

ARTICLE

L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX MÉDICAMENTS AU QUÉBEC; ENTRE L'IDÉAL ET LA RÉALITÉ

par Catherine RÉGIS*
Anne-Marie SAVARD**

Dans cet article, les auteurs dressent un bref portrait de l'organisation des soins de santé au Québec (et dans une moindre mesure au Canada) et discutent de certains enjeux liés à l'accès aux soins et aux médicaments dans le système de santé. D'une part, la question de l'existence d'un droit à la santé est abordée et, d'autre part, les auteurs passent en revue les mesures particulières adoptées récemment par le législateur québécois et ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux soins et services de santé. Ces mesures touchent tant la structure organisationnelle du système de santé que la qualité et la sécurité des soins et les délais d'attente. Enfin, les auteurs explorent certaines mesures de contrôle disponibles dans le système de santé au Québec pour faciliter le respect des droits des usagers et assurer, du moins en partie, une réduction de l'écart existant entre l'idéal de l'accès aux soins et la réalité.

In this article, the writers briefly outline the organization of health care in Quebec (and to a certain extent in Canada), and discuss some issues relating to access to care and to medication in the health care system. To begin with, the question of the existence of a right to health is addressed. Then the writers review various specific measures recently adopted by the Quebec legislature, intended to improve access to health care and services. These measures relate not only to the organizational structure of the health care system, but also to the quality and safety of care as well as wait times. Finally, the writers explore certain control measures available within the Quebec health care system which facilitate the respect of users' rights and which ensure, at least to some extent, a reduction in the disparity which exists between the ideal of timely access to care and the current reality.

* . Professeure et Directrice des programmes d'études supérieures en droit et politiques de la santé, Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke.

** . Professeure, Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke.

SOMMAIRE

Introduction	271
1. L'organisation des soins de santé au Canada et au Québec : portrait et enjeux.....	272
2. L'accès aux services de santé et aux médicaments ...	280
2.1 Existe-t-il un droit à la santé au Canada et au Québec?	280
2.2 Mesures particulières prises par le Québec pour favoriser l'accès	283
2.2.1 Sur le plan organisationnel	283
A) Le droit d'accès aux services de santé en fonction du mode d'organisation des services.....	283
B) Le droit d'accès aux services de santé en fonction de l'encadrement des pratiques professionnelles	285
2.2.2 Sur le plan de la qualité et de la Sécurité.....	288
A) Les établissements.....	288
B) Les professionnels.....	291
2.2.3 Sur le plan des délais d'attente	292
3. Les mécanismes de contrôle	296
3.1 L'exercice des droits au sein des établissements de santé.....	296
3.2 Le régime des plaintes prévu par le <i>Code des professions</i>	299
Conclusion	300

Introduction

Sujet de préoccupation universel, l'accès aux soins et aux médicaments soulève des questions de dignité humaine, d'égalité, même dans sa conception la plus étroite, et de priorisation de valeurs par rapport aux choix sensibles qu'implique la répartition de ressources limitées dans la société. Certes, le sujet affecte les individus à différents degrés à travers le globe et les priorités d'actions varient suivant les pays; certains sont d'abord préoccupés par les coûts d'accès, d'autres le sont par les temps d'attente, la qualité des services offerts ou la possibilité même d'avoir accès à des soins de base.

Alors que le Québec (et plus généralement le Canada) fait habituellement bonne figure sur la scène internationale en ce qui a trait à l'égalité d'accès qu'offre son système de santé publique — amoindrie néanmoins par la mauvaise presse liée aux délais d'attente dans les salles d'urgence —, il demeure que les citoyens sont soucieux de l'obtention de soins et services en temps opportun, sur l'ensemble de leur vaste territoire. La préoccupation des décideurs publics de maintenir un accès sur la base des besoins (par opposition à la capacité de payer des personnes) ainsi que d'améliorer la disponibilité des services a mené à des modifications régulières -- et force nous est d'admettre pas toujours réussies -- de l'organisation administrative, structurelle et professionnelle du système de santé au fil des ans. Parallèlement au secteur de la santé, un acteur externe a suivi avec de plus en plus d'attention cette mouvance : les tribunaux. L'affaire *Chaoulli*¹, rendue en 2005 par le plus haut tribunal du pays, en lien avec les délais d'attente dans le système de santé est une illustration patente du rôle plus interventionniste que s'est donné le juge dans ce domaine.

