulières.

Considérant :

Que les besoins des personnes mineures émancipées et des personnes en transition vers l'âge adulte et présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement pourraient nécessiter des services prévus dans le Livre blanc;

Que les citoyens de moins de 18 ans ne seraient pas admissibles à recevoir les services qu'offrira le futur régime d'assurance autonomie, et ce, même si leur état le requiert.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-1 Que le ministère de la Santé et des Services sociaux fasse l'étude de dispositions d'exception concernant certaines clientèles particulières qui ne seraient pas admissibles au futur régime d'assurance autonomie, telles les personnes mineures émancipées et les personnes en transition vers l'âge adulte et présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

2 L'équité de l'accès aux services

- 12 Il existe deux conditions essentielles pour avoir accès aux services du futur régime d'assurance autonomie. Selon le Livre blanc, il faut d'abord avoir été évalué et ensuite présenter un profil de besoins nécessitant, à long terme, des interventions d'aide, d'assistance, de soins ou des services professionnels de longue durée. Cette évaluation des besoins serait réalisée à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), lequel est déjà utilisé auprès des adultes en perte d'autonomie. Le Protecteur du citoyen a certaines réserves, non pas sur l'outil lui-même, mais sur la façon dont il sera utilisé.

2.1 Les principales réserves du Protecteur du citoyen découlant de l'utilisation de l'outil d'évaluation des besoins

- 13 L'OEMC offre l'avantage reconnu d'uniformiser l'évaluation de même que la mesure de l'autonomie fonctionnelle des usagers, et ainsi, d'établir un niveau d'autonomie standardisé pour chaque usager. C'est à partir de cette évaluation que le gestionnaire de cas fixera le niveau d'allocation des services. Le risque qu'anticipe le Protecteur du citoyen est que cela entraîne une « automatisation » de l'allocation, alors que l'analyse des besoins demande souplesse, ouverture et jugement clinique.
- 14 Par ailleurs, cet outil ne procure pas toujours un portrait complet de la situation des usagers, ce qui préoccupe grandement le Protecteur du citoyen. Le recours à cet outil peut parfois conduire à sous-estimer l'effet de certaines réalités sur le niveau de prise en charge requis, réalités qui incluent les problèmes graves de comportement, les conditions de santé très spécifiques, les besoins de surveillance, ainsi que les problèmes psychosociaux (par exemple, un réseau social déficient, des problèmes de santé mentale ou une grande pauvreté).
- 15 De plus, il est mentionné dans le Livre blanc que « les personnes qui ont une déficience présentent un profil de besoins très similaire à celui des aînés en perte d'autonomie »³. Le Protecteur du citoyen exprime sa réserve à l'égard de cette affirmation et souhaite mettre en lumière que les Profils ISO-SMAF⁴ ne tiennent pas compte explicitement de la notion d'insertion sociale et professionnelle, qui revêt une importance particulière chez les personnes handicapées.
- 16 En résumé, **certains risques associés à l'utilisation de l'OEMC préoccupent le Protecteur du citoyen qui souhaite les voir bien considérés et gérés, tant pour les personnes âgées en perte d'autonomie que pour les personnes handicapées, dont plusieurs besoins sont différents.** Dans l'exercice de sa mission, il est régulièrement interpellé lors de situations où des efforts de rationalisation conduisent à des préjudices aux usagers relativement à leur droit de recevoir les services de santé et les services sociaux qui correspondent à l'évaluation de leur situation et de leurs besoins. Le cas suivant illustre concrètement l'un des effets qu'il appréhende lors de l'emploi de l'outil d'évaluation.

Effets pervers découlant de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)

À la suite de la réévaluation annuelle de son plan de services individualisé (PSI), une dame est informée que le soutien à domicile qui lui est alloué sera diminué de deux heures par semaine, même si sa situation n'a pas changé. Aucune explication ne lui est donnée. À la suite de sa plainte au CSSS, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services lui explique les changements apportés au cadre de gestion et leur impact sur les PSI. Le nouveau cadre de gestion utilise le modèle d'évaluation fondé sur les Profils ISO-SMAF qu'a mis de l'avant le ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est en raison de l'utilisation de ce modèle d'évaluation et de son application

³ Op. cit. (Note 1) p. 21.

⁴ Dubuc, N., et al, 2007, *Les profils Iso-SMAF : un système pour soutenir les réseaux intégrés de services*, dans Fleury, M.-J., et al, *Le système sociosanitaire au Québec*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 245-261.

informatique que cette dame reçoit dorénavant deux heures de service de moins par semaine.

À l'examen des grilles, le Protecteur du citoyen a constaté une légère différence à la cote attribuée à certains facteurs. Cela a eu pour effet que la règle mathématique appliquée dans l'outil informatique est venue modifier de façon importante, et ce, à la baisse, le nombre d'heures de services requis.

Source : Protecteur du citoyen, 2012, *Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*, p.17.

- 17 **Aussi performants soient-ils, ces outils d'évaluation standardisés ne peuvent remplacer le jugement des professionnels, dont l'opinion clinique doit être prise en compte au cours de la démarche d'évaluation des besoins.** Ailleurs dans le monde⁵, on utilise également des outils d'évaluation standardisés (Danemark) ou des grilles d'évaluation plus ou moins élaborées, dont un comité d'experts (Japon) ou des équipes régionales spécialisées (France) valident les résultats. Au Québec, c'est le comité d'allocation des ressources du CSSS qui valide les résultats de l'intervenant qui a procédé à l'évaluation des besoins de l'utilisateur. Il n'y a pas de mécanisme qui permet à cet usager de contester les résultats de cette évaluation, outre le régime d'examen des plaintes, c'est-à-dire après la mise en application de son plan d'intervention. L'implantation du futur régime d'assurance autonomie ne serait-il pas le moment opportun pour instaurer ce type de mécanisme au palier régional?
- 18 Par ailleurs, plusieurs régions disposent, sur une base locale, de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA). Les RSIPA s'inspirent d'une philosophie clinique d'organisation des services qui s'appuie sur neuf composantes : un guichet unique d'accès, un questionnaire de cas pour 7 % à 10 % des cas les plus complexes, la présence d'une personne responsable, l'accès à une équipe gériatrique, l'implication du médecin de famille, un système d'évaluation des besoins basé sur l'OEMC, des mécanismes locaux de coordination et de concertation, un plan d'intervention ou un plan de services individualisé et enfin, un système de communication efficace.
- 19- Les RSIPA ne pourraient-ils pas être mis à contribution dans cette perspective? Le RSIPA dispose de l'expertise clinique requise et il pourrait contribuer efficacement à cette validation au palier régional. Toutefois, il faut prendre en considération que le taux d'implantation des neuf composantes du RSIPA était de 62,15 % au 31 mars 2012 et qu'on visait un taux de 70 % d'ici 2015⁶. Il faudra évidemment tenir compte du degré d'implantation des RSIPA qui est, précisons-le, très variable d'une région à l'autre dans l'optique de toute contribution qui pourrait être attendue.
- 20 Découlant également de l'évaluation des besoins réalisée à l'aide de l'OEMC, le plan de services individualisé qui sera mis en œuvre devrait être attaché à la personne et la suivre dans son parcours de soins et de services, peu importe la région ou le lieu de dispensation des services. En l'absence de standards à l'échelle du Québec, les cadres de gestion du soutien à domicile des agences et des CSSS reposent sur différents systèmes de valeurs qui ont un impact sur l'accessibilité et l'intensité des services offerts aux usagers.

⁵ Op. cit. (Note 1) p.42.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport annuel de gestion 2011-2012, p.24-25.

- 21 Dans certaines agences et CSSS, on privilégie l'accès pour le plus grand nombre et, en vertu de ce critère, on assure un minimum d'heures de service à l'ensemble des usagers admissibles. Ailleurs, la priorité peut être accordée au degré de dépendance et alors, c'est l'intensité des services qui est ajustée pour répondre à ce type de besoins prioritaires. Dans un troisième territoire, différents autres critères seront utilisés. Les conséquences d'appliquer certains critères plutôt que d'autres peuvent introduire un traitement différencié à l'égard de la même clientèle. Par exemple, le Protecteur du citoyen a reçu plusieurs plaintes à la suite de la diminution de l'offre de services résultant d'un déménagement, parfois de quelques coins de rue.
- 22 Afin de pallier ces situations, le Protecteur du citoyen recommande que PSI soit associé à l'usager plutôt qu'à la région où il habite. Il considère que **le PSI devrait varier uniquement en fonction des besoins de la personne et non en fonction de son lieu de résidence.**
- 23 De plus, les enquêtes du Protecteur du citoyen démontrent que le nombre d'heures effectivement alloué est très souvent bien en deçà des besoins évalués. Devant l'ampleur de la demande, certains CSSS ne sont plus du tout en mesure d'offrir les services d'aide à la vie domestique (AVD) et ne dispensent désormais gratuitement que les services d'aide à la vie quotidienne (AVQ). D'autres ont choisi de conserver intacte l'offre de service que détermine la politique ministérielle, mais se retrouvent avec des listes d'attente impressionnantes. À cet effet, il n'est pas rare que des usagers ne reçoivent qu'une infime partie des heures pourtant jugées nécessaires au maintien de leur autonomie.
- 24 Le Protecteur du citoyen a également constaté que la plupart des CSSS ont établi des plafonds d'heures de service. Ces limites varient d'une région à l'autre selon le type de service et même selon la clientèle visée. Par exemple, le cadre de référence d'une région prévoit qu'une personne handicapée de moins de 65 ans peut recevoir un maximum de 21 heures de services par semaine, alors qu'une personne âgée en perte d'autonomie de plus de 65 ans peut recevoir seulement un maximum de 10 heures de services par semaine, et ce, pour les mêmes besoins identifiés. **Le Protecteur du citoyen s'inquiète de l'effet pervers des plafonds d'heures de service, particulièrement pour les personnes qui ont des besoins bien supérieurs aux limites établies.**

Considérant :

Que l'utilisation de l'OEMC ne procure pas toujours un portrait complet de la situation des usagers et risque d'entraîner une « automatisation » de l'allocation des services;

Que les notions d'insertion et de participation sociale représentent des besoins particuliers pour les personnes handicapées et qu'ainsi, le recours à l'OEMC peut conduire à sous-estimer l'effet de certaines réalités sur le niveau de prise en charge requis;

Que le processus d'évaluation des besoins devrait permettre aux usagers de pouvoir contester les résultats obtenus à l'aide de l'OEMC;

Que le plan de services individualisé devrait être associé à la personne et la suivre tout au cours de son parcours de soins.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-2 Que l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) considère les besoins particuliers des personnes handicapées, notamment la notion d'insertion sociale et professionnelle qui revêt une importance particulière pour elles.

- R-3** **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux confie à une équipe régionale spécialisée l'examen des contestations des usagers quant aux résultats obtenus à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC).
- R-4** **Que** le plan de services individualisé soit associé à la personne et la suive dans son parcours de soins et de services, peu importe la région ou le lieu de dispensation des services.

3 L'accessibilité réelle aux services

3.1 Les constats du Protecteur du citoyen en matière d'accessibilité réelle aux services de soutien à domicile

- 25 En mars 2012, le Protecteur du citoyen publiait un rapport d'enquête sur les services de soutien à domicile offerts aux personnes présentant une incapacité significative et persistante et nécessitant des services à long terme⁷. Cette intervention systémique faisait ressortir l'écart entre les principes et les orientations de la *Politique de soutien à domicile* qu'a adoptée le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2003⁸ et la réalité des personnes qui reçoivent ou devraient recevoir les services que leur état requiert.
- 26 Le Protecteur du citoyen a mis en lumière plusieurs façons de faire qui dérogeaient à la *Politique de soutien à domicile*, à partir de l'analyse des plaintes reçues entre 2009 et 2012. Son intervention a fait ressortir les problèmes systémiques suivants :
- ▶ l'apparition de nouveaux critères d'exclusion;
 - ▶ la mise en place d'un plafond d'heures de services souvent bien en deçà des besoins évalués;
 - ▶ des disparités régionales importantes dans la façon d'appliquer la *Politique de soutien à domicile*;
 - ▶ la diminution des heures de services;
 - ▶ l'allongement des délais d'attente.
- 27 Lors de la publication de ce rapport, les plaintes reçues étaient en augmentation. Un an plus tard, soit en 2012-2013, les plaintes, en dépit d'une légère baisse, portent principalement :
- ▶ sur la diminution des heures de services conséquentes aux modifications réalisées dans les cadres de gestion du soutien à domicile :
 - ▷ des agences de la santé et des services sociaux;
 - ▷ des centres de santé et de services sociaux (CSSS).
- 28 À la lumière de ces constats, le Protecteur du citoyen a recommandé au ministère de la Santé et des Services sociaux de déterminer le taux de financement requis pour les services de soutien à domicile et de présenter clairement l'offre de services réellement

⁷ Protecteur du citoyen, 2012, *Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*, 36 p.

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, « *Chez soi : le premier choix — La Politique de soutien à domicile* ». Québec, 45p.

disponible selon les besoins de la population. Dans le suivi de ces recommandations, le Ministère a précisé que le Livre blanc apporterait les réponses requises à cet égard. Toutefois, le Protecteur du citoyen n'y a trouvé que des réponses partielles.

- 29 De l'avis du Protecteur du citoyen, **le futur régime d'assurance autonomie suscitera l'adhésion s'il permet d'accroître l'accès aux services actuellement disponibles dès son lancement et, à cet effet, un modèle collaboratif de fourniture de services devrait être envisagé.** Ce modèle, qui pourrait être mis en œuvre durant la période transitoire précédant l'implantation complète du futur régime proposé, prévoirait la collaboration et l'addition des offres de services des prestataires publics, privés et communautaires. Ainsi, les CSSS poursuivraient la dispensation de leur offre de services actuelle, à laquelle s'ajouterait celle des nouveaux prestataires privés et communautaires, au fur et à mesure de leur accréditation.

3.2 L'accessibilité réelle à trois types de services

- 30 Sous l'angle de l'accessibilité concrète aux services, trois types de services de longue durée seront les plus visés, selon le Livre blanc :
- ▶ Les soins et les services professionnels de base qui incluent les soins infirmiers, les services de nutrition, de réadaptation et psychosociaux, lesquels :
 - ▷ demeurerait sous la responsabilité des CSSS et pourraient aussi faire l'objet d'une entente contractuelle avec une résidence privée pour aînés certifiée ou une organisation privée.
 - ▶ L'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ), par exemple, se laver, s'habiller et manger, qui :
 - ▷ serait offerte par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD)⁹ et pourrait faire l'objet d'une entente contractuelle avec une résidence privée pour aînés certifiée ou une organisation privée dont la qualité des services est reconnue ou, sur une base d'exception pour des cas particuliers, par les auxiliaires de santé et de services sociaux des CSSS.
 - ▶ L'aide aux activités courantes de la vie domestique (AVD) comme faire le ménage, préparer les repas et faire les courses, qui :
 - ▷ demeurerait offerte par les EÉSAD et pourrait faire l'objet d'une entente contractuelle avec les organismes communautaires ou des organisations privées.
- 31 Par ailleurs, le Livre blanc précise que les services aux proches aidants (activités de présence-surveillance, de répit ou de dépannage) feront également partie de cette nouvelle offre de services de longue durée.
- 32 En 2012-2013, le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)¹⁰ a permis de desservir 194 814 usagers¹¹ en services de soutien à domicile. Depuis 2005, il

⁹ Jusqu'à tout récemment, elles étaient désignées sous le nom d'entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD). Le Protecteur du citoyen prend acte de ce changement de nom.

¹⁰ Depuis le 4 février 2013, le SAPA est la nouvelle appellation du programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion intégrée de l'information, Système d'information sur la clientèle et des services des CLSC (I-CLSC), novembre 2013.

s'agit d'une augmentation de 20 % du nombre d'utilisateurs desservis, et plus de 77 % d'entre eux avaient passé le cap des 75 ans¹². Près de 60 000 de ces personnes âgées en perte d'autonomie ont reçu des services de soutien à domicile des auxiliaires de santé et de services sociaux, mieux connus sous le nom « auxiliaires familiales ». Pour les autres personnes âgées du programme SAPA, il s'agissait de soins et de services professionnels, comme les soins infirmiers à domicile.

- 33 Cependant, l'aide à domicile que dispensaient les 5 032 auxiliaires familiales des CSSS¹³ représenterait 56 % de l'ensemble des services à domicile fournis aux personnes âgées en perte d'autonomie¹⁴ et les soins et services professionnels, 44 %. L'aide à domicile comprend principalement l'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et l'aide aux activités courantes de la vie domestique (AVD). À ces fins, les auxiliaires familiales réaliseraient, en moyenne, 59 interventions par usager durant l'année, ce qui représenterait une visite de 40 minutes par semaine en moyenne. Le futur régime d'assurance autonomie prévoit que, dorénavant, ce sera une EÉ SAD, une résidence privée pour aînés certifiée ou une organisation privée dont la qualité des services est reconnue qui pourra, d'après l'entente de services en vigueur, dispenser les AVQ et les AVD requis selon les besoins établis dans le plan de services individualisé. Les auxiliaires familiales des CSSS pourraient continuer de dispenser de tels services, mais seulement sur une base d'exception pour des cas particuliers.
- 34 Au 31 mars 2011, le Québec comptait 101 entreprises d'économie sociale accréditées qui desservaient 81 000 personnes¹⁵. Seulement 32 d'entre elles offraient des services d'aide à la personne comme l'AVQ. Les EÉ SAD employaient près de 6 800 personnes au total, soit 3 623 emplois à temps plein, 3 025 emplois à temps partiel et 144 emplois financés par divers programmes d'employabilité.
- 35 L'étude des crédits 2013-2014 du ministère de la Santé et des Services sociaux¹⁶ nous apprend aussi qu'au 9 janvier 2013, 1 910 résidences privées pour aînés étaient certifiées sur une possibilité de 2 049 inscriptions au registre. Quant aux organisations privées reconnues pour leur qualité des services, il n'y a aucune information sur l'ampleur de l'offre de services qu'elles pourront dispenser à compter de la fin d'avril 2014, date prévue du lancement du futur régime pour les personnes âgées en perte d'autonomie.
- 36 Cette brève analyse de l'offre de services fait ressortir qu'il existe un déséquilibre structurel entre l'offre et la demande de services. Le futur régime d'assurance autonomie risque d'accentuer ce déséquilibre, notamment en raison de l'absence de la nécessaire période de transition entre le moment où les auxiliaires familiales des CSSS cesseront de dispenser gratuitement les AVQ et les AVD et celui où la relève prendra le relais. L'EÉ SAD accréditée à un territoire local, les résidences privées pour aînés en voie d'être certifiées

¹² Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux, 2013, *Assurance autonomie : Un projet collectif à réussir*, AQESSS, p.3.

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux, Tableau Excel produit par la Direction générale du personnel réseau et ministériel, feuille A.

¹⁴ Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux, 2011, *Six cibles pour faire face au vieillissement*, p.28.

¹⁵ Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, 2012, *Profil des entreprises d'économie sociale en aide domestique*, 34 p.

¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, *L'étude des crédits 2013-2014, Réponses aux questions particulières*, Volet aînés, MSSS, p.110.

ou encore les organisations privées à être reconnues ne pourront en effet commencer à proposer leur offre de services avec tarifs qu'après avoir complété ces étapes préalables, qui prendront du temps. **Il y a un risque important de bris dans la continuité des services.**

- 37 Cela inquiète le Protecteur du citoyen qui reçoit déjà des plaintes à la suite d'insatisfactions résultant de la réévaluation entreprise par certains CSSS et découlant directement, selon leurs commentaires, de la publication du Livre blanc. Une partie de la clientèle est dorénavant référée à l'EÉ SAD pour les AVD, moyennant une participation financière. Avant la publication du Livre blanc, le CSSS finançait ces activités. Pour certains de ces usagers, les services pourraient devenir inaccessibles parce que trop coûteux. Les CSSS n'auraient effectué aucune analyse de l'impact de ces coûts.
- 38 Pourtant, le Livre blanc prévoit que le mouvement entraînant le déplacement des ressources et des services vers les lieux où résident les personnes âgées en perte d'autonomie ne devait débiter qu'en avril 2014. Il sera poursuivi, en 2015, auprès des personnes présentant une déficience physique et, en 2016, auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux entende mettre en œuvre un plan d'implantation à neuf composantes, une nouvelle politique nationale de soutien à l'autonomie et un projet de loi introduisant le futur régime d'assurance autonomie, **les délais apparaissent peu réalistes au Protecteur du citoyen. Un véritable plan de transition est nécessaire. Entre-temps, les directives ministérielles doivent être claires : les agences et les établissements doivent respecter la Politique de soutien à domicile de 2003**¹⁷.

Considérant :

Que la détermination de l'offre de services réellement disponible selon les besoins de la population est une nécessité pour l'ensemble du réseau et que trois types de services de longue durée seront plus particulièrement touchés dans la mise en application du futur régime d'assurance autonomie;

Que l'analyse de l'offre de services réalisée dans le contexte de l'assurance autonomie fait ressortir l'existence d'un déséquilibre structurel entre la demande et l'offre de services;

Que la mise en place d'un modèle collaboratif permettrait de limiter le risque de bris dans la continuité des services durant la période de transition et contribuerait plus rapidement à l'amélioration de l'accès aux services de soutien à domicile.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-5 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux complète l'uniformisation des cadres de gestion du soutien à domicile avant la mise en application du futur régime d'assurance autonomie.

R-6 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore un processus d'accréditation efficace et efficient, basé sur l'évaluation de la qualité des services et prévoit, en conséquence, une période de transition réaliste.

R-7 **Que** durant la période de transition, un modèle collaboratif soit mis en place afin d'accroître rapidement l'accès aux services de soutien à domicile et de susciter l'adhésion au futur régime.

¹⁷ Op. cit. (Note 8)

3.3 L'acteur garantissant l'offre de services

- 39 Le CSSS est l'acteur principal qui doit garantir que les services que couvrira le futur régime d'assurance autonomie seront effectivement offerts. Il devra mettre en œuvre le futur régime au cours des trois prochaines années, selon l'échéancier prévu et, à cette fin, il deviendra responsable d'élaborer le plan de services individualisé.
- 40 Également, le CSSS devra mandater l'un de ses professionnels à titre de gestionnaire de cas ou d'intervenant pivot, pour agir comme personne-ressource auprès de la personne et de ses proches. Le gestionnaire de cas sera également responsable de l'évaluation, de la planification, de la réalisation et de la coordination de l'ensemble des services, ainsi que de faire approuver formellement ce plan de services individualisé par la personne et ses proches, avant sa mise en œuvre.
- 41 Comme acteurs principaux du futur régime d'assurance autonomie, ces nouvelles responsabilités confiées aux CSSS les amèneront à relever d'importants défis, notamment en matière de transformation du panier de services en soutien à domicile qu'ils dispensent actuellement par l'entremise du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Ces réorganisations auront des effets sur l'organisation du travail, la formation et l'encadrement des ressources humaines. Cela représente en soi un défi particulièrement complexe à relever.
- 42 Dans le cadre du programme SAPA en vigueur, plusieurs CSSS éprouvent des difficultés à organiser les services. Dans son rapport d'optimisation des ressources du printemps 2013¹⁸, le Vérificateur général soulignait qu'en dépit d'une obligation légale, seulement 48 % des dossiers examinés comportaient un plan d'intervention fondé sur une évaluation des besoins. De plus, 36 % de ces plans dataient de plus d'un an et n'étaient donc pas actualisés.
- 43 Ces préoccupations vont dans le même sens que celles décrites dans le rapport annuel d'activités 2012-2013 du Protecteur du citoyen. En dépit d'une légère baisse des plaintes et des signalements jugés fondés après enquête, l'année 2012-2013 a été marquée par des plaintes portant sur les aspects cliniques, et qui concernaient principalement l'organisation des soins et des services, la qualité des soins d'assistance aux AVQ et la surveillance¹⁹. Le Protecteur du citoyen a donc recommandé aux CSSS concernés de renforcer leurs mécanismes de suivi et de prise en charge de leurs usagers afin de s'assurer que ceux-ci obtiennent les soins et les services requis selon l'évaluation de leur condition psychosociale et de leur état de santé physique. Il est présentement en suivi d'implantation de la plupart de ces recommandations.
- 44 En plus d'affecter les ressources humaines additionnelles requises et de développer de nouveaux outils efficaces de gestion de cas et de contrôle de la qualité, les CSSS devront s'assurer que la capacité de payer des usagers n'entrave pas l'accessibilité concrète aux services, sur le terrain. Nulle part dans le Livre blanc **le Protecteur du citoyen n'a trouvé d'indications claires au sujet du soutien concret dont le CSSS bénéficiera de la part de l'agence et du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans la mise en œuvre du futur régime d'assurance autonomie**. Certes, le Ministère

¹⁸ Vérificateur général du Québec, printemps 2013, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014 — Vérification de l'optimisation des ressources*, Chapitre 4, Personnes âgées en perte d'autonomie : Services à domicile, p.11.

¹⁹ Protecteur du citoyen, 2013, *Rapport annuel d'activités 2012-2013*, p.77.

s'engage « à respecter ses responsabilités relatives à la définition des orientations »²⁰ dans le cadre d'un plan d'implantation à neuf composantes, mais le peu d'information présentée sur ce plan donne l'impression d'une réforme limitée à la réorganisation des structures en place et à l'élaboration de grilles tarifaires pour les usagers. Le Ministère ne précise pas qu'il s'impliquera concrètement dans l'élaboration des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience ou encore, de guides de pratiques qui concernent des standards cliniques et qui sont fondés sur des données probantes à l'intention des CSSS. Cela inquiète le Protecteur du citoyen.

Considérant :

Que le CSSS sera l'établissement public garantissant l'offre de services établie dans le cadre du futur régime d'assurance autonomie;

Que le CSSS sera le principal responsable de l'organisation de la dispensation de l'offre de services par l'entremise d'ententes de services avec des partenaires externes;

Que ces transformations auront des conséquences sur l'organisation du travail, la formation et l'encadrement des ressources humaines.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-8 Que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore un plan de mise en œuvre précisant les rôles du Ministère, des agences et des CSSS, ainsi que les responsabilités qui leur seront confiées;

R-9 Que ce plan de mise en œuvre prévoit les ressources qui seront affectées au futur régime d'assurance autonomie dans les CSSS, ainsi que le soutien devant être fourni par les agences;

R-10 Que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore des guides de pratique, fondés sur les données probantes, destinés aux CSSS.

4 La qualité des services

- 45 Actuellement, ce sont principalement des intervenants du réseau public qui dispensent les services de soutien à domicile aux personnes qui sont en situation de vulnérabilité. Ce n'est généralement pas la qualité des services qui fait l'objet du plus grand nombre de plaintes que reçoit le Protecteur du citoyen dans ce secteur d'intervention. La qualité du travail des intervenants du réseau public est peu souvent remise en question et il faut souligner le dévouement avec lequel la très vaste majorité d'entre eux s'acquitte de leurs responsabilités.
- 46 Dans les CSSS, l'exercice d'appréciation de la qualité des services de soutien à domicile repose sur la ressource professionnelle responsable du dossier. Cet exercice est réalisé lors de la révision annuelle du plan d'intervention, laquelle est effectuée dans un dossier sur deux²¹. Si quelques questions du sondage auprès des usagers, que font à l'occasion certains CSSS, peuvent également porter sur la qualité des services reçus à domicile, les ententes de gestion et d'imputabilité ne comportent pas d'indicateurs permettant d'apprécier la qualité des services à domicile. Pour ce qui est des services

²⁰ Op. cit. (Note 1) p.31.

²¹ Op. cit. (Note 18) p.11.

d'hébergement, il y a la certification des résidences privées pour aînés et les inspections ponctuelles dans certaines ressources intermédiaires. Quant aux autres mesures de contrôle de la qualité, elles concernent l'ensemble des services offerts dans les établissements du réseau et ne visent pas spécifiquement les services de soutien à domicile. À cet égard, on recense l'agrément par une autorité externe, le régime d'examen des plaintes et le registre des incidents et des accidents. Enfin, les ordres professionnels exercent un certain contrôle de la pratique de leurs membres, mais dans le cas des services à domicile, les auxiliaires familiales qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel dispensent 56 % des services des CSSS.

- 47 Le constat du Vérificateur général est clair à l'égard de la situation qui prévaut actuellement en matière d'appréciation de la qualité des services de soutien à domicile : « Les mesures en place pour apprécier la qualité des services à domicile ne permettent pas au ministère, aux agences et aux établissements d'effectuer un contrôle suffisant de cette qualité »²². Le Protecteur du citoyen partage ce constat.
- 48 La gestion publique du futur régime d'assurance autonomie n'empêchera pas la prestation privée des services, alors qu'en sera-t-il de l'appréciation de leur qualité? **Le Protecteur du citoyen n'a pas de réserve quant au principe de la contractualisation prévue avec les EÉSAD, les résidences privées pour aînées et les autres organisations privées qui seront accréditées. Cependant, il marque son inquiétude envers le contrôle insuffisant de la qualité qui risque de survenir dans ce contexte particulier.** Ce seront des activités encore inédites pour les CSSS qui peinent déjà à évaluer la qualité de leurs propres services. Ces nouvelles responsabilités nécessiteront certainement un temps d'appropriation, de même que le développement de l'expertise en matière d'appréciation de la qualité des services, lorsque ces derniers seront rendus par des tiers.
- 49 Par ailleurs, le rapport annuel 2012-2013 du Protecteur du citoyen²³ fait état du manque d'encadrement et de vérification de la qualité des soins et des services dans certaines résidences d'hébergement privées vers lesquelles le réseau public a dirigé des personnes âgées en perte d'autonomie, en attendant que des places se libèrent dans des CHSLD publics. De plus, au cours des dernières années, plusieurs ententes contractuelles ont été conclues entre des CSSS et des exploitants de ressources intermédiaires. Ces ententes visaient à ajouter rapidement un grand nombre de places pour des personnes considérées en légère perte d'autonomie.
- 50 Or, le Protecteur du citoyen a constaté à plusieurs reprises que des CSSS n'assumaient pas pleinement leur rôle sur le plan de l'encadrement et du contrôle de la qualité des services donnés aux usagers qui vivent en ressource intermédiaire. Ainsi, au-delà du nombre de places disponibles dans ce type de ressources, il est essentiel que les usagers qui y vivent reçoivent le suivi requis de la part de l'établissement public responsable.
- 51 Par ailleurs, le Protecteur du citoyen constate que le cadre de référence et le contrat type applicables aux ressources intermédiaires ne tiennent pas suffisamment compte des besoins et des caractéristiques liés à la perte d'autonomie physique et cognitive de la clientèle qui y est hébergée. De plus, les normes de qualité attendues de la ressource intermédiaire (normes qui concernent l'environnement humain et physique, les services et le milieu de vie) sont imprécises et suscitent des interprétations variables, tant de la

²² Op. cit. (Note 18) p. 32.

²³ Op. cit. (Note 19) p.75-76.

part des exploitants que des CSSS. Cela entraîne des ambiguïtés dans l'offre de services et nuit à la qualité des soins et des services fournis aux usagers.

- 52 Dans le contexte de la mise en place de l'assurance autonomie, certains services que dispense actuellement le réseau public seraient transférés à ces partenaires. Ce mouvement du réseau public — où certaines mesures de contrôle de la qualité existent tout de même — vers les partenaires externes introduit une préoccupation grandissante à l'égard de la qualité des services. Des balises assurant cette qualité sont requises et elles gagneraient à être introduites dès la mise en œuvre du futur régime d'assurance autonomie. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, en 2012, à élaborer une politique et un plan d'action ministériel d'assurance qualité des soins et des services²⁴. De l'avis du Protecteur du citoyen, la mise en place d'un tel outil de changement devient incontournable dans la perspective du futur régime d'assurance autonomie. Le Ministère, les agences et les CSSS auront un rôle important à jouer dans l'implantation du processus permettant de s'assurer de la qualité des services qui seront offerts.

Considérant :

Que la mesure actuelle de l'appréciation de la qualité des services de soutien à domicile ne permet pas au Ministère, aux agences et aux établissements de l'évaluer de façon adéquate;

Que l'encadrement et le contrôle de la qualité des services fournis aux usagers qui vivent dans certaines résidences privées pour aînés et ressources intermédiaires font défaut;

Que les normes de qualité attendues des ressources intermédiaires, comme l'environnement humain et physique, les services et le milieu de vie, sont imprécises et suscitent des interprétations variables;

Que le contrôle de la qualité des services issus du futur régime d'assurance autonomie nécessitera le développement d'une expertise en matière d'assurance qualité, dans le contexte où ces services seront fournis par des tiers;

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, en 2012, à élaborer une politique d'assurance qualité des soins et des services.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-11 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore et diffuse une politique d'assurance qualité des soins et des services, au plus tard en mars 2014, laquelle s'appliquera également aux services qui seront fournis dans le cadre du futur régime d'assurance autonomie.

²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, *Processus de qualité dans les organisations*, Direction de la qualité, présentation disponible à l'adresse suivante : <http://www.cqaqualite.ca/images/colloque/documents/Sylvie-Bernier.pdf>

5 La solidarité dans le financement

- 53 Comme indiqué en introduction de ce mémoire, **le Protecteur du citoyen ne s'oppose pas à une éventuelle contribution financière des usagers, mais celle-ci ne doit jamais devenir un obstacle à l'obtention de services**. Il s'agit d'une condition qui ne peut faire l'objet d'un compromis. Cependant, le Protecteur du citoyen croit que la solidarité dans le financement s'exprime effectivement par le partage le plus équitable possible du fardeau du financement assumé par « l'État, le contribuable ou encore la personne qui reçoit des services »²⁵. Ce partage doit donc tenir compte du fardeau financier que les personnes moins nanties peuvent assumer, et il doit être évalué dans le respect des droits des personnes handicapées.

5.1 Une proposition de financement en deux temps

- 54 La proposition de financement présentée dans le Livre blanc comprend deux périodes distinctes. La première couvre les années 2014-2018 et s'inscrit dans le cadre financier que propose le gouvernement. Ce cadre comporte les principaux éléments suivants :
- ▶ le montant annuel des services de longue durée, indexé (estimé à 2,9 G\$ en 2013), et les engagements de 500 millions \$ déjà annoncés pour le soutien à domicile, étalés jusqu'en 2017-2018 et qui seront par la suite récurrents²⁶;
 - ▶ la contribution de l'usager qui correspond à la partie non remboursée du crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée, aux sommes que les personnes doivent verser dans le cadre du PEFSAD²⁷ et à une portion de la contribution des adultes hébergés en CHSLD²⁸ (1 G\$ en 2013);
 - ▶ les dépenses fiscales équivalant à la majoration du crédit d'impôt pour maintien à domicile qui est estimé à 15 M\$ en 2013.
- 55 La deuxième période concerne les dix années suivantes. C'est là que les propositions gouvernementales semblent les moins précises. En effet, le Livre blanc présente des estimations qui, au total, exigeraient un ajout annuel de 120 M\$ par année, ce qui représenterait, pour l'année 2027-2028, un financement additionnel à identifier de 1,4 G\$. Pour identifier ces sources de financement additionnelles, on précise publiquement l'enjeu : « comment sera alimentée cette réserve »²⁹ financière requise à long terme pour assurer la viabilité du projet?
- 56 Selon le gouvernement, le Québec se trouve à la croisée des chemins. La demande de services est en forte croissance, elle est soumise à la pression du vieillissement démographique et, en conséquence, la voie actuelle de la dispensation de l'offre de services ne suffira pas. Dans ce contexte, la contribution des usagers devrait nécessairement évoluer à l'intérieur de nouvelles règles. En résumé, cette proposition de financement implique de « statuer sur les nouvelles façons de financer les établissements et [...] introduire progressivement de nouvelles règles de contribution des usagers³⁰. Les

²⁵ Op. cit. (Note 1) p.27.

²⁶ L'annexe IV-B du Livre blanc précise qu'il s'agit de 110 M\$ en 2013, 220 M\$ en 2014, 330 M\$ en 2015, 440 M\$ en 2016 et 500 M\$ de 2017-2018 à 2027-2028.

²⁷ PEFSAD : Programme d'exonération pour les services d'aide à domicile

²⁸ Op. cit. (Note 1) p.29.

²⁹ Op. cit. (Note 1) p.30.

³⁰ Op. cit. (Note 1) p.28.

pistes de solution proposées durant cette commission parlementaire devraient alors permettre au ministre de préciser les sources de financement additionnelles qu'il considère requises pour assurer la pérennité financière de la future caisse autonomie. Les principaux éléments à considérer à cet égard, de l'avis du Protecteur du citoyen, devraient être les suivants.

5.1.1 L'équité intergénérationnelle

- 57 En mettant l'accent sur l'équité intergénérationnelle, le gouvernement semble privilégier la mise en place d'une caisse capitalisée contre la perte d'autonomie comme option principale, comme l'ont recommandé la Commission Clair³¹, en 2000 et le Comité Ménard³², en 2005. Pour ces derniers, l'équité intergénérationnelle implique de ne pas faire porter le fardeau du financement des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie, dont les coûts vont être grandissants, exclusivement sur les générations les plus jeunes, en l'occurrence le groupe des 18-49 ans. En somme, ne pas considérer l'équité intergénérationnelle risquerait de conduire le Québec à une division entre les générations les plus jeunes et celles plus âgées, ce qui n'est évidemment pas souhaitable. C'est également l'avis du Protecteur du citoyen.

5.1.2 La capitalisation de la caisse autonomie pour le contribuable imposable selon la Commission Clair et le Comité Ménard

- 58 Selon la Commission Clair, le but d'une caisse autonomie est de rendre équitable et suffisante l'offre de services à domicile ou en hébergement, ainsi que de reconnaître et de soutenir les aidants naturels. Pour ce faire, la capitalisation de la caisse serait nécessaire pour sécuriser les baby-boomers et rassurer les jeunes générations. Le gouvernement pourrait fixer sa contribution dans un cadre financier comme le Livre blanc le présente et en confier l'administration à une institution reconnue, afin de protéger les cotisants et d'assurer la transparence. Les services couverts seraient offerts en nature ou en argent³³ et déterminés dans un plan d'intervention dont la gestion inciterait d'avoir recours aux ressources les plus pertinentes, qu'elles soient publiques, communautaires ou privées.
- 59 Pour le Comité Ménard, les expériences étrangères en matière de financement de l'assurance longue durée enseignent que la capitalisation représente un défi qui n'a pas été relevé ailleurs. En effet, la capitalisation de ce type de caisse est réalisée à l'aide de primes établies pour garantir le financement de la totalité des besoins actuels et de ceux des futurs bénéficiaires. Plus cette caisse est capitalisée pour répondre aux besoins futurs, plus les primes sont élevées et moins il reste de financement pour les besoins actuels qui sont grandissants et souffrent déjà, par ailleurs, de sous-financement. C'est pourquoi une caisse partiellement capitalisée³⁴, et confiée à une institution comme la Régie des rentes du Québec, serait une solution à considérer pour le Québec, compte tenu de ses

³¹ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, *Les solutions émergentes, rapport et recommandations*, MSSS, 454p.

³² Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux, 2005. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, MSSS. 145p.

³³ Op. cit. (Note 31) p.192.

³⁴ Un régime d'assurance est entièrement capitalisé à une date déterminée, si son actif est au moins égal à la totalité de la valeur des prestations à verser aux usagers avant cette date. Une capitalisation totale se traduit par des primes beaucoup plus importantes qu'une capitalisation partielle, laquelle est viable, à condition qu'elle contienne des garanties suffisantes pour l'amortissement du déficit actuariel prévu à une date prédéterminée.

particularités démographiques. Cela permettrait à cette institution d'agir comme tiers payeur pour financer les prestations prévues soit en nature, soit en espèces³⁵, et aux prestataires, de choisir ainsi eux-mêmes leur fournisseur de services, ce qui inclut les aidants naturels. Cette liberté de choix serait encadrée par un plan de services individualisé, sous la responsabilité d'un intervenant pivot du CSSS.

- 60 Ainsi que le Livre blanc le suggère, ce régime serait doté des crédits budgétaires gouvernementaux actuels, auxquels s'ajouteraient les cotisations obligatoires de tous les contribuables. La capitalisation du régime serait partielle, dans le sens où elle permettrait d'accumuler une réserve suffisante pour composer avec les conséquences du vieillissement démographique. Le cadre de gestion de ce nouveau régime serait fondé sur la contractualisation et viserait l'achat de services auprès de fournisseurs publics et privés, incluant les entreprises d'économie sociale.
- 61 Les cotisations seraient différenciées selon les catégories d'âge d'entrée dans le régime et ne varieraient pas par la suite, sauf pour les indexations annuelles. Ainsi, les baby-boomers devraient verser des cotisations plus élevées que celles requises des plus jeunes, ce qui s'avère équitable d'un point de vue intergénérationnel. Le fait de fonder les cotisations uniquement sur les contribuables imposables permet de protéger les personnes les plus pauvres d'un fardeau financier qu'elles ne peuvent assumer, mais pas les personnes qui ne sont pas exonérées du paiement de l'impôt en raison de revenus insuffisants. C'est pourquoi ces cotisations devraient également tenir compte des paliers de revenus, dans le but d'assurer une plus grande équité verticale³⁶ ou justice distributive, c'est-à-dire que le fardeau financier supporté par les personnes les mieux nanties serait plus important que celui des personnes les moins nanties. D'après les simulations du Comité Ménard, une caisse partiellement capitalisée aurait nécessité, sous réserve de travaux plus approfondis à réaliser, une cotisation moyenne de 396 \$ par année par contribuable imposable en 2002-2003, laquelle augmenterait graduellement jusqu'à un maximum de 548 \$ par année en 2050-2051. En termes clairs, il s'agit d'une modélisation qui s'apparenterait à celle qui a été mise de l'avant, à compter de janvier 2013, dans le cadre de la contribution santé progressive, mieux connue sous le nom de la « taxe santé ».
- 62 Les modalités de prestation des services et de financement présentées ci-dessus permettent une liberté de choix, un encadrement public et une capitalisation adéquate, tout en assurant l'équité entre les personnes. Ces modalités pourraient être acceptables pour le Protecteur du citoyen à deux conditions. La première est que l'équité verticale soit également prise en considération, dans le contexte où les personnes moins nanties financièrement auront en plus à déboursier des frais comme usager, lorsqu'elles recevront des services. **L'addition du fardeau fiscal à celui des frais exigés à ces usagers risque de peser très lourd pour eux et il doit être pris en considération.** Quant à la deuxième condition essentielle, il s'agit de la nécessaire transparence à intégrer dans la proposition de financement qui serait favorisée.

³⁵ Op. cit. (Note 32) p. 84.

³⁶ Le critère d'équité verticale est satisfait lorsque les personnes constituant des groupes et qui présentent des écarts de revenus importants obtiennent un même montant de bénéfice net. Il y a alors présence de justice distributive, à l'intérieur de laquelle on cherche à réduire les écarts de niveau de vie entre les personnes.