Le droit et ses acteurs jouent un rôle dans la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins et quant au contrôle de la légalité des décisions et comportements des acteurs dans le système de santé.

1. *Chaoulli c. Québec (P.G.)*, 2005 CSC 35, [2005] 1 R.C.S. 791 [*Chaoulli*].

Comme nous le constaterons, le droit, plus petit dénominateur commun des intervenants dans le système, demeure toutefois limité dans sa capacité de garantir l'application, dans la vie de tous les jours, des meilleures conditions d'accès possible. Dans une organisation aussi complexe et interdépendante que le système de santé, la collaboration de tous les acteurs et intervenants est essentielle à l'atteinte de l'objectif commun, c'est-à-dire garantir un accès adéquat à tous les citoyens, en favorisant le respect d'un pacte de solidarité envers les plus démunis.

Dans cet article, nous aborderons trois thèmes liés à l'accès aux soins et aux médicaments au Québec, avec une brève incursion dans la situation canadienne. Dans un premier temps, afin de situer le lecteur, nous dresserons un portrait général de l'organisation des soins de santé et des principaux enjeux y afférant. Dans un deuxième temps, nous aborderons le sujet de l'accès aux soins proprement dit, en nous attaquant d'abord à l'épineuse question concernant l'existence ou non d'un droit d'accès aux soins, pour ensuite étudier les mesures particulières prises par le Québec dans le but de favoriser l'accès à la fois sur les plans organisationnels, de la qualité et de la sécurité, ainsi que des délais d'attente. Enfin, nous terminerons avec un regard sur les mécanismes de contrôle mis en place pour assurer la qualité des soins offerts au sein des établissements de santé et par les professionnels de la santé.

1. L'organisation des soins de santé au Canada et au Québec : portrait et principaux enjeux

Le système de santé au Canada², devenu un symbole identitaire reconnu au fil des ans³, a été une source de fierté pour les Canadiens et de curiosité pour la communauté internationale.

2. Nous verrons les limites de l'expression : « système de santé au Canada » dans la discussion sur le *premier mythe* ci-dessous.

3. Voir notamment : Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, Saskatoon, 2002 (Commissaire : Roy J. Romanow); Chaoulli, *supra* note 1.

Le pacte de justice que ce système incarne, en principe, est un accès universel aux soins de santé basé sur les besoins et non sur la capacité de payer des individus. De façon plus marquée depuis les dernières années, ce système a toutefois fait l'objet de vives critiques de façon régulière en provenance de plusieurs acteurs de la société, qu'il s'agisse des citoyens, des médias, des associations professionnelles, des partis politiques, des tribunaux ou autres. Certes, le système se trouve à une période de redéfinition importante en raison de l'évolution des besoins des patients, du développement de la médecine et de la pharmacologie, de la pression économique exercée sur le système de santé et de la tension existant entre les valeurs de solidarité et de liberté.

De par l'intérêt qu'il suscite, le système de santé est sujet à divers mythes. En voici deux.

*Premier mythe : il existe un système de santé unique à travers le pays*⁴. En réalité, il n'existe pas de système de santé « canadien » comme tel, mais autant de systèmes qu'il y a de provinces et de territoires au pays puisque la santé est principalement un domaine de compétence provinciale (et non fédérale) en vertu de la Constitution canadienne⁵. La fédération canadienne est basée sur un partage de compétences entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/territoriaux. Ainsi, chaque province ou territoire est libre d'établir les règles de financement, d'allocation et de gestion des soins de santé qui lui semblent appropriées eu égard à sa population et ses besoins. La référence souvent faite à un système canadien vient de l'existence d'une loi fédérale, la *Loi canadienne sur la santé*⁶, qui a jeté les bases et établi les critères généraux et nationaux de l'organisation des soins de santé, lesquels ont, par la suite, été incorporés au sein de la législation provin-

4. Cette section s'inspire de l'article suivant : Catherine Régis, « La valeur de l'imputabilité dans l'allocation des ressources au Canada » (2008) 2 *Revue de droit et santé de McGill* 47.

5. *Loi constitutionnelle de 1867* (R.-U.), 30 & 31 Vict., c.3, art. 92, al. 7, reproduite dans L.R.C. 1985, app. II, no 5.

6. L.R.C., 1985, c. C-6 [LCS].

ciale/territoriale. Par l'adoption de cette loi, le gouvernement fédéral a utilisé son « pouvoir de dépenser » afin de s'immiscer dans le domaine de la santé, un secteur d'activité provincial. Cette ingérence alimente d'ailleurs des tensions récurrentes entre les deux paliers de gouvernements⁷. Considérant la pression financière que les systèmes de santé exercent sur la trésorerie publique⁸, les provinces et territoires ont généralement choisi de se conformer aux critères fédéraux en vue de recevoir ce financement supplémentaire.

Les cinq critères mentionnés à la LCS sont les suivants : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité, et l'accessibilité⁹. Le critère de l'intégralité (article 9) est particulièrement important dans la détermination du panier de soins publics, soit l'offre de soins disponibles à tous les Canadiens sans égard à leur capacité de payer. Succinctement, ce critère requiert que soient assurés par les provinces et territoires les services de santé « médicalement nécessaires » fournis par les

-
7. Voir la discussion dans Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Strengthening the Foundations: Modernizing the Canada Health Act*, Étude no 13 (Document de travail de la Commission) par Colleen M. Flood et Sujit Choudhry, Saskatoon, 2002 aux pp. 18-19. Les auteurs ont recommandé l'implantation d'une procédure de résolution des conflits afin de solutionner de manière efficace et efficiente les conflits entre les deux paliers de gouvernements.
 8. Le secteur de la santé et des services sociaux constitue le plus important poste de dépense du Gouvernement du Québec en occupant 44,8 % du budget. Voir Québec, Secrétariat du conseil du trésor, «Budget de dépenses» (2009), en ligne : <<http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/budget>>.
 9. LCS, *supra* note 5, art. 7. Brièvement (et sans faire état de l'ensemble des précisions utiles), la condition de la gestion publique requiert que le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique, la condition d'universalité suppose que 100 % des assurés de la province ait droit aux services assurés, le critère de la transférabilité implique que les services de santé soient fournis aux assurés temporairement absents de la province et que tous aient accès aux services de santé assurés à l'intérieur d'un délai de trois mois de résidence et, enfin, la condition de l'accessibilité demande que l'offre de services assurés soit faite selon des modalités uniformes et un accès raisonnable, sans obstacles financiers pour les assurés.

hôpitaux et les médecins. La LCS ne donne aucune définition du concept de « médicalement nécessaire »; il revient donc à chaque province/territoire de le développer. Ce critère a des répercussions notables sur les champs privilégiés d'allocation de ressources dans le système de santé, tel que nous le verrons avec le deuxième mythe.

Outre ces cinq conditions, la LCS énonce deux interdictions qui doivent être respectées pour l'octroi des transferts fédéraux. Les gouvernements ne peuvent permettre la surfacturation¹⁰ ni les frais modérateurs¹¹. Sur la base de la première interdiction, les médecins n'ont pas la possibilité de demander aux patients un montant plus élevé pour leurs services que ce qui est autrement autorisé par le régime public. La deuxième interdiction empêche que les services couverts par le régime d'assurance santé provincial ou territorial fassent l'objet d'une contribution directe complémentaire des usagers; il n'est donc pas possible de requérir un « ticket modérateur ». Ce sont principalement ces deux interdictions qui déterminent la spécificité des systèmes de santé au Canada.