5.1.3 La transparence dans la proposition de financement

- 63 La Commission Clair et le Comité Ménard l'ont signalé à juste titre : pour éviter que plusieurs tirent la conclusion hâtive que le futur régime d'assurance autonomie constitue une « taxe déguisée »³⁷, la transparence doit accompagner la proposition de financement pour susciter l'adhésion de la population. C'est pourquoi ces deux comités experts ont recommandé que les cotisations des adhérents soient administrées dans un fonds distinct, que gèrera un organisme reconnu pour sa neutralité et son imputabilité : la Régie des rentes du Québec.
- 64 En fait, le but de cette recommandation est de rassurer les cotisants qui craignent que les sommes ainsi amassées puissent être détournées aux fins de couvrir les dépenses générales de l'État. Ces craintes sont bien réelles. Par exemple, des enquêtes du Protecteur du citoyen ont révélé que certains CSSS utilisent à d'autres fins que le service de soutien à domicile les budgets récupérés lors d'un transfert d'un usager vers une autre région, lors d'un hébergement permanent ou lors du décès d'un usager. Par le passé, ces montants récupérés étaient normalement redistribués entre les personnes en attente de services. Depuis quelques années, des CSSS versent ces sommes dans leur fonds général afin d'atteindre l'objectif du déficit zéro. Alors, quelles garanties seront requises pour que le futur régime d'assurance autonomie soit à l'abri de telles pratiques?
- 65 Le Livre blanc propose que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) gère les fonds du futur régime d'assurance autonomie et soit responsable de l'administration de l'allocation de soutien à l'autonomie (ASA). **Le Protecteur du citoyen n'y voit pas d'objection, mais demeurera vigilant quant aux dispositions qui permettront de rendre plus transparents les enjeux et les arbitrages qui garantiront la prestation des services liés à la perte d'autonomie. Le dépôt des sommes ainsi recueillies dans un fonds mis en fiducie et administré par une institution publique reconnue, lui paraît une piste à examiner.**

Considérant :

Que le but d'une caisse autonomie est de rendre équitable et suffisante l'offre de services à domicile ou en hébergement, ainsi que de reconnaître et de soutenir les aidants naturels;

Que les prestations prévues seraient versées sous la forme d'heures de services ou au moyen d'une allocation financière pour l'achat de services, et que les prestataires auraient la liberté de choisir eux-mêmes leur fournisseur de services, ce qui inclut les aidants naturels;

Que les cotisations devraient être différenciées selon les catégories d'âge d'entrée dans le régime et par la suite ne pas varier, sauf pour les indexations annuelles, les personnes plus âgées devant ainsi verser des cotisations plus élevées que celles requises des plus jeunes, afin d'assurer l'équité intergénérationnelle;

Que les cotisations à exiger devraient tenir compte des paliers de revenus, dans le but d'assurer une plus grande équité verticale et de considérer également le fardeau financier des personnes moins nanties qui auront en plus à déboursier des frais comme usagers recevant des services;

Que des travaux plus approfondis sont à réaliser afin de proposer un régime d'assurance autonomie plus précis sur lequel il serait possible de se prononcer.

³⁷ Op. cit. (Note 32) p. 86.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-12 Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise les travaux requis afin de soumettre une proposition de financement assurant une capitalisation partielle du futur régime d'assurance autonomie qui s'adresse aux contribuables imposables et qui assure l'équité intergénérationnelle et verticale (justice distributive).
- R-13 Que** cette proposition de financement comprenne des dispositions assurant la transparence dans la gestion des fonds et que cette dernière soit confiée à une institution publique reconnue.
- R-14 Que** cette proposition de financement soit rendue publique et qu'elle donne lieu à une consultation publique.

5.2 L'allocation de soutien à l'autonomie et la liberté de choix

- 66 L'allocation de soutien à l'autonomie (ASA) serait attribuée aux usagers admissibles, sous la forme d'heures de services ou d'une allocation financière pour l'achat de services. En cela, elle rejoint les propositions de la Commission Clair et du Comité Ménard et est l'une des caractéristiques que l'on observe dans les régimes d'assurance de soins de longue durée au plan international : la liberté de choisir ses fournisseurs de services, formalisée à l'aide de prestations en nature ou en espèces versées aux usagers admissibles.
- 67 Cependant, le Livre blanc précise qu'il « ne peut être question de compromis quant à la qualité des services, tous les prestataires devront avoir fait l'objet d'une reconnaissance explicite encadrée à l'intérieur d'un processus formel »³⁸. Le Protecteur du citoyen est également d'avis que la qualité des services est un objectif fondamental. L'évaluation de la qualité des services à domicile que les futurs fournisseurs offriront est essentielle, mais elle ne doit pas devenir une liberté conditionnelle de choix pour les usagers. **De lourds processus bureaucratiques se traduisant par l'allongement des listes d'attente sont à éviter de même que le laxisme administratif dans l'accréditation des fournisseurs potentiels de services. Le Protecteur du citoyen demeurera vigilant à cet égard.**
- 68 Dans ce mémoire, une recommandation a été formulée au ministère de la Santé et des Services sociaux quant à l'élaboration d'une politique d'assurance qualité, incluant les services de soutien à domicile issus de l'assurance autonomie. Ce type de politique pourrait comprendre plusieurs mesures qui ont fait leurs preuves dans les autres provinces canadiennes, ou ailleurs dans le monde, et qui visent l'encadrement des dispensateurs de services. Par exemple, en Ontario, les ententes contractuelles prévoient un dispositif complet de contrôle de la qualité; en Colombie-Britannique, on a créé un registre contenant les données pertinentes sur les aides-soignants offrant les soins communautaires afin de mieux protéger les usagers plus vulnérables; en Allemagne et au Danemark, une visite annuelle de vérification de la qualité des services et de l'utilisation de l'allocation financière est réalisée au domicile de l'utilisateur³⁹.

5.3 L'allocation de soutien à l'autonomie et ses conséquences financières pour l'utilisateur

- 69 La solidarité dans le financement s'exprime par la distribution la plus équitable possible du fardeau financier, ainsi que par l'effort supplémentaire exigé du Trésor public, du

³⁸ Op. cit. (Note 1) p. 25.

³⁹ Op. cit. (Note 18) p. 34.

contribuable et de l'utilisateur. La part du Trésor public est clairement présentée, celle qui reviendra au contribuable imposable peut être acceptable, à condition qu'elle permette la capitalisation partielle, l'équité intergénérationnelle et la justice distributive. Cependant, du point de vue de l'utilisateur, les propositions du Livre blanc vont l'amener à se demander s'il est vraiment équitable pour lui d'avoir dorénavant à payer pour avoir accès à des services que fournissent aujourd'hui gratuitement les auxiliaires familiales des CSSS.

- 70 La proposition du Livre blanc est claire, l'EESAD accréditée à ce territoire local, les résidences privées pour aînés à être certifiées ou encore les organisations privées à être reconnues prendront la relève des auxiliaires familiales des CSSS pour l'aide à domicile. Ces dispensateurs de services vont exiger des frais pour dispenser leurs services, ce qui est logique et nécessaire dans une perspective d'affaires. L'ASA qui serait attribuée à toutes les personnes admissibles — et disposant d'un plan de services individualisé — ne sera pas suffisante pour couvrir l'ensemble des coûts des services de soutien à domicile. Cet élément est aussi très clair dans la proposition gouvernementale.
- 71 Le Livre blanc prévient que le financement de l'ASA nécessitera une contribution financière des usagers, laquelle « ne devrait pas constituer un obstacle au maintien de la condition de la personne et à l'accès aux services »⁴⁰. Il est prévu d'introduire progressivement de nouvelles règles de contribution des usagers⁴¹ dès l'année financière 2014-2015. De plus, cette participation financière des usagers devra tenir compte de la fréquence et de l'intensité des services reçus ainsi que de leurs revenus. Pour le gouvernement, « l'ASA et l'assurance autonomie fournissent l'occasion d'une harmonisation des pratiques tarifaires entre les différents lieux de prestation de services et devraient tendre, pour des services de même nature, à uniformiser la contribution des personnes »⁴².
- 72 Cette intention gouvernementale d'harmonisation des pratiques tarifaires est louable. Cependant, elle se heurte au test de la réalité et, sur le terrain, elle devient difficilement applicable auprès de l'ensemble des usagers, comme l'illustre le cas suivant.

La nécessité d'harmoniser les pratiques tarifaires

Une personne âgée en perte d'autonomie habitait un logement pour lequel elle payait un loyer. Elle y recevait gratuitement de l'aide au bain de la part des auxiliaires familiales du CSSS. Or, cette personne a dû — non par choix, mais par nécessité — emménager dans une résidence privée pour aînés en processus de certification. Son loyer mensuel a alors doublé. Aucun service de soins personnels n'était inclus à son bail, mais des services « à la carte » étaient offerts moyennant des frais additionnels.

Selon les critères économiques d'exclusion mis en place dans l'offre de services de soutien à domicile par ce CSSS, puisque cette personne habitait dorénavant une résidence privée pour aînés, ses revenus devaient alors être considérés. Selon ce calcul, cette

⁴⁰ Op. cit. (Note 1) p. 24.

⁴¹ Op. cit. (Note 1) p. 28.

⁴² Op. cit. (Note 1) p. 24.

personne avait la capacité de payer l'aide au bain, un des services « à la carte » de sa nouvelle résidence. Pourtant, ses revenus étaient les mêmes quelques mois auparavant, alors que cette aide lui était accordée gratuitement.

La résidence a échoué le processus de certification de l'agence, ce qui a résulté en un changement de statut. Dorénavant, il s'agit d'un domicile pour le CSSS et la personne redevient admissible à la gratuité de l'aide au bain. Elle reçoit donc depuis une allocation financière accordée par l'entremise du Chèque emploi service, afin de défrayer le coût du service pour un bain par semaine.

- 73 Ce cas illustre que les services accordés à une personne diffèrent selon qu'elle habite un logement ou une résidence privée pour aînés certifiée, et ce, bien qu'elle conserve les mêmes revenus. Pourtant, tant qu'elle ne sera pas remplacée par la future politique nationale de soutien à l'autonomie, c'est la *Politique de soutien à domicile* de 2003⁴³ qui s'applique. Or, elle précise expressément que les résidents de résidences dites privées ont droit, sans frais, aux services de soutien à domicile déterminés par une évaluation du CSSS. Cette politique ne discrimine aucunement les personnes qui habitent les résidences privées pour aînés.

5.4 La réalité des usagers dans leurs milieux de vie

- 74 Le premier service dont a besoin une personne âgée en perte d'autonomie est très souvent un service d'AVD. Si celui-ci ne lui est pas accessible, parce que jugé trop coûteux pour ses moyens, alors la personne devra s'en passer, avec des conséquences qui sont prévisibles. L'impact immédiat observé est celui de reporter le fardeau sur les aidants naturels et, à moyen terme, de contribuer à une utilisation inappropriée des places en milieu hospitalier, en réadaptation ou en milieu d'hébergement.
- 75 Sur le plan financier, en 1997, l'utilisateur le plus pauvre assumait approximativement 20 % de la facture de l'EÉSAD, en vertu des modalités découlant du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD)⁴⁴. Aujourd'hui, c'est souvent plus de 40 % de la facture qu'il doit assumer, ce qui pose un problème concret d'accessibilité aux services.
- 76 Le coût réel d'un service en aide domestique que dispense une entreprise d'économie sociale est variable pour l'utilisateur. En 2013, le maximum d'aide financière qui peut être consenti est de 13 \$ l'heure⁴⁵ en vertu du PEFSAD. En 2009, les tarifs horaires exigés des entreprises d'économie sociale variaient, selon les régions, entre 11,70 \$ et 28 \$⁴⁶. Il devient évident qu'une personne seule avec un revenu annuel de moins de 16 406 \$,

⁴³ Op. cit. (Note 8).

⁴⁴ Regroupements d'entreprises d'économie sociale en aide domestique, 2012, *Dépôt du rapport du Protecteur du citoyen — Services à domicile : Au delà des mots, il faut agir!*, Communiqué de Presse du 3 avril.

⁴⁵ En 2013, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) accorde un tarif de 13 \$ l'heure. Il comprend l'exonération de base, un montant fixe de 4 \$ plus l'aide variable, soit un montant se situant entre 0,60 \$ et 9 \$ et qui dépend du revenu de la personne. Un revenu annuel de moins de 16 406 \$ donne droit au maximum de l'aide variable fixé à 9 \$.

⁴⁶ Selon les données d'une enquête réalisée en 2009, Op. cit. (Note 15) p.ii.

même si elle obtient le maximum de l'aide prévue au PEFSAD, pourra très difficilement se payer les trois heures requises d'entretien ménager, ce qui inclut généralement les courses et l'aide au repas. Dans le pire des cas de figure, cette personne devra déboursier 45 \$ par semaine, sur les 308 \$ bruts dont elle dispose au total. L'ouverture à une tarification pour l'AVQ que pourraient éventuellement dispenser les entreprises d'économie sociale s'inscrit dans cette même logique, mais avec des conséquences encore plus graves pour des services jugés pourtant nécessaires au maintien de l'autonomie.

- 77 Le Livre blanc dresse un portrait de la vulnérabilité. Il précise que les deux tiers des femmes vivant seules ont un revenu sous le seuil de la pauvreté, que les trois quarts des personnes âgées vivant seules sont des femmes et qu'une forte proportion des adultes avec une incapacité vivent sous le seuil de la pauvreté. Pour ces personnes, une contribution, si minime soit-elle, peut devenir un obstacle majeur à l'achat de services.
- 78 En toute équité, **le Protecteur du citoyen estime que le tarif horaire des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) devrait être le même partout au Québec et que les augmentations de tarifs devraient être encadrées par des normes et compensées par un ajustement de l'exonération pour les personnes moins nanties financièrement.** Il ne faut pas oublier que pour recevoir l'exonération financière, l'usager doit obligatoirement faire appel à l'entreprise d'économie sociale œuvrant sur son territoire. Ces usagers représentent donc une clientèle captive et cela contrevient à la liberté de choix du dispensateur, pourtant reconnue comme un des principes de base du futur régime d'assurance autonomie. Le Protecteur du citoyen demeurera très vigilant à ces égards.

5.5 La réalité des personnes handicapées dans leurs milieux de vie

- 79 La Charte des droits et libertés de la personne reconnaît formellement le droit à l'égalité, sans discrimination fondée sur le handicap ou le moyen pour pallier ce handicap. Des obligations particulières sont reconnues, notamment de la part de l'État, afin d'assurer le respect effectif de ce droit. Dans les faits, cela peut se traduire, par exemple, par l'entremise de l'obligation d'accommodement raisonnable sans contrainte excessive. Afin d'assurer le respect effectif des droits des personnes handicapées, ces paramètres devraient donc être considérés dès la conception et la mise en œuvre du futur régime d'assurance autonomie.
- 80 Le 29 juin 1988⁴⁷, à la suite du dépôt d'un mémoire portant sur la compensation des limitations fonctionnelles des personnes handicapées sans égard à leur revenu et à celui de leur famille, le gouvernement du Québec reconnaissait, par décret, le principe de la compensation des conséquences financières des limitations fonctionnelles dans la détermination de l'aide matérielle accordée aux personnes handicapées. En conséquence, depuis cette date, les ministères et organismes ne doivent pas tenir compte de la capacité de payer de la personne handicapée ou de sa famille lorsqu'il s'agit de dépenses essentielles à l'intégration d'une personne handicapée.
- 81 Cependant, le Livre blanc demeure peu précis sur cette importante question. Il évoque que « le gouvernement du Québec a reconnu en 1988 un principe visant la compensation des conséquences financières des limitations fonctionnelles dans la

⁴⁷ Gouvernement du Québec, 1988, *Mémoire des délibérations du Conseil exécutif*, Séance du 29 juin 1988, Décision numéro: 88-151.

détermination de l'aide matérielle qui est accordée »⁴⁸ aux personnes handicapées. Mais le fait qu'il précise que ces « spécifications sont prises en compte dans la réflexion sur une possible contribution financière »⁴⁹ risque d'inquiéter les personnes puisque la discussion sur le sujet s'arrête là. **L'analyse du Livre blanc amène le Protecteur du citoyen à conclure qu'il est, d'abord et avant tout, conçu pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Les services que requièrent les personnes handicapées plus jeunes soulèvent d'autres enjeux, liés notamment à l'insertion sociale et professionnelle. À ces égards, la réflexion gouvernementale devrait être complétée, particulièrement sur la question du respect des droits des personnes handicapées et sur la façon de considérer leurs besoins spécifiques, dans l'éventualité d'un futur régime d'assurance autonomie.**

- 82 Ainsi, les limites de la réflexion qu'évoque le Livre blanc ont été tracées en 1988. Si la contribution financière envisagée pour les usagers concerne des services nécessaires à l'intégration d'une personne handicapée, elle ne devrait pas faire l'objet d'une tarification. À l'inverse, si le gouvernement estime que la contribution des usagers exigée dans le cadre du futur régime d'assurance autonomie ne concerne pas des services essentiels à l'intégration d'une personne handicapée, elle pourrait alors faire l'objet d'une tarification. En définitive, il s'agit d'une décision politique fondée sur les limites du concept d'intégration. Les organismes représentant les personnes handicapées devraient être associés à cette réflexion. Le cas suivant illustre certaines de ces limites avec lesquelles des personnes handicapées ont à composer dans le cadre actuel de la fourniture publique des services de soutien à domicile.

L'intégration sociale et professionnelle d'une personne handicapée

Une personne handicapée habite seule un logement adapté à ses besoins. Elle est totalement dépendante pour toutes ses activités de la vie quotidienne et domestique. Ses déplacements se font en fauteuil roulant motorisé et par l'entremise du transport adapté pour les déplacements extérieurs, comme se rendre au travail à temps plein dans une entreprise privée.

En 2012, son plan de services individualisé (PSI) comportait les heures de services de soutien à domicile requises par son état, lesquelles étaient financées principalement par la modalité Allocation directe — Chèque emploi service. À la suite d'un déménagement pour occuper un nouvel emploi à temps plein, le CSSS qui a pris le relais a maintenu, pendant trois mois, le PSI du territoire d'origine. Une réévaluation a ensuite été réalisée et elle a eu comme conséquence de ne plus inclure les services de nuit, pourtant nécessaires à sa préparation au travail. Dans ce territoire, ce type de services n'était offert qu'en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Pour cette personne handicapée âgée de moins de 40 ans, cela signifiait l'hébergement en CHSLD, la fin du travail à l'extérieur et de son intégration professionnelle et sociale.

⁴⁸ Op. cit. (Note 1) p. 24.

⁴⁹ Op. cit. (Note 1) p. 24.

Une plainte a alors été déposée, en première instance, auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, ce qui s'est traduit par un ajout de quatre heures de services pour l'entretien ménager. Le citoyen a ensuite formulé une plainte auprès du Protecteur du citoyen qui a interpellé l'agence et le Ministère pour que cette personne handicapée puisse continuer de bénéficier d'une pleine intégration professionnelle et sociale.

Après discussions, le Ministère s'est engagé à soutenir cette demande et à s'assurer que les instances en cause maintiennent le PSI d'origine. De plus, le Ministère s'est aussi engagé à ce que ce PSI demeure lié à cette personne, comme usager, plutôt qu'à la région où elle habite. En clair, cela veut dire que, quelle que soit la région où cette personne s'installera, le PSI ne variera qu'en fonction de son état de santé et de ses besoins réels.

- 83 Outre le fait de montrer l'importance de l'intégration sociale et professionnelle pour les personnes handicapées, ce cas vécu ramène la réflexion sur des éléments présentés auparavant. Par exemple, le profil des besoins de la majorité des personnes handicapées risque d'être très différent de celui des personnes âgées en perte d'autonomie et c'est pourquoi le Protecteur du citoyen a recommandé que l'OEMC considère ces besoins particuliers (R-2). De plus, le fait de lier le futur plan de services individualisé à l'utilisateur, comme il l'a également recommandé précédemment (R-4), va permettre d'éviter plusieurs situations délicates avec lesquelles le Protecteur du citoyen a à composer sur une base régulière. Enfin, ce cas illustre l'importance, pour les personnes handicapées, de la modalité Allocation directe — Chèque emploi service.

5.6 La modalité Allocation directe — Chèque emploi service

- 84 D'après la reddition de comptes que le ministère de la Santé et des Services sociaux a faite en suivi des recommandations du rapport d'enquête du Protecteur du citoyen sur les services de soutien à domicile⁵⁰, on observe, en 2012-2013, que 68 % des heures de services de soutien à domicile offertes aux personnes handicapées sont fournies par l'entremise du Chèque emploi service. Cette proportion est d'environ 14 % pour les personnes âgées en perte d'autonomie. En fait, pour les aînés en perte d'autonomie, ce sont les auxiliaires familiales des CSSS qui ont fourni près de 40 % des heures de services en soutien à domicile, en 2012-2013.
- 85 Certains CSSS optent maintenant pour une nouvelle pratique découlant directement de la publication du Livre blanc, qui consiste à allouer un forfait d'heures de présence ou de surveillance auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, dans le but d'éliminer le recours au Chèque emploi service. Le fait est que de trop nombreuses questions demeurent sans réponse à l'égard du contrôle de la qualité des services offerts par les employés qu'engagent de gré à gré des personnes âgées en perte d'autonomie, à l'aide de cette modalité. L'implantation d'une politique d'assurance qualité, comme recommandé précédemment (R-11), gagnerait donc à s'appliquer à la modalité Allocation directe — Chèque emploi service.

⁵⁰ Op. cit. (Note 7)

- 86 Pour le Protecteur du citoyen, des gains doivent être réalisés dans l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux par l'entremise de l'optimisation des services publics, ainsi que par l'introduction d'un modèle collaboratif de fourniture de services durant une période de transition vers l'assurance autonomie. En fait, le Protecteur du citoyen estime que le Chèque emploi service doit rester disponible et facilement accessible aux personnes qui sont capables de gérer elles-mêmes les services qui leur sont offerts. Une forte proportion de personnes handicapées utilise cette option, qui leur permet d'engager elles-mêmes leurs préposés, ce qui leur assure une souplesse dans l'horaire de dispensation des services, même la nuit. Cela est rarement possible lorsque d'autres types de dispensateurs offrent les services.

Considérant :

Que l'allocation de soutien à l'autonomie serait attribuée aux usagers admissibles, sous la forme d'heures de services ou d'une allocation financière pour l'achat de services;

Que l'allocation de soutien à l'autonomie ne sera pas suffisante pour assumer l'ensemble des coûts des services de soutien à domicile et que les usagers auront à contribuer directement;

Que la modalité Allocation directe — Chèque emploi service doit rester disponible et facilement accessible aux personnes qui sont capables de gérer elles-mêmes leurs services, afin d'assurer la liberté de choisir son dispensateur de services;

Que l'élaboration d'une politique d'assurance qualité doit inclure les services de soutien à domicile, dont la modalité Allocation directe — Chèque emploi service;

Que des dispositions particulières doivent être prévues au futur régime d'assurance autonomie afin d'assurer aussi la protection des personnes moins nanties financièrement et le respect des droits des personnes handicapées.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-15 Que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore l'ensemble des paramètres de la tarification prévue pour les usagers dans le cadre de la politique nationale de soutien à l'autonomie, dont la publication est prévue pour le printemps 2014.

R-16 Que le ministère de la Santé et des Services sociaux précise, dans la politique nationale de soutien à l'autonomie, les mesures de protection à l'intention des personnes moins nanties financièrement, et les résultats de la consultation réalisée auprès des personnes handicapées pour tenir compte de leurs besoins particuliers, dans le respect de leurs droits.

R-17 Que la publication de la politique nationale de soutien à l'autonomie donne lieu à une consultation publique.

6 La transparence du régime et l'imputabilité des acteurs

- 87 Dans le contexte du futur régime d'assurance autonomie, les principes de transparence et d'imputabilité sont étroitement liés, comme mentionné dans la section précédente au sujet de la possible capitalisation de la future caisse. La transparence exige également des pouvoirs publics qu'ils informent les citoyens des obligations qu'ils auront à assumer et des bénéfices qu'ils pourront retirer concrètement d'un tel régime. Ces deux éléments doivent être compris par la population ainsi que par les responsables de l'organisation et de la dispensation des services, lesquels doivent être clairement identifiés et imputables de leurs actions.

6.1 La transparence dans l'organisation des services

- 88 Le Livre blanc prévoit que, sauf exceptions, les employés des CSSS ne dispenseront plus les services d'AVQ. Dorénavant, trois types de dispensateurs seront privilégiés, soit les résidences privées pour aînés certifiées, des organisations privées dont la qualité des services est reconnue et les entreprises d'économie sociale accréditées. Cependant, les CSSS demeureront imputables de la qualité des services qu'offriront ces dispensateurs et les attentes des CSSS devront être précisément définies à l'intérieur d'une entente de services.
- 89 Ainsi, **la transparence dans l'organisation des services exige, de l'avis du Protecteur du citoyen, que le régime d'examen des plaintes s'applique à l'ensemble des services de soutien à domicile.** Même si ces services sont dispensés par une organisation privée reconnue ou encore par une entreprise d'économie sociale accréditée, l'entente de services type devrait prévoir le recours au régime d'examen des plaintes. Les services de soutien à domicile donnés par ces dispensateurs devraient donc pouvoir faire l'objet d'une plainte recevable dans le cadre de ce régime.
- 90 Par ailleurs, rien n'est prévu dans le Livre blanc pour un usager qui contesterait les résultats de son plan de services individualisé. Comme le Protecteur du citoyen l'a recommandé précédemment, une équipe régionale spécialisée devrait être mandatée afin de pouvoir valider les résultats du plan de services individualisé sur le plan clinique.

6.2 La transparence dans la reddition de comptes

- 91 La transparence dans la reddition de comptes doit permettre aux citoyens de constater qu'on a fait le maximum avec l'argent investi. Une façon efficace d'évaluer dans quelle mesure les services offerts correspondent aux services requis est de mesurer le taux de réponse aux besoins. Le Protecteur du citoyen partage cet avis du Vérificateur général⁵¹ et constate d'emblée que les systèmes actuels de mesure ne peuvent nous renseigner à cet égard.
- 92 Ainsi, le futur régime d'assurance autonomie est l'occasion d'introduire des indicateurs de résultats dans le nécessaire processus de reddition de comptes qui sera appliqué. L'instance imputable dans le réseau public est le CSSS; c'est ce dernier qui rendra les comptes dans le cadre de la gestion axée sur les résultats. Dans ce contexte, la révision du futur régime devrait être réalisée aux cinq ans, en vertu d'une exigence légale.
- 93 De l'avis du Protecteur du citoyen, cette révision quinquennale devrait être fondée sur une analyse des impacts du futur régime, incluant le fardeau financier des usagers. À cet

⁵¹ Op. cit. (Note 18) p.13.

égard, il y aurait lieu d'évaluer la pertinence que le ministre confie un mandat au Commissaire à la santé et au bien-être, puisqu'il est à développer un tel cadre de référence. En effet, le Commissaire prévoit élaborer « un cadre d'analyse traitant des impacts des politiques gouvernementales sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être »⁵² de la population.

Considérant :

Que les citoyens doivent être informés des obligations qu'ils auront à assumer et des bénéfices qu'ils pourront retirer du futur régime d'assurance autonomie;

Que pour obtenir l'adhésion de la population, la qualité de l'information et la transparence doivent accompagner l'organisation des services et la reddition de comptes;

Que le futur régime d'assurance autonomie ne doit pas conduire au traitement différencié des plaintes des citoyens;

Que l'introduction d'indicateurs de résultats est requise dans le processus de reddition de comptes qui sera appliqué au futur régime d'assurance autonomie.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-18 Que le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux s'applique à l'ensemble des services de soutien à domicile, peu importe leur dispensateur.

R-19 Que le cadre de la gestion axée sur les résultats introduise la mesure du taux de réponse aux besoins comme un indicateur important.

R-20 Que la révision quinquennale du futur régime d'assurance autonomie soit obligatoire et fondée sur une analyse des impacts du futur régime, incluant le fardeau financier des usagers.

⁵² Commissaire à la santé et au bien-être, 2013, *Plan stratégique 2012-2017*, p.5.

Conclusion

- 94 La réflexion du Protecteur du citoyen s'est appuyée sur une vision intégrant le futur régime d'assurance autonomie au système de soins de santé et de services sociaux. À son avis, le développement de l'offre de services aux personnes âgées en perte d'autonomie est devenu incontournable. Soumis à la pression démographique, le cadre organisationnel actuel nécessite des améliorations. Il faut trouver les moyens d'innover à l'intérieur d'un cadre budgétaire restreint. Par ailleurs, des gains d'efficience sont encore possibles dans le réseau public; la demande de services étant en forte croissance, cela justifie les travaux ministériels actuels qui visent l'amélioration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.
- 95 Le Protecteur du citoyen ne s'oppose pas à une éventuelle contribution des usagers. Cependant, celle-ci ne doit jamais devenir un obstacle à l'obtention de services, surtout pour les personnes moins nanties financièrement, qui auront en plus à déboursier des frais comme usagers lorsqu'ils recevront des services. Cette contribution ne doit pas davantage nuire à l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées. L'appui du Protecteur du citoyen au régime d'assurance autonomie qui sera proposé est conditionnel à la prise en compte de ces préoccupations fondamentales.
- 96 Dans le but d'alimenter la réflexion des parlementaires, les constats du Protecteur du citoyen l'amènent à formuler vingt recommandations. Elles concernent, plus particulièrement, l'équité dans l'accès aux futurs services qui seront couverts; l'accessibilité concrète à ces services; la qualité des services qui seront offerts; la solidarité dans le financement du futur régime, qui est à préciser, ainsi que la transparence et l'imputabilité dont l'application conséquent du régime d'examen des plaintes.
- 97 Le Protecteur du citoyen est conscient que le futur régime d'assurance autonomie aborde de nouvelles façons de faire et qu'il favorise la contractualisation avec des groupes privés et communautaires. La nécessaire appréciation de la qualité des services ainsi dispensés exigera le développement d'une nouvelle expertise. Le Protecteur du citoyen propose des solutions concrètes en ce sens et souligne la nécessité d'apporter une réponse aux besoins des personnes en perte d'autonomie, dans un esprit d'ouverture et une préoccupation constante d'assurer la qualité des services dispensés et le respect des droits de tous les usagers.

Liste des recommandations

Considérant :

Que les besoins des personnes mineures émancipées et des personnes en transition vers l'âge adulte et présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement pourraient nécessiter des services prévus dans le Livre blanc;

Que les citoyens de moins de 18 ans ne seraient pas admissibles à recevoir les services qu'offrira le futur régime d'assurance autonomie, et ce, même si leur état le requiert.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-1 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux fasse l'étude de dispositions d'exception concernant certaines clientèles particulières qui ne seraient pas admissibles au futur régime d'assurance autonomie, telles les personnes mineures émancipées et les personnes en transition vers l'âge adulte et présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Considérant :

Que l'utilisation de l'OEMC ne procure pas toujours un portrait complet de la situation des usagers et risque d'entraîner une « automatisation » de l'allocation des services;

Que les notions d'insertion et de participation sociale représentent des besoins particuliers pour les personnes handicapées et qu'ainsi, le recours à l'OEMC peut conduire à sous-estimer l'effet de certaines réalités sur le niveau de prise en charge requis;

Que le processus d'évaluation des besoins devrait permettre aux usagers de pouvoir contester les résultats obtenus à l'aide de l'OEMC;

Que le plan de services individualisé devrait être associé à la personne et la suivre tout au cours de son parcours de soins.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-2 **Que** l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) considère les besoins particuliers des personnes handicapées, notamment la notion d'insertion sociale et professionnelle qui revêt une importance particulière pour elles.

R-3 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux confie à une équipe régionale spécialisée l'examen des contestations des usagers quant aux résultats obtenus à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC).

R-4 **Que** le plan de services individualisé soit associé à la personne et la suive dans son parcours de soins et de services, peu importe la région ou le lieu de dispensation des services.

Liste des recommandations (suite)

Considérant :

Que la détermination de l'offre de services réellement disponible selon les besoins de la population est une nécessité pour l'ensemble du réseau et que trois types de services de longue durée seront plus particulièrement touchés dans la mise en application du futur régime d'assurance autonomie;

Que l'analyse de l'offre de services réalisée dans le contexte de l'assurance autonomie fait ressortir l'existence d'un déséquilibre structurel entre la demande et l'offre de services;

Que la mise en place d'un modèle collaboratif permettrait de limiter le risque de bris dans la continuité des services durant la période de transition et contribuerait plus rapidement à l'amélioration de l'accès aux services de soutien à domicile.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-5 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux complète l'uniformisation des cadres de gestion du soutien à domicile avant la mise en application du futur régime d'assurance autonomie.

R-6 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore un processus d'accréditation efficace et efficient, basé sur l'évaluation de la qualité des services et prévoie, en conséquence, une période de transition réaliste.

R-7 **Que** durant la période de transition, un modèle collaboratif soit mis en place afin d'accroître rapidement l'accès aux services de soutien à domicile et de susciter l'adhésion au futur régime.

Considérant :

Que le CSSS sera l'établissement public garantissant l'offre de services établie dans le cadre du futur régime d'assurance autonomie;

Que le CSSS sera le principal responsable de l'organisation de la dispensation de l'offre de services par l'entremise d'ententes de services avec des partenaires externes;

Que ces transformations auront des conséquences sur l'organisation du travail, la formation et l'encadrement des ressources humaines.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-8 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore un plan de mise en œuvre précisant les rôles du Ministère, des agences et des CSSS, ainsi que les responsabilités qui leur seront confiées;

R-9 **Que** ce plan de mise en œuvre prévoie les ressources qui seront affectées au futur régime d'assurance autonomie dans les CSSS, ainsi que le soutien devant être fourni par les agences;

R-10 **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore des guides de pratique, fondés sur les données probantes, destinés aux CSSS.

Liste des recommandations (suite)

Considérant :

Que la mesure actuelle de l'appréciation de la qualité des services de soutien à domicile ne permet pas au Ministère, aux agences et aux établissements de l'évaluer de façon adéquate;

Que l'encadrement et le contrôle de la qualité des services fournis aux usagers qui vivent dans certaines résidences privées pour aînés et ressources intermédiaires font défaut;

Que les normes de qualité attendues des ressources intermédiaires, comme l'environnement humain et physique, les services et le milieu de vie, sont imprécises et suscitent des interprétations variables;

Que le contrôle de la qualité des services issus du futur régime d'assurance autonomie nécessitera le développement d'une expertise en matière d'assurance qualité, dans le contexte où ces services seront fournis par des tiers;

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, en 2012, à élaborer une politique d'assurance qualité des soins et des services.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-11 Que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore et diffuse une politique d'assurance qualité des soins et des services, au plus tard en mars 2014, laquelle s'appliquera également aux services qui seront fournis dans le cadre du futur régime d'assurance autonomie.

Considérant :

Que le but d'une caisse autonomie est de rendre équitable et suffisante l'offre de services à domicile ou en hébergement, ainsi que de reconnaître et de soutenir les aidants naturels;

Que les prestations prévues seraient versées sous la forme d'heures de services ou au moyen d'une allocation financière pour l'achat de services, et que les prestataires auraient la liberté de choisir eux-mêmes leur fournisseur de services, ce qui inclut les aidants naturels;

Que les cotisations devraient être différenciées selon les catégories d'âge d'entrée dans le régime et par la suite ne pas varier, sauf pour les indexations annuelles, les personnes plus âgées devant ainsi verser des cotisations plus élevées que celles requises des plus jeunes, afin d'assurer l'équité intergénérationnelle;

Que les cotisations à exiger devraient tenir compte des paliers de revenus, dans le but d'assurer une plus grande équité verticale et de considérer également le fardeau financier des personnes moins nanties qui auront en plus à déboursier des frais comme usagers recevant des services;

Que des travaux plus approfondis sont à réaliser afin de proposer un régime d'assurance autonomie plus précis sur lequel il serait possible de se prononcer.

Liste des recommandations (suite)

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-12** **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise les travaux requis afin de soumettre une proposition de financement assurant une capitalisation partielle du futur régime d'assurance autonomie qui s'adresse aux contribuables imposables et qui assure l'équité intergénérationnelle et verticale (justice distributive).
- R-13** **Que** cette proposition de financement comprenne des dispositions assurant la transparence dans la gestion des fonds et que cette dernière soit confiée à une institution publique reconnue.
- R-14** **Que** cette proposition de financement soit rendue publique et qu'elle donne lieu à une consultation publique.

Considérant :

Que l'allocation de soutien à l'autonomie serait attribuée aux usagers admissibles, sous la forme d'heures de services ou d'une allocation financière pour l'achat de services;

Que l'allocation de soutien à l'autonomie ne sera pas suffisante pour assumer l'ensemble des coûts des services de soutien à domicile et que les usagers auront à contribuer directement;

Que la modalité Allocation directe — Chèque emploi service doit rester disponible et facilement accessible aux personnes qui sont capables de gérer elles-mêmes leurs services, afin d'assurer la liberté de choisir son dispensateur de services;

Que l'élaboration d'une politique d'assurance qualité doit inclure les services de soutien à domicile, dont la modalité Allocation directe — Chèque emploi service;

Que des dispositions particulières doivent être prévues au futur régime d'assurance autonomie afin d'assurer aussi la protection des personnes moins nanties financièrement et le respect des droits des personnes handicapées.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-15** **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore l'ensemble des paramètres de la tarification prévue pour les usagers dans le cadre de la politique nationale de soutien à l'autonomie, dont la publication est prévue pour le printemps 2014.
- R-16** **Que** le ministère de la Santé et des Services sociaux précise, dans la politique nationale de soutien à l'autonomie, les mesures de protection à l'intention des personnes moins nanties financièrement, et les résultats de la consultation réalisée auprès des personnes handicapées pour tenir compte de leurs besoins particuliers, dans le respect de leurs droits.
- R-17** **Que** la publication de la politique nationale de soutien à l'autonomie donne lieu à une consultation publique.

Liste des recommandations (suite)

Considérant :

Que les citoyens doivent être informés des obligations qu'ils auront à assumer et des bénéfices qu'ils pourront retirer du futur régime d'assurance autonomie;

Que pour obtenir l'adhésion de la population, la qualité de l'information et la transparence doivent accompagner l'organisation des services et la reddition de comptes;

Que le futur régime d'assurance autonomie ne doit pas conduire au traitement différencié des plaintes des citoyens;

Que l'introduction d'indicateurs de résultats est requise dans le processus de reddition de comptes qui sera appliqué au futur régime d'assurance autonomie.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-18 Que le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux s'applique à l'ensemble des services de soutien à domicile, peu importe leur dispensateur.

R-19 Que le cadre de la gestion axée sur les résultats introduise la mesure du taux de réponse aux besoins comme un indicateur important.

R-20 Que la révision quinquennale du futur régime d'assurance autonomie soit obligatoire et fondée sur une analyse des impacts du futur régime, incluant le fardeau financier des usagers.

www.protecteurducitoyen.qc.ca



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Bureau de Québec
Bureau 1.25
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5Y4
Téléphone : **418 643-2688**

Bureau de Montréal
10^e étage, bureau 1000
1080, côte du Beaver Hall
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Téléphone : **514 873-2032**

Téléphone sans frais : **1 800 463-5070**

Télécopieur : **1 866 902-7130**

Courriel : protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca



Justice

Équité

Respect

Impartialité

Transparence

**Mémoire du Protecteur du citoyen
présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux**

*Les conditions de vie des adultes hébergés
en centre d'hébergement et
de soins de longue durée — mandat d'initiative*

Québec, le 17 février 2014

La mission du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à un citoyen ou à un groupe de citoyens. Désigné par les parlementaires de toutes les formations politiques et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement d'une ou de plusieurs plaintes ou de sa propre initiative.

Le respect des citoyens et de leurs droits ainsi que la prévention des préjudices sont au cœur de la mission du Protecteur du citoyen. Son rôle en matière de prévention s'exerce notamment par l'analyse systémique de situations qui engendrent des préjudices pour un nombre important de citoyens.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, il peut notamment proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives afin de les améliorer dans le meilleur intérêt des personnes concernées.

Le présent document a été édité en quantité limitée. Il est disponible en version électronique à l'adresse : www.protecteurducitoyen.qc.ca, section **Dossiers et documentation**, rubrique **Réactions aux projets de loi et de règlement**.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Protecteur du citoyen, 2014

Toute reproduction, en tout ou en partie, est permise à condition d'en mentionner la source.

Table des matières

Introduction	5
1 L'accessibilité	6
1.1 <i>Des délais démesurément longs.....</i>	7
1.2 <i>Des hébergements transitoires précipités par des impératifs de gestion.....</i>	7
2 Le financement.....	10
2.1 <i>Le financement actuel des CHSLD publics et privés conventionnés</i>	10
2.2 <i>La tarification des CHSLD.....</i>	11
2.3 <i>Les préoccupations particulières du Protecteur du citoyen.....</i>	12
3 L'organisation des services	14
3.1 <i>Les plaintes sur la qualité des soins et des services dans les milieux de vie</i>	14
3.2 <i>Les enquêtes dans les milieux de vie pour aînés</i>	15
3.3 <i>Un manque de places adaptées à une clientèle spécifique</i>	16
3.4 <i>La sécurité</i>	16
4 Les clientèles particulières	18
5 Les proches aidants	19
5.1 <i>Les plaintes relatives aux proches aidants</i>	20
5.2 <i>L'impact du projet de loi n° 67 pour les proches aidants</i>	20
6 Les services et les soins	21
6.1 <i>La situation des personnes en lourde perte d'autonomie</i>	21
6.2 <i>L'assistance aux activités de la vie quotidienne</i>	21
7 Le suivi de la qualité des soins et des services	22
7.1 <i>La capacité des mécanismes à assurer des soins et des services de qualité</i>	23
7.2 <i>Les difficultés rencontrées dans le contexte d'ententes avec des partenaires privés</i>	23
7.3 <i>Les autres moyens permettant d'améliorer le suivi de la qualité des services et des soins dans les CHSLD.....</i>	24
8 L'organisation du travail	25
8.1 <i>Le personnel exerçant en CHSLD public ou privé conventionné</i>	25
9 La formation du personnel	26
Conclusion.....	27
Liste des suggestions	29

Introduction

Ce mémoire est soumis à la Commission de la santé et des services sociaux (Commission) afin de la soutenir dans sa réflexion concernant les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Le Protecteur du citoyen y participe avec grand intérêt considérant sa mission¹ de, notamment, s'assurer du respect du droit de la clientèle hébergée en CHSLD de recevoir une réponse adéquate, personnalisée et sécuritaire à ses besoins dans son milieu de vie substitut.

Ce mémoire respecte l'angle de consultation qu'a choisi la Commission², soit celui de l'hébergement en CHSLD. Cependant, le Protecteur du citoyen marque d'emblée l'importance à ses yeux de considérer l'hébergement et les soins aux personnes âgées dans un continuum de services, incluant les services de soutien à domicile, l'accès aux centres hospitaliers (urgences, soins de courte durée, soins prolongés) et l'hébergement transitoire. Cette vision d'ensemble permet de constater que les personnes âgées dont le profil leur permettrait d'accéder à un CHSLD ne sont pas toutes hébergées dans ce type d'établissement, faute de places. En conséquence, le profil des besoins en ressources de transition, en centres hospitaliers et en soutien à domicile s'alourdit. L'impact de cette réalité sur la demande, l'organisation et la qualité des services ainsi que sur le respect des droits des personnes âgées ne doit pas être occulté.

Ce mémoire du Protecteur du citoyen aborde, dans l'ordre qu'a choisi la Commission, les neuf défis qu'elle a retenus. Il inclut des suggestions à la Commission, compte tenu de son statut et de son rôle. C'est dans ce contexte que, contrairement à sa pratique, le Protecteur du citoyen n'émet pas de recommandations – qu'il adresserait à une instance du gouvernement ou au gouvernement même – mais plutôt des suggestions, qu'il formule dans le respect des prérogatives d'une commission parlementaire.

Malgré les efforts importants que déploient les différents intervenants impliqués pour favoriser une offre de soins et services de qualité, le Protecteur du citoyen constate, lors du traitement des plaintes soumises à son attention, que des situations problématiques demeurent. La réflexion à ce sujet doit donc s'effectuer avec le souci constant d'offrir, en tout temps et en tous lieux, une réponse adéquate aux besoins des usagers. Même si une insatisfaction est généralement à l'origine du déclenchement de son intervention, le Protecteur du citoyen tient à souligner aux membres de la Commission qu'il constate souvent la bonne volonté, l'expertise et le dévouement du personnel des CHSLD. Il souhaite réitérer l'importance de leur travail auprès et pour les personnes hébergées. Plusieurs des enjeux soulevés dans ce mémoire dépassent leur capacité et leur bon vouloir.

Un peu plus de 13 % de l'ensemble des motifs de plainte et de signalement que traite annuellement le Protecteur du citoyen dans le réseau de la santé et des services sociaux mettent en cause les soins et les services dispensés en CHSLD, de même que la sécurité et la qualité de vie des personnes qui y sont hébergées. Ainsi, depuis avril 2008, un total de 831 motifs de plainte et de signalement concernant les CHSLD ont cheminé jusqu'au Protecteur du citoyen. Après enquête, nous avons conclu que plus de la moitié (51 %)

¹ Loi sur le Protecteur du citoyen (chapitre P-32) et Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1).

² Commission de la santé et des services sociaux, 2013, *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Document de consultation, Mandat d'initiative, 28 p.

d'entre eux étaient fondés, comparativement à 43 % pour l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux.

Les constats et analyses présentés dans le présent mémoire s'appuient principalement sur des problématiques identifiées lors de nos enquêtes, car le Protecteur du citoyen ne conclut pas sur les seules allégations et le oui-dire, mais à la suite d'une enquête méthodique ayant permis de vérifier les faits. **Au cours des cinq dernières années, le Protecteur du citoyen est intervenu dans 128 CHSLD, soit 63 % des CHSLD du Québec.** Les plaintes et signalements fondés concernaient **la qualité des soins et des services** (36 %), **l'environnement et le milieu de vie** (23 %) et **le non-respect des droits** (16 %). Ces trois problèmes comptent pour 75 % du total de plaintes et de signalements. Pour la seule année 2012-2013, 56 des 202 CHSLD (28 %) que recense la Commission³ étaient visés par des plaintes ou des signalements fondés.

Il convient de souligner que, considérant la teneur du mandat d'initiative de la Commission et dans le cadre de ce court exercice, nous ne prétendons pas rassembler de façon exhaustive l'ensemble des éléments qui affectent les conditions de vie des résidents en CHSLD. En fait, le Protecteur du citoyen a choisi de présenter les observations qu'il considère comme les plus porteuses eu égard aux objectifs que s'est donnés la Commission. Dans un souci de clarté, ces observations sont intégrées au cadre d'analyse soumis par la Commission, et s'inspirent des défis recensés et des pistes de réflexion avancées.

1 L'accessibilité

Au regard du défi de l'accessibilité, les pistes de réflexion que propose la Commission concernent les critères d'admission, les conditions d'accès, les mesures à adopter pour réduire l'attente, tant en région qu'en zone urbanisée, ainsi que les mesures transitoires. Ce sont plus particulièrement ces mesures transitoires qui sont l'objet de préoccupations majeures du Protecteur du citoyen. Les conclusions auxquelles nous arrivons font ressortir les impératifs de gestion qui, trop souvent, sont priorisés au détriment de la réponse aux besoins globaux des usagers⁴.

En amont des conditions de vie des usagers une fois qu'ils sont admis en CHSLD, toute la question de l'accessibilité à ce type d'hébergement doit être abordée. Bien que la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)⁵ énonce que l'utilisateur a le droit de choisir l'établissement duquel il désire recevoir ses services de santé ou ses services sociaux, ce droit, conditionnel plutôt qu'absolu, est davantage théorique que systématiquement applicable.

Le respect de ce droit est souvent relayé au second plan, au profit d'impératifs de gestion du réseau. La pression pour le désengorgement des centres hospitaliers, les longues listes d'attente pour certains CHSLD et la disparité dans l'offre de places en hébergement selon les territoires sont autant d'écueils dans le respect du libre choix par l'utilisateur de son dernier milieu de vie. En région, l'absence fréquente de masses critiques d'utilisateurs amène des problèmes supplémentaires de mixité de clientèles et fait ressortir encore davantage les difficultés de recrutement de personnel qualifié.

³ *Op. cit.*, note 2, p. 6.

⁴ Ces besoins incluent la prise en compte des facteurs psychosociaux, comme l'éloignement d'un proche ou d'un conjoint souvent âgé lui aussi.

⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2, ci-après LSSSS.

1.1 Des délais démesurément longs

Le délai d'attente d'hébergement pour une place en CHSLD varie beaucoup selon les régions et l'installation. Un usager peut attendre la place de son choix pendant plus d'une année, parfois deux; entretemps, il sera admis dans un autre CHSLD pour un hébergement temporaire, dit « transitoire ». Il arrive fréquemment que l'usager n'ait même pas le temps de profiter du lieu d'hébergement qu'il avait choisi pour son dernier milieu de vie : il décédera avant d'y accéder.

Les critères d'admissibilité en CHSLD et la rigidité de leur application font en sorte que plusieurs usagers et leurs proches sont surpris de ne pouvoir être orientés, au moment de leur demande, vers l'établissement de leur choix. Entretemps, les usagers et leur famille sont très fortement incités à accepter une place transitoire d'hébergement. Certains nous confient qu'ils se sont sentis bousculés par les responsables du mécanisme d'accès et qu'ils n'avaient pas bien compris les modalités complexes relatives à leur hébergement. De plus, ils ne bénéficient pas toujours d'une information juste sur les délais d'attente, ce qui les amène à prendre une décision qui peut leur être préjudiciable. Ceci constitue une autre source d'insatisfaction et d'inquiétude pour les usagers. Certains délais sont déraisonnables. Tout en se montrant empathiques, les intervenants font souvent part aux familles de leur sentiment d'impuissance devant les règles établies et l'impératif de désengorgement du milieu hospitalier qui apparaissent incontournables et prioritaires.

1.2 Des hébergements transitoires précipités par des impératifs de gestion

La pression pour le désengorgement des hôpitaux peut conduire à des décisions hâtives qui seront préjudiciables aux usagers. Le Protecteur du citoyen a dénoncé cette problématique, notamment dans son rapport annuel 2011-2012⁶. Il avait dû intervenir cette année-là en raison d'un transfert précipité de plusieurs usagers dans une unité d'hébergement transitoire⁷ aménagée à la hâte dans un CHSLD. Cette façon de faire, dictée par la volonté de libérer trop rapidement des lits hospitaliers de courte durée, a causé des préjudices aux résidents. Un transfert de lieu d'hébergement pour des personnes ayant ce niveau de vulnérabilité constitue pour elles une source importante de stress pouvant causer une détérioration de leur état de santé.

⁶ Protecteur du citoyen, 2012, *Rapport annuel d'activités 2011-2012*, p.127-128.

⁷ Une unité d'hébergement transitoire peut être aménagée dans un CHSLD public ou privé conventionné. Des places d'hébergement transitoire peuvent également être achetées par l'entremise d'ententes auprès de ressources privées ou de type intermédiaire. Le recours systématique à l'hébergement transitoire comme première étape vers l'hébergement permanent est abordé plus loin dans le présent mémoire.

Un désengorgement des urgences hospitalières qui compromet la santé et la sécurité des usagers

Une soixantaine de personnes âgées en perte d'autonomie sont transférées d'un hôpital, où elles étaient en attente d'un hébergement permanent, vers une unité transitoire d'hébergement aménagée hâtivement pour les recevoir.

Cette unité a été créée de façon précipitée, dans un contexte de désengorgement de l'urgence de l'hôpital, qui désirait améliorer sa capacité d'accueil en libérant des lits. Le contexte particulier de l'ouverture de l'unité faisait en sorte qu'en l'espace de 30 jours, le CSSS devait adapter les lieux, mettre en place les équipements requis, recruter et former le personnel, organiser les effectifs médicaux, identifier et évaluer la clientèle à transférer, aviser les familles et préparer lesdits transferts.

L'unité transitoire a été ouverte le 13 décembre. Entre le 13 et le 23 décembre, soit en moins de 10 jours ouvrables, 60 usagers ont été transférés dans l'unité, ce qui a eu un impact important et négatif pour plusieurs d'entre eux, au plan médical et psychologique.

Pour ne plus que se reproduisent de telles situations, les recommandations du Protecteur du citoyen touchaient les trois paliers décisionnels du réseau : d'abord, le CSSS, afin qu'il procède à l'implantation d'un plan d'action en la matière; puis, l'agence de la santé et des services sociaux, afin qu'elle prenne les mesures appropriées pour assurer un suivi des correctifs apportés par les établissements en réponse aux demandes de désengorgement des urgences; et enfin, le Ministère, pour qu'il adopte les mesures appropriées afin de s'assurer que les établissements et les agences ne mettent pas d'autres usagers à risque par la mise en œuvre précipitée de solutions au désengorgement des urgences.

Au moment d'écrire ces lignes, le Protecteur du citoyen était interpellé par une famille qui s'opposait au transfert d'un de ses proches vers un hébergement transitoire : ce transfert éloignerait considérablement cette personne âgée de son environnement, en plus de la priver de la présence assidue de son conjoint, seule personne qu'elle reconnaît encore. La famille et l'intervenante au dossier craignent que le transfert de l'usagère dans ces conditions entraîne une détérioration de son état de santé.

Ce transfert est aussi exigé pour répondre à des impératifs de gestion. En premier lieu, l'usagère occupe depuis plusieurs mois un lit dans un centre hospitalier en attente de la libération d'une place répondant à ses besoins dans un des CHSLD ciblés, en accord avec la famille. En second lieu, une place s'est libérée dans un autre CHSLD plus éloigné et l'usagère est la seule personne en attente qui répond au profil requis pour occuper ce lit. Un autre hébergement transitoire pourrait être effectué ultérieurement, lorsqu'une place se libérera dans un des CHSLD ciblés originellement. En dernier lieu, lorsqu'une place sera disponible au CHSLD ciblé pour l'hébergement permanent, l'usagère sera à nouveau transférée.

Différentes solutions mises de l'avant pour favoriser le désengorgement des hôpitaux préoccupent le Protecteur du citoyen, car elles constituent une entrave au libre choix de l'usager de son milieu de vie. Il en va ainsi de l'imposition d'une pénalité en cas de défaut du CSSS de prendre en charge l'usager occupant un lit d'hôpital, dans un délai de 8 jours de la fin de ses soins actifs, soit en lui offrant des services de soutien à domicile ou en le déplaçant dans une ressource avec laquelle il aura conclu une entente. Faute de places disponibles en CHSLD publics ou privés conventionnés, des ententes sont alors prises pour l'achat de places d'hébergement transitoire auprès de ressources privées. Le

Protecteur du citoyen appréhende la multiplication de ce type d'ententes insuffisamment encadrées.

Certaines de ces ententes sont conclues avec des résidences privées pour aînés pour l'achat de places de type « ressource intermédiaire ». Ce type d'ententes soulève des préoccupations quant au contrôle de la qualité des services et des soins dispensés aux usagers, que nous abordons plus loin. En vertu de la loi⁸, ces usagers sont pourtant en droit de recevoir la même qualité de soins et de services, peu importe l'endroit où le réseau les dirige pour leur hébergement transitoire ou permanent.

Les cinq pistes de réflexion que propose la Commission témoignent de sa sensibilité aux principales problématiques auxquelles sont confrontées les personnes âgées en perte d'autonomie en quête d'un hébergement public. Des délais d'attente démesurément longs, de la rigidité dans l'application des critères d'admission et le recours systématique à l'hébergement transitoire comme première étape limitent en effet l'accessibilité au régime public. Ces situations génèrent un sentiment d'impuissance chez les personnes âgées et leur famille face à des règles rigides et méconnues.

Notre analyse de la situation des personnes âgées en attente d'hébergement révèle que les facteurs biopsychosociaux qui ont un impact déterminant sur la santé globale des usagers ne sont pas suffisamment pris en compte dans les décisions de gestion de l'hébergement transitoire. L'impératif de désengorgement du milieu hospitalier apparaît avoir préséance. En tenant compte que le vieillissement de la population s'accroît, qu'il y a déjà une attente importante pour accéder à un CHSLD, que le nombre de places est stagnant, voire en diminution⁹, le Protecteur du citoyen ne peut que s'interroger sur l'accessibilité réelle des places en CHSLD pour la prochaine génération. C'est dans ce contexte qu'il suggère à la Commission d'approfondir les éléments suivants afin d'améliorer les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD.

⁸ LSSSS, art. 5.

⁹ Selon le document de consultation de la Commission (précité, note 2, p.12), entre 2006 et 2010, on enregistre une diminution de près de 4 % du nombre de places en CHSLD publics et privés conventionnés.

CONSIDÉRANT :

Que les délais d'attente démesurément longs, la rigidité dans l'application des critères d'admission et le recours systématique à l'hébergement transitoire limitent l'accessibilité au régime public;

Que les facteurs biopsychosociaux qui ont un impact déterminant sur la santé globale des usagers ne sont pas suffisamment pris en compte dans les décisions de gestion de l'hébergement transitoire;

La diminution constatée du nombre de places en CHSLD publics et privés conventionnés et l'augmentation de la demande d'hébergement public.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-1** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux d'analyser les modalités d'accès à l'hébergement, incluant les délais réalistes d'attente et les conséquences du recours systématique à l'hébergement transitoire afin d'assurer aux usagers et à leurs proches la même qualité de services.
- S-2** De porter, dans le cadre de ces analyses sur les modalités d'accès à l'hébergement, une attention particulière à la qualité des communications avec les personnes âgées et leur famille afin qu'une information exacte, complète, transparente et en temps utile leur soit transmise.
- S-3** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux une analyse, quantitative et qualitative, de l'augmentation prévisible de la demande d'hébergement public pour les prochaines années, tenant compte des impératifs de désengorgement des urgences et des lits de soins actifs des centres hospitaliers, et un plan d'action pour y faire face.

2 Le financement

La Commission soumet deux importantes pistes de réflexion à l'égard du défi du financement, à savoir, le financement actuel des CHSLD publics et privés conventionnés ainsi que la tarification des CHSLD. À ces pistes de réflexion, le Protecteur du citoyen entend introduire certaines préoccupations particulières quant à l'impact du financement de l'hébergement pour les conjoints et la famille.

2.1 Le financement actuel des CHSLD publics et privés conventionnés

Selon les Comptes de la santé¹⁰, document que produit le ministère de la Santé et des Services sociaux, les coûts liés à l'hébergement des adultes en établissement se sont élevés à 2,89 G\$ en 2012-2013. Le financement des CHSLD publics et privés conventionnés provient donc à 78,3 % du fonds consolidé du revenu du Québec, ce dernier étant alimenté principalement par les impôts, les taxes et les transferts financiers que perçoit le gouvernement. Les 21,7 % restants proviennent de la contribution financière des usagers. Nous y reviendrons à la section suivante.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013*, Direction des communications, p. 25.

La Commission s'interroge sur le financement actuel des CHSLD publics et privés conventionnés. À cet égard, il convient de rappeler que la LSSSS¹¹ confie à ces établissements la mission de fournir des services d'hébergement aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage. C'est ce qui justifie le financement public de ces établissements, qui couvre essentiellement les soins et les services de santé et sociaux qui y sont dispensés, alors que la partie privée du financement couvre le gîte et le couvert. **De l'avis du Protecteur du citoyen, il n'y a pas lieu de modifier cette répartition fondamentale à la base du financement de l'hébergement public.**

Cette répartition n'empêche aucunement la diversification des modes de financement. Par exemple, la création de la « Caisse autonomie », prévue au projet de loi n° 67¹², concerne l'introduction d'un éventuel régime d'assurance autonomie¹³. Ce projet de loi prévoit qu'une allocation de soutien à l'autonomie serait versée à l'ensemble des prestataires reconnus, dont les CHSLD publics et privés conventionnés¹⁴. Ce paiement serait prévu pour la dispensation de l'ensemble des services qu'ils offrent et qui sont inscrits au plan de services individualisé de leurs résidents. Cela aurait un impact sur la répartition du financement, car ces mêmes usagers seraient également appelés à contribuer financièrement pour une proportion encore indéterminée de ces services. De l'avis du Protecteur du citoyen, il sera nécessaire de réfléchir à l'harmonisation des pratiques tarifaires dans ce contexte particulier, advenant la création de la « Caisse autonomie ».

Plusieurs types de ressources publiques et privées hébergent des personnes âgées en perte d'autonomie : on note principalement les CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés, les CHSLD privés (non conventionnés), les CHSLD en partenariat public-privé, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial et les résidences privées pour aînés. Le mode de financement de ces ressources découle de plusieurs lois et règlements. Leur application provoque parfois des iniquités. Par exemple, plusieurs CHSLD privés se plaignent d'iniquités dans l'indemnité journalière par usager qui leur est accordée, en vertu de diverses ententes de services, par rapport à celle consentie à d'autres ressources, dont les nouveaux CHSLD en partenariat public-privé. Se pose ici la question fondamentale de l'harmonisation des modes de financement selon les ressources publiques ou privées concernées. De l'avis du Protecteur du citoyen, un effort supplémentaire doit être réalisé en ce sens, qui devra s'appuyer sur un examen comptable rigoureux et certifié des états de revenus et dépenses de ces ressources.

2.2 La tarification des CHSLD

La contribution financière des usagers se chiffrait à 618 M\$ en 2012-2013, soit 21,7 % du coût total, selon les Comptes de la santé¹⁵. Pendant la même période, la contribution maximale exigible d'un usager en CHSLD pour une chambre individuelle était de 1 743 \$ par mois. L'effort financier consenti, tant par les personnes hébergées que par les fonds publics, est donc important.

¹¹ LSSSS, art. 83, 512 et 513.

¹² Projet de loi n° 67, *Loi sur l'assurance autonomie*, art. 27 à 29 et 31.

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux 2013, *L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, 46 p.

¹⁴ Le Livre blanc sur l'assurance autonomie prévoit que les services d'aide à la vie quotidienne (AVQ), actuellement dispensés gratuitement par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), pourront être ouverts à la tarification et dispensés par de nouveaux prestataires de services reconnus.

¹⁵ *Op. cit.*, note 10, p. 25.

Selon la LSSSS¹⁶, le gîte et le couvert sont essentiellement de nature privée et sont régis par des normes et des règlements. Ils ne font pas partie de la couverture publique. En conséquence, le fait de séjourner en CHSLD ou de recevoir des services à domicile devrait être neutre financièrement et fiscalement¹⁷. D'ailleurs, le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec¹⁸ indique, dans sa section sur la contribution des usagers en établissement public, que *cette contribution répond à un souci d'équité entre les personnes hébergées et celles qui vivent à domicile*. Le Protecteur du citoyen souscrit à ce principe d'équité, mais est soucieux de s'assurer de l'équité réelle le temps venu de l'application.

La contribution de l'usager devrait correspondre au coût réel des dépenses liées au gîte et au couvert. Tout en reconnaissant qu'elle est élevée, la contribution demandée ne fait pas l'objet de plaintes ou de signalements au Protecteur du citoyen quant au coût total qui est exigé¹⁹. Aussi, la contribution maximale ne devrait être révisée que dans la mesure où il y a une distorsion entre l'effort demandé pour une personne vivant à domicile et celle en CHSLD.

Par ailleurs, tout comme il l'indiquait dans son mémoire²⁰ sur l'assurance autonomie, le Protecteur du citoyen ne s'oppose pas à une contribution financière des usagers, mais celle-ci ne doit jamais devenir un obstacle à l'obtention de services. La participation financière des usagers ne doit pas faire en sorte d'élargir les écarts de revenus qui existent entre les personnes pour accéder à l'hébergement public. Les paramètres de la tarification du gîte et du couvert doivent être explicites, détaillés et justes, autant pour les mieux nantis que les moins nantis financièrement. Le Protecteur du citoyen se préoccupe particulièrement des tarifs qui seront exigés auprès des plus faibles salariés qui arrivent à leur retraite avec moins de revenus que les mieux nantis.

Autrement dit, le fardeau financier reposant sur les épaules des moins nantis financièrement doit être moindre que celui des mieux nantis pour que le bénéfice soit équivalent. C'est pourquoi les modalités existantes permettant de réduire la contribution demandée aux personnes moins nantis financièrement – un programme qu'administre la Régie de l'assurance maladie du Québec – doivent impérativement être maintenues. C'est en cela que la tarification des CHSLD fait preuve de justice distributive, ce que préconise le Protecteur du citoyen.

2.3 Les préoccupations particulières du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen souhaite porter à l'attention de la Commission certaines préoccupations particulières qui l'interpellent à l'égard de la tarification en CHSLD. Les plaintes et les signalements qu'il reçoit à ce sujet portent presque exclusivement sur le

¹⁶ LSSSS, art. 512 et 513.

¹⁷ Il y a neutralité financière lorsque le financement public n'altère pas les flux et les mécanismes du marché. Quant au principe de la neutralité fiscale, il est présent lorsque la répartition des charges publiques est proportionnée aux revenus de chacun. Alors, il y a justice distributive de l'avis du Protecteur du citoyen.

¹⁸ <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/Pages/hebergement-etablissement-public.aspx>

¹⁹ En février 2014, le tarif de la chambre individuelle est de 1 758,30 \$ par mois, 1 470 \$ pour une chambre à deux lits et 1 092,60 \$ pour une chambre à trois lits.

²⁰ Protecteur du citoyen, 2013, *Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le document intitulé : L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, 12 novembre 2013, 33 p., p. 1.

règlement d'application²¹ qui encadre la contribution des usagers en CHSLD. Ce règlement n'a pas été révisé depuis plus de 15 ans et entraîne de plus en plus d'iniquités dans son application. Il est encore encadré par certaines dispositions du Règlement sur l'aide sociale, datant du 1^{er} juillet 1983²². À notre avis, l'approche en place ne tient pas suffisamment compte des aspects humains relatifs à l'hébergement en CHSLD et devrait être améliorée.

C'est la RAMQ qui a la responsabilité d'établir la contribution qu'un établissement perçoit de la personne hébergée. Le Ministère détermine le coût maximum à payer selon la chambre occupée et la RAMQ détermine la capacité de cette personne à payer ou non le tarif maximum, compte tenu, entre autres, des revenus, des biens, des épargnes et de la situation familiale de la personne hébergée. Le calcul de cette contribution prévoit une exemption de base de 2 500 \$ pour les avoirs liquides. Il tient également compte de certaines déductions relatives aux dépenses personnelles de la personne hébergée, au conjoint, aux enfants à charge ou à l'obligation de résilier un bail. Une fois ce tarif déterminé, la personne peut demander une exonération ou une réévaluation à la RAMQ si sa situation financière change.

En vertu du règlement en vigueur, les personnes mariées doivent contribuer pour leur conjoint qui est considéré comme une personne à charge. Les conjoints de fait ne sont pas tenus à cette obligation. Certains intervenants ont conseillé le « divorce en blanc » à des couples mariés de longue date afin de bénéficier d'exemptions tarifaires. Cela est inadmissible sur le plan humain. Le Protecteur du citoyen a signalé ces problèmes au Ministère en février 2013 : ce règlement n'a pas été révisé depuis trop longtemps et il ne prévoit pas de mécanisme permettant aux autorités de suspendre ou d'ajuster le versement de la contribution exigée dans des circonstances jugées exceptionnelles. Un an plus tard, nous sommes toujours en attente de la planification et de l'échéancier des travaux concernant la révision de ce règlement.

De l'avis du Protecteur du citoyen, des mesures particulières doivent être prévues et mises en œuvre lorsque ces situations exceptionnelles se produisent.

²¹ Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5, r. 1), applicable malgré son titre à l'ensemble des clientèles.

²² Ce règlement a par ailleurs été remplacé depuis par le Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles (chapitre A-13.1.1, r. 1), mais la RAMQ considère toujours les montants de 40 000 \$ et de 2 500 \$ dans le calcul des exemptions pour la résidence et les liquidités, alors qu'ils sont de 90 000 \$ et de 5 000 \$ dans le nouveau règlement.

CONSIDÉRANT

Que la tarification en CHSLD vise à couvrir la portion relative aux frais d'hébergement (gîte et couvert), les soins de santé et services sociaux étant assumés par le financement public;

L'impact potentiel de la création d'une caisse d'assurance autonomie sur le mode de financement des CHSLD;

La nécessité d'actualiser et de réviser le cadre normatif concernant la tarification en CHSLD.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-4** D'examiner les conditions d'harmonisation des pratiques tarifaires, de maintenir les modalités existantes permettant de réduire la contribution demandée aux personnes moins nanties financièrement et de surveiller les moyens qui seront mis en œuvre dans le but d'informer clairement les usagers à cet égard.
- S-5** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux un état de situation sur la planification et l'échéancier des travaux concernant la révision du Règlement d'application.

3 L'organisation des services

Les pistes de réflexion que soumet la Commission quant au défi de l'organisation des services concernent principalement l'application du concept de milieu de vie dans les CHSLD, les améliorations qui pourraient être apportées aux CHSLD à cet égard et les exemples de réussite en la matière. Les enquêtes que mène le Protecteur du citoyen le placent dans une position privilégiée pour documenter les problèmes rencontrés dans l'application du concept du milieu de vie et suggérer certaines améliorations. Cependant, les exemples de réussite nécessiteraient une étude approfondie que nous n'avons pas réalisée compte tenu des limites des ressources dont nous disposons et de l'angle selon lequel nous sommes appelés à intervenir. Des organismes que financent des fonds publics, dont l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ou le Commissaire à la santé et au bien-être ont un tel mandat.

3.1 Les plaintes sur la qualité des soins et des services dans les milieux de vie

Les citoyens portent plainte principalement en alléguant la qualité insatisfaisante des soins et des services cliniques (36 %) qu'ils reçoivent dans les ressources d'hébergement, tant publiques que privées.

Les plaintes et signalements portent, plus particulièrement, sur l'élaboration et le contenu des plans de soins, les soins d'assistance, les soins physiques et la médication. Pourtant, les CHSLD sont la résidence de fin de vie de la majorité des personnes qu'ils hébergent et qui ont besoin d'une attention particulière et soutenue, en plus de soins et de services précis. Faire des CHSLD des milieux de vie de qualité demande une vision, des ressources et une vigilance constante en raison de l'incapacité de plusieurs résidents en lourde perte cognitive. Pour leur part, certaines résidences privées pour aînés éprouvent de la difficulté à assurer un milieu de vie agréable, chaleureux, générateur d'un sentiment de sécurité et d'appartenance. Dans ses rapports annuels des cinq dernières années, le Protecteur du citoyen a fait ressortir plusieurs manquements qu'il a constatés dans des milieux de vie pour aînés.

Ainsi, les constats du rapport annuel 2008-2009²³ mettaient en évidence des manquements liés à des soins et à des services inadéquats, à un environnement physique déficient, notamment en matière d'hygiène et de salubrité. Ils visaient aussi les relations difficiles entre des membres du personnel et les résidents ou leurs proches, en plus du non-respect des droits des personnes hébergées en certaines circonstances. Le rapport annuel 2009-2010²⁴ concluait que certains CHSLD et ressources intermédiaires n'arrivent pas à s'approprier le concept de milieu de vie. Ils ne parviennent pas, entre autres, à recréer un environnement agréable et stimulant pour les résidents.

En 2010-2011²⁵, le rapport annuel signalait une augmentation importante des plaintes et des signalements concernant les différentes ressources d'hébergement. Plus particulièrement en résidence privée pour aînés, les communications et la participation des résidents dans leur milieu de vie étaient souvent négligées au profit d'une gestion plus centrée sur les impératifs administratifs que sur les personnes âgées et leurs particularités.

Quant au rapport annuel 2011-2012²⁶, il recensait des problèmes d'organisation déficiente des soins et des services, de non-respect de la procédure et des protocoles cliniques ainsi que de l'insuffisance de la surveillance, de l'encadrement et de la qualité des services de soutien ou d'assistance aux activités de la vie quotidienne. Pour ce qui est du rapport annuel 2012-2013²⁷, il remettait en évidence les aspects cliniques cités précédemment et faisait ressortir des problèmes d'attitude et de comportement du personnel comme motifs de plusieurs plaintes fondées. Par ailleurs, une préoccupation particulière concernait la qualité des soins et des services dispensés aux personnes âgées qui sont hébergées dans des ressources privées d'hébergement dans le cadre d'ententes d'achat de places par le réseau public. **En résumé, la situation en CHSLD est en constante évolution et les problèmes rencontrés y sont nombreux et variés.**

3.2 Les enquêtes dans les milieux de vie pour aînés

Le milieu de vie substitut qu'offrent les CHSLD doit se rapprocher le plus possible du milieu de vie naturel de la personne, et ce, malgré l'accroissement du niveau de soins nécessaire. C'est cette idée d'un milieu de vie substitut, « équivalent » au milieu de vie naturel en dépit de l'intensité des soins requis, qui est au cœur du concept de l'approche du milieu de vie. Les enquêtes que réalise le Protecteur du citoyen sur le terrain lui font constater plusieurs ratés à cet égard.

Lors de nos visites dans des installations du réseau public, nous avons été à même de constater diverses situations qui confirment l'inadaptation de l'environnement et l'absence d'activités organisées : des résidents qui, pour toute distraction, sont installés en rang devant les portes d'entrée ou les ascenseurs; le peu, voire l'absence, d'échanges et de communication du personnel avec les résidents lors des soins; une atmosphère qui s'apparente plus à un milieu institutionnel qu'à un milieu de vie.

Or, les aires de vie et les chambres des usagers devraient dégager une ambiance accueillante, personnalisée, vivante et invitante. En complément, l'animation du milieu est souhaitable à l'aide d'un programme d'activités adaptées, élaboré à partir de la

²³ Protecteur du citoyen, 2009, *Rapport annuel d'activités 2008-2009*, p. 63.

²⁴ Protecteur du citoyen, 2010, *Rapport annuel d'activités 2009-2010*, p. 96.

²⁵ Protecteur du citoyen, 2011, *Rapport annuel d'activités 2010-2011*, p. 87.

²⁶ *Op. cit.*, note 6, p. 127.

²⁷ Protecteur du citoyen, 2013, *Rapport annuel d'activités 2012-2013*, p. 77.

connaissance et de la compréhension des besoins de l'usager, de ses goûts, ses habitudes de vie, ses aptitudes et ses champs d'intérêt, dans le respect de sa culture et de sa langue. Conformément au concept du milieu de vie, l'intervention en CHSLD devrait se traduire dans le cadre d'une approche globale, adaptée, positive, personnalisée, participative et interdisciplinaire²⁸. Les constats de nos enquêtes indiquent que tel n'est pas le cas dans plusieurs CHSLD.

3.3 Un manque de places adaptées à une clientèle spécifique

Le Protecteur du citoyen note un manque de places adaptées pour les usagers présentant des troubles graves de comportement avec un potentiel d'agressivité et de violence. La masse critique d'usagers n'est pas toujours suffisante en région pour que les établissements implantent une unité spécifique où l'environnement et la programmation de services offriraient une réponse adaptée à leurs besoins. Le problème d'accessibilité à des unités spécialisées bien organisées conduit à la cohabitation sur la même unité de personnes qui présentent des caractéristiques et des profils de besoins fort différents, voire incompatibles : des usagers lucides, mais à mobilité réduite cohabitent sur la même unité que des usagers qui font de l'errance invasive ou qui souffrent de démence frontale avec agressivité. Le risque pour la sécurité en est augmenté d'autant.

3.4 La sécurité

Les situations dénoncées d'agressions entre résidents font ressortir un problème de mixité de clientèle, jumelé à une organisation des soins et services déficiente, un autre des constats mis en évidence dans les rapports annuels du Protecteur du citoyen depuis 2008-2009. Le problème perdure et s'accroît en raison du rehaussement des critères d'admissibilité et du nombre croissant de résidents souffrant de démence associée à de l'agressivité et à de la violence. Certaines de ces situations ont des conséquences graves sur les usagers, comme nous avons été à même de le constater : une accélération de la détérioration de la condition de santé, voire le décès de la personne agressée; une augmentation importante de la médication pour la personne qui a perpétré l'agression, avec les effets secondaires associés; des coûts de gestion élevés pour l'affectation d'un personnel attiré à la surveillance constante de la personne qui a perpétré l'agression.

²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, Orientations ministérielles, 24 p., p. 10.

En unité prothétique dans un CHSLD, une résidente est victime de multiples agressions qui auraient pu être prévenues

Une résidente vit en unité prothétique destinée aux personnes âgées ayant des déficits cognitifs sévères. Elle est victime de plusieurs agressions physiques de la part de deux résidents. Elle décède peu de temps après les agressions.

L'un des deux résidents à l'origine des agressions avait auparavant été l'auteur d'une quarantaine d'actes violents, dont onze agressions physiques perpétrées en moins d'un mois, et cela était connu du personnel ainsi que de la direction de l'établissement. Aussi, une évaluation comportementale avait confirmé que ce résident provoquait la peur dans son entourage et avait infligé de nombreuses blessures à d'autres résidents et aux employés.

L'unité dite « prothétique » regroupe tous les résidents problématiques des autres unités du centre d'hébergement. De plus, 20 résidents logent dans cette unité, ce qui est pratiquement le double du nombre de résidents recommandé pour une unité de ce type. L'environnement physique de l'unité est propice aux agressions avec des chambres petites et mal signalisées, des corridors étroits et une configuration des lieux inadéquate. De plus, l'équipe de soins est très instable : 40 % du personnel provient d'agences privées. Il n'y a pas d'équipe dédiée à l'unité. La supervision et le leadership du chef d'unité sont insuffisants et les rencontres interdisciplinaires ont été interrompues.

Il est reconnu que certains profils de besoins sont incompatibles et que la cohabitation de ces usagers n'est pas souhaitable. Bien que le regroupement de la clientèle en fonction de ses besoins et la création de « micro-milieus » soient reconnus comme des moyens de favoriser une réponse plus personnalisée et sécuritaire aux besoins de l'usager, ceux-ci ne sont pas toujours utilisés ni facilement réalisables pour certains CHSLD qui peinent à adapter les lieux en conséquence. Les délais courts pour procéder à l'admission de nouveaux résidents et les contraintes architecturales constituent des entraves importantes à la réalisation de ces regroupements.

Des lieux physiques désuets et inadaptés ainsi qu'un trop grand nombre de résidents à profils différents qui partagent le même environnement augmentent le niveau de risque pour leur sécurité, et ce, sous plusieurs angles. C'est la conclusion à laquelle conduit la réflexion du Protecteur du citoyen à l'égard de la sécurité des résidents. Par ailleurs, pour que le milieu de vie substitut qu'offrent les CHSLD puisse se rapprocher le plus possible du milieu de vie naturel de la personne, des mesures d'adaptation des interventions doivent être entreprises dans plusieurs CHSLD, dans le contexte de l'approche du milieu de vie.

À l'hiver 2010, le Ministère déposait un rapport national²⁹ pour évaluer le niveau d'intégration de l'approche du milieu de vie dans les CHSLD, entre 2004 et 2007. Ses faits saillants révélaient que les activités de la vie quotidienne ne se faisaient pas nécessairement dans le respect des pratiques raisonnables et que le maintien des capacités des usagers n'était pas toujours favorisé. Le Protecteur du citoyen avait accueilli favorablement les constats et les recommandations relatifs à cette évaluation concernant l'approche du milieu de vie. Mais aujourd'hui, en 2014, la situation s'est-elle améliorée? Les orientations relatives à l'approche du milieu de vie sont-elles mieux implantées?

²⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Visites d'appréciation de la qualité – Rapport national 2004-2007*, MSSS, 67 p.

CONSIDÉRANT

Que le milieu de vie substitut qu'offre le CHSLD doit se rapprocher le plus possible du milieu de vie naturel de la personne, et ce, malgré l'accroissement de niveau de soins nécessaires;

La nécessité d'assurer la sécurité physique et l'intégrité psychologique de tous les résidents;

La diversité des profils de besoins des personnes hébergées au sein d'une même unité en CHSLD;

Que le dernier rapport national d'évaluation de l'approche du milieu de vie remonte à 2010.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-6** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux de mettre à jour l'évaluation de l'approche du milieu de vie dans le cadre de l'élaboration d'un nouveau rapport national des visites d'appréciation de la qualité des services et d'en assurer un suivi effectif.

4 Les clientèles particulières

À l'égard du défi des clientèles particulières, la première piste de réflexion que soumet la Commission concerne la cohabitation en CHSLD des moins et des plus de 65 ans. Étant donné que le Protecteur du citoyen reçoit peu de plaintes et de signalements sous ce motif, il ne peut qu'apporter un éclairage restreint à cette piste de réflexion. Par ailleurs, recenser les expériences positives des moins de 65 ans en CHSLD, déterminer les difficultés particulières que connaissent les autochtones, les allophones et les anglophones et discuter des mesures mises en œuvre pour pallier ces problèmes nécessiterait l'élaboration de plusieurs interventions sur le terrain.

Selon les données que fournit la Commission dans son document de consultation³⁰, 11 % des usagers de moins de 65 ans vivaient dans un CHSLD public ou privé conventionné au 31 mars 2012. Cela représentait 4 117 personnes plus jeunes, parfois de plusieurs dizaines d'années, qui vivent dans un milieu de vie conçu très majoritairement pour des personnes âgées en lourde perte d'autonomie. Toujours selon la Commission, cette clientèle de moins de 65 ans est « hétérogène et mal connue ». Pour le Protecteur du citoyen, cette affirmation soulève des questions : quels sont les profils de cette clientèle particulière qui est hébergée en CHSLD? Qui peut adéquatement répertorier leurs besoins? Le Protecteur du citoyen est d'avis que le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose des leviers nécessaires pour ce faire.

Sur la base des plaintes et des signalements qu'il reçoit, le Protecteur du citoyen estime que les personnes de moins de 65 ans vivant en CHSLD sont confrontées à un problème d'accessibilité à un milieu de vie mieux adapté en fonction des caractéristiques inhérentes à leur âge, leurs champs d'intérêt et leurs goûts. Parfois, il s'agit de jeunes adultes qui sont lourdement handicapés ou qui présentent une pathologie dégénérative nécessitant plus de trois heures de soins par jour et pour lesquels aucun autre service résidentiel n'est disponible.

³⁰ *Op. cit.*, note 2, p. 9.

Faute d'un milieu de vie adapté à leur situation particulière, les CHSLD publics ou privés conventionnés deviennent alors leur milieu de vie substitut. Lorsqu'il y a absence de masse critique pour développer, par exemple, le modèle des îlots résidentiels, les CHSLD doivent faire preuve de créativité et d'innovation afin d'adapter leurs services aux besoins particuliers de cette clientèle. À titre d'exemple, il peut s'agir d'adapter les horaires de repas ou de lever afin qu'ils correspondent mieux au mode de vie d'une clientèle plus jeune.

Également, les partenaires de ces réseaux locaux (les CSSS, les centres de réadaptation en déficience physique ou en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement) doivent se mobiliser afin d'offrir à ces personnes de moins de 65 ans les services nécessaires au maintien de leur participation sociale. Les activités d'intégration sociale inscrites au plan de services individualisé devraient continuer par l'entremise d'ententes de services avec les établissements concernés.

CONSIDÉRANT

Le constat de la Commission selon lequel les profils et les besoins des personnes âgées de moins de 65 ans hébergées en CHSLD doivent être davantage définis et connus;

L'attente légitime de ces personnes âgées de moins de 65 ans hébergées en CHSLD de profiter d'un milieu de vie qui réponde davantage à leurs besoins et aspirations.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-7** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux d'identifier un acteur institutionnel ou un groupe de recherche reconnu qui pourra établir les profils de la clientèle des personnes de moins de 65 ans hébergées en CHSLD public ou privé conventionné.
- S-8** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux de prendre rapidement les moyens requis afin d'adapter l'approche milieu de vie aux profils des personnes de moins de 65 ans hébergées en CHSLD public ou privé conventionné ainsi que l'offre de services disponible à l'aide d'outils comme le plan de services individualisé.

5 Les proches aidants

Tout comme la Commission, le Protecteur du citoyen reconnaît le rôle primordial que jouent les proches aidants à l'égard de la qualité des services dispensés en CHSLD. Les pistes de réflexion qu'avance la Commission portent sur le développement de partenariats en CHSLD, l'amélioration des relations entre les CHSLD, les proches aidants et les résidents ainsi que sur les expériences concluantes à cet égard.

La décision d'héberger une personne âgée découle souvent de l'épuisement du proche aidant qui n'arrive plus, malgré toute sa bonne volonté, à répondre à la lourdeur des besoins de l'usager. Il s'attend alors à ce qu'une fois l'usager hébergé en CHSLD, le personnel prenne le relais et réponde à ses besoins de manière aussi personnalisée que lui-même l'a fait, tout en assurant en tout temps sa sécurité. Or, plusieurs aidants naturels sont déçus de constater que la disponibilité du personnel ne permet pas de répondre promptement aux besoins qu'expriment de nombreux usagers.

5.1 Les plaintes relatives aux proches aidants

Dans le traitement des plaintes et des signalements, le Protecteur du citoyen constate que les proches aidants ne bénéficient pas toujours d'une information exacte sur les limites et la capacité du CHSLD de répondre aux besoins de la clientèle hébergée. Aussi, ils sont peu informés des divers types de profils de personnes susceptibles d'être admises en CHSLD. Régulièrement, ils demandent au Protecteur du citoyen de voir à ce qu'un résident présentant des troubles de comportement qui dérange l'usager soit redirigé dans un autre type d'établissement puisque, selon eux, celui-ci « n'est clairement pas à sa place ». Une meilleure gestion des attentes des familles ou des proches, dès l'admission, favoriserait une meilleure compréhension de leur part pour toute la période d'hébergement de l'usager.