Deuxième mythe : les soins de santé au Québec et au Canada sont financés par le réseau public. Cette affirmation se doit d'être nuancée, car le secteur privé joue un rôle important à l'échelle du pays. La proportion de financement privé dans les soins de santé représente environ 30 % du total des services fournis¹² et 52 % des dépenses liées aux médicaments prescrits¹³. Aussi, les soins de santé sont offerts aux citoyens à travers un partenariat privé-public. La division entre la participation des domaines public et privé au Québec et au Canada est sectorielle, c'est-à-dire qu'elle n'est pas définie par des groupes de populations -- comme aux États-Unis par exemple où les plus

10. *Ibid.*, art. 18.

11. *Ibid.*, art. 19.

12. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007*, Ottawa, 2007 à la p. 10. Ce pourcentage peut toutefois varier selon les provinces.

13. *Ibid.* aux pp. 21-22.

pauvres et les personnes âgées bénéficient d'une couverture publique --, mais suivant des secteurs de soins¹⁴. La LCS a eu pour conséquence de concentrer l'allocation publique des ressources au Québec et au Canada autour des soins médicaux et hospitaliers, laissant ainsi au privé certains secteurs des soins de santé fournis en dehors des murs de l'hôpital ou par d'autres professionnels que les médecins tels que les médicaments, les soins dentaires, les services psychologiques, diététiques, esthétiques, optométriques, etc. C'est donc principalement la sphère des soins médicaux et hospitaliers qui est assortie d'une garantie d'accès universelle; pour le Québec, cet accès est prévu et défini dans *Loi sur l'assurance maladie*¹⁵ et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*¹⁶. Pour les soins et services offerts par le secteur privé, l'accès demeure basé sur la capacité de payer des individus et la possibilité d'adhérer à un régime d'assurances par un employeur ou un regroupement professionnel; des inégalités d'accès sont conséquemment inévitables.

L'arrêt *Chaoulli*¹⁷ rendu en 2005 par le plus haut tribunal du pays est cependant venu ébranler cette division traditionnellement sectorielle entre le public et le privé. Cette décision fera l'objet de plus amples discussions dans la sous-section 2.2.3. Il suffit de dire ici que ce litige a impliqué une contestation constitutionnelle des articles 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*¹⁸ et 11 de la *Loi sur l'assurance-*

14. Colleen Flood, Mark Stabile et Sasha Kontic, « Finding Health Policy Arbitrary: The Evidence on Waiting, Dying, and Two-Tier Systems » dans Colleen Flood, Kent Roach et Lorne Sossin dir., *Access to Care, Access to Justice : the Legal Debate over Private Health Insurance in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2005.

15. L.R.Q. c. A-29.01 [LAM].

16. L.R.Q. c. A-28 [LAH].

17. *Chaoulli*, *supra* note 1.

18. LAM, *supra* note 16. Le texte de l'article se lisait comme suit : «Nul ne doit faire ou renouveler un contrat d'assurance ou effectuer un paiement en vertu d'un contrat d'assurance par lequel un service assuré est fourni ou le coût d'un tel service est payé à une personne qui réside ou est réputée résider au Québec ou à une autre personne pour son compte, en totalité ou en partie.»

*hospitalisation*¹⁹, lesquels prohibaient la possibilité d'obtenir des assurances privées pour des services de santé dispensés dans le réseau public. Le tribunal a indiqué au gouvernement qu'il ne pouvait interdire l'accès à l'assurance privée dans la mesure où il ne remplissait pas ses obligations, notamment d'offrir un accès aux soins en temps opportun, dans le réseau public. La nouveauté de cette décision n'est donc pas de permettre l'introduction du financement privé, déjà présente dans le secteur des soins de santé au Canada, mais d'ouvrir la porte à un système parallèle privé/public dans un domaine auparavant réservé au public. La réponse du gouvernement à l'ultimatum lancé par la cour, et qui sera discutée plus loin, laisse présager l'introduction d'un nouvel acteur et d'un groupe d'intérêt dans une sphère auparavant exclusive au gouvernement, soit les compagnies d'assurances. Dans la mesure où le secteur privé parallèle s'accroîtrait, les Québécois développeraient une relation de contractant dans l'offre de soins médicalement requis. Des enjeux d'accès propres à la relation assureur-assuré pour des soins médicalement requis sont à prévoir dans le futur.