De plus, le proche aidant exprime se sentir exclu une fois l'usager hébergé en CHSLD. Il est souvent placé devant les faits accomplis. Des décisions sont prises quotidiennement pour le mieux-être de l'usager, en particulier s'il est en perte sérieuse d'autonomie, sans qu'il soit nécessairement interpellé, impliqué, consulté : l'horaire des levers et couchers, celui des bains, par exemple. Le Protecteur du citoyen constate régulièrement le désarroi du proche aidant qui déplore ne pas être au courant de ce qui se passe au sujet de son parent.

L'élaboration du plan d'intervention, tel que requis par la loi, constitue une occasion privilégiée de favoriser la participation des proches aidants aux décisions concernant l'usager. Cependant, même lorsqu'ils sont invités à participer à une rencontre pour l'élaboration du plan, il arrive fréquemment que ces derniers n'en soient informés qu'*a posteriori*, sans que l'établissement recherche réellement leur engagement concret. Pourtant, l'élaboration du plan d'intervention permet justement d'assurer une connaissance et une compréhension communes des besoins de l'usager et des services qui seront mis en place par le CHSLD pour y répondre.

En somme, il ne faut pas sous-estimer l'importance des communications et des échanges d'information privilégiée avec les proches, pourtant à la base même d'un partenariat solide avec eux. Plus ces communications seront favorisées, plus les proches se sentiront écoutés et impliqués, plus le lien de confiance sera établi et durable. Ainsi, ils manifesteront moins d'insatisfaction quant aux soins et services reçus. En conclusion, le Protecteur du citoyen constate que les plaintes des familles découlent en partie d'une mauvaise compréhension et d'un manque d'information sur les modalités de dispensation des services à l'usager.

5.2 L'impact du projet de loi n° 67 pour les proches aidants

S'il est adopté, le projet de loi n° 67, la *Loi sur l'assurance autonomie*, aura un impact positif pour les proches aidants. Ces derniers seraient en effet dorénavant admissibles³¹, dans le cadre du futur régime d'assurance autonomie, à des services de soutien, de répit, d'accompagnement ou de formation. De l'avis du Protecteur du citoyen, il s'agit d'un élément essentiel. Le proche aidant serait ainsi davantage considéré comme un co-usager et, à ce titre, pourrait mieux bénéficier de services essentiels pour lui permettre d'accomplir ce rôle sur une plus longue période.

³¹ *Op. cit.*, note 12, art. 7, al.1(5°).

CONSIDÉRANT

Le rôle essentiel joué par le proche aidant auprès de la personne hébergée en CHSLD;

La nécessité de renforcer la communication ouverte et franche entre les établissements et les proches aidants;

L'impact potentiel du projet de loi n° 67, *Loi sur l'assurance autonomie*, en ce qui concerne le soutien que pourra recevoir le proche aidant.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-9** De faire le lien entre les travaux actuels découlant de son mandat d'initiative et ceux relatifs à l'étude du projet de loi n° 67, la *Loi sur l'assurance autonomie*, afin de maximiser les bénéfices escomptés à l'égard des proches aidants.

6 Les services et les soins

La Commission propose sept importantes pistes de réflexion à l'égard du défi de l'organisation des services et des soins. Nous allons approfondir les suivantes dans cette section : les divers services et soins donnés aux résidents en CHSLD, leur continuité et certaines expériences concluantes. Pour ce qui est des pistes de réflexion concernant les expériences alternatives, soit l'utilisation optimale des capacités des résidents ainsi que les moyens novateurs pour stimuler leur autonomie fonctionnelle, elles nécessiteraient l'élaboration de devis de recherche clinique complexes. Nous préférons laisser la parole aux experts en ces matières.

6.1 La situation des personnes en lourde perte d'autonomie

Le fait de devoir dépendre de la disponibilité des autres pour ses besoins de base est déjà difficile à accepter. Cependant, ne pouvoir compter sur l'aide nécessaire au moment opportun pour ses besoins d'élimination, d'hygiène et d'alimentation devient une source de frustration importante et quotidienne pour l'usager. Également, le manque de stabilité du personnel et le recours à du personnel d'agences privées – lorsque celui-ci est mal intégré au personnel régulier – constituent des irritants importants pour lui, tant dans la continuité des soins que dans le lien de confiance qu'il entretient avec le personnel soignant. Pris globalement, ces éléments sont intrinsèquement liés à la qualité de vie du milieu d'hébergement.

6.2 L'assistance aux activités de la vie quotidienne

La mission d'un CHSLD est d'assurer aux usagers qui ne peuvent plus demeurer à domicile un milieu de vie substitut leur offrant des soins et des services de qualité. Est attendue pour eux en conséquence une offre de services d'assistance, de soutien et de surveillance qui soit plus sécuritaire que s'ils étaient restés dans leur milieu de vie naturel. Paradoxalement, l'assistance aux activités de la vie quotidienne constitue la source la plus importante d'insatisfaction des résidents hébergés dans les CHSLD.

Considérant la grande perte d'autonomie des résidents en CHSLD, la réalisation des activités de la vie quotidienne occupe la majeure partie du temps de soins qui leur est consacré. De façon légitime, le résident désire que du personnel soignant compétent lui donne ces soins. Des personnes qui le connaissent, le comprennent et, de ce fait, savent comment bien répondre à ses besoins. Ces conditions sont nécessaires pour qu'une bonne relation de confiance s'établisse avec le résident. Des conditions de nature à lui

assurer une réponse à ses besoins qui soit adéquate, personnalisée, sécuritaire et en continuité.

Alors que le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées sont l'un des principes directeurs des orientations ministérielles³² pour un milieu de vie de qualité en CHSLD, les enquêtes du Protecteur du citoyen révèlent que le plan de travail quotidien des préposés laisse peu de marge de manœuvre pour véritablement respecter ces conditions, pourtant nécessaires à une réponse adéquate aux besoins. Ces préposés expriment en être conscients et souvent déçus de ne pouvoir accorder plus de temps à chacun des résidents, pour ainsi maximiser la relation de confiance. La pression imposée au personnel dans l'exécution de sa tâche ne favorise pas un respect du rythme plus lent de résidents en lourde perte d'autonomie.

Dans plusieurs CHSLD ayant fait l'objet d'une enquête, nous observons que le personnel n'est pas en mesure de prendre le temps de s'asseoir pour aider ou faire manger les résidents, en interagissant et en communiquant de façon personnalisée à un moment opportun. Nous faisons le même constat pour les soins d'hygiène et le seul bain complet hebdomadaire. Des résidents déplorent aussi le long délai d'attente pour la réponse aux cloches d'appel pour les accompagner aux toilettes. Le port de culottes protectrices pour l'incontinence, comme mesure préventive et palliative à la disponibilité limitée du personnel, est aussi remarqué.

Des aménagements dans l'organisation du travail ne sont pas toujours faits pour favoriser un maximum de présence du personnel aux périodes de pointe. Nous avons remarqué que dans certains CHSLD, les pauses et les heures de repas du personnel interviennent à des moments cruciaux tels que la période de repas des résidents, pour laquelle plusieurs nécessitent une aide à l'alimentation ou à tout le moins une stimulation. Nous avons observé du personnel, debout, en train de nourrir plusieurs résidents à la fois, avec peu ou pas de communication, d'échanges. Il n'est pas rare non plus que des résidents attendent longuement devant leur table avant qu'on leur apporte leur plat ou qu'on les aide à manger alors que la nourriture est refroidie, servie depuis plusieurs minutes.

L'offre d'hébergement en CHSLD oblige l'utilisateur à s'adapter à son nouveau milieu de vie, alors que l'inverse devrait être préconisé. L'organisation des soins et services est trop souvent axée sur la tâche et non sur le besoin de l'utilisateur. Offrir un véritable milieu de vie aux résidents hébergés en CHSLD demande que des efforts importants soient investis dans la coordination et la révision de l'organisation des soins et des services en fonction des besoins des usagers. Un leadership organisationnel doit davantage émerger pour soutenir l'importance d'un milieu de vie adapté aux besoins particuliers des résidents hébergés en CHSLD. En dépit des contraintes budgétaires et institutionnelles auxquelles tous font face, les dirigeants des CHSLD doivent privilégier ces valeurs, organiser le travail et favoriser une mobilisation accrue du personnel afin qu'il adapte ses façons de faire en conséquence.

7 Le suivi de la qualité des soins et des services

La Commission identifie plusieurs mécanismes mis en place pour assurer un suivi efficace de la qualité des soins et des services dans le réseau, dont le recours au Protecteur du citoyen qui « exerce les fonctions du Protecteur des usagers en matière de santé et des services sociaux »³³.

³² *Op. cit.*, note 28, p. 3.

³³ *Op. cit.*, note 2, p. 17.

Chacun des mécanismes internes et externes auxquels la Commission fait référence vise à assurer l'amélioration continue de la qualité des soins et services aux usagers en CHSLD ainsi que le respect de leurs droits. Les mandats respectifs de ces divers mécanismes s'exercent de façon périodique ou ponctuelle et la portée des recommandations émises est un élément important. Le Protecteur du citoyen a choisi, dans le cadre de la présente consultation, de se concentrer sur les pistes de réflexion qui concernent plus spécifiquement son rôle de Protecteur des usagers.

7.1 La capacité des mécanismes à assurer des soins et des services de qualité

De l'avis du Protecteur du citoyen, les mécanismes actuels de suivi de la qualité des soins et des services sont adéquats. C'est plutôt le manque de rigueur dans l'application de certains processus en place et les lacunes observées dans le suivi des recommandations qui le préoccupent particulièrement.

Par exemple, en 2009³⁴, il recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux d'intensifier ses visites d'appréciation en CHSLD et en ressources intermédiaires afin de s'assurer qu'en décembre 2011, l'implantation de ses orientations ministérielles³⁵ soit complétée. Jusqu'en décembre 2013, le Protecteur du citoyen était insatisfait du nombre et du déroulement des visites d'appréciation en CHSLD³⁶. Par ailleurs, il demeure insatisfait³⁷ de l'absence de visites d'appréciation de la qualité dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial pour des personnes vulnérables.

Pourtant, le Protecteur du citoyen rencontre régulièrement les autorités administratives du Ministère quant au suivi de ses recommandations. Il apprécie les efforts consentis et planifiés au cours des dernières années pour revoir le processus d'appréciation de la qualité des services dans les CHSLD. Il note qu'à l'automne 2012, le Ministère a entrepris une révision en profondeur de la démarche des visites d'évaluation dans les CHSLD.

Plus de 10 ans après la diffusion des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en CHSLD, des mesures concrètes devraient être mises en œuvre, à court terme, afin d'en assurer l'implantation dans l'ensemble des CHSLD. Aussi, le Protecteur du citoyen entend suivre de près le nouveau processus d'évaluation à cet égard.

7.2 Les difficultés rencontrées dans le contexte d'ententes avec des partenaires privés

Le Protecteur du citoyen souhaite faire part à la Commission des difficultés qu'il observe dans le contrôle de la qualité lorsqu'il y a achat de places dans le contexte d'ententes conclues entre les CSSS ou les agences et des partenaires d'hébergement privés. Le Protecteur du citoyen a, en effet, été interpellé dans des situations où des personnes âgées en attente d'une place en CHSLD public ou privé conventionné avaient été dirigées vers des CHSLD privés non conventionnés ou même des résidences privées pour aînés. Ce phénomène est d'ailleurs croissant, en raison des problèmes d'accès à l'hébergement et d'engorgement des centres hospitaliers. Le Protecteur du citoyen a marqué sa vive préoccupation à ce sujet dans son rapport annuel 2012-2013³⁸.

³⁴ *Op. cit.*, note 24, p. 97-101.

³⁵ *Op. cit.*, note 28.

³⁶ *Op. cit.*, note 27, p. 160.

³⁷ *Idem*, p. 159.

³⁸ *Idem*, p. 166.

Dans plusieurs situations, il a constaté, au cours de ses enquêtes, des lacunes préoccupantes dans ces ressources privées quant à la formation de la main-d'œuvre et l'encadrement clinique sur place. Ces lacunes ne permettent pas d'assurer une prestation de soins adéquate et sécuritaire pour les résidents, en particulier dans les situations où le partenaire public n'assure pas une vigilance ou un suivi ponctuel de la situation du résident ainsi dirigé vers le partenaire privé. Or, l'usager a besoin et a droit à la même qualité de soins et de services, peu importe le type d'hébergement où le réseau public le réfère en attendant qu'une place dans le CHSLD de son choix se libère.

Le Protecteur du citoyen n'a pas de réserves quant au principe des ententes d'achat de places auprès de partenaires privés. Cependant, il marque son inquiétude envers le contrôle insuffisant du suivi de la qualité qu'il observe en traitant les plaintes et les signalements qu'il reçoit. Dans un contexte où le recours aux partenaires privés ira en s'accroissant, il est donc essentiel que les CSSS et les agences assument leurs responsabilités quant au suivi de la qualité des services dispensés aux usagers lorsqu'ils les dirigent vers leurs partenaires privés.

En effet, plusieurs CSSS et agences ne se dotent pas de procédures claires pour favoriser un choix éclairé et judicieux d'un partenaire privé. C'est ce partenaire privé qui accueillera leur clientèle en hébergement transitoire en attendant qu'une place se libère en CHSLD public ou privé conventionné. De l'avis du Protecteur du citoyen, les éléments suivants, liés à l'organisation du travail, mériteraient d'être mieux considérés : les critères d'évaluation et d'embauche du personnel du partenaire privé, les habiletés et les compétences du personnel en fonction du profil de clientèle ciblée, les ratios de personnel par rapport au nombre de résidents dans ce lieu particulier et les outils d'encadrement clinique.

7.3 Les autres moyens permettant d'améliorer le suivi de la qualité des services et des soins dans les CHSLD

Le Protecteur du citoyen a pu observer qu'en dépit de contraintes de tous ordres - architecturales par exemple — la volonté, l'initiative et la créativité permettent d'offrir des services de qualité aux résidents dans un environnement propre, chaleureux, empreint d'une joie d'y vivre et d'y travailler. C'est non seulement possible, cela devrait être l'objectif à atteindre partout.

À cet égard, l'introduction d'une politique d'assurance qualité assortie d'un plan d'action constituerait, à notre avis, un moyen efficace contribuant à l'implantation des orientations ministérielles³⁹ pour des milieux de vie de qualité. Cet outil de changement devient incontournable, dix ans après la mise en place de ces orientations. C'est d'ailleurs la recommandation qu'a formulée le Protecteur du citoyen au ministère de la Santé et des Services sociaux lors des auditions sur le *Livre blanc sur l'assurance autonomie*⁴⁰, en novembre 2013.

³⁹ *Op. cit.*, note 28.

⁴⁰ *Op. cit.*, note 20, p. 15.

CONSIDÉRANT

La nécessité de renforcer le suivi des recommandations émises par les différents mécanismes qui relèvent du pouvoir exécutif;

La nécessité de renforcer le suivi des recommandations émises par deux institutions de l'Assemblée nationale exerçant un mandat de surveillance, soit le Vérificateur général du Québec et le Protecteur du citoyen;

La nécessité d'encadrer cette réflexion par une politique d'assurance qualité, assortie d'un plan d'action.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-10** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux d'instaurer une politique d'assurance qualité assortie d'un plan d'action, à la lumière des résultats de la présente consultation.
- S-11** D'inclure dans ses préoccupations l'examen de procédures favorisant le choix éclairé et judicieux d'un partenaire privé, incluant les mécanismes de contrôle de la qualité, ponctuels et réguliers, que les CSSS ou les agences auront à mettre en place auprès des partenaires privilégiés.

8 L'organisation du travail

Dans son document de consultation, la Commission aborde le défi de l'organisation du travail à l'aide de pistes de réflexion aux dimensions prospectives, à savoir : comment faire évoluer cette organisation en fonction des besoins des résidents des CHSLD, quels sont les principaux obstacles relatifs à cette vision et quels en sont les exemples de réussite? Le Protecteur du citoyen estime pouvoir apporter un éclairage pertinent quant aux principaux obstacles rencontrés en matière d'organisation des services et il concentrera ses réflexions sur cet aspect particulier.

8.1 Le personnel exerçant en CHSLD public ou privé conventionné

Le résident d'un CHSLD public ou privé conventionné souhaite que du personnel qu'il connaît et qui dispose des compétences nécessaires pour répondre adéquatement à ses besoins lui dispense ses services. Du point de vue de l'usager, la stabilité du personnel est fondamentale. Elle assure non seulement une meilleure continuité dans les soins, mais elle favorise la création et le maintien d'un lien de confiance essentiel. C'est en cela que la dispensation des soins et des services devient axée sur les besoins des personnes hébergées, conformément aux orientations ministérielles, et non pas uniquement centrée sur la tâche organisationnelle à accomplir. Ce constat ressort lorsqu'on examine l'organisation du travail du personnel dispensant les services tant en CHSLD public qu'en CHSLD privé conventionné.

Cela signifie que le recours à la main-d'œuvre indépendante, souvent des préposés d'agences, nécessite une prise en charge adéquate pour assurer la satisfaction des usagers. En effet, un usager qui doit répéter sans cesse à un nouvel intervenant les façons d'intervenir auprès de lui a plus de risques de vivre de l'insatisfaction. Cela pose une difficulté supplémentaire en ce qui concerne la continuité des soins et leur qualité globale. Le personnel d'agences privées n'intervient pas sur une base régulière et ne connaît pas aussi bien les besoins et les habitudes des usagers. Ainsi, la communication de l'information pertinente et à jour à leur sujet devient d'autant plus importante.

Lorsqu'on change d'intervenant trop fréquemment, il y a un risque plus important de briser la continuité des soins et des services.

Assurer en tout temps la présence en nombre suffisant d'un personnel qualifié et motivé pour répondre de façon personnalisée aux besoins des résidents demeure un défi de taille pour les établissements. Lorsqu'il s'inscrit, de surcroît, dans un contexte de redressement budgétaire, comme c'est souvent le cas, ce défi devient quelquefois démesuré.

9 La formation du personnel

La Commission propose six pistes de réflexion à l'égard du défi de la formation du personnel. Plusieurs des pistes suggérées nécessiteraient l'élaboration d'une intervention systémique, requérant l'utilisation de méthodologies éprouvées et validées sur le plan scientifique. Dans ce contexte, nous avons choisi de concentrer nos commentaires sur ce que nous avons constaté dans le cadre d'enquêtes menées sur le terrain.

Le savoir, le savoir-faire et le savoir-être du personnel sont essentiels pour favoriser l'implantation d'un milieu de vie de qualité. C'est la raison pour laquelle nos commentaires viseront, plus particulièrement, le personnel dispensant les soins et les services touchant l'intégrité de l'usager. Pour le Protecteur du citoyen, une offre de soins et de services de qualité et qui répond aux besoins des résidents d'un CHSLD public ou privé conventionné implique nécessairement le recours à une main-d'œuvre qualifiée pour dispenser les soins.

Outre la question de la stabilité du personnel, abordée précédemment, ses compétences pour répondre adéquatement aux besoins particuliers des divers types de clientèles hébergées doivent demeurer au cœur des préoccupations des gestionnaires. Le Protecteur du citoyen est régulièrement interpellé dans des situations où le résident ou sa famille déplorent la négligence du personnel. Nos enquêtes nous amènent à tirer une conclusion importante : le manque de qualité observé dans l'offre de services provient souvent de la méconnaissance du personnel soignant quant aux approches à favoriser avec une clientèle qui présente de plus en plus de déficits cognitifs associés à des troubles de comportement.

Plus particulièrement dans le cadre d'ententes de services avec des partenaires privés, le Protecteur du citoyen constate que la main-d'œuvre n'a pas toutes les compétences requises pour fournir une réponse adéquate aux personnes. Souvent, cette main-d'œuvre n'aura pas bénéficié de formations complètes et adaptées aux divers profils de besoins des usagers qu'elle dessert. Cette dimension mérite une prise en compte sérieuse dans le cadre du contrôle de la qualité des services et des exigences de compétences à prévoir aux contrats de service.

Conclusion

Les constats énoncés dans le présent document confirment que les conditions de vie des résidents en CHSLD ne correspondent pas toujours à ce qu'ils sont en droit d'attendre d'un milieu de vie substitut. Elles ne sont pas non plus toujours conformes aux normes et standards du ministère de la Santé et des Services sociaux.

En effet, force est de constater que l'approche milieu de vie n'est pas implantée dans tous les CHSLD et, lorsqu'elle l'est, ce n'est pas toujours de façon propice à assurer la prise en charge adéquate de citoyens et citoyennes dont les besoins sont importants, et qui requièrent une attention et des services soutenus. Ceci suscite de grandes insatisfactions de la part des usagers et de leur famille. L'organisation des soins et des services, de même que l'organisation du travail, demeurent trop souvent axées sur la tâche à accomplir plutôt que sur la satisfaction des besoins de l'usager. Cet usager à qui l'on impose de s'adapter aux conditions de vie de l'établissement vers lequel on l'oriente, alors que l'inverse devrait prévaloir.

Il importe donc que les impératifs de gestion du réseau de la santé n'aient pas préséance sur le bien-être de la personne. Pour ce faire, l'adhésion et l'appropriation concrète du concept de milieu de vie par tous les acteurs du réseau, notamment les dirigeants des établissements, sont essentielles. Leur leadership fort doit faire la différence; un leadership qui ne doit jamais perdre de vue la dimension humaine, de loin la plus primordiale de toutes celles que doivent considérer tant les gestionnaires que les membres du personnel, à tous les niveaux.

Liste des suggestions

CONSIDÉRANT :

Que les délais d'attente démesurément longs, la rigidité dans l'application des critères d'admission et le recours systématique à l'hébergement transitoire limitent l'accessibilité au régime public;

Que les facteurs biopsychosociaux qui ont un impact déterminant sur la santé globale des usagers ne sont pas suffisamment pris en compte dans les décisions de gestion de l'hébergement transitoire;

La diminution constatée du nombre de places en CHSLD publics et privés conventionnés et l'augmentation de la demande d'hébergement public.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-1** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux d'analyser les modalités d'accès à l'hébergement, incluant les délais réalistes d'attente et les conséquences du recours systématique à l'hébergement transitoire afin d'assurer aux usagers et à leurs proches la même qualité de services.
- S-2** De porter, dans le cadre de ces analyses sur les modalités d'accès à l'hébergement, une attention particulière à la qualité des communications avec les personnes âgées et leur famille afin qu'une information exacte, complète, transparente et en temps utile leur soit transmise.
- S-3** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux une analyse, quantitative et qualitative, de l'augmentation prévisible de la demande d'hébergement public pour les prochaines années, tenant compte des impératifs de désengorgement des urgences et des lits de soins actifs des centres hospitaliers, et un plan d'action pour y faire face.

CONSIDÉRANT

Que la tarification en CHSLD vise à couvrir la portion relative aux frais d'hébergement (gîte et couvert), les soins de santé et services sociaux étant assumés par le financement public;

L'impact potentiel de la création d'une caisse d'assurance autonomie sur le mode de financement des CHSLD;

La nécessité d'actualiser et de réviser le cadre normatif concernant la tarification en CHSLD.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-4** D'examiner les conditions d'harmonisation des pratiques tarifaires, de maintenir les modalités existantes permettant de réduire la contribution demandée aux personnes moins nanties financièrement et de surveiller les moyens qui seront mis en œuvre dans le but d'informer clairement les usagers à cet égard.
- S-5** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux un état de situation sur la planification et l'échéancier des travaux concernant la révision du Règlement d'application.

Liste des suggestions (suite)

CONSIDÉRANT

Que le milieu de vie substitut qu'offre le CHSLD doit se rapprocher le plus possible du milieu de vie naturel de la personne, et ce, malgré l'accroissement de niveau de soins nécessaires;

La nécessité d'assurer la sécurité physique et l'intégrité psychologique de tous les résidents;

La diversité des profils de besoins des personnes hébergées au sein d'une même unité en CHSLD;

Que le dernier rapport national d'évaluation de l'approche du milieu de vie remonte à 2010.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-6** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux de mettre à jour l'évaluation de l'approche du milieu de vie dans le cadre de l'élaboration d'un nouveau rapport national des visites d'appréciation de la qualité des services et d'en assurer un suivi effectif.

CONSIDÉRANT

Le constat de la Commission selon lequel les profils et les besoins des personnes âgées de moins de 65 ans hébergées en CHSLD doivent être davantage définis et connus;

L'attente légitime de ces personnes âgées de moins de 65 ans hébergées en CHSLD de profiter d'un milieu de vie qui réponde davantage à leurs besoins et aspirations.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-7** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux d'identifier un acteur institutionnel ou un groupe de recherche reconnu qui pourra établir les profils de la clientèle des personnes de moins de 65 ans hébergées en CHSLD public ou privé conventionné.
- S-8** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux de prendre rapidement les moyens requis afin d'adapter l'approche milieu de vie aux profils des personnes de moins de 65 ans hébergées en CHSLD public ou privé conventionné ainsi que l'offre de services disponible à l'aide d'outils comme le plan de services individualisé.

Liste des suggestions (suite)

CONSIDÉRANT

Le rôle essentiel joué par le proche aidant auprès de la personne hébergée en CHSLD;

La nécessité de renforcer la communication ouverte et franche entre les établissements et les proches aidants;

L'impact potentiel du projet de loi n° 67, *Loi sur l'assurance autonomie*, en ce qui concerne le soutien que pourra recevoir le proche aidant.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-9** De faire le lien entre les travaux actuels découlant de son mandat d'initiative et ceux relatifs à l'étude du projet de loi n° 67, la *Loi sur l'assurance autonomie*, afin de maximiser les bénéfices escomptés à l'égard des proches aidants.

CONSIDÉRANT

La nécessité de renforcer le suivi des recommandations émises par les différents mécanismes qui relèvent du pouvoir exécutif;

La nécessité de renforcer le suivi des recommandations émises par deux institutions de l'Assemblée nationale exerçant un mandat de surveillance, soit le Vérificateur général du Québec et le Protecteur du citoyen;

La nécessité d'encadrer cette réflexion par une politique d'assurance qualité, assortie d'un plan d'action.

Le Protecteur du citoyen suggère à la Commission :

- S-10** De demander au ministre de la Santé et des Services sociaux d'instaurer une politique d'assurance qualité assortie d'un plan d'action, à la lumière des résultats de la présente consultation.
- S-11** D'inclure dans ses préoccupations l'examen de procédures favorisant le choix éclairé et judicieux d'un partenaire privé, incluant les mécanismes de contrôle de la qualité, ponctuels et réguliers, que les CSSS ou les agences auront à mettre en place auprès des partenaires privilégiés.

www.protecteurducitoyen.qc.ca



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Bureau de Québec
Bureau 1.25
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5Y4
Téléphone : **418 643-2688**

Bureau de Montréal
10^e étage, bureau 1000
1080, côte du Beaver Hall
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Téléphone : **514 873-2032**

Téléphone sans frais : **1 800 463-5070**

Télécopieur : **1 866 902-7130**

Courriel : protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca



Justice

Équité

Respect

Impartialité

Transparence

**Mémoire du Protecteur du citoyen
présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux**

dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi n° 10 - Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Québec, le 27 octobre 2014

La mission du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à un citoyen ou à un groupe de citoyens. Désigné par les parlementaires de toutes les formations politiques et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement d'une ou de plusieurs plaintes ou de sa propre initiative.

Le respect des citoyens et de leurs droits ainsi que la prévention des préjudices sont au cœur de la mission du Protecteur du citoyen. Son rôle en matière de prévention s'exerce notamment par l'analyse systémique de situations qui engendrent des préjudices pour un nombre important de citoyens.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, il peut notamment proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives afin de les améliorer dans le meilleur intérêt des personnes concernées.

Le présent document a été édité en quantité limitée. Il est disponible en version électronique à l'adresse : www.protecteurducitoyen.qc.ca, section **Dossiers et documentation**, rubrique **Réactions aux projets de loi et de règlement**.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Protecteur du citoyen, 2014

Toute reproduction, en tout ou en partie, est permise à condition d'en mentionner la source.

Table des matières

Introduction	5
<i>1 La coordination et l'imputabilité</i>	<i>6</i>
1.1 Le renforcement de la coordination.....	9
1.2 Le renforcement de l'imputabilité	10
<i>2 L'impact sur la prestation des services</i>	<i>12</i>
2.1 Certains risques particuliers liés à la gestion de la transition.....	13
<i>3 La participation des usagers</i>	<i>14</i>
3.1 Le respect des droits des usagers.....	17
<i>4 L'équité dans l'accès aux services</i>	<i>18</i>
<i>5 Les modalités d'exercice du pouvoir réglementaire</i>	<i>19</i>
Conclusion.....	21
Liste des recommandations	23

Introduction

- 1 Le Protecteur du citoyen remercie la Commission de la santé et des services sociaux (Commission) de son invitation à participer aux consultations particulières sur le projet de loi n° 10 - *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.
- 2 En mars 2011, le Protecteur du citoyen présentait à la Commission, lors de précédentes consultations particulières concernant le projet de loi n° 127, *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, certains constats pouvant être tirés de l'analyse des plaintes et signalements reçus et traités. L'accès à des services de qualité clairement définis, bien intégrés et dispensés à des coûts raisonnables passe par un allègement des structures, une imputabilité renforcée et une clarification du panier de services que l'on ne trouvait pas dans la réforme alors proposée. Trop de zones de confusion persistaient quant à la capacité de gestion d'acteurs qui ne semblaient pas suffisamment imputables. Plus particulièrement, la complémentarité des rôles entre le ministre, les agences et les directeurs généraux des établissements ainsi que la place des conseils d'administration étaient les éléments qui devaient encore faire l'objet de clarifications.
- 3 Le projet de loi n° 10 cible certains de ces enjeux. Il propose d'instaurer une nouvelle gouvernance dans le réseau en modifiant substantiellement l'actuelle organisation administrative par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux. Ce mémoire est basé sur notre évaluation de l'impact de ces transformations. Notre analyse du projet de loi n° 10 prend en compte les conclusions des enquêtes que nous menons en matière de santé et de services sociaux¹.
- 4 L'angle premier d'analyse du Protecteur du citoyen demeure l'effet concret des mesures proposées sur la qualité des services et le respect des droits des citoyens. Au cours des cinq dernières années, en matière de santé et de services sociaux, les plaintes et signalements fondés portent principalement sur la qualité des services (30 %), l'accessibilité et les délais (21 %), les atteintes aux droits (21 %), le milieu de vie et les aspects financiers (18 %) ainsi que sur des lacunes dans les compétences ou le comportement du personnel (10 %)². Soulignons que pour l'ensemble de la période, dans des proportions comparables, les motifs de plaintes fondés sont demeurés les mêmes.
- 5 Bien que nous ne recevions pas de plaintes au sujet de la gouvernance comme telle, il est possible de dégager certains éléments la concernant à partir de l'analyse des constats de nos enquêtes. Par exemple, le manque de coordination entre les programmes relève clairement d'une problématique de gouvernance. De même, l'accessibilité peut être freinée ou restreinte par des causes liées à l'organisation du travail, à l'imputabilité, à l'inefficience. Il s'agit là de trois autres éléments liés à la gouvernance.
- 6 Plusieurs situations observées nécessitaient un arbitrage au palier régional, ce que visaient nos recommandations. Sans vouloir généraliser des conclusions à partir de cas

¹ *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, chapitre P-31.1.

² Source : Protecteur du citoyen, *Rapport annuel d'activités*, publié en 2014, 2013, 2012, 2011 et 2010.

particuliers, il demeure que l'accumulation de ces plaintes individuelles peut devenir un indicateur de problématiques systémiques. C'est dans cette optique que nous avons élaboré notre cadre d'analyse du projet de loi.

7 En s'appuyant sur cette analyse des motifs fondés de plaintes, notre examen du Projet de loi n° 10 s'est articulé autour de quatre axes principaux :

- la coordination et l'imputabilité;
- l'impact sur la prestation des services;
- la participation et le respect des droits des usagers;
- l'équité dans l'accès aux services.

Le Protecteur du citoyen est conscient que ces axes ne reflètent qu'une portion des enjeux liés à la gouvernance.

8 Nous nous sommes interrogés sur la faisabilité d'apporter des améliorations à la performance de la prestation des services tout en appliquant ces modifications structurelles. Car le Protecteur du citoyen est d'avis que, **parallèlement** à la réforme sur la gouvernance (**et non successivement**), la prestation des services doit être améliorée sur le plan de l'accessibilité, de l'équité et de l'efficience, et ce, partout au Québec. L'attention primordiale doit porter sur **la raison d'être des services de santé et des services sociaux, à savoir « la personne qui les requiert »**³. Plusieurs exemples appuyant cette condition fondamentale de succès, à la base de l'existence même du Ministère et de son réseau d'établissements, sont présentés dans ce mémoire.

1 La coordination et l'imputabilité

9 Au moyen du mécanisme légal de la fusion de personnes morales de droit public, le projet de loi n° 10 propose de constituer dix-neuf centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), dans quinze régions sociosanitaires du Québec⁴. En résumé, il s'agirait d'un CISSS par région, à l'exception de la région de Montréal qui en compterait cinq. On fusionnerait ainsi, par région sociosanitaire, tous les établissements publics et l'agence d'une même région, sauf pour la région de Montréal où l'agence serait fusionnée à l'un des cinq CISSS qu'instituerait la loi, soit le CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

10 Les agences régionales étant fusionnées aux établissements publics de chaque région, la structure administrative du réseau serait, par le fait même, réduites à deux paliers, soit le régional (celui des établissements régionaux) et le national (celui du ministre, assisté du ministre de la Santé et des Services sociaux). En outre, à ces dix-neuf établissements régionaux s'ajoutent quatre établissements suprarégionaux⁵ qui demeurent des établissements publics. Le réseau de la santé et des services sociaux serait ainsi ramené

³ Article 3 (1°) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2 (ci-après : LSSSS).

⁴ Les 3 régions situées au nord du Québec conserveraient leur organisation particulière décrite dans la LSSSS.

⁵ À savoir, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le Centre hospitalier Universitaire Sainte-Justine, le Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM) et l'Institut de cardiologie de Montréal.

à 28 établissements publics⁶ plutôt qu'aux 182 qui existent actuellement. Il s'agit d'une diminution très marquée du nombre d'établissements, qui devrait théoriquement favoriser l'intégration des services et leur prestation davantage en réseau.

- 11 Trop souvent, nous avons constaté des problèmes de coordination dans les interventions réalisées auprès des usagers dès lors que deux établissements ou plus sont sollicités dans un parcours de services à l'intérieur d'une même région, et ce, peu importe le programme-service⁷ dont ces établissements relèvent. C'est pourquoi, sauf sur les territoires plus peuplés, comme nous le verrons plus loin, le Protecteur du citoyen souscrit à certaines conditions à cette logique qui consiste à établir **un** établissement par région. À terme, si la mise en œuvre des modifications à l'organisation et à la gouvernance du réseau est bien gérée, elle se traduira en résultats concrets au bénéfice des usagers.
- 12 Le projet de loi n° 10 propose l'allègement des structures et la clarification des responsabilités des différents intervenants. Sous cet angle, il met également fin au chevauchement des responsabilités entre le ministre, les agences et les établissements. Il renforce de plus la coordination du réseau et son imputabilité, sous l'autorité du ministre.
- 13 **Toutefois, de l'avis du Protecteur du citoyen, des risques majeurs sont présents.** Ils doivent être bien identifiés et gérés et faire l'objet d'un plan de contingences dans l'optique d'une réforme visant des modifications aussi importantes à l'organisation et à la gouvernance du réseau. L'un de ces risques est la création de méga-établissements dont la gestion serait très lourde. Les gestionnaires de ces méga-établissements seraient davantage éloignés de la réalité des services et, conséquemment, moins aptes à en évaluer la qualité.
- 14 En ce sens, la réorganisation proposée ne va-t-elle pas trop loin en fusionnant **tous** les établissements d'une région en un seul établissement, peu importe la taille de sa population ou les particularités de son territoire? Les experts⁸ s'entendent pour estimer à environ 500 000 habitants le seuil maximal au-delà duquel la planification et la coordination des services deviennent moins efficaces. La Montérégie (1,5 million hab.), la Capitale nationale (725 000 hab.) et les Laurentides (600 000 hab.) sont autant de régions qui se situent au-delà de ce seuil maximal sur le plan populationnel, ce qui nous interpelle quant à la complexité particulière de la mise en œuvre des modifications législatives sur ces territoires.
- 15 Plusieurs questions se posent, dont la réponse permettrait de mieux évaluer la qualité de la planification et la validité de la réforme proposée. Pourquoi propose-t-on cinq CISSS et quatre établissements suprarégionaux à Montréal et pas ailleurs au Québec dans des

⁶ Soit 23 établissements créés par le projet de loi n° 10 auxquels s'ajoutent les 5 établissements des régions nordiques, non visés par la présente réforme.

⁷ L'architecture du réseau sociosanitaire comprend sept programmes-services pour des problématiques particulières (santé physique, santé mentale, jeunes en difficulté, soutien à l'autonomie des personnes âgées, dépendances, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement) et deux programmes-soutien (administration et soutien aux services, gestion des bâtiments et des équipements).

⁸ Wolfensberger, W. et Thomas, S., *PASSING: A tool for analyzing service quality according to Social Role Valorization Criteria*, Ratings manual (3rd rev. ed.), Syracuse University Training Institute for Human Service Planning, Leadership & Change Agency, 2007.

situations pourtant comparables?⁹ Qu'advient-il des missions fusionnées autres qu'hospitalières? Où se situeront dorénavant les services sociaux, la santé publique, la santé mentale et la protection de la jeunesse? Quel sort sera réservé aux organismes communautaires de services sur le plan concret de leur financement? À titre d'illustration, rappelons que de nombreux organismes communautaires dispensent des services complémentaires à ceux du réseau public, que les établissements y dirigent des usagers et qu'ils seront directement touchés par les modifications législatives envisagées.

- 16 Si le Protecteur du citoyen souscrit aux objectifs du projet de loi n° 10, au premier chef l'allégement des structures et le renforcement de l'imputabilité des dirigeants, il marque l'importance de connaître les grands paramètres du nécessaire plan de transition¹⁰ qui doit impérativement accompagner une réforme d'une telle envergure. Cette nécessité d'une transition ordonnée a d'ailleurs été soulevée par maints experts¹¹ au fil des ans. C'est pourquoi un solide plan de transition introduisant les étapes du changement proposé, énonçant les garanties de maintien des services aux usagers pendant la transition, précisant les économies escomptées après la prise en compte des coûts de transition et établissant un échéancier réaliste est incontournable.

Recommandation concernant un plan de transition

CONSIDÉRANT :

Que des risques majeurs sont présents dans des modifications aussi importantes à l'organisation et à la gouvernance du réseau;

Que la connaissance de ces risques et l'identification des mesures de contingence sont impératives;

Que la mise en œuvre des modifications législatives sur l'ensemble des territoires doit être rigoureusement planifiée;

Que les répercussions financières, dont les coûts de transition et les économies escomptées, doivent être mesurées selon des normes économiques et comptables reconnues.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-1** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux élabore et rende public un plan de transition détaillé, prenant en compte la gestion des risques identifiés, précisant les répercussions financières, introduisant les diverses étapes du changement de la structure du réseau ainsi qu'un échéancier réaliste de leur application, et ce, avant l'entrée en vigueur du projet de loi n° 10.

⁹ Par exemple, dans les régions où existent des établissements ou des instituts universitaires ou encore avec une désignation suprarégionale.

¹⁰ Un tableau présenté sur une seule page et estimant les coûts de transition à 220 millions \$ entre 2015 et 2017 et des économies de 220 millions \$ entre 2015 et 2018 est la seule précision disponible à cet égard. Il a été déposé à l'Assemblée nationale le 7 octobre dernier par le ministre.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients : Pour que l'argent suive le patient, L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, gouvernement du Québec, 2014.

1.1 Le renforcement de la coordination

- 17 Au fil des ans, le manque de coordination ressort avec constance des observations du Protecteur du citoyen dans de nombreux dossiers. Par exemple, pour les personnes nécessitant des soins en chirurgie, les transferts interétablissements et le retour du citoyen chez lui après une intervention ne sont pas toujours synchronisés, la coordination faisant défaut. Pour les personnes ayant des besoins en réadaptation, on assiste à un ballottage entre le CSSS et les centres de réadaptation, tant en déficience physique qu'en déficience intellectuelle. Trop souvent, les plans de services ne sont pas réalisés, mis à jour, suivis ou intégrés par chacun des établissements concernés dans le parcours de services.
- 18 Le Protecteur du citoyen a eu l'occasion, en 2009 et 2012, de présenter devant cette Commission deux rapports spéciaux concernant les troubles envahissants du développement (TED)¹², lesquels illustrent les problèmes de fonctionnement en silos qui subsistent toujours entre les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED). Nos analyses récentes nous amènent à conclure que régulièrement, l'étanchéité entre les programmes-services induit des façons de faire qui renforcent ce travail en silos dans chacun des établissements, au détriment d'une réponse adéquate et en temps opportun aux besoins de l'utilisateur. Ces dysfonctionnements sont particulièrement déplorables.
- 19 De façon particulière, dans le programme-services en déficience physique et celui en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, le Protecteur du citoyen s'interroge sur ce qui a l'apparence de « silos structurels », à la base même de l'organisation des services destinés aux personnes présentant des déficiences. Nos interventions récentes nous amènent à observer des chevauchements problématiques dans l'organisation et dans le fonctionnement de leurs services. Les usagers qui ont à cheminer entre les deux programmes-services sont victimes des dysfonctionnements qu'entraînent ces « silos structurels ».
- 20 De l'avis du Protecteur du citoyen, l'une des forces du projet de loi n° 10 est la meilleure intégration des services qu'il permet d'anticiper. La fusion des établissements au palier régional a le potentiel certain d'améliorer la continuité des services, leur fluidité et, par voie de conséquence, leur accessibilité. Par exemple, régionaliser le dossier de l'utilisateur et la liste d'attente va contribuer à un accès plus rapide à la première et à la deuxième ligne de services et entre les différents points de services spécialisés fusionnés. En conséquence, les corridors de service seront plus faciles à établir. Des économies devraient en découler.
- 21 Au chapitre des risques, et bien que l'article 55 du projet de loi n° 10 interdise la permutation des budgets entre les différents programmes-services, leur sous-dotation respective en début d'exercice demeure problématique. Il est essentiel que d'autres pare-feu et des balises claires soient prévus pour éviter les glissements budgétaires potentiels.

¹² Le Protecteur du citoyen, *Rapport spécial du Protecteur du citoyen sur les services gouvernementaux destinés aux enfants présentant un trouble envahissant du développement*, 2009; et Le Protecteur du citoyen, *Rapport spécial du Protecteur du citoyen sur les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : De l'engagement gouvernemental à la réalité*, 2012.

- 22 Par ailleurs, la réforme proposée porte le risque de médicaliser la réponse à des besoins avant tout psychosociaux et, en conséquence, d'orienter en trop grande proportion les budgets disponibles vers la mission médico-hospitalière du CISSS. De l'avis du Protecteur du citoyen, c'est l'un des importants risques découlant du projet de loi n° 10.
- 23 Selon une évaluation du Ministère¹³, cette tendance a déjà été observée sur le plan budgétaire lors de la création des réseaux locaux de services, en 2005. Règle générale, les fusions des CSSS intégraient un centre hospitalier dans 85 % des cas. Les évaluateurs ont ainsi mesuré, entre autres, l'écart des dépenses de première ligne sur l'ensemble des dépenses du CSSS, dans un échantillon représentatif d'établissements¹⁴. Cinq ans plus tard, les dépenses de première ligne se sont accrues par rapport à celles de deuxième et de troisième lignes dans seulement deux des huit CSSS étudiés. Dans deux autres CSSS, elles ont diminué de façon importante et dans les six restants, les variations sont minimales. Selon l'évaluation du Ministère : « Ces résultats n'appuient pas le discours tenu par la majorité des CSSS évalués quant aux efforts réalisés pour réallouer les dépenses vers la première ligne ». En résumé, la mission médico-hospitalière des établissements fusionnés semble avoir été favorisée, en dépit des efforts mis de l'avant pour réorienter les budgets.
- 24 Le Protecteur du citoyen craint que cette restructuration se réalise au détriment de la prise en charge adéquate des problématiques qui commandent une expertise multidisciplinaire. C'est le cas notamment en matière de réadaptation en déficience physique et intellectuelle et d'intervention psychosociale. Les six programmes-services suivants paraissent plus à risque : jeunes en difficulté, soutien à l'autonomie des personnes âgées, santé mentale, dépendances, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

1.2 Le renforcement de l'imputabilité

- 25 La ligne d'autorité, que d'autres appellent la « chaîne de commandement », est manifestement clarifiée dans la réforme proposée. Présentement, on peut se demander de qui relève concrètement le directeur général d'un établissement. De son conseil d'administration ou du président-directeur général de l'agence? Le même questionnement s'applique pour le président-directeur général de l'agence : doit-il rendre des comptes à son conseil d'administration ou au ministre? Ce flou nuit à la saine gouvernance.
- 26 Il ressort de l'analyse du projet de loi n° 10 une volonté ferme de renforcer l'imputabilité. À l'élaboration des orientations, au choix des priorités, à la définition des politiques et à la reddition de comptes, qui étaient déjà sous la responsabilité ministérielle, s'ajoutent la

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 2010, p. 77-78.

¹⁴ Les dépenses de première ligne oscillaient entre 19,1 % et 49,5 % selon les sites évalués. La proportion la plus faible se trouvant dans un CSSS avec un centre hospitalier régional et la plus forte dans un CSSS sans centre hospitalier.

nomination des principaux dirigeants du réseau et des pouvoirs d'intervention accrus en matière d'organisation des services¹⁵. Ces modifications législatives mettent en place une nouvelle gouvernance où le partage des responsabilités est clair entre le CISSS et les points de services qui le composent.

- 27 De l'avis du Protecteur du citoyen, cela est nécessaire dans le contexte actuel. Ce renforcement de l'imputabilité est susceptible d'assurer une meilleure coordination intrarégionale. Il devrait également permettre d'éviter que les usagers fassent les frais d'iniquités, d'une absence de coordination ou d'une couverture inégale de services à l'intérieur d'une même région. Les CISSS seraient responsables de la prestation de services intégrés et il est prévu que le ministre les soutienne dans toutes les facettes de leurs actions.
- 28 Par ailleurs, est-il vraiment nécessaire que le ministre nomme, en plus du président-directeur général, le président-directeur général adjoint¹⁶? À notre avis, l'ampleur du mandat que devra assumer le président-directeur général du CISSS justifie le fait qu'il ait une autonomie de gestion conséquente. Entre autres, il devrait pouvoir choisir son principal associé. De l'avis du Protecteur du citoyen, les pouvoirs de nomination du ministre sont ici trop grands. La saine gouvernance nous semble militer en faveur d'une marge de manœuvre accrue du président-directeur général du CISSS à l'égard de ce choix.
- 29 Finalement, avec la réduction du nombre d'établissements à l'échelle du Québec, la survie des différentes associations d'établissements¹⁷ paraît compromise. Plusieurs d'entre elles exercent un rôle utile en matière d'élaboration des guides de pratiques, notamment sur les meilleures pratiques de formation de professionnels en cours d'emploi. Il convient de se demander comment et en quels lieux l'on pourrait récupérer et mettre à profit l'expertise clinique qui est présente dans ces différentes associations d'établissements. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ne pourrait-il pas judicieusement conseiller le ministre à ce sujet?

¹⁵ Par exemple, établir des corridors de services (art. 35 à 38), conclure des ententes de gestion et d'imputabilité (art. 50), attribuer les subventions aux organismes communautaires (art. 59(5°), assurer la coordination des activités entre les installations d'une même région (art. 59(7°), certifier les résidences privées pour aînés (art. 63), obliger l'achat en groupe d'approvisionnement en commun (art. 80), prescrire des règles à la structure organisationnelle d'un établissement (art.130), et mettre en tutelle la direction d'un CISSS (art. 134).

¹⁶ Article 29 du projet de loi n° 10, « Le président-directeur général est assisté par un président-directeur général adjoint nommé par le ministre ».

¹⁷ C'est-à-dire l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED).

Recommandation concernant la nomination du président-directeur général adjoint

CONSIDÉRANT :

Que les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) seront responsables de la prestation de services intégrés sur un territoire donné;

Que le projet de loi n° 10 confère au ministre des pouvoirs importants permettant de soutenir les établissements régionaux dans toutes les facettes de leurs actions;

Que l'ampleur du mandat que devra assumer le président-directeur général et que les pratiques de bonne gouvernance justifient, en contrepartie, qu'il bénéficie d'une marge de manœuvre et d'autonomie conséquente.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-2 Que soit modifié l'article 29 du projet de loi n° 10 afin de permettre au président-directeur général du CISSS de choisir le président-directeur général adjoint.

2 L'impact sur la prestation des services

- 30 Année après année, le Protecteur du citoyen constate des écarts marqués entre ce qu'auraient dû être l'accès et la prestation des services et la réalité vécue par plusieurs usagers, et ce, dans toutes les régions. C'est le cas notamment en matière de soins à domicile.
- 31 En effet, pour une condition très similaire, l'offre de services en soutien à domicile varie grandement, et non seulement d'une région à une autre, mais d'un CISSS à un autre dans la même région. **Il n'y a pas de balises claires, pas de plancher minimum requis par le Ministère, le tout est laissé à la discrétion des agences et des établissements.** Par ailleurs, cette absence de balises claires rend la prestation des soins à domicile vulnérable aux contraintes financières. **Il n'est pas équitable que, dans une même condition, un citoyen n'ait pas accès aux mêmes services selon l'endroit où il se trouve**¹⁸. Une telle situation ne peut plus et ne doit plus être considérée comme acceptable.
- 32 Une fois que les établissements d'une même région seraient fusionnés, le CISSS proposerait une seule politique régionale de soutien à domicile plutôt qu'une par CISSS, une seule liste d'attente régionale plutôt qu'une par programme-services, une seule carte de centre hospitalier par CISSS plutôt que la panoplie actuelle et un seul dossier d'utilisateur par CISSS plutôt que par établissement. Sur le plan de la cohérence, de la complémentarité et de l'équité, les citoyens devraient être mieux desservis. Sur le plan de la gestion, des chevauchements seraient éliminés, au bénéfice de l'intégration. Ici encore, à terme, des économies seraient réalisées, lesquelles pourraient être allouées aux services à domicile dont les besoins sont croissants.

¹⁸ Au Royaume-Uni, on avait surnommé ce phénomène la prescription selon le code postal ou *Postcode Prescribing* : dites-moi votre code postal et je vous dirai les services que vous pourrez recevoir.

2.1 Certains risques particuliers liés à la gestion de la transition

- 33 De l'avis du Protecteur du citoyen, les délais annoncés pour une réorganisation de cette ampleur paraissent trop serrés pour être réalistes. Combien de temps sera réellement requis pour que tous les établissements d'une même région soient fusionnés dans les faits : un an, deux ans, cinq ans? Alors, quand seront-ils véritablement fonctionnels et prêts à améliorer l'offre de services?
- 34 Il convient d'insister sur le fait que **l'usager ne doit pas faire les frais des défis de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Des délais réalistes et raisonnables doivent être prévus au nécessaire plan de transition.** Entre-temps, les directives ministérielles doivent être claires : tous les établissements doivent respecter les politiques en vigueur. Le Protecteur du citoyen demeurera très vigilant afin de s'assurer que la prestation de services ne soit pas affectée durant la période de transition.
- 35 Un autre risque est lié à l'absence de plan et de délai pour la fusion des systèmes d'information qui soutiennent les politiques, les programmes-services et les données administratives. Le projet de loi n° 10 rapatrié au Ministère les 35 principaux systèmes d'information¹⁹ soutenant des aspects très importants de la prestation régionale et locale des services ainsi que la reddition de comptes.
- 36 Ainsi, il faut un plan stratégique rigoureux de transfert et de transition des actifs informationnels. Que se passera-t-il en attendant? On sait d'expérience que la plupart des systèmes d'information utilisés dans le réseau sont indépendants et ne peuvent communiquer entre eux, même pas sur une base régionale. À l'occasion d'une intervention récente, le Protecteur du citoyen apprenait du Ministère que les tentatives envisagées afin que deux systèmes d'information distincts puissent « communiquer » entre eux étaient abandonnées. Il s'agissait de la fusion impossible du système d'intégration des CLSC (I-CLSC) et du système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD). Le développement d'un nouveau système d'information s'avère alors nécessaire, avec le temps de réalisation et les coûts qui y sont associés.
- 37 Il y a ici un enjeu important dont l'impact sur la qualité des services inquiète le Protecteur du citoyen. De plus, aucun budget de transfert ni de transition n'a été rendu public à ce jour, alors qu'on sait²⁰ que les coûts sont habituellement importants et sous-estimés par les autorités. En résumé, il semble qu'on ne connaisse pas bien l'ampleur de ce chantier ni les importants risques²¹ qui y sont associés. La gestion de ces risques est pourtant cruciale sur le plan de la mise en œuvre de la réforme préconisée dans le projet de loi n° 10. **Pour le Protecteur du citoyen, ces éléments doivent être correctement évalués, pris en considération et planifiés avec toute la rigueur requise.**

¹⁹ Les 35 systèmes sont énumérés à l'annexe II du projet de loi. Parmi les plus connus, il y a le Dossier Santé Québec (DSQ), l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC), le registre et services de gestion des consentements, le système budgétaire et financier (SBFR), le système clientèle jeunesse, le système d'information clientèle en déficience intellectuelle, le système de gestion pour les réseaux de services intégrés des personnes âgées (RSIPA), le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGSPAQS), etc.

²⁰ Parek, Mukul, *IT Governance and Post-merger Systems Integration*, Information Systems Control Journal, Vol.2, 2005.

²¹ McLetchie, James et West, Andy, *Beyond Risk Avoidance : A McKinsey perspective on creating transformational value from mergers*, in McKinsey&Company, *Perspectives on merger integration*, juin 2010, p. 11-16.

- 38 Enfin, les gestionnaires et les professionnels qui demain assureront ces nouvelles fonctions enrichies vivront un important changement de culture organisationnelle. Dans ce contexte, la gestion de la transition implique un investissement dans la formation professionnelle en cours d'emploi. Le Protecteur du citoyen insiste sur l'importance de soutenir celles et ceux qui seront appelés à accomplir une tâche substantiellement modifiée. Cette formation professionnelle est nécessaire, elle doit être prévue au plan de transition et ses coûts évalués.

Recommandations concernant les exigences d'une transition ordonnée

CONSIDÉRANT :

La nécessité qu'un plan de transition soit élaboré et rendu public (R-1 du présent mémoire);

Que les futurs établissements régionaux devront respecter les politiques et gérer adéquatement les programmes-services en vigueur durant la phase de la mise en œuvre;

Qu'un plan de transfert et de transition des nombreux et importants actifs informationnels est requis.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-3** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux inclue, dans le plan de transition à être élaboré, les étapes et les échéanciers d'adoption et de mise en œuvre des différentes politiques régionales.
- R-4** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux diffuse une directive claire, dès la création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), afin que ces derniers continuent d'appliquer les politiques et de gérer les programmes-services en vigueur jusqu'à la mise en œuvre des nouvelles politiques régionales.
- R-5** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux inclue, dans le plan de transition à être élaboré, une évaluation des coûts de transfert et de transition, des budgets et du temps requis pour rendre opérationnels les divers systèmes d'information appelés à être transférés au ministère de la Santé et des Services sociaux et mis en réseau.

3 La participation des usagers

- 39 La « participation des personnes et des groupes qu'elles forment »²² est un élément fondamental de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). L'intention du législateur est claire et précise. Le régime de services de santé et de services sociaux doit assurer cette participation « au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services »²³.

²² Article 2 (1^o) de la LSSSS.

²³ *Ibid.* note 22.

- 40 Les modifications législatives proposées à la gouvernance établissent les paramètres d'une importante rationalisation de la structure du réseau. En réduisant le nombre d'établissements publics et en le portant à 28, les 154 conseils d'administration qui chapeautaient les établissements fusionnés seront, du coup, abolis. De plus, le projet de loi prévoit la modification de la composition, du mandat et de la qualification des membres des conseils d'administration des 28 nouveaux établissements ainsi créés.
- 41 Suivant qu'il soit appelé à administrer un établissement régional ou suprarégional, le nombre des membres du conseil d'administration pourra varier entre treize et quinze administrateurs (plutôt qu'au-delà de vingt actuellement), tous nommés par le ministre sur recommandation, le cas échéant, des regroupements internes et externes intéressés. Une majorité des membres de ces conseils sera composée de « personnes indépendantes » suivant un processus de qualification²⁴. En outre, un siège du conseil (plutôt que deux actuellement) sera réservé à « une personne membre du comité des usagers de l'établissement [régional], choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce comité ».²⁵ Enfin, à ce nombre s'ajoutera un membre observateur (sans droit de vote) en provenance des fondations de l'établissement et qui sera nommé par le ministre, si une fondation lui en fait la demande.
- 42 Aucune de ces personnes indépendantes qualifiées selon le processus prévu à la loi ne sera élue par la population (deux actuellement le sont). Le Protecteur du citoyen réitère qu'il ne s'oppose pas à l'abolition du mode électoral actuel²⁶, notamment sur la base du très faible taux de participation obtenu historiquement (moins de 1 %). Ces élections comblent moins de la moitié des sièges non attribués par acclamation faute de candidats et la facture électorale se chiffre à près de deux millions de dollars, ce qui amène à s'interroger sur l'efficacité de ce processus. D'autres moyens doivent cependant être mis de l'avant afin de permettre de préserver une représentativité adéquate.
- 43 Pour le Protecteur du citoyen, la participation des usagers et le respect de leurs droits ne sont pas incompatibles avec le choix d'une représentation aux conseils d'administration basée sur l'expertise. Dans l'intérêt des usagers, la réforme doit cependant préserver la participation démocratique des citoyens à leurs institutions publiques. Nous référons ici principalement aux comités des usagers et de résidents qui existent actuellement ainsi qu'aux autres espaces locaux, régionaux et nationaux de concertation comme le Forum de la population, que le projet de loi n° 10 maintient.
- 44 Avec l'adoption éventuelle du projet de loi n° 10, le nombre d'établissements publics sera réduit et, en conséquence, celui des comités des usagers aussi²⁷, alors que les comités de résidents se verront vraisemblablement confirmer dans leur mandat au sein des diverses installations. Il est impératif que les usagers et les comités qui les représentent puissent donner leur point de vue aux autorités sur la qualité des services et le respect de

²⁴ Articles 11 et 12 du projet de loi n° 10.

²⁵ Article 9(5°) du projet de loi n° 10.

²⁶ Comme la Protectrice du citoyen en faisait état, le 15 mars 2011, dans son allocution sur le projet de loi n° 127, *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux* (<http://www.protecteurducitoyen.qc.ca>).

²⁷ Le projet de loi n° 10 ne traite aucunement des articles 209 à 212.1 de la LSSSS, lesquels prévoient l'institution et le fonctionnement du comité des usagers qu'on devra dorénavant retrouver dans chaque établissement régional.

leurs droits. Il y a ici une lacune importante dans la restructuration introduite par le projet de loi n° 10.

- 45 Plusieurs solutions sont possibles pour pallier cette lacune, mais il semble que les architectes de la réforme n'aient pas achevé le travail à cet égard. Par exemple, le projet de loi n° 10 pourrait créer un comité régional regroupant tous les comités des points de service, des sous-comités des usagers dans chacune des installations ou encore diviser le territoire en zones de comités des usagers. Tous ces moyens possibles devraient faire l'objet d'une évaluation de leurs avantages et inconvénients et, en matière d'efficience, des coûts qui y sont rattachés. Le plan de transition à être élaboré devrait évaluer et proposer les moyens permettant concrètement cette participation démocratique de la population au système public ainsi réformé.
- 46 De l'avis du Protecteur du citoyen, en accord avec les principes directeurs énoncés à l'article 3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le rôle des citoyens experts que sont les usagers et leurs représentants devrait être valorisé au sein du conseil d'administration. Il est impératif de prendre en considération que la réforme regroupe, au palier régional, un nombre important d'établissements sur un vaste territoire et que les missions santé et services sociaux y sont fusionnées. Voilà pourquoi nous avons des réserves quant à la diminution de cette représentation, selon le projet de loi n° 10. En fait, les usagers sont les premiers citoyens concernés par les décisions du conseil d'administration et leur présence éclairante, ou celle de leurs représentants, devrait être maintenue au nombre actuel de deux au sein des nouveaux conseils d'administration. De plus, l'un devrait être choisi en vertu de son expertise auprès des établissements de santé et l'autre, selon son expertise auprès des établissements en services sociaux.

Recommandations concernant la participation et la représentation des usagers au conseil d'administration

CONSIDÉRANT :

Que les usagers sont les premiers citoyens concernés par les décisions du conseil d'administration;

Qu'un nouveau mode d'organisation des comités des usagers devra être mis en place;

Que le rôle des citoyens usagers et celui de leurs représentants dans les comités devrait être valorisé au sein du conseil d'administration.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-6** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux évalue et détermine un mode d'organisation des comités des usagers leur permettant d'assumer les responsabilités prévues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
- R-7** Que le projet de loi n° 10 soit modifié afin de maintenir à deux le nombre de membres du comité des usagers siégeant au sein du conseil d'administration du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS).
- R-8** Que les deux représentants des usagers au conseil d'administration soient choisis par le ministre à partir d'une liste de noms fournie par le comité des usagers de

<p>l'établissement avec les qualifications suivantes : l'un avec une expertise dans le secteur de la santé, l'autre dans le secteur des services sociaux.</p>

3.1 Le respect des droits des usagers

- 47 Le respect des droits des usagers est un élément fondamental de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*. Dans les premiers articles de la LSSSS²⁸, les droits des usagers sont affirmés. Afin d'en assurer le respect, la loi institue le régime d'examen des plaintes des usagers²⁹. Notre analyse du projet de loi n° 10 nous amène à conclure que s'il est adopté tel quel, il n'affectera pas la nature du régime d'examen des plaintes en vigueur.
- 48 Toutefois, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement, le régime d'examen des plaintes des usagers n'échappe pas à la transformation structurelle opérée par le projet de loi n° 10. En pratique, il n'y aura plus de Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ni de Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, mais bien un seul Commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour chacun des CISSS et pour chacun des établissements suprarégionaux. Comme c'est le cas présentement, c'est au conseil d'administration de l'établissement régional ou suprarégional que reviendra la responsabilité de nommer le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, qui pourra être assisté de commissaires adjoints³⁰.
- 49 Sur le plan de l'organisation, le projet de loi n° 10 rend donc caduque la distinction locale et régionale actuellement associée à cette fonction sensible et maintient les autres obligations relatives à l'organisation du régime. À notre avis, le régime des plaintes a été conçu en vertu d'une approche de proximité, c'est-à-dire près des services et près des usagers, afin que ces derniers profitent d'un interlocuteur impartial facilement accessible. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services incarnait cette approche de proximité. Qu'en sera-t-il de l'accessibilité aux services et conseils du commissaire aux plaintes et à la qualité des services des futurs CISSS? Le Protecteur du citoyen s'interroge et demeurera très vigilant afin que la nature du régime demeure intacte.
- 50 Sur le plan du fonctionnement, il y aura obligation pour le conseil d'administration de l'établissement régional ou suprarégional d'adopter une nouvelle procédure d'examen des plaintes³¹. Conformément à cette procédure, la compétence d'examen du palier local s'enrichira de la compétence d'examen qui relève actuellement des agences³². Pour la région de Montréal, l'examen des plaintes de compétence régionale sera dévolu au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal qui seul exercera les fonctions, pouvoirs et responsabilités de compétence régionale.

²⁸ Article 2(8°) et article 3(1°) de la LSSSS.

²⁹ Plus particulièrement, au chapitre III, PLAINTES DES USAGERS, aux sections I à VII inclusivement.

³⁰ La nomination de commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services dans les diverses installations de la région qui fournissent des services de santé et des services sociaux en fonction des différents centres que l'établissement est appelé à exploiter est prévue au 3^e alinéa de l'article 30 de la LSSSS qui continue de s'appliquer.

³¹ C'est cette procédure qui assure l'application des sections I, II et III de la LSSSS.

³² En vertu des articles 34 et 60 de la LSSSS.

- 51 Pour sa part, le Protecteur du citoyen interviendra comme il le fait actuellement, au deuxième palier du régime, conformément à la loi³³. À cet égard, nous croyons qu'il serait pertinent, par souci de cohérence au sein de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, que le ministre s'assure que les procédures d'examen des plaintes soient élaborées autour d'un noyau d'éléments communs, la plupart déjà inscrits à la loi³⁴ et auxquels pourraient se greffer d'autres aspects jugés nécessaires.

4 L'équité dans l'accès aux services

- 52 Année après année, le Protecteur du citoyen observe l'effritement graduel de l'offre publique de services dans le secteur de la santé et, d'une manière encore davantage marquée, des services sociaux. Ses rapports annuels d'activités en font état, exemples à l'appui. Ce que plusieurs observateurs identifient comme étant le « panier de services » exclut de plus en plus, sans annonce officielle, des services qui autrefois étaient couverts par le régime public universel.
- 53 À l'origine du régime public universel, l'offre de services officielle se veut la plus complète, voire la plus généreuse possible. Son noyau historique s'est d'abord constitué sur les assises du régime d'assurance-hospitalisation, puis sur celles du régime d'assurance maladie. Ces deux régimes, complétés en 1997 par l'entremise du régime général d'assurance médicaments, couvrent les services médicalement requis. Ces assises du régime public universel restent solides : les urgences majeures sont, en général, traitées rapidement et efficacement. Notre analyse des plaintes concernant ce noyau dur indique que ce régime demeure relativement bien balisé.
- 54 Son contour cependant, notamment tout le volet des services sociaux, est vague à souhait et c'est ici que cela devient problématique dans la réponse aux besoins réels des usagers. En réalité, l'offre de services présentée est plus généreuse que ce que les ressources disponibles permettent d'offrir et, de longue date, on laisse aller. Étant donné la difficulté à faire face à la croissance des coûts, on réduit les services en périphérie ou on procède à une désassurance implicite.
- 55 Une autre approche que nos enquêtes nous ont permis d'observer est celle qui consiste à sortir le service du milieu hospitalier pour l'offrir en clinique. L'acte médical est couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec, mais la composante technique ne l'est plus et les usagers se retrouvent alors à devoir assumer ces frais. Comment expliquer à un usager qu'il doit payer 40 \$ de frais pour un sparadrap de 4 cm² installé à la suite d'une chirurgie mineure dans une clinique alors qu'à l'hôpital, les pansements sont gratuits? À défaut de faire des choix clairs et transparents, le panier de services s'effrite sans balises effectives et l'iniquité s'installe.
- 56 Les personnes qui bénéficient d'une assurance privée et les citoyens aux revenus élevés peuvent payer l'accès sans être influencés par ces nouveaux coûts. Les autres hésitent ou simplement se privent des services, au détriment de leur état. Au Québec comme

³³ Voir les articles 7, 8 et 20 de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, chapitre P-31.1.

³⁴ Pour l'essentiel, les articles 33 à 37 de la LSSSS.

ailleurs dans le monde, l'impact délétère sur la santé des frais imposés aux points de services est solidement démontré³⁵.

- 57 En plus d'occasionner une utilisation sous-optimale des ressources, ce défaut d'agir accroît les iniquités qui deviennent de plus en plus importantes au fil du temps. Ces iniquités dans l'accès aux services font l'objet de plaintes au Protecteur du citoyen, comme nous en avons fait état précédemment, avec l'exemple des services de soutien à domicile. Sous l'angle de l'effritement du panier de services, il y a ici un véritable enjeu de gouvernance, qui demeure primordial.
- 58 **Le Protecteur du citoyen s'inquiète : la transformation structurelle qui découlera de l'adoption du projet de loi n° 10 ne risque-t-elle pas, à court terme, d'accélérer le processus de nivellement par le bas de l'offre de services résultant de l'intégration des politiques régionales?** Concrètement, quel choix sera fait dans une région lors de la fusion des politiques locales? Va-t-on favoriser la plus généreuse quant aux heures de services par usager, ou privilégier celle qui en offre le moins? Sur quelles balises devront s'appuyer les gestionnaires pour opérationnaliser de telles modifications à l'organisation et à la gouvernance? En l'absence de balises claires, le Protecteur du citoyen craint que plusieurs choisissent le nivellement par le bas, en raison des pressions budgétaires, par exemple. À notre avis, c'est au ministre que revient la responsabilité de définir les balises d'une offre de services équitable, dans tous les futurs CISSS.

Recommandation concernant l'équité dans l'offre de services régionale

CONSIDÉRANT :

Que les transformations structurelles risquent, plus particulièrement à court terme, d'accélérer le processus de nivellement par le bas de l'offre de services;

Que la responsabilité de définir une offre de services équitable, dans tous les futurs centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), revient au ministre.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-9** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux définisse les niveaux de services requis afin de s'assurer de l'existence d'un panier de services équitable, dans tous les futurs CISSS, et exige une reddition de comptes annuelle conséquente.

5 Les modalités d'exercice du pouvoir réglementaire

- 59 Finalement, nous ne pouvons passer sous silence notre désaccord relativement à l'article 161 du projet de loi n° 10. Alors que la portée du premier alinéa de cette disposition s'avère substantielle, en prévoyant que le gouvernement peut, par règlement, prendre toute mesure nécessaire ou utile à l'application de la présente loi ou à la réalisation efficace de son objet, son second alinéa soustrait un tel règlement à l'obligation de prépublication et au délai d'entrée en vigueur prévus aux articles 8 et 17 de la *Loi sur les règlements*. Il autorise de plus le gouvernement à édicter un règlement à portée

³⁵ Voir notamment : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*. Rapport du groupe de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux, 2005, 145 p.

rétroactive. Le Protecteur du citoyen ne saurait souscrire à une telle manière de procéder.

- 60 L'introduction de dispositions concernant la non-publication des projets de règlement est une technique légistique qui s'est malheureusement répandue au cours des dernières années. Elle constitue une entorse au principe de la prépublication des règlements et de la transparence de l'action gouvernementale. Comme le Protecteur du citoyen l'a déjà exprimé à l'égard de plusieurs autres projets de loi³⁶, une telle absence de prépublication limite le droit des citoyens de se prononcer sur ces règlements et de proposer des modifications pouvant les bonifier.
- 61 Ainsi s'est déjà exprimée la Cour supérieure à ce sujet :
- « L'intention du législateur en édictant la *Loi sur les règlements* est de toute évidence de permettre un débat public quant à l'opportunité d'adopter un règlement. L'adoption des lois est soumise au processus démocratique d'un examen par les personnes élues à la législature. Les textes réglementaires de plus en plus nombreux revêtent une importance considérable pour les citoyens. Ces textes, de manière générale, ne font pas l'objet de débat devant le Parlement avant leur adoption. D'où l'importance de créer un mécanisme qui permette de discuter les projets de règlement avant leur adoption de manière à permettre à l'autorité compétente d'être mieux éclairée quant aux mesures proposées »³⁷.
- 62 Le pouvoir de donner un effet rétroactif à l'application d'un règlement est également contre-indiqué puisque, ce faisant, on n'assure pas aux citoyens « une société stable, prévisible et ordonnée où mener leurs activités »³⁸. Un règlement à portée rétroactive aurait à notre avis pour effet de compromettre la sécurité juridique, en ne permettant pas aux citoyens de connaître à l'avance les règles de droit auxquelles ils sont soumis.
- 63 Rien ne justifie, au nom des principes qui viennent d'être mentionnés, de ne pas s'en tenir à l'article 12 de la *Loi sur les règlements*, qui prévoit déjà qu'un projet de règlement peut être édicté à l'expiration d'un délai plus court que celui qui lui est applicable ou

³⁶ Notamment, à la Commission des affaires sociales relativement au projet de loi n° 68 – *Loi modifiant la Loi sur les régimes complémentaires de retraite, la Loi sur le régime de rentes du Québec et d'autres dispositions législatives* (mai 2008) et aux projets de loi n° 49 – *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives* et n° 51 – *Loi sur la représentation de certaines personnes responsables d'un service de garde en milieu familial et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives* (juin 2009), à la Commission de la culture et de l'éducation relativement au projet de loi n° 44 – *Loi modifiant la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel en matière de gouvernance* (septembre 2009), au projet de loi n° 38 – *Loi modifiant la Loi sur les établissements d'enseignement universitaire et la Loi sur l'Université du Québec en matière de gouvernance* (octobre 2009) et au projet de loi n° 103 – *Loi modifiant la Charte de la langue française et d'autres dispositions législatives* (juillet 2010), ainsi qu'à la Commission des transports et de l'environnement relativement au projet de loi n° 69 – *Loi modifiant le Code de la sécurité routière concernant les écoles de conduite* (novembre 2009) et au projet de loi n° 57 – *Loi modifiant l'encadrement de l'utilisation des cinémomètres photographiques et des systèmes photographiques de contrôle de circulation aux feux rouges et d'autres dispositions législatives* (avril 2012).

³⁷ *Plante c. Québec (Procureur général)*, [1991] R.J.Q. 465 (C.S.).

³⁸ *Renvoi sur la sécession du Québec* [1998] 2 R.C.S. 217, par. 70.

sans avoir fait l'objet d'une prépublication, lorsque l'autorité qui l'édicte est d'avis que l'urgence de la situation l'impose.

Recommandation concernant la réglementation

CONSIDÉRANT :

Que l'impact anticipé qu'aura le projet de loi n° 10 sur l'ensemble des citoyens du Québec et sur le réseau de la santé et des services sociaux est important;

Que l'article 161 du projet de loi n°10, tel que libellé, constitue une entorse au principe de la prépublication des règlements, de la transparence de l'action gouvernementale et qu'il compromet la sécurité juridique à laquelle sont en droit de s'attendre les citoyens;

Que la Loi sur les règlements prévoit déjà les situations autorisant le gouvernement à déroger au principe de la prépublication des règlements.

Le Protecteur du citoyen recommande :

R-10 Que soit retiré le deuxième alinéa de l'article 161 du projet de loi n°10.

Conclusion

- 64 Dans la conjoncture du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de plusieurs problématiques, la transformation draconienne des structures qu'entraînera l'adoption du projet de loi n° 10 représente un important et complexe défi de gestion. Dans ce mémoire, l'angle d'analyse du Protecteur du citoyen a visé l'impact de ces modifications sur l'accès et la qualité des services et le respect des droits des usagers, en considérant l'écart entre les besoins de la population et les services de santé et de services sociaux réellement disponibles.
- 65 Notre réflexion s'est alimentée de l'analyse des plaintes que nous traitons ainsi que des résultats et des conclusions présentés dans nos interventions systémiques récentes. Plus particulièrement, nos deux rapports spéciaux sur les troubles envahissants du développement³⁹, celui sur les personnes incarcérées nécessitant des services en santé mentale⁴⁰ ainsi que celui sur le soutien à domicile⁴¹ arrivent aux mêmes conclusions : un allègement des structures, un *leadership* accru et une gestion intégrée et efficace figurent au nombre des solutions au déficit de services constaté. Pour peu que l'implantation de la transformation proposée dans le projet de loi n° 10 soit faite en priorisant le maintien en place et l'amélioration des services aux usagers, le Protecteur du citoyen souscrit à cette logique. C'est sur la recherche de cet impact fondamental – l'accessibilité et l'amélioration durable des services aux usagers – que devra porter l'évaluation de la réorganisation proposée.

³⁹ Précité, note 12.

⁴⁰ Le Protecteur du citoyen, *Rapport spécial du Protecteur du citoyen pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*, 2009.

⁴¹ Le Protecteur du citoyen, *Rapport d'enquête : Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*, 2012.

- 66 Toutefois, les constats et les recommandations énoncés dans le présent mémoire marquent la grande préoccupation du Protecteur du citoyen à l'égard d'une solide gestion de la période de transition qui s'amorcera avec l'entrée en vigueur de la loi, et en particulier la connaissance et la gestion serrée des risques découlant de l'importante réorganisation envisagée. Notre position est que, **parallèlement** à la réforme sur la gouvernance, **et non successivement**, la prestation des services doit non seulement être maintenue, mais améliorée sur les plans de l'accessibilité, de l'équité et de l'efficience, et ce, partout au Québec. Force est de constater que l'approche proposée demeure perfectible et c'est pourquoi le Protecteur du citoyen formule 10 recommandations à cet égard. Il lui importe que les nouveaux impératifs de gestion du réseau de la santé et des services sociaux, dans le contexte des fusions proposées, n'aient pas préséance sur le bien-être de la personne.
- 67 Pour ce faire, la collaboration et la transparence sont essentielles. Le *leadership* fort des futurs dirigeants doit faire la différence; un *leadership* qui ne doit jamais perdre de vue la dimension humaine, de loin la plus primordiale de toutes celles qui doivent être considérées.

Liste des recommandations

Recommandation concernant un plan de transition

CONSIDÉRANT :

Que des risques majeurs sont présents dans des modifications aussi importantes à l'organisation et à la gouvernance du réseau;

Que la connaissance de ces risques et l'identification des mesures de contingence sont impératives;

Que la mise en œuvre des modifications législatives sur l'ensemble des territoires doit être rigoureusement planifiée;

Que les répercussions financières, dont les coûts de transition et les économies escomptées, doivent être mesurées selon des normes économiques et comptables reconnues.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-1** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux élabore et rende public un plan de transition détaillé, prenant en compte la gestion des risques identifiés, précisant les répercussions financières, introduisant les diverses étapes du changement de la structure du réseau ainsi qu'un échéancier réaliste de leur application, et ce, avant l'entrée en vigueur du projet de loi n° 10.

Recommandation concernant la nomination du président-directeur général adjoint

CONSIDÉRANT :

Que les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) seront responsables de la prestation de services intégrés sur un territoire donné;

Que le projet de loi n° 10 confère au ministre des pouvoirs importants permettant de soutenir les établissements régionaux dans toutes les facettes de leurs actions;

Que l'ampleur du mandat que devra assumer le président-directeur général et que les pratiques de bonne gouvernance justifient, en contrepartie, qu'il bénéficie d'une marge de manœuvre et d'autonomie conséquente.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-2** Que soit modifié l'article 29 du projet de loi n° 10 afin de permettre au président-directeur général du CISSS de choisir le président-directeur général adjoint.

Recommandations concernant les exigences d'une transition ordonnée

CONSIDÉRANT :

La nécessité qu'un plan de transition soit élaboré et rendu public (R-1 du présent mémoire);

Que les futurs établissements régionaux devront respecter les politiques et gérer adéquatement les programmes-services en vigueur durant la phase de la mise en œuvre;

Qu'un plan de transfert et de transition des nombreux et importants actifs informationnels est requis.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-3** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux inclue, dans le plan de transition à être élaboré, les étapes et les échéanciers d'adoption et de mise en œuvre des différentes politiques régionales.
- R-4** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux diffuse une directive claire, dès la création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), afin que ces derniers continuent d'appliquer les politiques et de gérer les programmes-services en vigueur jusqu'à la mise en œuvre des nouvelles politiques régionales.
- R-5** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux inclue, dans le plan de transition à être élaboré, une évaluation des coûts de transfert et de transition, des budgets et du temps requis pour rendre opérationnels les divers systèmes d'information appelés à être transférés au ministère de la Santé et des Services sociaux et mis en réseau.

Recommandations concernant la participation et la représentation des usagers au conseil d'administration

CONSIDÉRANT :

Que les usagers sont les premiers citoyens concernés par les décisions du conseil d'administration;

Qu'un nouveau mode d'organisation des comités des usagers devra être mis en place;

Que le rôle des citoyens usagers et celui de leurs représentants dans les comités devrait être valorisé au sein du conseil d'administration.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-6** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux évalue et détermine un mode d'organisation des comités des usagers leur permettant d'assumer les responsabilités prévues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

- R-7** Que le projet de loi n° 10 soit modifié afin de maintenir à deux le nombre de membres du comité des usagers siégeant au sein du conseil d'administration du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS).
- R-8** Que les deux représentants des usagers au conseil d'administration soient choisis par le ministre à partir d'une liste de noms fournie par le comité des usagers de l'établissement avec les qualifications suivantes : l'un avec une expertise dans le secteur de la santé, l'autre dans le secteur des services sociaux.

Recommandation concernant l'équité dans l'offre de services régionale

CONSIDÉRANT :

Que les transformations structurelles risquent, plus particulièrement à court terme, d'accélérer le processus de nivellement par le bas de l'offre de services;

Que la responsabilité de définir une offre de services équitable, dans tous les futurs centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), revient au ministre.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-9** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux définisse les niveaux de services requis afin de s'assurer de l'existence d'un panier de services équitable, dans tous les futurs CISSS, et exige une reddition de comptes annuelle conséquente.

Recommandation concernant la réglementation

CONSIDÉRANT :

Que l'impact anticipé qu'aura le projet de loi n° 10 sur l'ensemble des citoyens du Québec et sur le réseau de la santé et des services sociaux est important;

Que l'article 161 du projet de loi n°10, tel que libellé, constitue une entorse au principe de la prépublication des règlements, de la transparence de l'action gouvernementale et qu'il compromet la sécurité juridique à laquelle sont en droit de s'attendre les citoyens;

Que la *Loi sur les règlements* prévoit déjà les situations autorisant le gouvernement à déroger au principe de la prépublication des règlements.

Le Protecteur du citoyen recommande :

- R-10** Que soit retiré le deuxième alinéa de l'article 161 du projet de loi n°10.

www.protecteurducitoyen.qc.ca



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Bureau de Québec
Bureau 1.25
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5Y4
Téléphone : **418 643-2688**

Bureau de Montréal
10^e étage, bureau 1000
1080, côte du Beaver Hall
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Téléphone : **514 873-2032**

Téléphone sans frais : **1 800 463-5070**
Télécopieur : **1 866 902-7130**
Courriel : protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca



PROTECTEUR
DU CITOYEN

MÉMOIRE DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des 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*

Québec, le 23 mai 2023

LA MISSION DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à une personne ou à un groupe de personnes. Il traite aussi les divulgations d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics et les plaintes en cas de représailles liées à ces divulgations. Désigné par au moins les deux tiers des parlementaires et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement de plaintes, de signalements ou de divulgations, ou de sa propre initiative.

Le respect des personnes et de leurs droits ainsi que la prévention des préjudices sont au cœur de la mission du Protecteur du citoyen. Son rôle en matière de prévention s'exerce notamment par l'analyse de situations qui engendrent des préjudices pour un nombre important de citoyens et de citoyennes ou qui sont de nature systémique.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, il peut notamment proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives afin de les améliorer dans l'intérêt des personnes concernées.

Le présent document est disponible en version électronique sur notre site Web (protecteurducitoyen.qc.ca), section **Enquêtes**, rubrique **Réactions aux projets de loi et de règlement**.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	5
Introduction	9
1 La compétence du Protecteur du citoyen	11
1.1 Compétence en vertu de la <i>Loi sur le Protecteur du citoyen</i>	12
1.1.1 Compétence du Protecteur du citoyen sur Santé Québec	12
1.1.2 Compétence sur le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services et sur les commissaires aux plaintes et à la qualité des services	13
1.1.3 Compétence sur d'autres organismes du domaine de la santé	13
1.1.3.1 Institut national de santé publique du Québec	14
1.1.3.2 Héma-Québec	15
1.1.3.3 Transplant Québec	16
1.2 Compétence en vertu de la <i>Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux</i>	17
1.2.1 Instances sous compétence	19
1.2.1.1 Les établissements de santé et de services sociaux	19
1.2.1.2 Tout organisme, ressource, société ou personne auquel un établissement recourt pour la prestation de services ou qui peut faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 LSSSS	21
1.2.1.3 Urgences-santé	22
1.2.2 Modalités d'exercice de la compétence	22
1.2.2.1 Compétence en matière d'examen des plaintes	23
1.2.2.2 Compétence en matière d'intervention	26
1.2.3 Les autres modifications requises pour le plein exercice de la compétence	28
1.3 Compétence en vertu de la <i>Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics</i>	34
2 Le régime d'examen des plaintes	36
2.1 La personne plaignante	37
2.2 Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'Urgences-santé	38
2.3 Un régime d'examen des plaintes plus adapté aux réalités des Premières Nations et des Inuit	39
2.3.1 La sécurisation culturelle et la reconnaissance de l'expertise communautaire autochtone	40

2.3.2 La représentation autochtone pour mieux voir à la gestion des plaintes ..	42
2.4 Protection contre les représailles	43
3 Les droits relatifs aux services	44
3.1 Les lignes directrices guidant la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux	44
3.2 La disponibilité de services d'information et d'accompagnement en anglais et en langues autochtones : une condition <i>sine qua non</i> de l'accès à la santé pour les Premières Nations et les Inuit	45
4 L'encadrement des établissements privés conventionnés.....	47
4.1 Contexte.....	47
4.2 Les mesures de surveillance et de contrôle exercées par Santé Québec.....	48
4.2.1 Présence d'un observateur neutre et indépendant désigné par Santé Québec	48
4.2.2 Accès par Santé Québec aux renseignements et aux documents des EPC.....	49
4.2.3 Administration provisoire et contrôle de la bonne utilisation des fonds publics	50
Conclusion	52
Annexe : Liste des recommandations.....	53

SOMMAIRE

Le Protecteur du citoyen est favorable à tout effort d'amélioration du système de santé et de services sociaux ayant pour objectif de le rendre plus efficace et accessible, de même qu'à assurer à ses utilisateurs des soins et des services sécuritaires et de qualité. En ce sens, le Protecteur du citoyen accueille avec ouverture le projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*.