Si l'accent mis dans la LCS sur les soins médicaux et hospitaliers reflétait la réalité de la pratique de la médecine à l'époque de l'adoption de cette loi, ce secteur a subi depuis des transformations importantes, dont le développement des soins et traitements par les produits pharmaceutiques. Les médicaments sont devenus le deuxième plus important poste de dépense des systèmes de santé au Canada, déclassant ainsi les dépenses liées aux hôpitaux²⁰. Au pays, 10 % de la population ne bénéficierait

-
19. LAH, *supra* note 17. Le texte de l'article contesté est le suivant : « Nul ne doit faire ou renouveler un contrat ou effectuer un paiement en vertu d'un contrat par lequel
- a) un service hospitalier compris dans les services assurés doit être fourni à un résident ou le coût doit lui en être remboursé;
 - b) l'hospitalisation d'un résident est la condition du paiement; ou
 - c) le paiement dépend de la durée du séjour d'un résident comme patient dans une installation maintenue par un établissement visé dans l'article ».
20. Institut canadien d'information sur la santé du Canada, *Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2007*, Ottawa, 2008 à la p. 13.

d'aucune couverture pour les médicaments et un autre 10 % serait sous-assuré pour ses besoins²¹. Un enjeu notable d'accès aux soins se pose ici. Cette évolution du secteur des soins de santé appelle une adaptation corrélative de la LCS pour s'assurer de sa pertinence et d'une utilisation toujours plus efficace et efficiente des deniers publics en santé.

La solution retenue par le Québec pour pallier ce constat a été d'instaurer, d'une part, un régime public d'assurance médicament en 1997²² et, d'autre part, d'exiger la couverture obligatoire pour tous les Québécois, soit en souscrivant au régime public ou en accédant à une police d'assurance privée par le biais d'un employeur, un syndicat ou un ordre professionnel par exemple. L'adhésion obligatoire à une forme ou l'autre d'assurance médicament pour chaque citoyen fournit ce que l'on appelle la couverture « mur à mur ». Une prime annuelle ainsi qu'une franchise mensuelle doivent être payées par les adhérents au régime public, bien que certains groupes moins nantis puissent en être exemptés. Pour les couvertures privées offertes par les employeurs, les coûts d'adhésion varient selon le choix de plan retenu par ceux-ci et les employés. Les Québécois payent donc des montants variables pour avoir accès à une assurance

21. Applied Management «Canadian's Access to Insurance for Prescription Medicines: Executive Summary», A Report Submitted to Health Canada, March 2000 à la p. 8, tel que cité dans Colleen Flood, «The Anatomy of Medicare», dans *Canadian Health Law Policy*, 2nd ed., Toronto, Butterworths, 2002, 1 aux pp. 31-33.

22. Le but du régime général d'assurance médicament est mentionné à l'article 2 de la LAM, *supra* note 17:

Le régime général a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. À cette fin, il prévoit une protection de base à l'égard du coût de services pharmaceutiques et de médicaments et exige des personnes ou des familles qui en bénéficient une participation financière tenant compte notamment de leur situation économique.

Pour des informations complémentaires sur le fonctionnement de ce régime, voir : «Le régime d'assurance médicament» (2009), en ligne : Régie de l'assurance maladie du Québec <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml>>.

médicament²³. Les autres provinces et territoires canadiens offrent une couverture qui diffère à l'échelle du pays bien qu'ils assurent généralement une couverture minimale pour les groupes les plus démunis.

Le Québec fait face à plusieurs défis d'accès en raison, entre autres, de la grande superficie de son territoire et de la pénurie de ressources humaines, dont les médecins et les infirmières. Le défi lié au territoire pose la question de la répartition des ressources de manière à garantir un accès adéquat à des soins de santé pour tous les Québécois, indépendamment de leur lieu de résidence. La population résidant dans des régions éloignées des grands centres urbains a régulièrement des difficultés d'accès à des médecins et des ressources spécialisées²⁴. Le deuxième enjeu lié à la disponibilité des ressources humaines pose la difficulté de l'accès à des professionnels et traitements en temps opportun et du transfert de ressources humaines du secteur public au secteur privé à l'heure d'une redéfinition des rôles de ces secteurs. À titre d'illustration, sur la base de ces difficultés d'accès, le Québec fait face à une problématique importante pour l'accès à un médecin de famille²⁵. La possibilité d'établir une relation de soins avec un médecin de famille, cet acteur étant la porte d'entrée du système de santé, est une préoccupation importante qui perdure depuis des années.