Ce projet de loi propose de créer Santé Québec, dont la mission sera principalement d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics et de coordonner et soutenir l'activité des établissements privés et de certains autres prestataires de services. Il propose également de remplacer la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et de modifier d'autres lois afin notamment de confier à Santé Québec certaines responsabilités actuellement dévolues au ministre de la Santé.

Sans se prononcer sur les enjeux purement médicaux ni à ceux qui touchent strictement les relations de travail, le Protecteur du citoyen a souhaité dans son mémoire attirer l'attention du législateur sur les enjeux qui l'interpellent particulièrement, et formule 29 recommandations.

La compétence du Protecteur du citoyen, gardien essentiel de la qualité et de l'intégrité des services publics (1)

D'entrée de jeu, le Protecteur du citoyen expose les trois grands volets de sa compétence, qui découlent des trois lois qui encadrent son action : la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (LPC), la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (LPU) et la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics* (LFDAROP). Constatant qu'aucune disposition du projet de loi n'apporte les modifications de concordance requises pour assurer une cohérence législative et confirmer le maintien du plein exercice de sa compétence, le Protecteur du citoyen recommande des modifications à chacune de ces lois.

En vertu de la LPC (1.1), le Protecteur du citoyen exerce actuellement sa compétence sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à qui il adresse régulièrement des recommandations en matière de services de santé et de services sociaux, notamment lorsqu'elles concernent le réseau dans son ensemble ou des responsabilités ministérielles. Puisque plusieurs fonctions et pouvoirs actuellement exercés par le MSSS seront dorénavant dévolus à Santé Québec, il est essentiel que le Protecteur du citoyen ait également compétence sur ce nouveau mandataire de l'État (1.1.1).

Comme il est prévu que le nouveau commissaire national aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les commissaires aux plaintes et à la qualité des services relèvent du conseil d'administration de Santé Québec, la compétence du Protecteur du citoyen sur Santé Québec entraînerait en toute logique sa compétence sur le travail de ces personnes, toujours en vertu de la LPC (1.1.2). Pour les motifs qu'il expose (1.1.3), le Protecteur du citoyen précise en outre une demande de longue date concernant un certain élargissement de sa compétence en vertu de la LPC à certains organismes liés au domaine de la santé, pour lesquels il reçoit parfois des plaintes qu'il doit refuser de traiter (INSPQ, Héma-Québec et Transplant Québec).

En vertu de la LPU (1.2), le Protecteur du citoyen examine la plainte formulée par un usager en deuxième instance ou intervient de sa propre initiative lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne a été lésée ou risque de l'être. Jusqu'à présent, cette compétence s'arrime à celle des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, qui ne seront toutefois plus régis (sauf exception) par la LSSSS, mais plutôt par la nouvelle *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* édictée par le projet de loi.

Estimant primordial que son champ de compétence ne soit pas diminué, puisqu'il en va du maintien d'un recours essentiel pour les usagers, le Protecteur du citoyen expose dans son mémoire comment s'articule cette compétence, tant en ce qui a trait aux instances sous compétence (1.2.1) qu'en ce qui a trait aux modalités d'exercice de la compétence (1.2.2). Le Protecteur du citoyen recommande en conséquence des modifications à la LPU, qui sont requises par concordance afin de consolider son rôle de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, un rôle majeur dans le régime d'examen des plaintes.

Pour ce qui est de la compétence du Protecteur du citoyen en vertu de la LFDAROP (1.3), le projet de loi tel que rédigé permet qu'elle s'exerce sur Santé Québec et sur Urgences-santé. De même, le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services et les commissaires aux plaintes et à la qualité des services y seront aussi assujettis quant aux actes répréhensibles posés à leur égard. Des modifications sont toutefois requises à la LFDAROP pour maintenir la compétence du Protecteur du citoyen sur les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Le régime d'examen des plaintes (2)

Le mémoire s'intéresse également au régime d'examen des plaintes en première instance, au niveau des commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Le régime prévu par le projet de loi reprend sensiblement les mêmes éléments que la LSSSS, mais avec quelques différences importantes. Dans cette section du mémoire, le Protecteur du citoyen recommande d'apporter des précisions quant à la terminologie utilisée pour désigner la personne plaignante (2.1). Ses recommandations visent aussi à assurer une plus grande indépendance au commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'Urgences-santé (2.2), en le soumettant aux mêmes règles que les autres commissaires.

En accord avec son évaluation de la mise en œuvre des appels à l'action de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation, progrès (CERP), le Protecteur du citoyen formule des recommandations pour que le régime d'examen des plaintes soit plus adapté aux réalités des Premières Nations et des Inuit (2.3). Sachant que l'objectif du projet de loi n'est pas de redéfinir les relations entre le réseau des services de santé et des services sociaux et les Premières Nations et Inuit, le Protecteur du citoyen constate tout de même qu'il est inévitable que ces personnes soient touchées par les changements à l'étude puisqu'elles utiliseront aussi les services visés. Insistant sur l'importance de la sécurisation culturelle et de la reconnaissance de l'expertise communautaire autochtone (2.3.1), le Protecteur du citoyen souhaite que la procédure uniformisée et l'offre de formation pour les commissaires — que devrait mettre en place le futur commissaire national aux plaintes et à la qualité des services — permettent de mettre de l'avant l'approche de sécurisation culturelle. De même, il recommande que l'expertise des organismes communautaires autochtones actuellement

impliqués auprès des patients autochtones soit mise à profit pour l'aide et l'accompagnement aux plaintes. Enfin, il recommande que les milieux autochtones soient représentés dans les conseils d'établissement, là où la composition démographique le justifie (2.3.2).

Le mémoire du Protecteur du citoyen traite également de la protection contre les mesures de représailles dont doit bénéficier toute personne physique qui s'adresse au Protecteur du citoyen en vertu de la LPU. Il recommande des mesures de protection contre les représailles en matière d'emploi, de la même nature que celles qui s'appliquent aux divulgateurs d'actes répréhensibles en vertu de la LFDAROP (2.4).

Les droits relatifs aux services (3)

Au chapitre des droits relatifs aux services, le Protecteur du citoyen estime que le projet de loi devrait inclure des lignes directrices de même nature que celles actuellement énoncées à la LSSSS pour guider la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux. L'importance des principes qu'elles énoncent — que la raison d'être des services est la personne qui les requiert, que le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit, que l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité, que l'utilisateur doit autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant et qu'il doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse — justifie amplement qu'on les inscrive dans la loi, particulièrement lorsque cette loi a pour objectif de « mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace » (3.1).

Le Protecteur du citoyen — toujours en concordance avec son suivi des appels à l'action de la CERP et tout en respectant la volonté du législateur de consacrer le français en tant que seule langue officielle et langue commune au Québec — insiste sur la nécessité de donner accès aux membres des Premières Nations et aux Inuit à des services (information, assistance et accompagnement) en langue autochtone ou encore en langue anglaise, lorsqu'il s'agit de leur langue d'usage ou de leur langue seconde (3.2).

L'encadrement des établissements privés conventionnés (4)

Enfin, le Protecteur du citoyen consacre la dernière section de son mémoire à l'encadrement des établissements privés conventionnés qui, compte tenu de l'importance du financement public qui leur est accordé, devrait selon lui — et suivant les problématiques qu'il a pu constater — être renforcé (4.1). Considérant que le financement accordé pour leur fonctionnement couvre, en plus des dépenses administratives, les dépenses permettant d'améliorer la qualité de vie des usagers hébergés, il observe qu'une gestion inadéquate de l'une de ces catégories de dépenses ampute nécessairement l'autre.

Dans ce contexte, et comme les mesures d'évaluation et de reddition de comptes existantes sont essentiellement reprises dans le projet de loi et qu'il les considère insuffisantes, le Protecteur du citoyen recommande la bonification des mesures de surveillance et de contrôle qu'exercera Santé Québec sur les établissements privés conventionnés. Au nombre de ces mesures additionnelles, le Protecteur du citoyen recommande notamment la présence aux séances de leurs conseils d'administration d'un observateur neutre et indépendant, dont les

fonctions et les obligations seraient précisées dans la loi (4.2.1), ainsi que l'accès par Santé Québec aux renseignements et aux documents de ces établissements, ce qui lui permettrait de faire les vérifications qui s'imposent lorsqu'une situation potentiellement problématique est détectée ou lui est rapportée (4.2.2).

Le Protecteur du citoyen est aussi d'avis que Santé Québec doit pouvoir désigner une personne pour assumer l'administration provisoire d'un établissement privé conventionné lors de manquements graves de la part de son conseil d'administration quant à ses obligations ou d'une faute grave de la part d'un ou de plusieurs de ses membres (4.2.3). Enfin, dans un souci de saine gestion des fonds publics, il recommande que la possibilité de désigner une personne chargée de contrôler la bonne utilisation des fonds publics accordés à un établissement qui n'exerce pas un contrôle budgétaire adéquat — qui existe dans la LSSSS — soit reprise dans le projet de loi (4.2.3).

L'ensemble des recommandations du Protecteur du citoyen dans le présent mémoire s'appuie sur le principe suivant : quelle que soit l'ampleur de la réforme, il importe de ne jamais perdre de vue la raison d'être du système de santé et de services sociaux : favoriser la santé — physique, mentale et sociale — des personnes qui y ont recours. Ce sont ces personnes qui doivent être au centre des préoccupations du système.

INTRODUCTION

1. Dans le cadre de son mandat, le Protecteur du citoyen prend connaissance de l'ensemble des projets de loi et de règlement présentés à l'Assemblée nationale ou publiés à la Gazette officielle du Québec. Lorsqu'il l'estime nécessaire, il intervient en vertu de l'article 27.3 de sa loi constitutive¹, qui lui confère le pouvoir d'appeler l'attention d'un dirigeant d'organisme ou du gouvernement sur les réformes législatives, réglementaires et administratives qu'il juge conformes à l'intérêt général.
2. C'est dans cette optique que le Protecteur du citoyen a analysé le projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, présenté par le ministre de la Santé, M. Christian Dubé, le 29 mars 2023. Ce projet de loi propose de remplacer la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*² (LSSSS) et de créer Santé Québec, dont la mission sera principalement d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics et de coordonner et soutenir l'activité des établissements privés et de certains autres prestataires de services. Il modifie également diverses autres lois afin notamment de confier à Santé Québec les fonctions du ministre de la Santé qui concernent la délivrance de permis ainsi que l'inspection et l'enquête.
3. D'entrée de jeu, le Protecteur du citoyen tient à souligner qu'il est favorable à la mise en place d'un système de santé et de services sociaux efficace, accessible et qui assure à ses utilisateurs des soins et des services sécuritaires et de qualité. La volonté gouvernementale d'améliorer ses services de santé et ses services sociaux ainsi que leur accès ne peut être que saluée.
4. Le Protecteur du citoyen s'étonne toutefois que, bien que l'un des objectifs du ministre soit d'améliorer la qualité des services et l'expérience usager en mettant au premier plan la satisfaction des utilisateurs, aucune modification à la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*³ (LPU) ne soit apportée par le projet de loi n° 15. Cela lui semble pourtant essentiel afin d'assurer le maintien de son rôle de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, qui vise à prévenir et corriger le non-respect des droits, les abus, la négligence, l'inaction ou les erreurs commises à l'égard des personnes en contact avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.
5. C'est pourquoi, dans le présent mémoire, le Protecteur du citoyen se concentre principalement sur les mesures requises pour assurer le plein exercice de son rôle en tant que Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et sa responsabilité de veiller, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus en matière de santé et de services sociaux. Ce faisant,

¹ *Loi sur le Protecteur du citoyen*, RLRQ, c. P-32. (LPC)

² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2.

³ *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P-31.1.

il insiste sur l'importance de sa compétence sur Santé Québec et sur les établissements de santé et de services sociaux.

6. Le Protecteur du citoyen est l'un des piliers du régime d'examen des plaintes. À ce titre, il analyse en outre les effets potentiels de cette réforme sur ce régime, sur les services rendus aux citoyens et sur les droits qui leur sont reconnus.
7. Le projet de loi n° 15 prévoit que l'actuelle LSSSS soit renommée *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis*⁴ (LSSSSIN), et qu'elle continue de s'appliquer pour les territoires visés aux articles 530.1 et 530.89 de la LSSSS. De même, l'actuelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*⁵ (LSSSSAC) n'est pas touchée par le projet de loi. C'est donc dire que la nouvelle *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* ne s'appliquera pas aux territoires Inuit et Naskapis ni au territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.
8. Le Protecteur du citoyen relève néanmoins certains impacts du projet de loi n° 15 sur les Premières Nations et les Inuit, de même que certaines améliorations qui, à son avis, pourraient être apportées pour favoriser le plein épanouissement de ces populations. Rappelons qu'après avoir consulté diverses organisations autochtones et constaté l'ouverture de ces dernières à ce sujet, le Protecteur du citoyen s'est engagé, le 23 juin 2021, à participer activement à l'évaluation de la mise en œuvre des appels à l'action qui concluent le rapport final⁶ de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation, progrès (CERP).
9. Enfin, le projet de loi n° 15 prévoit que les établissements privés devront être conventionnés s'ils désirent offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée. Devant l'importance des fonds publics accordés à ces établissements et dans un souci d'assurer une saine gestion de ceux-ci, le Protecteur du citoyen estime que des mesures de surveillance et de contrôle doivent être ajoutées au projet de loi.

Afin de faciliter la lecture du présent mémoire, et sans présumer de l'adoption du projet de loi par l'Assemblée nationale, le choix a été fait de ne pas conjuguer les verbes au conditionnel quand il est question des différentes dispositions du projet de loi. Le texte dans son intégralité se comprend donc avec les réserves que l'on doit avoir envers un projet de loi qui demeure à l'étude en attendant son adoption finale. C'est également pour alléger le texte que certains articles du projet de loi et d'autres législations ont été mis en notes de bas de page lorsque possible.

⁴ La référence demeurant inchangée : RLRQ, c. S-4.2.

⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, RLRQ, c. S-5.

⁶ *Rapport final de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès*, septembre 2019. (Ci-après « Rapport de la CERP »)

1 LA COMPÉTENCE DU PROTECTEUR DU CITOYEN

10. Le Protecteur du citoyen exerce les fonctions qui lui sont attribuées en vertu de la *Loi sur le Protecteur du citoyen*⁷ (LPC), de la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics*⁸ (LFDAROP) de même que celles qui sont dévolues au Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux conformément à la LPU. Alors que l'un des objectifs du projet de loi n° 15 est d'améliorer la qualité des services, le projet de loi ne prévoit pas de modifications à ces lois. De telles modifications sont pourtant nécessaires afin de donner compétence au Protecteur du citoyen sur Santé Québec, sur le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'au regard du régime d'examen des plaintes applicable au réseau de la santé et des services sociaux.
11. Le rôle de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux a été confié au Protecteur du citoyen, en 2005, par le projet de loi n° 83, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Le Protecteur du citoyen s'est alors vu conférer les fonctions qui lui permettent d'agir en deuxième recours du régime d'examen des plaintes des usagers du réseau de la santé et des services sociaux et d'intervenir de sa propre initiative, et ce, en toute indépendance et impartialité.
12. Cette compétence du Protecteur du citoyen constitue un acquis important pour les usagers du réseau de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi elle doit être maintenue. Dans son mémoire sur le projet de loi n° 83⁹, la protectrice du citoyen d'alors, M^{me} Champoux-Lesage, mentionnait :

« Ma préoccupation est que tous les citoyens faisant appel au réseau de la santé et des services sociaux bénéficient de services de qualité, qu'ils soient traités avec dignité, que leur sécurité soit assurée et qu'ils disposent de recours adéquats. »
13. Ce commentaire était pertinent alors et l'est toujours aujourd'hui.
14. Actuellement, le Protecteur du citoyen exerce sa compétence tant sur le réseau de la santé et des services sociaux — en vertu de la LPU — que sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) — principalement en vertu de la LPC. Ainsi, il est fréquent que le Protecteur du citoyen adresse des recommandations au MSSS en vertu de la LPC, par exemple parce que ces recommandations concernent le réseau dans son ensemble (et non un seul établissement), ou parce qu'elles concernent des responsabilités ministérielles : mise en œuvre d'un programme, conditions d'accès aux services, etc. Puisque plusieurs fonctions et pouvoirs actuellement exercés par le MSSS seront dorénavant dévolus à Santé Québec, il est essentiel que le Protecteur du citoyen ait

⁷ *Loi sur le Protecteur du citoyen*, RLRQ, c. P-32.

⁸ *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics*, RLRQ, c. D-11.1.

⁹ *Mémoire du Protecteur du citoyen sur le projet de loi n° 83 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, présenté à la Commission des affaires sociales, Québec, janvier 2005, p. 34.

compétence sur ce nouveau mandataire de l'État. Ce qui, en l'état du projet de loi n° 15, ne semble pas avoir été considéré.

15. Le Protecteur du citoyen a déjà porté cette situation à l'attention du MSSS, et comprend que ce dernier est ouvert à proposer des modifications pour y remédier. Toutefois, puisqu'il se doit de commenter le projet de loi n° 15 tel qu'il a été présenté, le Protecteur du citoyen recommande dans le présent mémoire des modifications à la LPC, à la LPU et à la LFDAROP qu'il estime requises pour assurer une cohérence législative et confirmer le maintien du plein exercice de sa compétence.

1.1 Compétence en vertu de la *Loi sur le Protecteur du citoyen*

16. De façon générale, en vertu des articles 13 et 14 de sa loi constitutive, la compétence du Protecteur du citoyen s'exerce à l'égard de l'acte ou de l'omission des ministères ainsi que des organismes publics dont le personnel est nommé en vertu de la *Loi sur la fonction publique*¹⁰, à l'exception du Conseil exécutif et du Conseil du trésor.
17. L'article 15 de la LPC établit par ailleurs une liste de personnes et d'organismes assimilés à un organisme public aux fins de la LPC. On y retrouve notamment l'Autorité des marchés financiers, l'Autorité des marchés publics, l'Agence du revenu du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
18. C'est en vertu de ces articles que le Protecteur du citoyen a présentement compétence sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

1.1.1 Compétence du Protecteur du citoyen sur Santé Québec

19. Instituée par le projet de loi n° 15, Santé Québec sera une personne morale, mandataire de l'État¹¹.
20. Le projet de loi n° 15 prévoit que le personnel de Santé Québec ne sera pas nommé en vertu de la *Loi sur la fonction publique*, mais sera plutôt nommé « selon le plan d'effectifs approuvé par le conseil d'administration de Santé Québec¹² ».
21. De ce fait, Santé Québec ne cadre pas dans la définition des organismes soumis à la compétence du Protecteur du citoyen en vertu de l'article 14 de la LPC, n'étant ni un ministère ni un organisme dont le personnel est nommé en vertu de la *Loi sur la fonction publique*.
22. En conséquence, le Protecteur du citoyen estime que Santé Québec devrait être ajouté à la liste des organismes assimilés à un organisme public de l'article 15 de la LPC, ce que le projet de loi n° 15 ne fait pas.
23. Une nuance vaut d'être apportée ici. Parmi les différentes missions de Santé Québec, le 1^{er} alinéa de l'article 23 du projet de loi n° 15 précise que Santé Québec a celle « d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux

¹⁰ *Loi sur la fonction publique*, RLRQ, c. F-3.1.1.

¹¹ Articles 20 et 21 du projet de loi n° 15.

¹² Article 49 du projet de loi n° 15.

dans les différentes régions sociosanitaires du Québec ». À l'égard de cette mission d'offre de services de santé et de services sociaux, la compétence du Protecteur du citoyen s'exercera principalement en vertu de la LPU¹³. C'est pourquoi le Protecteur du citoyen apporte cette exclusion dans sa recommandation.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-1 Que le projet de loi no 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 15 de la Loi sur le Protecteur du citoyen (chapitre P-32) pour y ajouter « Santé Québec, à l'exclusion de sa mission d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux ».

1.1.2 Compétence sur le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services et sur les commissaires aux plaintes et à la qualité des services

24. Le projet de loi n° 15 prévoit que le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services est nommé par le ministre¹⁴.
25. Il prévoit de même que le conseil d'administration de Santé Québec nomme au moins un commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour chacun des établissements de Santé Québec¹⁵.
26. Selon les informations communiquées par le MSSS, il est prévu que le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services et les commissaires aux plaintes et à la qualité des services agissent sous l'autorité du conseil d'administration de Santé Québec. La réorganisation proposée par le projet de loi n° 15 prévoit que la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles nécessaires aux activités liées au régime d'examen des plaintes soit de la responsabilité de Santé Québec¹⁶. L'analyse de la compétence du Protecteur du citoyen sur Santé Québec s'applique donc, avec les adaptations nécessaires, au commissaire national aux plaintes et à la qualité des services et aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services.
27. Si, comme le recommande le Protecteur du citoyen, Santé Québec est assujéti à la compétence du Protecteur du citoyen en vertu de l'article 15 de la LPC, le Protecteur du citoyen comprend qu'il aura également compétence sur le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services et sur les commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Selon la compréhension du Protecteur du citoyen, il ne serait donc pas nécessaire de les ajouter expressément à l'énumération de l'article 15 de la LPC.

1.1.3 Compétence sur d'autres organismes du domaine de la santé

28. Dans le cadre de sa mission, il arrive que le Protecteur du citoyen reçoive des plaintes à l'égard de l'Institut national de santé publique (INSPQ), d'Héma-Québec et de Transplant Québec. Quand cela se produit, il doit toutefois décliner compétence. Dans un souci

¹³ Il en sera question à la section 1.2 du présent mémoire.

¹⁴ Article 600 al. 1 du projet de loi n° 15.

¹⁵ Article 600 al. 2 du projet de loi n° 15.

¹⁶ *Mémoire au Conseil des ministres, Projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, 17 mars 2023, p. 36. (Ci-après « Mémoire au Conseil des ministres »)

d'assurance qualité et de cohérence, et pour les motifs précisés ci-après, le Protecteur du citoyen estime depuis longtemps qu'il devrait pouvoir intervenir auprès de ces organismes, de façon à prévenir et à corriger les possibles abus, négligences, inactions ou erreurs commises. Le projet de loi n° 15 lui donne l'occasion de préciser cette demande.

1.1.3.1 Institut national de santé publique du Québec

29. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a pour mission de soutenir le ministre de la Santé, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités. Il peut également desservir les autres ministères et organismes gouvernementaux, les milieux de l'enseignement, les milieux autochtones, le secteur privé et le grand public.
30. Le mandat principal de l'INSPQ n'est pas d'offrir des services aux usagers, mais il le fait dans certains domaines, et ses travaux de recherche et d'évaluation peuvent affecter directement la population, ou certaines personnes en particulier. L'INSPQ assure en outre la gestion administrative et organisationnelle de certains programmes, comme le Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination. Le Protecteur du citoyen reçoit d'ailleurs parfois des plaintes en lien avec l'examen de ce type de demande, mais se retrouve limité par le fait que c'est l'INSPQ qui en assure la gestion.
31. Même si l'INSPQ s'est engagé à maintenir au plus haut niveau la qualité de ses produits et services et à s'inscrire dans un processus continu d'assurance qualité, à ce jour il n'existe pas de processus de traitement des plaintes permettant à toute personne de faire état de son insatisfaction à l'égard de l'INSPQ, notamment quant au respect des balises de la démarche scientifique. Pourtant, le fait que le Protecteur du citoyen reçoive des plaintes, qu'il ne peut traiter, démontre l'existence d'un besoin à ce chapitre.
32. Le Protecteur du citoyen n'a généralement pas compétence sur l'INSPQ en vertu de la LPU, ce que le projet de loi n° 15 ne modifiera pas. En effet, l'INSPQ ne constituera pas un établissement au sens du projet de loi n° 15.
33. En outre, bien que ses activités soient liées au domaine de la santé, l'INSPQ ne sera pas considéré comme titulaire d'une autorisation de Santé Québec ou généralement comme un autre prestataire auquel Santé Québec recourt pour la prestation de certains services.
34. La LPU ne trouvant pas application, le Protecteur du citoyen estime que des modifications devraient être apportées à la LPC afin qu'il soit en mesure d'agir à l'égard des actes ou omissions de l'INSPQ lorsqu'il estime que ces actes ou omissions ont lésé ou peuvent vraisemblablement léser un citoyen ou un groupe de citoyens.
35. Comme le personnel de l'INSPQ n'est pas nommé suivant la *Loi sur la fonction publique*, il ne répond pas à la définition d'organisme public de l'article 14 de la LPC. Le Protecteur du citoyen est d'avis que, à l'image de ce qui est le cas depuis 2010 pour l'INESSS — dont

le statut¹⁷, la mission et le lien avec les citoyens peuvent être comparés —, l'INSPQ devrait être ajouté à l'énumération de l'article 15 de la LPC (conférant ainsi un recours aux citoyens qui s'estimeraient lésés par l'INSPQ).

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-2 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 15 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (chapitre P-32) pour y ajouter l'Institut national de santé publique du Québec.

1.1.3.2 Héma-Québec

36. Héma-Québec est une personne morale à but non lucratif régie par la *Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance*¹⁸. Elle approvisionne les hôpitaux en produits sanguins et autres produits biologiques d'origine humaine comme le plasma, les cellules souches, les tissus humains et le lait maternel. Elle est responsable du recrutement des donneurs, des collectes de sang, de la qualité des produits et de leur distribution aux centres hospitaliers.
37. Bien que cet organisme dispose d'une politique de qualité qui fait mention de son engagement à résoudre de façon diligente toute plainte en rapport avec ses produits ou services¹⁹, il ne dispose pas d'un processus indépendant de traitement des plaintes, applicable par exemple lorsqu'un donneur est insatisfait des soins et services reçus lors d'une collecte de sang. Le Protecteur du citoyen est d'avis que, considérant le rôle joué par Héma-Québec pour la santé des Québécoises et des Québécois, un recours indépendant — comme celui offert par le Protecteur du citoyen — devrait être disponible.
38. Héma-Québec n'est pas un établissement au sens du projet de loi n° 15. De plus, bien que ses activités soient liées au domaine de la santé, elle ne sera pas considérée comme titulaire d'une autorisation de Santé Québec ou comme un autre prestataire auquel Santé Québec recourt pour la prestation de certains services. Ainsi, le Protecteur du citoyen ne pourra intervenir auprès d'Héma-Québec en vertu de la LPU, sauf en présence d'une entente de services entre Héma-Québec et un établissement public, ayant pour objet une prestation de services assumée par Héma-Québec.
39. En vertu de l'article 13 de la LPC, le Protecteur du citoyen a compétence pour intervenir sur tout « organisme public » au sens des articles 14, 15 et 16 de la LPC. Étant donné son statut et son organisation, Héma-Québec ne correspond à aucun « organisme public » visé par ces dispositions. Elle n'est pas un « organisme public » au sens de l'article 14 de la LPC et elle n'exerce pas, par délégation, les fonctions d'un organisme public ou d'une personne visée à l'article 13. Pour que le Protecteur du citoyen puisse recevoir et traiter les plaintes des citoyens à son égard, Héma-Québec doit être ajoutée à l'énumération de l'article 15 de la LPC. Le Protecteur du citoyen en fait une recommandation.

¹⁷ Les deux organismes sont des personnes morales mandataires de l'État. *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*, RLRQ, c. I-13.1.1. *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, RLRQ, c. I-13.03.

¹⁸ *Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance*, RLRQ, c. H-1.1.

¹⁹ Site web d'[Héma-Québec](#) (Politique de qualité).

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-3 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 15 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (chapitre P-32) pour y ajouter Héma-Québec.

1.1.3.3 Transplant Québec

40. Transplant Québec est une corporation à but non lucratif légalement constituée en vertu de la Partie III de la *Loi sur les compagnies*²⁰. Elle reçoit son mandat du ministre de la Santé et son budget de fonctionnement provient essentiellement du MSSS²¹.
41. Transplant Québec a pour mission de coordonner le processus de don d'organes et de favoriser la plus grande disponibilité possible d'organes de qualité. Elle doit de plus soutenir l'amélioration des pratiques cliniques, assurer l'équité d'attribution des organes, selon les critères éthiques et cliniques pertinents.
42. Selon la politique de traitement des plaintes de Transplant Québec²², une personne, un représentant ainsi que tout héritier ou représentant légal d'une personne décédée peut formuler une plainte au responsable du traitement des plaintes de l'organisme et, en deuxième recours, auprès du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, en vertu de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (LPU).
43. Malgré ce que mentionne cette politique, le Protecteur du citoyen considère qu'il n'a actuellement pas compétence sur Transplant Québec en vertu de la LPU, à moins qu'il n'existe entre un établissement et Transplant Québec une entente de services ayant pour objet une prestation de services de santé assumée par Transplant Québec. En effet, Transplant Québec n'est pas un établissement public au sens du projet de loi n° 15 et elle ne sera pas considéré comme titulaire d'une autorisation de Santé Québec ou comme un autre prestataire auquel Santé Québec recourt pour la prestation de certains services.
44. Le Protecteur du citoyen n'a pas compétence sur Transplant Québec en vertu des articles 13 à 16 de la LPC, aux mêmes motifs que ceux énoncés pour Héma-Québec. Considérant la mission de Transplant Québec et l'importance de ses interactions avec les citoyens, le Protecteur du citoyen estime que Transplant Québec devrait être ajoutée à l'article 15 de la LPC afin de rendre la compétence du Protecteur du citoyen tout à fait explicite.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-4 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 15 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (chapitre P-32) pour y ajouter Transplant Québec.

²⁰ *Loi sur les compagnies*, RLRQ, c. C-38.

²¹ Site web de [Transplant Québec](#) (La corporation de Transplant Québec).

²² Site web de [Transplant Québec](#) (Plaintes et recours).

1.2 Compétence en vertu de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*

45. Le Protecteur du citoyen exerce les fonctions dévolues au Protecteur des usagers conformément aux dispositions de la LPU²³. Ainsi, à l'heure actuelle, le Protecteur du citoyen veille au respect des usagers et des droits qui leur sont reconnus par la LSSSS et par toute autre loi.
46. Le Protecteur du citoyen examine la plainte formulée par un usager en deuxième instance²⁴ ou intervient de sa propre initiative lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne a été lésée ou risque de l'être²⁵. Il importe de rappeler que l'examen d'une plainte et l'intervention par le Protecteur du citoyen de sa propre initiative constituent deux fonctions distinctes exercées par l'institution.
47. Jusqu'à présent, la compétence du Protecteur du citoyen prévue à la LPU en matière d'examen des plaintes et d'intervention s'arrime à celle des commissaires aux plaintes et à la qualité des services. L'intention du législateur en 2005 était de donner compétence au Protecteur du citoyen, tant en matière d'examen des plaintes qu'en matière d'intervention, sur les mêmes instances du réseau, et ce, pour des raisons de cohérence.
48. Notons au passage que le Protecteur du citoyen n'a pas compétence pour analyser les plaintes qui concernent la qualité des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques. Cette compétence est plutôt attribuée au médecin examinateur, en première instance, puis au comité de révision, en seconde instance.
49. Le projet de loi n° 15 vise à apporter un changement important dans la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux et à améliorer la qualité des services de santé et des services sociaux. Pourtant, en matière d'examen des plaintes et de qualité des services, le projet de loi ne modifie pas la LPU et aucune disposition ne prévoit de concordance entre les articles de la LSSSS et ceux du projet de loi pour l'application de la LPU. Si les dispositions auxquelles renvoie la LPU deviennent inopérantes à l'extérieur de certains territoires Inuit et Naskapis, on est en droit de se demander comment s'articulera la compétence du Protecteur du citoyen.
50. En vertu du projet de loi, les commissaires aux plaintes et à la qualité des services²⁶ ne seront plus régis par la LSSSS (qui deviendra la LSSSSIN), mais par la nouvelle *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* édictée par le projet de loi n° 15.
51. Les articles 7, 8 et 20 de la LPU définissent la compétence du Protecteur des usagers en référant notamment à des articles de la LSSSS et de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*²⁷. Si le projet de loi n° 15 était adopté dans sa forme actuelle, le Protecteur du citoyen ne pourrait pas examiner les plaintes, ni intervenir à l'égard de

²³ En vertu de l'article 13 de la LPC et de l'article 1 de la LPU.

²⁴ Article 8 de la LPU.

²⁵ Article 20 de la LPU.

²⁶ À l'exception des commissaires des territoires ou établissements Inuit et Naskapi.

²⁷ *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, RLRQ, c. S-6.2.

Santé Québec, du réseau de la santé et des services sociaux, du commissaire national aux plaintes et à la qualité des services et des commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

52. Le projet de loi n° 15 prévoit pourtant que le Protecteur des usagers continuera à jouer son rôle dans le régime d'examen des plaintes, et ce, malgré l'absence de modifications apportées à la LPU. À cet égard, le paragraphe 3° du 1^{er} alinéa de l'article 579 et l'article 580 du projet de loi n° 15 prévoient la possibilité pour l'auteur d'une plainte de se plaindre en deuxième recours au Protecteur du citoyen, conformément à la LPU²⁸.
53. Afin d'assurer la cohérence des textes de loi et de préserver l'action du Protecteur des usagers, la LPU doit être modifiée pour refléter les changements opérés par le projet de loi n° 15, et ce, sans affecter les fonctions du Protecteur des usagers décrites notamment à l'article 7 de la LPU. Les modifications doivent comprendre les références aux bonnes lois et aux bons termes, incluant le remplacement du terme « usager » par l'expression « toute personne »²⁹ qui est utilisée dans l'article 572 du projet de loi n° 15.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-5 Que le projet de loi no 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 7 de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 7. Le Protecteur des usagers veille, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus au titre II de la partie I de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, au titre II de la partie I de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) et par toute autre loi.

Il a pour principale fonction d'examiner la plainte formulée par toute personne.

Il peut en outre effectuer une intervention particulière auprès de toute instance concernée dans les cas prévus à l'article 20. »

²⁸ Art. 579, al. 1, par. 3 du projet de loi n° 15 : « Le commissaire, après avoir procédé à l'examen d'une plainte, doit transmettre à l'auteur de celle-ci les renseignements suivants : [...] 3° les modalités selon lesquelles l'auteur peut, conformément à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, formuler une plainte s'il est en désaccord avec ces conclusions ou s'il est insatisfait du suivi accordé à ces recommandations. »

Art. 580 du projet de loi n° 15 : « L'auteur d'une plainte accueillie par le commissaire à l'égard de laquelle aucune conclusion visée au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 579 n'a été transmise dans les 45 jours suivant la réception de la plainte peut s'en plaindre conformément à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux comme s'il s'agissait d'un désaccord avec des conclusions qui lui auraient été transmises. »

²⁹ Le Protecteur du citoyen recommande toutefois de définir cette expression pour la circonscrire; voir la section 2.1 du présent mémoire.

1.2.1 Instances sous compétence

54. Présentement, le Protecteur du citoyen a compétence en vertu de la LPU sur tout établissement reconnu ou constitué conformément à la LSSSS. Les instances du réseau de la santé et des services sociaux sous compétence du Protecteur du citoyen³⁰ sont :

- Les établissements de santé et de services sociaux;
- Tout organisme, ressource, société ou personne auquel un établissement recourt pour la prestation de services³¹;
- Ou qui peut faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 LSSSS, soit un organisme communautaire, une résidence privée d'hébergement, une personne physique ayant une entente de prestation de services;
- La Corporation d'urgences-santé.

55. Le Protecteur du citoyen estime primordial que les modifications pertinentes soient apportées le cas échéant à la LPU par le projet de loi n° 15, de façon que son champ de compétence ne soit pas diminué. Il en va du maintien d'un recours essentiel pour les usagers. Les sous-sections qui suivent expliquent comment s'articule cette compétence.

1.2.1.1 Les établissements de santé et de services sociaux

56. C'est la LSSSS qui détermine actuellement ce qui constitue un établissement, qui peut être public ou privé. L'article 94 de la LSSSS définit un établissement comme toute personne ou société qui exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs des centres visés à l'article 79³².

57. Le projet de loi n° 15 maintient que les services de santé et les services sociaux sont fournis par des établissements, qui peuvent être publics ou privés, et la personne qui reçoit ces services d'un établissement conserve la dénomination d'utilisateur³³.

58. Le projet de loi n° 15 reprend les mêmes services de santé et services sociaux que la LSSSS, en précisant que ceux-ci sont compris dans les ensembles suivants :

- Les « services communautaires locaux »;
- Les « services hospitaliers »;
- Les « services d'hébergement et de soins de longue durée »;
- Les « services de protection de la jeunesse » et;

³⁰ C'est l'article 8 de la LPU qui explicite quelles sont les plaintes pouvant être examinées par le Protecteur du citoyen.

³¹ Article 34 de la LSSSS.

³² L'article 79 de la LSSSS précise que « Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements dans les centres suivants :

1° un centre local de services communautaires;

2° un centre hospitalier;

3° un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;

4° un centre d'hébergement et de soins de longue durée;

5° un centre de réadaptation. »

³³ Article 2 du projet de loi n° 15.

- Les « services de réadaptation »³⁴.
59. Les établissements publics³⁵ incluent les établissements territoriaux et les établissements autres que territoriaux, qui sont des unités administratives au sein de Santé Québec³⁶, ainsi que les établissements regroupés, qui sont des personnes morales distinctes de Santé Québec, mais administrés par Santé Québec³⁷.
 60. Le projet de loi prévoit que Santé Québec, à titre de prestataire public des services de santé et des services sociaux, agira par l'entremise des établissements publics de santé et de services sociaux, dorénavant intégrés au sein de Santé Québec ou regroupés avec elle.
 61. Pour ce qui est des établissements publics desservant une population nordique et autochtone, certains seront intégrés à Santé Québec et d'autres pas. En fait, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, qui est un établissement public et qui est actuellement visé par la partie IV.2 de la LSSSS, sera intégré à Santé Québec. Il s'agirait du seul établissement public desservant une population nordique qui serait ainsi visé par le projet de loi n° 15³⁸.
 62. Le MSSS explique qu'afin de respecter l'exercice de l'autonomie des Nations conventionnées dans le cadre de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) et de la Convention du Nord-Est québécois (CNEQ), le projet de loi n° 15 ne s'appliquera pas aux établissements et à la régie régionale visés par la partie IV.1 de la LSSSS, soit le Centre de santé Inuulitsivik, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN), à l'établissement visé par la partie IV.3 de la LSSSS, soit le CLSC Naskapi, ni au Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) institué en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5)³⁹.
 63. En vertu du projet de loi n° 15, l'établissement privé sera « une entité juridique exploitée par une personne morale dont les activités [sont] restreintes à la prestation de services de santé ou de services sociaux afférents aux missions, aux classes et aux types déterminés par Santé Québec parmi ceux prévus par règlement⁴⁰ ». Il devra être titulaire d'une autorisation délivrée par Santé Québec à cette fin⁴¹. Le mode de financement des établissements privés, pour ceux ayant signé une convention de financement avec le MSSS, est dit « conventionné »⁴². Pour les autres, il s'agit plutôt d'établissements privés

³⁴ Article 3 du projet de loi n° 15.

³⁵ Articles 37 et 282 du projet de loi n° 15.

³⁶ Articles 37 et suivants du projet de loi n° 15.

³⁷ Articles 282 et suivants du projet de loi n° 15.

³⁸ Fiche technique du MSSS, *Projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace – Glossaire de termes relatifs à la structure du réseau de la santé et des services sociaux*, 29 mars 2023, p. 4.

(Ci-après « Glossaire du MSSS »)

³⁹ Glossaire du MSSS, p. 4-5.

⁴⁰ Mémoire au Conseil des ministres, p. 11.

⁴¹ Article 306 du projet de loi n° 15.

⁴² Mémoire au Conseil des ministres, p. 11.

dont le mode de financement n'est pas prévu dans une convention de financement ou qui ne reçoivent pas de financement. Ils sont dits « établissements non conventionnés »⁴³.

64. À la lumière de l'ensemble de ces informations, présentées par le MSSS, il appert que la restructuration du système de santé et de services sociaux ne modifierait pas la division territoriale et l'organisation physique des établissements de santé et de services sociaux. Chacun des établissements (CIUSSS et CISSS) regroupera toujours les diverses installations d'un même territoire (hôpital, CHSLD, CLSC, etc.). Donc, il s'agit en essence de la même structure offrant des services de santé et des services sociaux analogues.

1.2.1.2 Tout organisme, ressource, société ou personne auquel un établissement recourt pour la prestation de services ou qui peut faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 LSSSS

65. En vertu du cadre législatif actuel et comme mentionné au début de la section 1.2.1, le Protecteur du citoyen a compétence sur l'organisme, la ressource, la société ou la personne auxquels l'établissement recourt, par entente ou autrement, pour la prestation des services visés, et ce, sur la base des services que l'un ou l'autre est appelé à dispenser dans la continuité, en quelque sorte, des services dispensés par l'établissement. Il peut s'agir d'une ressource intermédiaire, d'une ressource de type familial ou de tout autre organisme, société ou personne auxquelles l'établissement recourt, notamment par entente visée à l'article 108 ou 108.1 de la LSSSS.
66. À cet égard, l'article 60 de la LSSSS⁴⁴ circonscrit actuellement le champ de compétence du commissaire aux plaintes et à la qualité des services⁴⁵ : il s'agit notamment des

⁴³ Mémoire au Conseil des ministres, p. 11.

⁴⁴ « 60. Peut directement formuler une plainte à l'agence :

1° toute personne qui utilise les services d'un organisme communautaire visé à l'article 334 ou celle qui est hébergée dans une résidence privée d'hébergement ou par un organisme communautaire visés à l'article 454, par une ressource offrant de l'hébergement visée à l'article 346.0.21 ou dans une résidence privée pour aînés visée à l'article 346.0.1, relativement aux services qu'elle a reçus ou aurait dû recevoir de l'organisme, de la résidence ou de la ressource;

2° (paragraphe abrogé);

3° toute personne physique relativement à l'exercice d'une fonction ou d'une activité de l'agence qui l'affecte personnellement parce qu'elle reçoit ou aurait dû recevoir des services offerts par les établissements, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial, les organismes communautaires, les résidences privées d'hébergement ou les organismes communautaires visés à l'article 454, les ressources offrant de l'hébergement visées à l'article 346.0.21 ou les résidences privées pour aînés visées à l'article 346.0.1;

4° toute personne physique relativement à tout service d'aide à la clientèle, dont la prestation est assurée par l'agence elle-même dans le cadre de ses fonctions à l'égard de la population et des droits des usagers;

5° toute personne physique qui requiert ou utilise des services d'un organisme, d'une société ou d'une personne, dont les services ou les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux, et avec lequel une entente de services aux fins de leur prestation a été conclue par l'agence et qui ne peut autrement se prévaloir auprès d'un établissement du recours prévu à la section I, sauf s'il s'agit d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, qui exerce sa profession au sein d'un tel organisme, d'une telle société ou d'une telle personne. »

⁴⁵ Cet article doit être lu à la lumière de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2. L'article 50.2 de cette loi édicte que : « Les dispositions des sections I et II du chapitre III du titre II de la partie I de cette loi s'appliquent à l'exercice des fonctions du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et à celles de tout médecin examinateur, à l'égard des établissements privés. » Les articles 50.1 et 51 de cette loi précisent que les plaintes

services offerts par les établissements, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial, les organismes communautaires visés à l'article 334 de la LSSSS, les résidences privées d'hébergement ou les organismes communautaires visés à l'article 454, ainsi que les ressources offrant de l'hébergement visées à l'article 346.0.21 ou les résidences privées pour aînés visées à l'article 346.0.1.