Gardant en tête l'existence de la loi fédérale, nous insisterons pour la suite de ce rapport sur les enjeux et caractéristiques d'accès dans le système de santé au Québec. Le but ici n'est pas de comparer les particularités propres à chaque système de santé au Canada, mais d'expliquer avec plus de détails celles afférentes au Québec.

23. Notons que tous les plans, incluant celui du régime public, offrent généralement des incitatifs à la consommation de produits génériques lorsque le produit d'origine n'est plus protégé par le brevet.

24. Commissaire à la santé et au bien-être, gouvernement du Québec 2009.

25. *Ibid.*

2. L'accès aux services de santé et aux médicaments

2.1 Existe-t-il un droit à la santé au Canada et au Québec?

D'emblée, précisons que, par l'expression « droit à la santé », nous faisons référence à la *conception positive* des droits, selon laquelle l'État doit non seulement n'exercer aucune coercition sur l'individu (conception négative), mais a en plus l'obligation de l'aider activement, notamment en adoptant des mesures en vue d'assurer le plein exercice de ces droits²⁶. À cet égard, ni la *Charte canadienne des droits et libertés*²⁷, texte à valeur prépondérante²⁸ intégré à la constitution canadienne, ni la *Charte des droits et libertés de la personne*²⁹, loi quasi-constitutionnelle québécoise, également à valeur prépondérante³⁰, ne protègent un droit distinct à la santé³¹. Quant à eux, les instruments internationaux auxquels le Canada a adhéré³² ne

26. Voir Leon E. Trakman, *Reasoning with the Charter*, Toronto, Butterworths, 1991 aux pp. 7 et ss.; voir aussi Groupe de travail sur les soins de santé de l'Association du Barreau canadien, *Un droit à la santé ? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, Ottawa, 1994 aux pp. 21 et ss. [GTSS].

27. Partie 1 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11 [Charte canadienne].

28. *Ibid.*, art. 52.

29. L.R.Q. c. C-12 [Charte québécoise].

30. *Ibid.*, art. 52.

31. En ce qui a trait à la Charte canadienne, trois juges majoritaires de la Cour suprême ont signalé, dans l'arrêt *Chaoulli*, *supra* note 2 au par. 104, que « *La Charte ne confère aucun droit constitutionnel distinct à des soins de santé* ». Les juges précisent, au même paragraphe, que « *Cependant, lorsque le gouvernement établit un régime de soins de santé, ce régime doit respecter la Charte* ». Nous reviendrons sur ce point. Dans le même sens, voir également *Réflexion*, *supra* note 27 aux pp. 27 et 28; voir enfin Jean-Pierre Ménard « L'impact du jugement *Chaoulli* sur les droits des usagers du système de santé », dans Barreau du Québec. Congrès (2006 : Montréal, Québec), Congrès annuel du Barreau du Québec (2006), Montréal, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, 2006 à la p. 691 [Ménard], où l'auteur reconnaît que « *le droit à la santé ne fait pas partie des droits fondamentaux* ».

32. Nous pensons principalement au *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Résolution de l'Assemblée générale 2200 (XXI), 16 décembre 1966, 21 GAOR Supp. 16 Doc. A/6316 (1967)

peuvent traduire qu'un « idéal de la responsabilité de l'État pour ce qui est d'assurer la sécurité sociale de base, y compris les soins de santé », puisqu'ils ne sont pas exécutoires au Canada, n'ayant pas été incorporés par voie législative dans le droit interne du pays³³. Toutefois, bien que ces engagements ne constituent pas un fondement adéquat pour conclure à l'