67. Le projet de loi n° 15 dédie une section complète de la loi aux ententes et agréments aux fins de financement et visant la prestation de certains services. Santé Québec pourra notamment conclure des ententes de financement avec des établissements privés, octroyer des subventions à des organismes communautaires. Elle pourra également conclure des ententes visant la fourniture, la prestation ou l'échange de certains services avec des organismes communautaires, des cliniques médicales associées, des ressources intermédiaires et de type familial.
68. Le projet de loi n° 15 prévoit également la réglementation de certaines activités par un régime d'autorisation encadrant certains prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux, autres que des établissements, notamment les centres médicaux spécialisés, les résidences privées pour aînés et les autres ressources offrant de l'hébergement⁴⁶.
69. Le Protecteur du citoyen conclut que la réorganisation — en remplaçant la conclusion d'entente en vertu des articles 108 et 108.1 de la LSSSS par la conclusion d'ententes et d'agréments aux fins de financement — ne modifiera pas de façon significative l'offre actuelle de services. Partant, la portée de la compétence du Protecteur du citoyen ne doit pas être restreinte. Par ailleurs, le Protecteur du citoyen est d'avis que le régime d'autorisation mis en place par le projet de loi n° 15 permettra un meilleur encadrement des activités autorisées.

1.2.1.3 Urgences-santé

70. Le projet de loi n° 15 propose de modifier le nom de la Corporation d'urgences-santé pour qu'elle se nomme dorénavant «Urgences-santé». Ni ce changement ni les autres modifications apportées à cette instance ne modifient significativement le recours au Protecteur du citoyen en 2^e instance, en vertu de la LPU. Les commentaires du Protecteur du citoyen concernant Urgences-santé portent plutôt sur un autre enjeu et seront présentés à la section 2.2.

1.2.2 Modalités d'exercice de la compétence

71. Comme mentionné au début de la section 1.2 (par.46), le Protecteur du citoyen distingue deux modalités d'exercice de sa compétence en vertu de la LPU : l'examen des plaintes

visées aux articles 29 et suivants de la LSSSS sont examinées par un centre intégré de santé et de services sociaux, et qu'il en est de même pour les plaintes visées à l'article 60 de la LSSSS, également examinées par un centre intégré de santé et de services sociaux conformément aux dispositions des articles 29 à 59 de la LSSSS. L'article 51 précise toutefois que, dans les régions comptant plus d'un centre intégré, les plaintes à l'égard d'un organisme communautaire visé à l'article 334 de la LSSSS sont examinées par le CISSS/CIUSSS issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements.

⁴⁶ Mémoire au Conseil des ministres, p. 11-12 et 33.

et l'intervention, cette dernière s'effectuant de sa propre initiative ou à la suite d'un signalement. Les deux prochaines sous-sections s'attardent à ces modalités.

1.2.2.1 Compétence en matière d'examen des plaintes

- 72.** L'article 7 de la LPU précise que la mission du Protecteur des usagers est de veiller au respect des usagers et des droits qui leur sont reconnus au titre II de la partie 1 de la LSSSS et par toute autre loi et que, pour réaliser cette mission, le Protecteur du citoyen a pour principale fonction d'examiner la plainte formulée par un usager⁴⁷.
- 73.** L'article 8 de la LPU précise notamment que le Protecteur du citoyen a pour fonction d'examiner la plainte d'un usager en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le Protecteur du citoyen intervient alors en 2^e instance. Plus précisément, cet article définit comme suit le champ de compétence du Protecteur du citoyen en matière d'examen des plaintes :

« 8. Le Protecteur des usagers a pour fonction d'examiner la plainte :

1° d'un usager qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 6° du deuxième alinéa de l'article 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 40 de cette loi ou encore qui est insatisfait du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

2° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 6° du deuxième alinéa de l'article 66 de cette loi ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 72 de cette loi ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

3° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par la Corporation d'urgences-santé en application des dispositions de l'article 104 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) ou qui sont réputées lui avoir été transmises par la Corporation d'urgences-santé en application des dispositions de cet article ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent.

Il a également pour fonction d'examiner la plainte formulée par les héritiers ou les représentants légaux d'un usager décédé sur les services que l'usager a reçus ou aurait dû recevoir de son vivant, pourvu que telle plainte ait été au préalable soumise à l'examen prévu à la section I ou, selon le cas, à la section III du chapitre III du titre II de la partie I de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. »

⁴⁷ Article 8 de la LPU.

74. Le 1^{er} alinéa de l'article 34 de la LSSSS circonscrit comme suit le champ de compétence du commissaire local auquel renvoie le paragraphe (1^o) de l'article 8 de la LPU⁴⁸ :

« 34. La procédure d'examen des plaintes doit permettre à l'usager de formuler une plainte écrite ou verbale auprès du commissaire local sur les services de santé ou les services sociaux qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert de l'établissement, d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial ou de tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt, notamment par entente visée à l'article 108 ou 108.1, pour la prestation de ces services, sauf s'il s'agit d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, qui exerce sa profession au sein d'un tel organisme, d'une telle société ou d'une telle personne. »

75. Suivant cette disposition, les commissaires locaux ont compétence sur tous les services de santé et services sociaux que les établissements dispensent, devraient dispenser ou auraient dû dispenser aux usagers, que ce soit directement ou par l'intermédiaire, entre autres, de tout organisme, société ou personne « auquel l'établissement recourt (...) pour la prestation de ces services »⁴⁹. Ils ont donc compétence sur tous les services qu'un établissement est requis de dispenser aux usagers, que ce soit directement ou, notamment, par l'intermédiaire d'un organisme ou de toute autre personne interposée qui en assurera la prestation aux usagers. À moins que la loi n'y pourvoie, ce type de service fait généralement l'objet d'une entente de services au sens des articles 108 ou 108.1 de la LSSSS. En ce cas, les commissaires ont compétence sur ces dernières instances sur la base des services qu'elles dispensent dans la continuité des services dispensés par l'établissement.
76. En référence au 2^e paragraphe de l'article 8 de la LPU, c'est l'article 60 de la LSSSS⁵⁰ qui circonscrit le champ de compétence du commissaire en matière d'examen des plaintes. Ainsi, tout usager du réseau de la santé et des services sociaux qui croit que ses droits n'ont pas été respectés, ou qui est insatisfait des services qu'il a reçus, peut exprimer son insatisfaction ou déposer une plainte à ce sujet. Le commissaire est responsable des plaintes concernant une ressource ou un établissement de santé et de services sociaux visé par le régime d'examen des plaintes.
77. Les dispositions concernant les plaintes se trouvent aux articles 572 et suivants du projet de loi n° 15. L'article 34 de la LSSSS est repris en partie par l'article 572 du projet de loi. Un changement majeur est le fait que « toute personne » — ce qui couvre notamment les usagers et les résidents — peut « formuler à Santé Québec une plainte à l'égard des services de santé ou des services sociaux qui relèvent d'un établissement public [ou qui sont fournis] par le titulaire d'une autorisation ou un autre prestataire auquel Santé

⁴⁸ Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2, on ne parle plus de commissaires locaux ou régionaux, mais uniquement de commissaires. Toutefois, puisque la LSSSS et la LPU ont maintenu cette terminologie, elle est aussi utilisée dans la présente section.

⁴⁹ Article 34 de la LSSSS.

⁵⁰ En combinaison avec l'article 51 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2.

Québec verse des sommes d'argent. Une plainte peut également être formulée à Santé Québec à l'égard des activités de recherche d'un établissement. »⁵¹

78. Pour maintenir la pleine compétence du Protecteur du citoyen en matière d'examen des plaintes, il doit y avoir concordance entre la compétence du commissaire aux plaintes et à la qualité des services définie par le projet de loi n° 15 et celle du Protecteur du citoyen définie par l'article 8 de la LPU.
79. L'article 8 de la LPU doit aussi être modifié, par concordance, pour tenir compte du changement de dénomination de la Corporation d'urgences-santé et de la coexistence de la nouvelle loi avec la LSSSS, qui deviendra la LSSSSIN.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-6 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 8 de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 8. Le Protecteur des usagers a pour fonction d'examiner la plainte :

0.1° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 579 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi). ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 580 de cette loi ou encore qui est insatisfait du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

1° d'un usager qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 6° du deuxième alinéa de l'article 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 40 de cette loi ou encore qui est insatisfait du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

2° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 6° du deuxième alinéa de l'article 66 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 72 de cette loi ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

3° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par Urgences-santé en application des dispositions de l'article 104 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) ou qui sont réputées lui avoir été transmises par Urgences-santé en application des

⁵¹ Article 572 du projet de loi n° 15.

dispositions de cet article ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

Il a également pour fonction d'examiner la plainte formulée par les héritiers ou les représentants légaux d'un usager décédé sur les services que l'usager a reçus ou aurait dû recevoir de son vivant, pourvu que telle plainte ait été au préalable soumise à l'examen, selon le cas, d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, d'un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou d'un commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. »

1.2.2.2 Compétence en matière d'intervention

80. En matière d'intervention, c'est l'article 20 de la LPU qui détermine le champ de compétence du Protecteur du citoyen. Il peut intervenir de sa propre initiative à la lumière des faits, événements ou autres circonstances qu'il constate dans l'exercice de ses fonctions ou qui sont portés à sa connaissance en provenance de toute source d'information. L'article 20 de la LPU se lit actuellement comme suit :

« 20. Le Protecteur des usagers peut intervenir de sa propre initiative s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission:

1° de tout établissement ou de tout organisme, ressource, société ou personne auquel l'établissement recourt pour la prestation de certains services;

2° de toute agence, de tout organisme, ressource, société ou personne dont les services peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

3° de la Corporation d'urgences-santé dans la prestation des services pré-hospitaliers d'urgence;

4° le cas échéant, de toute personne qui travaille ou exerce sa profession pour le compte d'une instance mentionnée aux paragraphes 1°, 2° ou 3°.

Rien dans le présent article ne doit être interprété comme conférant au Protecteur des usagers une compétence sur le contrôle ou l'appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques posés dans un centre exploité par un établissement. »

81. Alors que le Protecteur du citoyen, dans sa fonction d'examen des plaintes d'un usager en désaccord avec les conclusions d'un commissaire, ou insatisfait du suivi accordé aux recommandations de ce dernier, ne peut prononcer ses conclusions et émettre ses recommandations qu'à l'égard des services de santé ou des services sociaux fournis par l'instance d'où origine la plainte ou à l'égard des activités relevant d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, il n'existe aucune telle limite à son intervention, qu'elle soit de sa propre initiative ou sur demande ou signalement.
82. En effet, l'intervention du Protecteur du citoyen en vertu de la LPU peut se faire à l'égard de tout « acte » ou « omission » susceptible de léser ou ayant lésé une personne physique

ou un groupe de personnes physiques. Cela est naturellement plus large que ce sur quoi portent les conclusions du commissaire lors de son examen des plaintes, qui peuvent faire l'objet de l'examen de la plainte en deuxième instance par le Protecteur du citoyen en vertu de l'article 8 LPU.

83. Par ailleurs, il importe de noter que le projet de loi n° 15 exclut maintenant les plaintes contre les sages-femmes de la compétence du commissaire aux plaintes et à la qualité des services⁵² — et incidemment de celle du Protecteur du citoyen — en confiant le traitement de ces plaintes aux médecins examinateurs. Le Protecteur du citoyen ne s'y oppose pas — notant que cela découle de la transformation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens en Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes⁵³ — mais il note qu'une modification à l'article 20 de la LPU est requise pour le refléter.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-7 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 20 de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 20. Le Protecteur des usagers peut intervenir de sa propre initiative s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission :

0.1° de Santé Québec, dans sa mission d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires du Québec ou à l'égard des activités de recherche d'un établissement;

0.2° d'un établissement public, ou d'un établissement privé, de tout organisme, ressource, société ou personne disposant de l'autorité à cet effet au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace auquel Santé Québec ou l'établissement recourt pour la prestation de certains services ;

0.3° de tout titulaire d'une autorisation ou de tout autre prestataire dont les services peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu du deuxième alinéa de l'article 572 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi);

1° de tout établissement ou de tout organisme, ressource, société ou personne auquel l'établissement recourt pour la prestation de certains services offerts en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S- 4.2);

⁵² Article 574 al. 2 (1°) du projet de loi n° 15.

⁵³ Articles 166 et suivants du projet de loi n° 15.

2° de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, de tout organisme, ressource, société ou personne dont les services peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2);

3° d'Urgences-santé dans la prestation des services pré-hospitaliers d'urgence;

4° le cas échéant, de toute personne qui travaille ou exerce sa profession pour le compte d'une entité mentionnée aux paragraphes 0.1° à 3°.

Rien dans le présent article ne doit être interprété comme conférant au Protecteur des usagers une compétence sur le contrôle ou l'appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires, pharmaceutiques ou de sages-femmes posés dans un centre exploité par un établissement. »

1.2.3 Les autres modifications requises pour le plein exercice de la compétence

84. L'article 7 de la LPU édicte que le Protecteur du citoyen veille, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus au titre II de la partie I de la LSSSS et par toute autre loi.
85. En vertu de l'article 10 de la LPU, le Protecteur du citoyen doit établir une procédure d'examen des plaintes qui doit notamment contenir les éléments mentionnés aux paragraphes 1° à 7° du second alinéa de cet article⁵⁴.

⁵⁴ Article de la 10 de la LPU : « 10. Le Protecteur des usagers doit établir une procédure d'examen des plaintes. Cette procédure doit notamment :

1° indiquer les renseignements nécessaires permettant d'avoir rapidement accès aux services du Protecteur des usagers;

2° prévoir que le Protecteur des usagers doit, au besoin, prêter assistance ou s'assurer que soit prêté assistance à l'utilisateur ou à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche s'y rapportant, notamment par l'organisme communautaire de la région à qui un mandat d'assistance et d'accompagnement a été confié en application des dispositions de l'article 76.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

3° préciser que la plainte peut être écrite ou verbale et, le cas échéant, que les conclusions doivent être transmises par le commissaire local ou, selon le cas, par le commissaire régional;

3.1° indiquer que le Protecteur des usagers peut, lorsqu'il le juge nécessaire, exiger que la plainte soit écrite;

4° prévoir que le Protecteur des usagers informe par écrit l'établissement ou, selon le cas, l'agence de la réception d'une plainte le concernant ou, s'il est d'avis qu'il y a absence de préjudice pour l'utilisateur, lui communique une copie de la plainte; de plus, prévoir qu'une telle information soit également transmise par écrit, le cas échéant, à la plus haute autorité de tout autre organisme, ressource ou société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque la plainte porte sur des services qui relèvent de l'un d'eux;

5° permettre au plaignant et à l'établissement ou, selon le cas, à l'agence ainsi que, le cas échéant, à la plus haute autorité de l'organisme, de la ressource ou de la société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque les services faisant l'objet de la plainte relèvent de l'un d'eux, de présenter leurs observations;

6° prévoir que le Protecteur des usagers, après avoir examiné la plainte, communique sans retard ses conclusions motivées au plaignant, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations à l'établissement ou, selon le cas, à l'agence ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité de l'organisme, de la ressource ou de la société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque les services faisant l'objet de

86. Les recommandations de modifications formulées dans la section précédente (1.2.2) concernaient directement le maintien de la compétence du Protecteur du citoyen en vertu de la LPU. D'autres modifications doivent toutefois être apportées aux dispositions du chapitre III de la LPU concernant les fonctions du Protecteur des usagers, et plus précisément aux articles 10 et 12 à 15 de la LPU. Cela est nécessaire afin de tenir compte, d'une part, des dispositions et libellés de la nouvelle loi édictée par le projet de loi n° 15 et, d'autre part, du maintien de la LSSSS — qui devient la LSSSSIN — et de son application à certains territoires.
87. À des fins de simplification, le Protecteur du citoyen propose dans certains cas des articles ou des paragraphes distincts pour les mécanismes équivalents référant à la LSSSSIN et à la LSSSSAC ou à la nouvelle loi.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-8 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition modifiant la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par l'ajout, avant l'article 10, du suivant :

« 9.1 Le Protecteur des usagers doit établir une procédure d'examen des plaintes, pour les plaintes qui découlent d'une plainte soumise à l'examen d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services en vertu de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi) ou de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2).

Cette procédure doit notamment:

1° indiquer les renseignements nécessaires permettant d'avoir rapidement accès aux services du Protecteur des usagers;

2° prévoir que le Protecteur des usagers doit, au besoin, prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche s'y rapportant, notamment par l'organisme communautaire auquel ont été confiées des fonctions d'assistance et d'accompagnement en vertu du premier alinéa de l'article 624 de la Loi visant à

la plainte relèvent de l'un d'eux; prévoir que le Protecteur transmette également une copie de ses conclusions motivées à l'établissement ou, selon le cas, à l'agence ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité concernée; 7° prévoir que dans le cas où la plainte est verbale, le Protecteur des usagers peut communiquer ses conclusions verbalement.

Lorsque l'examen d'une plainte dont le Protecteur des usagers est saisi en application du paragraphe 1° ou 3° du premier alinéa de l'article 8 soulève une question relevant d'une responsabilité de l'agence visée à l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, y compris l'accès aux services, leur organisation ou leur financement, la procédure peut également permettre à l'agence de présenter ses observations, auquel cas le Protecteur des usagers doit informer le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services des éléments de la plainte qu'il estime pertinents à son objet et identifier l'instance concernée. Le Protecteur des usagers doit permettre à l'agence de présenter ses observations dans tous les cas où il entend lui formuler une recommandation dans le cadre de cet examen. »

rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi);

3° préciser que la plainte peut être écrite ou verbale et, le cas échéant, que les conclusions doivent être transmises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services;

3.1° indiquer que le Protecteur des usagers peut, lorsqu'il le juge nécessaire, exiger que la plainte soit écrite;

4° prévoir que le Protecteur des usagers informe par écrit l'entité énumérée ci-dessous de la réception d'une plainte le concernant ou, s'il est d'avis qu'il y a absence de préjudice pour la personne, lui communique une copie de la plainte :

- Santé Québec, dans sa mission d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires du Québec;
- l'établissement public;
- tout établissement privé, organisme, ressource, société ou personne disposant de l'autorité à cet effet au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace auquel Santé Québec ou l'établissement recourt pour la prestation de certains services;
- tout titulaire d'une autorisation ou de tout autre prestataire dont les services peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu du deuxième alinéa de l'article 572 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace;
- tout établissement dont les activités de recherche peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu du troisième alinéa de l'article 572 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace;
- Urgences-Santé;
- toute autre entité désignée par règlement;

5° permettre au plaignant, à l'entité visée par la plainte ou, le cas échéant, à Urgences-Santé de présenter leurs observations;

6° prévoir que le Protecteur des usagers, après avoir examiné la plainte, communique sans retard ses conclusions motivées au plaignant, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations à l'entité visée par la plainte, ou le cas échéant à Urgences-Santé;

7° prévoir que dans le cas où la plainte est verbale, le Protecteur des usagers peut communiquer ses conclusions verbalement.

Lorsque l'examen d'une plainte dont le Protecteur des usagers est saisi en application du paragraphe 0.1° ou 3° du premier alinéa de l'article 8 soulève une question relevant d'une responsabilité de Santé Québec, y compris l'accès aux services, leur organisation ou leur financement, la procédure peut également permettre à Santé Québec de présenter ses observations. »

R-9 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 10 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 10. Le Protecteur des usagers doit établir une procédure d'examen des plaintes, pour les plaintes qui découlent d'une plainte soumise à l'examen d'un commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services en vertu de de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S- 4.2).

Cette procédure doit notamment :

1° indiquer les renseignements nécessaires permettant d'avoir rapidement accès aux services du Protecteur des usagers;

2° prévoir que le Protecteur des usagers doit, au besoin, prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à l'utilisateur ou à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche s'y rapportant, notamment par l'organisme communautaire de la région à qui un mandat d'assistance et d'accompagnement a été confié en application des dispositions de l'article 76.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S- 4.2);

3° préciser que la plainte peut être écrite ou verbale et, le cas échéant, que les conclusions doivent être transmises par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou, selon le cas, par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;

3.1° indiquer que le Protecteur des usagers peut, lorsqu'il le juge nécessaire, exiger que la plainte soit écrite;

4° prévoir que le Protecteur des usagers informe par écrit l'établissement ou, selon le cas, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik de la réception d'une plainte le concernant ou, s'il est d'avis qu'il y a absence de préjudice pour l'utilisateur, lui communique une copie de la plainte; de plus, prévoir qu'une telle information soit également transmise par écrit, le cas échéant, à la plus haute autorité de tout autre organisme, ressource ou société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque la plainte porte sur des services qui relèvent de l'un d'eux;

5° permettre au plaignant et à l'établissement ou, selon le cas, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que, le cas échéant, à la plus haute autorité de l'organisme, de la ressource ou de la société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque les services faisant l'objet de la plainte relèvent de l'un d'eux, de présenter leurs observations;

6° prévoir que le Protecteur des usagers, après avoir examiné la plainte, communique sans retard ses conclusions motivées au plaignant, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations à l'établissement ou, selon le cas, à la

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité de l'organisme, de la ressource ou de la société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque les services faisant l'objet de la plainte relèvent de l'un d'eux; prévoir que le Protecteur transmette également une copie de ses conclusions motivées à l'établissement ou, selon le cas, à la régie ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité concernée;

7° prévoir que dans le cas où la plainte est verbale, le Protecteur des usagers peut communiquer ses conclusions verbalement.

Lorsque l'examen d'une plainte dont le Protecteur des usagers est saisi en application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 8 soulève une question relevant d'une responsabilité de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik visée à l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), y compris l'accès aux services, leur organisation ou leur financement, la procédure peut également permettre à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik de présenter ses observations, auquel cas le Protecteur des usagers doit informer le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services des éléments de la plainte qu'il estime pertinents à son objet et identifier l'instance concernée. Le Protecteur des usagers doit permettre à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik de présenter ses observations dans tous les cas où il entend lui formuler une recommandation dans le cadre de cet examen. »

R-10 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 12 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 12. Dans les cinq jours de la réception de la communication écrite visée au paragraphe 4° du deuxième alinéa de l'article 9.1, l'entité doit transmettre au Protecteur des usagers une copie du dossier complet de la plainte.

L'établissement ou, selon le cas, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik doit, dans les cinq jours de la réception de la communication écrite visée au paragraphe 4° du deuxième alinéa de l'article 10.1, faire de même. »

R-11 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 13 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 13. Le Protecteur des usagers peut rejeter, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Il peut également refuser ou cesser d'examiner une plainte dans l'une ou l'autre des situations suivantes:

1° s'il a des motifs raisonnables de croire que son intervention n'est manifestement pas utile;

2° si le délai écoulé entre le déroulement des événements qui ont engendré l'insatisfaction du plaignant et le dépôt de la plainte rend son examen impossible;

2.1° s'il s'est écoulé plus de deux ans depuis que le plaignant a reçu les conclusions motivées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou, depuis la date à laquelle des conclusions négatives sont réputées avoir été transmises au plaignant en vertu de l'article 580 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi), à moins que le plaignant ne démontre au Protecteur des usagers qu'il était dans l'impossibilité d'agir.

3° s'il s'est écoulé plus de deux ans depuis que le plaignant a reçu les conclusions motivées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou, selon le cas, du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, ou encore depuis la date à laquelle des conclusions négatives sont réputées avoir été transmises au plaignant en vertu de l'article 40 ou 72 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), à moins que le plaignant ne démontre au Protecteur des usagers qu'il était dans l'impossibilité d'agir.

Dans de tels cas, le Protecteur des usagers en informe par écrit le plaignant. »

R-12 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 14 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 14. Le plaignant et toute autre personne ainsi que tout établissement et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, y inclus toute personne qui travaille ou exerce sa profession pour le compte d'un organisme, d'une ressource, d'une société ou de toute autre personne que l'établissement ou Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, doivent fournir au Protecteur des usagers tous les renseignements ainsi que, sous réserve, selon le cas, des articles 173 et 185 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi) ou du deuxième alinéa l'article 190 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) et de l'article 218 de cette loi, tous les documents qu'il exige pour l'examen de la plainte, y compris l'accès et la communication de renseignements de santé et de services sociaux, au sens de la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (2023, c.5), ou de documents contenant de tels renseignements; toute personne doit également, sauf excuse valable, assister à une rencontre que celui-ci convoque. »

R-13 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 15 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 15. Dans les 30 jours de la réception d'une recommandation formulée à son attention par le Protecteur des usagers, l'entité visée au paragraphe 4° du deuxième alinéa de l'article 10.1 ou toute autre personne visée par cette recommandation, doit informer par écrit le Protecteur des usagers de même que le plaignant des suites qu'il entend donner à cette recommandation et, s'il n'entend pas y donner suite, les informer du motif justifiant sa décision.

Il en est de même de l'établissement ou, selon le cas, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, de la plus haute autorité de l'organisme, de la ressource ou de la société ou encore toute autre personne visée par cette recommandation. »

1.3 Compétence en vertu de la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics*

88. La *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics*⁵⁵ (LFDAROP) confie au Protecteur du citoyen le pouvoir de recevoir et de traiter les divulgations d'actes répréhensibles posés à l'égard des organismes publics. Pour l'application de la LFDAROP, les organismes publics sont ceux qui appartiennent aux catégories définies à son article 2. Cela inclut les organismes autres que budgétaires énumérés à l'annexe 2 de la *Loi sur l'administration financière*⁵⁶.
89. Le projet de loi n° 15 modifie l'annexe 2 de la *Loi sur l'administration financière* pour inclure Santé Québec et Urgences-santé à la liste des organismes autres que budgétaires qui y sont énumérés⁵⁷. Ce faisant, le projet de loi n° 15 assure la compétence du Protecteur du citoyen sur Santé Québec et sur Urgences-santé en vertu de la LFDAROP.
90. Puisque, selon les informations partagées par le MSSSS et comme précisé à la section 1.1.2, le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services et les commissaires aux plaintes et à la qualité des services seront des employés de Santé Québec, le Protecteur du citoyen aura également compétence sur eux en vertu de la LFDAROP, quant aux actes répréhensibles posés à leur égard, le tout sans nécessiter de modifications au projet de loi n° 15.
91. Par contre, en ce qui concerne la compétence du Protecteur du citoyen sur les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le paragraphe 7° de l'article 2 de la LFDAROP réfère aux « établissements publics et privés conventionnés au

⁵⁵ RLRQ, c. D-11.1.

⁵⁶ RLRQ, c. A-6.001.

⁵⁷ Article 751 du projet de loi n° 15.

sens de la LSSSS de même [qu'au] conseil régional institué par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*⁵⁸ ».

92. Ce paragraphe doit être modifié afin d'y inclure les établissements publics et les établissements privés conventionnés au sens de la *Loi visant à rendre le système de santé et de service sociaux plus efficace* ainsi que les établissements au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* (c. S-4.2)

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-14 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement du paragraphe 7° de l'article 2 de la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics* (chapitre D-11.1) par les suivants :

« 7° tout établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* (chapitre S-4.2) de même que le conseil régional institué par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5) ;

7.1° les établissements publics ainsi que les établissements privés conventionnés au sens de la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*; »

⁵⁸ RLRQ, c. S-5. Ci-après LSSSSAC.

2 LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

93. Dans le précédent chapitre du présent mémoire, le Protecteur du citoyen a exposé sa compétence en vertu des lois qui le gouvernent, ainsi que les amendements requis au projet de loi n° 15 pour le maintien de cette compétence. Il a aussi proposé un certain élargissement de celle-ci à certains organismes liés au domaine de la santé⁵⁹. Il convient néanmoins de s'attarder également au régime d'examen des plaintes en première instance, au niveau des commissaires aux plaintes et à la qualité des services.
94. La partie VII du projet de loi n° 15 concerne les plaintes et la qualité des services. La formulation des plaintes à Santé Québec, la réception et le traitement de celles-ci par un commissaire aux plaintes et à la qualité des services sont abordés aux articles 572 à 583 du projet de loi.
95. Le régime d'examen des plaintes est applicable aux établissements publics, aux titulaires d'une autorisation ou aux autres prestataires de services du domaine de la santé et des services sociaux auquel Santé Québec verse des sommes d'argent.
96. Les plaintes qui impliquent un contrôle ou une appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques ou de la qualité des services d'une sage-femme doivent être transférées dans les plus brefs délais par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services au médecin examinateur qui a compétence pour les examiner⁶⁰.
97. Le projet de loi n° 15 prévoit également la possibilité pour un commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'intervenir de sa propre initiative, sous certaines conditions, s'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés⁶¹.
98. Le régime d'examen des plaintes prévu au projet de loi n° 15 reprend ainsi sensiblement les mêmes éléments que ceux prévus à la LSSSS.
99. Une différence notable cependant : les commissaires aux plaintes et à la qualité des services seront nommés par le conseil d'administration de Santé Québec et non par chaque établissement. Ces commissaires seront responsables envers le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services — nommé par le ministre — de l'exercice des fonctions qui leur incombent. Le Protecteur du citoyen comprend que cette modification vise à favoriser l'indépendance de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité de services et à permettre une meilleure cohérence dans l'examen des plaintes à l'échelle du territoire québécois.

⁵⁹ INSPQ, Héma-Québec et Transplant Québec (voir section 1.1.3).

⁶⁰ Articles 576 et 584 à 590 du projet de loi n° 15. À noter que la révision du traitement de ces plaintes par un comité de révision est prévue par les articles 591 à 596 du projet de loi.

⁶¹ Article 597 du projet de loi n° 15. Les articles 598 et 599 présentent d'autres fonctions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

100. À noter que le régime d'examen des plaintes prévu au projet de loi n° 15 ne s'appliquera pas sur les territoires Inuit et Naskapis, puisque la LSSSS — dorénavant baptisée LSSSSIN — continuera de s'appliquer sur ces territoires.
101. Dans les prochaines sections du présent mémoire, le Protecteur du citoyen présente certains enjeux relatifs au régime d'examen des plaintes, souligne des problèmes qu'il entrevoit et propose des modifications pour y remédier.

2.1 La personne plaignante

102. L'article 572 du projet de loi n° 15 prévoit que *toute personne* peut formuler à Santé Québec une plainte à l'égard des services de santé ou des services sociaux relevant d'un établissement public, d'un titulaire d'une autorisation ou d'un autre prestataire auquel Santé Québec verse des sommes d'argent, ainsi qu'à l'égard des activités de recherche d'un établissement. Plutôt qu'à l'expression *toute personne*, la LSSSS réfère aux notions d'*usager* et de *représentant*.
103. Selon l'interprétation du Protecteur du citoyen, la notion de *toute personne* implique qu'un utilisateur des services de santé ou des services sociaux ou son représentant pourront déposer une plainte auprès d'un commissaire, mais également que toute autre personne, comme un tiers qui n'a aucun lien avec l'usager, pourra également le faire.
104. L'article 597 du projet de loi n° 15 prévoit quant à lui, comme le font actuellement les articles 33 et 66 de la LSSSS, qu'un commissaire « intervient de sa propre initiative lorsqu'en raison de faits portés à sa connaissance, il a des motifs raisonnables de croire que les droits conférés par [le projet de loi] à une personne ou à un groupe de personnes ne sont pas respectés⁶² ».
105. La portée très large de la notion de *toute personne* permet de croire que toute demande pourra être traitée par les commissaires en fonction des articles 572 à 583 du projet de loi n° 15⁶³. L'utilisation de l'intervention, mentionnée aux articles 597 et suivants, semble limitée aux situations que les commissaires pourraient constater d'eux-mêmes.
106. Le Protecteur du citoyen comprend que les notions d'*usager* et de *représentant*, employées à la LSSSS, peuvent être limitatives et interprétées différemment par les acteurs du réseau lors de l'évaluation de la recevabilité de la plainte d'une personne. En effet, pour certains, la notion d'*usager* ne permet pas de recevoir des plaintes à l'endroit de résidences privées pour personnes âgées, d'organismes communautaires ou encore si elles proviennent de personnes utilisant les services préhospitaliers, puisque les plaignants ne répondent pas spécifiquement à la définition d'usager.
107. De l'avis du Protecteur du citoyen, le législateur doit être vigilant avec la terminologie utilisée. En ne voulant oublier aucun utilisateur des services de santé et des services

⁶² Article 597 al. 1 du projet de loi n° 15.

⁶³ À l'exception de la plainte formulée « pour un tiers par un membre du personnel de Santé Québec, du titulaire d'une autorisation ou du prestataire qu'elle concerne ou par un professionnel qui exerce ses activités au sein de Santé Québec ou pour le titulaire de l'autorisation ou le prestataire » qui, sauf exception, sera rejetée par le commissaire. Article 574 al. 2 (3°) du projet de loi n° 15.

sociaux, il ne doit pas non plus permettre à quiconque de déposer une plainte pour des soins et services reçus par une autre personne. En effet, il importe de toujours respecter l'autonomie des usagers aptes et leur volonté de formuler — ou non — une plainte.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-15 Que l'article 572 du projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une définition de la notion de « toute personne » au sens de cet article et des suivants.

2.2 Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'Urgences-santé

- 108.** Le projet de loi n° 15 modifie plusieurs lois, dont la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (LSPU)⁶⁴. Dans le cadre de ce projet de loi, des modifications sont apportées afin que la Corporation d'urgences-santé (un organisme public) soit dorénavant nommée Urgences-santé⁶⁵ et qu'elle ne relève plus du ministre, mais de Santé Québec⁶⁶.
- 109.** L'article 1027 du projet de loi n° 15, qui modifie l'article 104 de la LSPU, maintient qu'Urgences-santé doit nommer «un membre de son personnel» pour exercer les fonctions de commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et qu'elle doit établir, par règlement, une procédure d'examen des plaintes. Ainsi, le commissaire d'Urgences-santé, contrairement à l'ensemble des autres commissaires, ne sera pas nommé par le conseil d'administration de Santé Québec.
- 110.** Le Protecteur du citoyen remet en question cette différence dans le mode de nomination des commissaires, d'autant plus que le ministre écrit, dans son mémoire soumis au Conseil des ministres en soutien au projet de loi n° 15, qu'« afin d'assurer l'indépendance des fonctions des [commissaires] et de leur offrir un soutien direct, il est souhaité que ceux-ci soient responsables envers le Commissaire national [aux plaintes et à la qualité des services] de l'exercice des fonctions qui leur incombent⁶⁷ ». Or, le Protecteur du citoyen estime qu'en ne soumettant pas le commissaire d'Urgences-santé aux mêmes règles que les autres commissaires, alors qu'il s'agit d'un organisme public, l'objectif ciblé par la nouvelle structure de gouvernance du régime d'examen des plaintes n'est pas atteint.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-16 Que l'article 1027 du projet de loi n° 15 soit modifié afin de prévoir que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'Urgences-santé soit nommé par le conseil d'administration de Santé Québec et soumis au régime d'examen des plaintes prévu aux articles 572 et suivants.

⁶⁴ *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, RLRQ, c. S-6.2.

⁶⁵ Article 961 et suivants du projet de loi n° 15.

⁶⁶ Article 1021 du projet de loi n° 15.

⁶⁷ Mémoire au Conseil des ministres, p. 37.

2.3 Un régime d'examen des plaintes plus adapté aux réalités des Premières Nations et des Inuit

111. D'entrée de jeu, le projet de loi n° 15 modifie la LSSSS et la renomme *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* (LSSSSIN). C'est cette loi qui continuera à s'appliquer pour les territoires visés aux articles 530.1 et 530.89 de la LSSSS. À l'extérieur de ces territoires et du territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James institué en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*⁶⁸ (LSSSSAC), le projet de loi n° 15 s'appliquera à toute personne.
112. Certains établissements publics desservant une population nordique et autochtone seront intégrés à Santé Québec et d'autres pas. En fait, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, qui est un établissement public et qui est actuellement visé par la partie IV.2 de la LSSSS, sera intégré à Santé Québec⁶⁹. Il s'agirait du seul établissement public desservant une population nordique qui serait ainsi visé par le projet de loi n° 15⁷⁰.
113. L'objectif du projet de loi n° 15 n'est pas de redéfinir les relations entre le réseau des services de santé et des services sociaux et les Premières Nations et Inuit. Or, de manière inévitable, ces personnes seront touchées par les changements législatifs à l'étude puisqu'elles auront forcément à utiliser ces services.
114. Le Protecteur du citoyen a pris acte de l'intention du gouvernement, exprimée par le ministre responsable des relations avec les Premières Nations et les Inuit à la fin de 2022, de présenter un projet de loi sur la sécurisation culturelle⁷¹, pour s'inscrire dans le sens de l'intention de l'appel à l'action n° 75 de la CERP⁷². Il réitère l'importance de consulter, en amont, une diversité d'instances représentatives autochtones, pour être à même de tenir compte des besoins, perspectives et aspirations des Premières Nations et des Inuit dans les projets de loi qui les concernent. Il veillera à ce que les dispositions de ce futur projet de loi complètent celles du projet de loi n° 15 de manière à tenir compte des différents constats formulés dans le cadre de la CERP, notamment en ce qui a trait à la sécurisation culturelle et à la discrimination dans les services publics.
115. En effet, il convient à ce stade de rappeler que le commissaire Viens, dans son rapport, a fait état des barrières auxquelles font face les membres des Premières Nations et les Inuit lorsqu'ils souhaitent avoir accès à des services de santé et des services sociaux offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux. À ce sujet, il a noté que « les approches de soins et les types d'intervention préconisés dans le réseau de la santé et des services sociaux ne répondent pas à leurs besoins »⁷³ et que « les préjugés envers les Autochtones demeurent très répandus dans l'interaction entre les soignants et les

⁶⁸ RLRQ, c. S-5.

⁶⁹ Mémoire au Conseil des ministres, p. 10.

⁷⁰ Glossaire du MSSS, p. 4.

⁷¹ Radio-Canada. 7 décembre 2022. [Québec déposera un projet de loi sur la sécurisation culturelle en santé](#).

⁷² Appel à l'action n° 75 de la CERP.

⁷³ Rapport de la CERP, 2019, p. 390.

patients »⁷⁴. Il a, par ailleurs, au chapitre 10.5 de son rapport final, exposé les principales raisons sous-jacentes aux défaillances des systèmes de plaintes actuels selon les témoignages reçus, soit « la méconnaissance qu'ont les Autochtones des procédures et des mesures mises à leur disposition », « les résultats peu satisfaisants obtenus par ceux qui ont porté plainte »⁷⁵ et « la crainte des personnes autochtones de subir des représailles »⁷⁶.

116. De l'avis du Protecteur du citoyen, le projet de loi n° 15 présente l'opportunité législative de dénouer au moins partiellement ces enjeux en ce qui a trait aux services de santé et aux services sociaux et au régime d'examen des plaintes. Il permet aussi d'offrir des réponses s'inscrivant dans la finalité de plusieurs appels à l'action de la CERP, en particulier les appels à l'action n°s 74 et 75⁷⁷.
117. Avant d'émettre ses recommandations, le Protecteur du citoyen tient à rappeler l'importance de consulter les différentes autorités et organisations autochtones concernées par les changements législatifs que propose ce projet de loi, et ce, préalablement à leur adoption.

2.3.1 La sécurisation culturelle et la reconnaissance de l'expertise communautaire autochtone

118. Tel que mentionné en introduction de la présente section, la méconnaissance par les Premières Nations et les Inuit des procédures d'examen des plaintes est un frein à la défense de leurs droits en tant qu'usagers du système de santé. En ce sens, le Protecteur du citoyen accueille positivement la proposition que soit établie par le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services une procédure d'examen des plaintes uniformisée au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux⁷⁸. Cette uniformisation pourra simplifier la production d'outils informationnels à l'intention des Premières Nations et des Inuit afin de les soutenir et de les accompagner adéquatement dans leurs démarches de défense de leurs droits en lien avec leur utilisation de services dispensés dans les établissements de Santé Québec. Cette avancée sera toutefois circonscrite au territoire couvert par le projet de loi n° 15 en raison du maintien, comme rapporté antérieurement, de l'application de la LSSSSIN en territoires conventionnés⁷⁹.

⁷⁴ Rapport de la CERP, 2019, p. 391.

⁷⁵ Des témoins « affirment en effet avoir formulé une plainte et constaté qu'aucune mesure corrective n'avait été mise en œuvre, que les informations comprises dans les dossiers ne reflétaient pas les incidents dénoncés, ou encore que peu d'informations sur le suivi des mesures correctives étaient communiquées ». Rapport de la CERP, 2019, p. 431.

⁷⁶ Rapport de la CERP, 2019, p. 431.

⁷⁷ Appel à l'action n° 74 de la CERP : « Modifier la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur les services de santé et de services sociaux pour les autochtones* pour y enchâsser la notion de sécurisation culturelle, et ce, en collaboration avec les autorités autochtones. »

Appel à l'action n° 75 de la CERP : « Encourager les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à mettre sur pied des services et des programmes répondant aux principes de sécurisation culturelle, développés à l'intention des peuples autochtones et en collaboration avec eux. »

⁷⁸ Article 606 du projet de loi n° 15.

⁷⁹ Ainsi, à la suite de l'adoption du projet de loi n° 15, les personnes des Premières Nations et Inuit pourraient avoir à faire appel à trois régimes différents d'examen des plaintes à l'échelle du Québec.

119. L'article 605 du projet de loi n° 15 vient pour sa part baliser les fonctions du commissaire national aux plaintes et à la qualité des services. Il est ainsi attendu qu'il « veille à l'application adéquate et optimale des dispositions de la présente partie [de la Loi] et du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance » et à ce que les commissaires et médecins examinateurs « reçoivent de la formation pertinente à l'exercice de leurs fonctions ». Il aura aussi pour responsabilité d'apporter « son soutien au commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou au médecin examinateur qui le requiert » et pourra ainsi « lui donner son avis quant aux moyens à privilégier ou aux solutions à envisager pour pallier une difficulté liée à l'exercice de ses fonctions ». Enfin, l'article 605 prévoit que le commissaire national pourra « recommander à Santé Québec toute mesure susceptible d'améliorer l'application des dispositions visées au premier alinéa et de bonifier l'exercice des fonctions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs. » En somme, le commissaire national deviendra la personne imputable de la qualité du régime d'examen des plaintes pour les établissements sous l'égide de Santé Québec.
120. Dans ce contexte, le Protecteur du citoyen entend s'intéresser aux travaux du futur commissaire national aux plaintes et à la qualité des services entourant l'établissement d'une procédure uniformisée, ainsi que toute autre mesure de soutien aux commissaires, incluant celles touchant à la formation, pour s'assurer que l'approche de sécurisation culturelle soit priorisée. Il s'attendra en outre à voir, explicitées dans le cadre réglementaire qui sera associé à la procédure à produire, les pratiques attendues des commissaires pour que leurs travaux s'inscrivent dans le respect de l'approche de sécurisation culturelle.
121. Par ailleurs, le Protecteur du citoyen prend note des travaux pilotés par le MSSS pour favoriser le recours des usagers des Premières nations et Inuit aux services du régime d'examen des plaintes, travaux qui s'inscrivent dans son plan global d'implantation de la sécurisation culturelle en matière de services de santé et de services sociaux⁸⁰. Ce plan global d'implantation, qui se veut une réponse à l'appel à l'action n° 75 de la CERP, finance notamment des postes de *navigateurs de santé* dans plusieurs régions québécoises. Ces personnes travaillent généralement pour des organisations autochtones et développent une expertise d'accompagnement des patients autochtones dans le système de santé, y compris lorsque ces personnes souhaitent déposer une plainte à la suite de leur utilisation des services d'un établissement.
122. Dans ce contexte, le Protecteur du citoyen souhaite s'attarder à la portée de l'article 624 du projet de loi n° 15, lequel prévoit que :

« Santé Québec doit, pour chaque région sociosanitaire, confier à au moins un organisme communautaire les fonctions suivantes à l'égard de toute personne qui en fait la demande :

1° l'informer sur le fonctionnement du régime des plaintes;

⁸⁰ Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit (SRPNI), septembre 2022. [Tableau de suivi des appels à l'action.](#)

- 2° l'aider à clarifier l'objet de sa plainte et, au besoin, la rédiger;
- 3° l'assister et l'accompagner à chaque étape du processus de plainte;
- 4° faciliter la conciliation avec toute instance concernée. »

123. Le Protecteur du citoyen voit d'un bon œil que des organismes communautaires comme les centres d'aide et d'accompagnement aux plaintes (les actuels CAAP) continuent d'exercer les fonctions d'accompagnement prévues à l'article 624 du projet de loi. Toutefois, ce ne sont pas tous les organismes communautaires qui détiennent une connaissance approfondie des enjeux que vivent les Premières Nations et Inuit dans leur recours au régime d'examen des plaintes. Il y a lieu de se demander si les organismes communautaires autochtones actuellement impliqués auprès des patients autochtones ne devraient pas, d'emblée, être mandatés pour exercer ces fonctions sur les territoires où la composition démographique le justifie.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-17 Que l'article 624 du projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure la mention qu'un organisme communautaire autochtone par région sociosanitaire sera mandaté sur les territoires où la composition démographique le justifie.

2.3.2 La représentation autochtone pour mieux voir à la gestion des plaintes

- 124.** L'article 106 du projet de loi n° 15 prévoit que soit institué, dans chaque établissement de Santé Québec, un conseil d'établissement. L'article 107 précise que ce conseil d'établissement devra être formé du président-directeur général de l'établissement et de neuf membres, dont cinq usagers de l'établissement, et quatre membres issus des milieux suivants : communautaire, enseignement et recherche, affaires et municipal.
- 125.** Pour guider ces nominations, l'article 108 du projet de loi n° 15 indique que le conseil d'administration de Santé Québec doit « tenir compte de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble des usagers que cet établissement dessert. Il doit également s'assurer de la représentativité de la population des différentes parties du territoire desservi par cet établissement.⁸¹ »
- 126.** Chaque conseil d'établissement exercera des fonctions de surveillance de la qualité des services prodigués dans l'établissement. En effet, l'article 117 du projet de loi prévoit que le conseil d'établissement donne son avis au président-directeur général sur différents sujets, incluant l'expérience vécue par les usagers, la gestion des plaintes, les besoins sociosanitaires et les particularités des communautés composant la population desservie par l'établissement. Le 3^e alinéa de ce même article précise que le président-directeur général sera tenu de répondre aux avis du conseil et de fournir ses motifs de refus de considération de ses avis, le cas échéant.
- 127.** Ces dispositions, à première vue, semblent concorder avec l'intention du projet de loi, telle qu'exprimée dans le mémoire au Conseil des ministres, « de renforcer la responsabilité populationnelle des dirigeants des établissements, laquelle sera exercée en collaboration avec les différents intervenants sociosanitaires de son

⁸¹ Article 108 al. 1 du projet de loi n° 15.

territoire »⁸². Toutefois, à la face même du projet de loi n° 15, qui n'évoque à aucun endroit le principe de responsabilité populationnelle, le Protecteur du citoyen se questionne sur les leviers dont il disposera pour rendre effectif cet engagement, notamment au regard des nombreux constats dressés par la CERP⁸³. Ainsi, considérant la sous-utilisation du régime d'utilisation des plaintes par les Premières Nations et les Inuit, ainsi que le rôle que le conseil d'établissement jouera dans la surveillance de la qualité des services des établissements et la gestion des plaintes, le Protecteur du citoyen estime que le milieu autochtone devrait être représenté au sein des conseils d'établissement.

128. Par ailleurs, le Protecteur du citoyen note que les établissements privés et les cliniques médicales associées ne disposeront pas de conseil d'établissement, mais devront toutefois, en vertu de l'article 295 du projet de loi n° 15, constituer un comité de vigilance et de la qualité, dont le rôle sera notamment d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et celles du Protecteur du citoyen. À cet égard, le Protecteur du citoyen estime que ces instances doivent également disposer de leviers pour assurer une offre de soins et de services respectueuse des besoins et préférences des Premières Nations et Inuit, à l'instar des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-18 Que l'article 107 du projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout, dans l'énumération du paragraphe 2° du premier alinéa, de : « sur les territoires où la composition démographique le justifie, le milieu autochtone ».

R-19 Que des mesures additionnelles soient prises pour assurer une prise en compte de la sécurisation culturelle dans l'offre de services et les mécanismes de gestion des plaintes dans les établissements privés et les cliniques médicales associées.

2.4 Protection contre les représailles

129. La protection contre les mesures de représailles édictée à l'article 29 de la LPU s'applique à l'égard de toute personne physique qui formule ou entend formuler une plainte en vertu de l'article 8 de la LPU ou qui s'adresse autrement au Protecteur du citoyen, en vertu de cette loi. Cette protection, qui vise les représailles « de quelque nature que ce soit », est indépendante de tout autre recours.
130. Le second alinéa de l'article 29 de la LPU prévoit que, dès que le Protecteur du citoyen est informé d'un cas de représailles à la suite d'une plainte ou d'un signalement, il doit agir sans délai. À cette fin, il peut examiner la plainte, enquêter, formuler des recommandations et diffuser tout avis. Toutefois, en matière de représailles liées à l'emploi, la LPU ne prévoit pas de dispositions pénales pour sanctionner les mesures disciplinaires, ni de recours auprès de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) en matière de pratiques interdites en vertu de la *Loi*

⁸² Mémoire au Conseil des ministres, p. 16.

⁸³ Rapport de la CERP, 2019, p. 389, 395 et 396.

sur les normes du travail (LNT)⁸⁴. Une telle disposition faciliterait la tâche de la personne salariée pour démontrer que son employeur a sévi contre elle en raison d'un des motifs énumérés à l'article 122 de la LNT. De plus, cette loi permet de sanctionner l'employeur fautif par un recours spécifique en indemnisation et, au besoin, en réintégration du salarié⁸⁵.

131. Enfin, l'ajout d'une référence à l'article 29 de la LPU dans l'article 122 de la LNT permettrait d'offrir une protection accrue et un recours à la CNESST à la personne victime de représailles en raison d'une plainte ou d'un signalement au Protecteur du citoyen. Pour renforcer cette protection, une disposition pénale pourrait être ajoutée à la LPU.

132. Le Protecteur du citoyen note au passage que ces considérations s'appliquent également à la *Loi sur le Protecteur du citoyen*, qui n'offre aucune protection à cet égard.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-20 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 29 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) pour y ajouter une présomption de représailles en cas de mesures disciplinaires liées à l'emploi.

R-21 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 29 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) pour y ajouter une disposition pénale liée à toute contravention à ce même article 29.

R-22 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 122 de la *Loi sur les normes du travail* (chapitre N-1.1) pour y ajouter un paragraphe prévoyant comme motif : « en raison du fait pour un salarié d'avoir formulé ou d'avoir eu l'intention de formuler une plainte en vertu de l'article 8 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* ou de s'être autrement adressé au Protecteur du citoyen en vertu de cette loi ».

3 LES DROITS RELATIFS AUX SERVICES

133. Les droits relatifs aux services présents au projet de loi n° 15 sont similaires à ceux prévus à la LSSSS. Néanmoins, certains aspects méritent d'être commentés.

3.1 Les lignes directrices guidant la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux

134. L'article 3 de la LSSSS mentionne les lignes directrices qui guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux. Il énonce que la raison d'être

⁸⁴ *Loi sur les normes du travail*, RLRQ, c. N-1.1 (LNT). Une telle disposition est présente, par exemple, dans la LFDAROP.

⁸⁵ Article 123 de la LNT.

des services est la personne qui les requiert, que le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit, que l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité, que l'utilisateur doit autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant et finalement, qu'il doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

135. Le projet de loi n° 15 ne comporte pas de telles lignes directrices. Le Protecteur du citoyen estime que ces lignes directrices, qui balisent les relations entre les usagers et les services de santé et les services sociaux, revêtent une importance particulière.
136. L'absence de lignes directrices axées sur les personnes utilisatrices des services dans un projet de loi qui a pour objectif de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace est préoccupant. Des enquêtes et des interventions systémiques du Protecteur du citoyen, comme son rapport spécial *Pour un accès à l'hébergement public qui respecte les droits et les besoins des personnes âgées et de leurs proches*⁸⁶, mettent en lumière des mécanismes et des procédures de gestion des services de santé qui sont efficaces, mais qui ont des effets pervers sur les usagers : manque d'information permettant une décision éclairée, limitation de choix de milieux de vie, personnes âgées bousculées lors d'admission en CHSLD, etc.
137. La recherche d'efficacité est nécessaire, mais il est important de garder à l'esprit que la finalité du réseau de la santé et des services sociaux est de fournir des soins et des services, de façon ponctuelle ou soutenue, aux personnes dont la condition le requiert. Ainsi, un réseau de santé et de services sociaux efficace doit également être empreint d'humanité et de respect à l'égard des usagers et de leurs droits.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-23 Que le projet de loi n° 15 soit modifié afin d'y inclure une disposition sur les lignes directrices devant guider la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux.

3.2 La disponibilité de services d'information et d'accompagnement en anglais et en langues autochtones : une condition *sine qua non* de l'accès à la santé pour les Premières Nations et les Inuit

138. Les travaux de la CERP ont démontré que « l'accès à des services en langue autochtone ou encore en langue anglaise, lorsqu'il s'agit de leur langue d'usage ou de leur langue seconde » est un réel enjeu pour les Premières Nations et les Inuit⁸⁷. C'est à la face même de ce constat que la CERP a formulé trois appels à l'action pour atténuer les barrières linguistiques à l'échelle de l'appareil gouvernemental. Pour les fins du présent projet de loi, rappelons que l'appel à l'action n° 15 encourage l'affichage bilingue ou

⁸⁶ Rapport spécial du Protecteur du citoyen *Pour un accès à l'hébergement public qui respecte les droits et les besoins des personnes âgées et de leurs proches*, octobre 2021.

⁸⁷ Rapport de la CERP, 2019, p. 250.

trilingue dans les établissements desservant une forte population autochtone non francophone et que l'appel à l'action n° 16 recommande aux services publics de rendre disponibles les formulaires traduits en langues autochtones⁸⁸.

139. Par ailleurs, le Protecteur du citoyen respecte la volonté du législateur, concrétisée par l'adoption de la *Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français*⁸⁹, de consacrer le français en tant que seule langue officielle et langue commune au Québec et d'assurer l'exemplarité de l'État en matière d'utilisation du français. Cette loi et ses règlements d'application précisent les cas de figure pour lesquels les organismes de l'administration sont autorisés à déroger à leur devoir d'exemplarité. Pour les fins du présent mémoire, mentionnons seulement que la loi autorise les dérogations « lorsque la santé, la sécurité publique ou les principes de justice naturelle l'exigent », ainsi que lorsqu'il est question de « fournir des services aux organismes visés à l'article 95 [de la *Charte de la langue française*] ou aux autochtones ».
140. Rappelons toutefois que la CERP a mis en lumière des situations illustrant l'insuffisance du cadre législatif pour garantir aux membres des Premières Nations et aux Inuit d'expression autre que française l'accès à des services de santé et des services sociaux dans une langue qu'ils et elles maîtrisent suffisamment⁹⁰. En effet, dans son chapitre intitulé « Langue anglaise et communautés culturelles »⁹¹, le projet de loi n° 15 reprend les mêmes libellés que l'actuelle LSSSS pour garantir l'accès en anglais aux services de santé et aux services sociaux. Aucune mention n'est toutefois faite des Premières Nations et des Inuit et de la nécessité qu'ils soient consultés et que les services répondent aussi à leurs besoins.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-24 Que le projet de loi n° 15 soit modifié de manière à rendre explicites les obligations de Santé Québec et des établissements de fournir des services (information, assistance et accompagnement) en langue anglaise et en langues autochtones pour les membres des Premières Nations et Inuit.

⁸⁸ Appel à l'action n° 15 de la CERP : « Encourager et permettre l'affichage bilingue ou trilingue dans les établissements appelés à desservir une forte population autochtone parlant une langue autre que le français. »
Appel à l'action n° 16 de la CERP : « Rendre disponibles des formulaires traduits en langues autochtones dans les différents centres de services gouvernementaux. »

⁸⁹ *Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français*, 2022, c. 14.

⁹⁰ Rapport de la CERP, 2019, p. 250.

⁹¹ Chapitre III du titre II de la partie III du projet de loi n° 15 (article 348 et suivants).

4 L'ENCADREMENT DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

4.1 Contexte

141. Suivant l'adoption du projet de loi n° 15 et sous réserve des dispositions transitoires, un établissement privé devra dorénavant être conventionné s'il désire offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée⁹². Cette modification apparaît comme une suite logique du projet pilote, mis sur pied il y a quelques années, visant à harmoniser les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés à travers le Québec⁹³. Conséquemment, une hausse du nombre d'établissements privés conventionnés (ci-après les « EPC ») est à prévoir dans un avenir prochain.
142. Compte tenu de l'importance du financement public accordé aux EPC et eu égard à certaines problématiques qu'il a constatées dans le cadre de ses interventions, le Protecteur du citoyen considère que l'encadrement de ceux-ci doit être bonifié afin d'assurer une utilisation optimale des ressources de l'Administration gouvernementale⁹⁴.
143. En effet, comme le mentionnait la ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor, « les attentes de la population sont élevées à l'égard de la gestion des finances publiques, et ce, à juste titre. [...] [L]e gouvernement [doit poursuivre] ses efforts en vue d'assurer une allocation optimale et rigoureuse des deniers publics par l'exécution et le suivi des dépenses de même que par l'amélioration du cadre financier »⁹⁵.
144. Le Protecteur du citoyen est conscient de l'importance de préserver l'indépendance et l'autonomie des EPC, et ce, compte tenu du caractère privé de ces établissements. Cependant, comme ces derniers sont financés en quasi-totalité par les fonds publics, il est nécessaire que des mesures et des obligations soient mises en place pour assurer une gouvernance intègre et une saine gestion des fonds publics au sein de ces établissements.
145. Ces protections sont fondamentales, considérant que le financement accordé pour le fonctionnement des EPC couvre, en plus des dépenses administratives, les dépenses permettant d'améliorer la qualité de vie des usagers hébergés (médicaments, fournitures médicales, alimentation, buanderie, lingerie, entretien ménager, etc.). Comme ces catégories de dépenses sont intimement liées, une gestion inadéquate de l'une ampute nécessairement l'autre.

⁹² Article 528 al. 2 du projet de loi n° 15.

⁹³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Communiqué de la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé, *Harmonisation des CHSLD – Conventionnement de trois installations dans le cadre d'un projet pilote*, 14 juin 2022.

⁹⁴ Conformément à l'article 2 (6°) de la *Loi sur l'administration publique*, RLRQ, c. A-6.01.

⁹⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Stratégie de gestion des dépenses et renseignements supplémentaires – Budget de dépenses 2023-2024*, mars 2023, p. 16.

146. L'étude du projet de loi n° 15 constitue donc l'occasion idéale pour implanter une culture de gestion financière responsable par les établissements privés du réseau de la santé et des services sociaux recevant un financement public important. Ainsi, dans l'objectif ultime d'assurer la qualité des soins et des services aux usagers, il s'avère donc essentiel pour le Protecteur du citoyen d'émettre des recommandations à l'intention du législateur quant à la surveillance et au contrôle des EPC par Santé Québec.

4.2 Les mesures de surveillance et de contrôle exercées par Santé Québec

147. À la lecture des articles 319 à 321 et 423 à 430 du projet de loi n° 15, il appert que les mesures d'évaluation et de reddition de comptes qui prévalent actuellement à l'égard des EPC sont essentiellement reprises dans ledit projet de loi. Il s'agit notamment de la production d'un rapport d'activités⁹⁶, d'un rapport financier annuel⁹⁷, d'un rapport relatif à l'utilisation du budget et au fonctionnement ainsi que d'un rapport statistique⁹⁸.

148. Or, bien que le Protecteur du citoyen considère ces mesures pertinentes, les problématiques constatées dans le cadre de ses interventions militent en faveur de leur bonification, notamment quant à la présence systématique d'un observateur neutre et indépendant aux séances des conseils d'administration (ci-après les « CA ») des EPC, à l'ajout d'un pouvoir d'accès en faveur de Santé Québec ainsi qu'au maintien de certaines mesures de contrôle actuellement prévues dans la LSSSS⁹⁹.

4.2.1 Présence d'un observateur neutre et indépendant désigné par Santé Québec

149. En qui concerne la gouvernance des EPC, une lecture de la législation actuelle permet de constater qu'il y a un écart important entre l'encadrement des CA des établissements publics et celui des CA des EPC. En effet, contrairement aux membres des CA des établissements publics, aucune compétence particulière¹⁰⁰ n'est exigée de la part des membres des CA des EPC. De plus, ils n'ont aucune obligation de constituer un comité de gouvernance et d'éthique ou un comité de vérification, lequel a notamment pour fonctions de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources¹⁰¹.

150. Le Protecteur du citoyen constate que le projet de loi n° 15 maintient cet écart et donc, ne corrige pas ce qu'il estime constituer une lacune du cadre actuel. Il est toutefois d'avis que l'absence de ces éléments peut être palliée par la présence systématique d'un observateur neutre et indépendant à toutes les séances des CA des EPC et de leurs comités ainsi que lors des assemblées générales annuelles¹⁰². En effet, s'inspirant des pratiques déjà existantes favorisant une bonne gouvernance et une saine gestion du financement public octroyé, un tel observateur serait désigné par Santé Québec et aurait notamment pour fonctions de :

⁹⁶ Article 319 du projet de loi n° 15.

⁹⁷ Article 430 du projet de loi n° 15.

⁹⁸ Article 423 du projet de loi n° 15.

⁹⁹ RLRQ, c. S-4.2.

¹⁰⁰ Par exemple, en gouvernance, en éthique, en finance, en comptabilité, en vérification ou en performance.

¹⁰¹ Article 181.0.0.3 de la LSSSS.

¹⁰² Par opposition à la nomination discrétionnaire et en certaines circonstances d'observateurs par Santé Québec, prévue à l'article 551 du projet de loi n° 15.

- Fournir des conseils au CA, concernant notamment la gouvernance, la saine gestion financière et les normes applicables aux EPC;
- S'assurer de la saine gestion des fonds provenant du financement public par l'EPC;
- S'assurer du respect de la convention conclue avec Santé Québec ainsi que des obligations de reddition de comptes;
- Anticiper les situations problématiques, les soumettre au CA et, le cas échéant, les rapporter à Santé Québec.

151. De plus, afin que le rôle de cet observateur soit efficient, il est opportun de lui attribuer certaines obligations, dont notamment celle de faire une reddition de comptes à Santé Québec.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-25 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition prévoyant la désignation, par Santé Québec, d'un observateur neutre et indépendant devant assister à toutes les séances des conseils d'administration des établissements privés conventionnés et de leurs comités ainsi qu'à leurs assemblées générales annuelles.

R-26 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition précisant les fonctions et les obligations de l'observateur désigné par Santé Québec.

4.2.2 Accès par Santé Québec aux renseignements et aux documents des EPC

152. De l'avis du Protecteur du citoyen, la bonification des mesures de surveillance et de contrôle doit nécessairement inclure un accès aux renseignements et aux documents des EPC par Santé Québec. En effet, s'inspirant de pratiques déjà existantes, il est recommandé d'ajouter une disposition similaire à l'article 427 du projet de loi n° 15¹⁰³ afin de permettre à Santé Québec, lorsque jugé nécessaire, d'avoir accès à tous les livres, registres, comptes et documents ainsi que d'obtenir tous les renseignements et explications, que ce soit auprès de l'EPC, des membres du CA, de ses dirigeants, de ses employés et de ses autres représentants.

153. Étant moins formel que les pouvoirs d'inspection prévus au projet de loi n° 15¹⁰⁴, ce pouvoir permettrait à Santé Québec de faire les vérifications qui s'imposent lorsqu'un enjeu particulier est détecté ou encore, lui est rapporté. Par exemple, si une situation potentiellement problématique lui est signalée par l'observateur, notamment en matière de gestion des fonds publics, Santé Québec pourra demander tout document et renseignement jugé nécessaire, faire la lumière sur le sujet et, le cas échéant, remédier à la situation avec l'EPC concerné.

¹⁰³ Cet article prévoit les droits d'accès conférés aux auditeurs dans l'exercice de leurs fonctions de vérification auprès des EPC.

¹⁰⁴ Articles 639 et suivants du projet de loi n° 15.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-27 Que le projet de loi n° 15 soit modifié afin d’y ajouter une disposition permettant à Santé Québec, lorsque jugé nécessaire, d’avoir accès à tous les livres, registres, comptes et documents d’un établissement privé conventionné ainsi que d’obtenir tous les renseignements et explications, que ce soit auprès de l’établissement privé, des membres du conseil d’administration, de ses dirigeants, de ses employés et de ses autres représentants.

4.2.3 Administration provisoire et contrôle de la bonne utilisation des fonds publics

- 154.** L’administration provisoire est considérée comme un levier important afin d’assurer la qualité des soins et des services des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.
- 155.** Or, à la lecture de l’article 554 du projet de loi n° 15, lequel énonce les cas où Santé Québec peut désigner une personne pour assumer l’administration provisoire d’un établissement privé, il appert que les cas énoncés à l’article 491 de la LSSSS n’ont pas été repris. Cette dernière disposition prévoit en fait la possibilité de mettre en place une administration provisoire lorsqu’il y a un manquement grave du CA d’un centre intégré de santé et de services sociaux¹⁰⁵ à ses obligations ou une faute grave, notamment malversation, abus de confiance ou autre inconduite de la part d’un ou de plusieurs membres du CA.
- 156.** Le Protecteur du citoyen considère que ces situations peuvent justifier la mise en place d’une administration provisoire et qu’elles doivent donc être reprises à l’article 554 du projet de loi n° 15.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-28 Que l’article 554 du projet de loi n° 15 soit modifié afin que Santé Québec puisse désigner une personne pour assumer une administration provisoire lorsqu’il y a un manquement grave de la part d’un conseil d’administration d’un établissement privé conventionné quant à ses obligations ou un cas de faute grave, notamment malversation, abus de confiance ou autre inconduite de la part d’un ou de plusieurs membres du conseil d’administration d’un établissement privé conventionné.

- 157.** De plus, il appert que l’article 499 de la LSSSS, lequel prévoit la possibilité de désigner une personne chargée de contrôler la bonne utilisation des fonds publics accordés à un établissement qui n’exerce pas un contrôle budgétaire adéquat, n’a pas été repris dans le projet de loi n° 15.
- 158.** Or, le Protecteur du citoyen considère, à la lumière des problématiques constatées dans le cadre de ses interventions et dans un souci de saine gestion des fonds publics, qu’il s’agit d’une mesure de surveillance et de contrôle qui doit être accordée à Santé Québec et, par conséquent, reprise dans le projet de loi n° 15.

¹⁰⁵ Article 46 al. 2 de la *Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l’abolition des agences régionales*, RLRQ, c. 0-7.2.

159. Par ailleurs, tout comme les autres dispositions relatives aux mesures d'aide, de surveillance et de contrôle prévues dans le projet de loi n° 15¹⁰⁶, cette disposition doit s'appliquer non seulement aux établissements privés, mais également aux résidences privées pour aînés et aux ressources offrant de l'hébergement.

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

R-29 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition permettant à Santé Québec de désigner une personne chargée de contrôler la bonne utilisation des fonds publics accordés à un établissement privé, une résidence privée pour aînés ou une ressource offrant de l'hébergement qui n'exerce pas un contrôle budgétaire adéquat.

¹⁰⁶ Voir les articles 550 et suivants du projet de loi n° 15.

CONCLUSION

160. Le Protecteur du citoyen est favorable à tout effort d'amélioration du système de santé et de services sociaux visant à le rendre plus efficace et accessible et à assurer à ses utilisateurs des soins et des services sécuritaires et de qualité. En ce sens, la volonté gouvernementale exprimée par le projet de loi se doit d'être saluée.
161. Sans se prononcer sur les enjeux purement médicaux ni à ceux qui touchent strictement les relations de travail, qui débordent de son expertise, le Protecteur du citoyen a souhaité dans son mémoire attirer l'attention du législateur sur les enjeux qui l'interpellent particulièrement : sa compétence en matière de traitement des plaintes et d'intervention, la qualité des services publics, leur intégrité, et l'accès par les citoyens à des services de qualité, respectueux de leurs droits. C'est dans cette optique que sont présentées ses recommandations.
162. Considérant son rôle essentiel dans le régime d'examen des plaintes, à titre de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, le Protecteur du citoyen estime primordial que la portée de sa compétence ne soit pas limitée par la réforme. Des modifications (principalement de concordance) aux lois qui le gouvernent — surtout à la LPU, mais également à la LPC et la LFDAROP — sont requises à cette fin. Cet aspect ayant été occulté dans le projet de loi, le Protecteur du citoyen se devait de présenter les modifications qui lui permettront d'assurer le maintien de son rôle pour prévenir et corriger le non-respect des droits, les abus, la négligence, l'inaction ou les erreurs commises à l'égard des personnes en contact avec le réseau de la santé et des services sociaux.
163. Le Protecteur du citoyen continue de faire le suivi des appels à l'action de la Commission Viens en lien avec le système de santé et de services sociaux et le régime d'examen des plaintes, tout en rappelant l'importance de consulter les partenaires autochtones en amont de toute réforme qui les concerne. Cela fait également partie des aspects du projet de loi auxquels le Protecteur du citoyen porte une attention particulière.
164. Enfin, le Protecteur du citoyen a tenu à rappeler dans ce mémoire la nécessité de bien encadrer les établissements privés conventionnés si l'on veut que les fonds publics soient bien administrés. L'intégrité des services publics — même lorsque dispensés par des entités privées — est essentielle à la qualité des services : en un mot, les ressources doivent être consacrées à ce à quoi elles sont destinées, c'est-à-dire aux services aux citoyens.
165. En terminant, le Protecteur du citoyen insiste sur un point : quelle que soit l'ampleur de la réforme, il importe de ne jamais perdre de vue que le système de santé et de services sociaux doit être là pour favoriser la santé — physique, mentale et sociale — des personnes qui y ont recours. Ce sont ces personnes qui doivent être au centre des préoccupations du système.

ANNEXE : LISTE DES RECOMMANDATIONS

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

- R-1 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 15 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (chapitre P-32) pour y ajouter « Santé Québec, à l'exclusion de sa mission d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux ».
- R-2 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 15 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (chapitre P-32) pour y ajouter l'Institut national de santé publique du Québec.
- R-3 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 15 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (chapitre P-32) pour y ajouter Héma-Québec.
- R-4 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 15 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (chapitre P-32) pour y ajouter Transplant Québec.
- R-5 Que le projet de loi no 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 7 de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :
- « 7. Le Protecteur des usagers veille, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus au titre II de la partie I de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, au titre II de la partie I de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) et par toute autre loi.
- Il a pour principale fonction d'examiner la plainte formulée par toute personne.
- Il peut en outre effectuer une intervention particulière auprès de toute instance concernée dans les cas prévus à l'article 20. »
- R-6 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 8 de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :
- « 8. Le Protecteur des usagers a pour fonction d'examiner la plainte :
- 0.1° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 579 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi). ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 580 de cette loi ou encore qui est insatisfait du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

1° d'un usager qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 6° du deuxième alinéa de l'article 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 40 de cette loi ou encore qui est insatisfait du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

2° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services en application du paragraphe 6° du deuxième alinéa de l'article 66 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 72 de cette loi ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

3° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par Urgences-santé en application des dispositions de l'article 104 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) ou qui sont réputées lui avoir été transmises par Urgences-santé en application des dispositions de cet article ou encore qui est insatisfaite du suivi accordé aux recommandations qui les accompagnent;

Il a également pour fonction d'examiner la plainte formulée par les héritiers ou les représentants légaux d'un usager décédé sur les services que l'usager a reçus ou aurait dû recevoir de son vivant, pourvu que telle plainte ait été au préalable soumise à l'examen, selon le cas, d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, d'un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou d'un commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. »

R-7 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 20 de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 20. Le Protecteur des usagers peut intervenir de sa propre initiative s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission :

0.1° de Santé Québec, dans sa mission d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires du Québec ou à l'égard des activités de recherche d'un établissement;

0.2° d'un établissement public, ou d'un établissement privé, de tout organisme, ressource, société ou personne disposant de l'autorité à cet effet au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace auquel Santé Québec ou l'établissement recourt pour la prestation de certains services ;

0.3° de tout titulaire d'une autorisation ou de tout autre prestataire dont les services peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu du deuxième alinéa de l'article 572 de la

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi);

1° de tout établissement ou de tout organisme, ressource, société ou personne auquel l'établissement recourt pour la prestation de certains services offerts en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S- 4.2);

2° de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, de tout organisme, ressource, société ou personne dont les services peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S- 4.2);

3° d'Urgences-santé dans la prestation des services pré-hospitaliers d'urgence;

4° le cas échéant, de toute personne qui travaille ou exerce sa profession pour le compte d'une entité mentionnée aux paragraphes 0.1° à 3°.

Rien dans le présent article ne doit être interprété comme conférant au Protecteur des usagers une compétence sur le contrôle ou l'appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires, pharmaceutiques ou de sages-femmes posés dans un centre exploité par un établissement. »

R-8 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition modifiant la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par l'ajout, avant l'article 10, du suivant :

« 9.1 Le Protecteur des usagers doit établir une procédure d'examen des plaintes, pour les plaintes qui découlent d'une plainte soumise à l'examen d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services en vertu de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi) ou de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2).

Cette procédure doit notamment:

1° indiquer les renseignements nécessaires permettant d'avoir rapidement accès aux services du Protecteur des usagers;

2° prévoir que le Protecteur des usagers doit, au besoin, prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche s'y rapportant, notamment par l'organisme communautaire auquel ont été confiées des fonctions d'assistance et d'accompagnement en vertu du premier alinéa de l'article 624 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi);

3° préciser que la plainte peut être écrite ou verbale et, le cas échéant, que les conclusions doivent être transmises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services;

3.1° indiquer que le Protecteur des usagers peut, lorsqu'il le juge nécessaire, exiger que la plainte soit écrite;

4° prévoir que le Protecteur des usagers informe par écrit l'entité énumérée ci-dessous de la réception d'une plainte le concernant ou, s'il est d'avis qu'il y a absence de préjudice pour la personne, lui communique une copie de la plainte :

- Santé Québec, dans sa mission d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires du Québec;
- l'établissement public;
- tout établissement privé, organisme, ressource, société ou personne disposant de l'autorité à cet effet au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace auquel Santé Québec ou l'établissement recourt pour la prestation de certains services;
- tout titulaire d'une autorisation ou de tout autre prestataire dont les services peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu du deuxième alinéa de l'article 572 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace;
- tout établissement dont les activités de recherche peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu du troisième alinéa de l'article 572 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace;
- Urgences-Santé;
- toute autre entité désignée par règlement;

5° permettre au plaignant, à l'entité visée par la plainte ou, le cas échéant, à Urgences-Santé de présenter leurs observations;

6° prévoir que le Protecteur des usagers, après avoir examiné la plainte, communique sans retard ses conclusions motivées au plaignant, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations à l'entité visée par la plainte, ou le cas échéant à Urgences-Santé;

7° prévoir que dans le cas où la plainte est verbale, le Protecteur des usagers peut communiquer ses conclusions verbalement.

Lorsque l'examen d'une plainte dont le Protecteur des usagers est saisi en application du paragraphe 0.1° ou 3° du premier alinéa de l'article 8 soulève une question relevant d'une responsabilité de Santé Québec, y compris l'accès aux services, leur organisation ou leur financement, la procédure peut également permettre à Santé Québec de présenter ses observations. »

R-9 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 10 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 10. Le Protecteur des usagers doit établir une procédure d'examen des plaintes, pour les plaintes qui découlent d'une plainte soumise à l'examen d'un commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services en vertu de de la Loi sur les

services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S- 4.2).

Cette procédure doit notamment :

1° indiquer les renseignements nécessaires permettant d'avoir rapidement accès aux services du Protecteur des usagers;

2° prévoir que le Protecteur des usagers doit, au besoin, prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à l'utilisateur ou à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche s'y rapportant, notamment par l'organisme communautaire de la région à qui un mandat d'assistance et d'accompagnement a été confié en application des dispositions de l'article 76.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S- 4.2);

3° préciser que la plainte peut être écrite ou verbale et, le cas échéant, que les conclusions doivent être transmises par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou, selon le cas, par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;

3.1° indiquer que le Protecteur des usagers peut, lorsqu'il le juge nécessaire, exiger que la plainte soit écrite;

4° prévoir que le Protecteur des usagers informe par écrit l'établissement ou, selon le cas, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik de la réception d'une plainte le concernant ou, s'il est d'avis qu'il y a absence de préjudice pour l'utilisateur, lui communique une copie de la plainte; de plus, prévoir qu'une telle information soit également transmise par écrit, le cas échéant, à la plus haute autorité de tout autre organisme, ressource ou société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque la plainte porte sur des services qui relèvent de l'un d'eux;

5° permettre au plaignant et à l'établissement ou, selon le cas, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que, le cas échéant, à la plus haute autorité de l'organisme, de la ressource ou de la société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque les services faisant l'objet de la plainte relèvent de l'un d'eux, de présenter leurs observations;

6° prévoir que le Protecteur des usagers, après avoir examiné la plainte, communique sans retard ses conclusions motivées au plaignant, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations à l'établissement ou, selon le cas, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité de l'organisme, de la ressource ou de la société ou encore à toute autre personne détenant la plus haute autorité, lorsque les services faisant l'objet de la plainte relèvent de l'un d'eux; prévoir que le Protecteur transmette également une copie de ses conclusions motivées à l'établissement ou, selon le cas, à la régie ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité concernée;

7° prévoir que dans le cas où la plainte est verbale, le Protecteur des usagers peut communiquer ses conclusions verbalement.

Lorsque l'examen d'une plainte dont le Protecteur des usagers est saisi en application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 8 soulève une question relevant d'une responsabilité de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik visée à l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), y compris l'accès aux services, leur organisation ou leur financement, la procédure peut également permettre à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik de présenter ses observations, auquel cas le Protecteur des usagers doit informer le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services des éléments de la plainte qu'il estime pertinents à son objet et identifier l'instance concernée. Le Protecteur des usagers doit permettre à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik de présenter ses observations dans tous les cas où il entend lui formuler une recommandation dans le cadre de cet examen. »

R-10 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 12 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 12. Dans les cinq jours de la réception de la communication écrite visée au paragraphe 4° du deuxième alinéa de l'article 9.1, l'entité doit transmettre au Protecteur des usagers une copie du dossier complet de la plainte.

L'établissement ou, selon le cas, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik doit, dans les cinq jours de la réception de la communication écrite visée au paragraphe 4° du deuxième alinéa de l'article 10.1, faire de même. »

R-11 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 13 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 13. Le Protecteur des usagers peut rejeter, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Il peut également refuser ou cesser d'examiner une plainte dans l'une ou l'autre des situations suivantes:

1° s'il a des motifs raisonnables de croire que son intervention n'est manifestement pas utile;

2° si le délai écoulé entre le déroulement des événements qui ont engendré l'insatisfaction du plaignant et le dépôt de la plainte rend son examen impossible;

2.1° s'il s'est écoulé plus de deux ans depuis que le plaignant a reçu les conclusions motivées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou, depuis la date à laquelle des conclusions négatives sont réputées avoir été transmises au plaignant en vertu de l'article 580 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services

sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi), à moins que le plaignant ne démontre au Protecteur des usagers qu'il était dans l'impossibilité d'agir.

3° s'il s'est écoulé plus de deux ans depuis que le plaignant a reçu les conclusions motivées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou, selon le cas, du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, ou encore depuis la date à laquelle des conclusions négatives sont réputées avoir été transmises au plaignant en vertu de l'article 40 ou 72 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), à moins que le plaignant ne démontre au Protecteur des usagers qu'il était dans l'impossibilité d'agir.

Dans de tels cas, le Protecteur des usagers en informe par écrit le plaignant. »

R-12 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 14 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 14. Le plaignant et toute autre personne ainsi que tout établissement et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, y inclus toute personne qui travaille ou exerce sa profession pour le compte d'un organisme, d'une ressource, d'une société ou de toute autre personne que l'établissement ou Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, doivent fournir au Protecteur des usagers tous les renseignements ainsi que, sous réserve, selon le cas, des articles 173 et 185 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi) ou du deuxième alinéa l'article 190 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S- 4.2) et de l'article 218 de cette loi, tous les documents qu'il exige pour l'examen de la plainte, y compris l'accès et la communication de renseignements de santé et de services sociaux, au sens de la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (2023, c.5), ou de documents contenant de tels renseignements; toute personne doit également, sauf excuse valable, assister à une rencontre que celui-ci convoque. »

R-13 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement de l'article 15 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) par le suivant :

« 15. Dans les 30 jours de la réception d'une recommandation formulée à son attention par le Protecteur des usagers, l'entité visée au paragraphe 4° du deuxième alinéa de l'article 10.1 ou toute autre personne visée par cette recommandation, doit informer par écrit le Protecteur des usagers de même que le plaignant des suites qu'il entend donner à cette recommandation et, s'il n'entend pas y donner suite, les informer du motif justifiant sa décision.

Il en est de même de l'établissement ou, selon le cas, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, de la plus haute autorité de l'organisme, de la ressource ou de la société ou encore toute autre personne visée par cette recommandation. »

R-14 Que le projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une disposition prévoyant le remplacement du paragraphe 7° de l'article 2 de la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics* (chapitre D-11.1) par les suivants :

« 7° tout établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) de même que le conseil régional institué par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) ;

7.1° les établissements publics ainsi que les établissements privés conventionnés au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace; »

R-15 En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande :

Que l'article 572 du projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure une définition de la notion de « toute personne » au sens de cet article et des suivants.

R-16 Que l'article 1027 du projet de loi n° 15 soit modifié afin de prévoir que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'Urgences-santé soit nommé par le conseil d'administration de Santé Québec et soumis au régime d'examen des plaintes prévu aux articles 572 et suivants.

R-17 Que l'article 624 du projet de loi n° 15 soit modifié pour y inclure la mention qu'un organisme communautaire autochtone par région sociosanitaire sera mandaté sur les territoires où la composition démographique le justifie.

R-18 Que l'article 107 du projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout, dans l'énumération du paragraphe 2° du premier alinéa, de : « sur les territoires où la composition démographique le justifie, le milieu autochtone ».

R-19 Que des mesures additionnelles soient prises pour assurer une prise en compte de la sécurisation culturelle dans l'offre de services et les mécanismes de gestion des plaintes dans les établissements privés et les cliniques médicales associées.

R-20 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 29 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) pour y ajouter une présomption de représailles en cas de mesures disciplinaires liées à l'emploi.

R-21 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 29 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (chapitre P-31.1) pour y ajouter une disposition pénale liée à toute contravention à ce même article 29.

- R-22 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition modifiant l'article 122 de la *Loi sur les normes du travail* (chapitre N-1.1) pour y ajouter un paragraphe prévoyant comme motif : « en raison du fait pour un salarié d'avoir formulé ou d'avoir eu l'intention de formuler une plainte en vertu de l'article 8 de la Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux ou de s'être autrement adressé au Protecteur du citoyen en vertu de cette loi ».
- R-23 Que le projet de loi n° 15 soit modifié afin d'y inclure une disposition sur les lignes directrices devant guider la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux.
- R-24 Que le projet de loi n° 15 soit modifié de manière à rendre explicites les obligations de Santé Québec et des établissements de fournir des services (information, assistance et accompagnement) en langue anglaise et en langues autochtones pour les membres des Premières Nations et Inuit.
- R-25 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition prévoyant la désignation, par Santé Québec, d'un observateur neutre et indépendant devant assister à toutes les séances des conseils d'administration des établissements privés conventionnés et de leurs comités ainsi qu'à leurs assemblées générales annuelles.
- R-26 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition précisant les fonctions et les obligations de l'observateur désigné par Santé Québec.
- R-27 Que le projet de loi n° 15 soit modifié afin d'y ajouter une disposition permettant à Santé Québec, lorsque jugé nécessaire, d'avoir accès à tous les livres, registres, comptes et documents d'un établissement privé conventionné ainsi que d'obtenir tous les renseignements et explications, que ce soit auprès de l'établissement privé, des membres du conseil d'administration, de ses dirigeants, de ses employés et de ses autres représentants.
- R-28 Que l'article 554 du projet de loi n° 15 soit modifié afin que Santé Québec puisse désigner une personne pour assumer une administration provisoire lorsqu'il y a manquement grave de la part d'un conseil d'administration d'un établissement privé conventionné quant à ses obligations ou un cas de faute grave, notamment malversation, abus de confiance ou autre inconduite de la part d'un ou de plusieurs membres du conseil d'administration d'un établissement privé conventionné.
- R-29 Que le projet de loi n° 15 soit modifié par l'ajout d'une disposition permettant à Santé Québec de désigner une personne chargée de contrôler la bonne utilisation des fonds publics accordés à un établissement privé, une résidence privée pour aînés ou une ressource offrant de l'hébergement qui n'exerce pas un contrôle budgétaire adéquat.



Bureau de Québec
800, place D'Youville, 19^e étage
Québec (Québec) G1R 3P4
Téléphone : 418 643-2688

Bureau de Montréal
1080, côte du Beaver Hall
10^e étage, bureau 1000
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Téléphone : 514 873-2032

protecteurducitoyen.qc.ca
Téléphone sans frais : 1 800 463-5070
Télécopieur : 1 866 902-7130
protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca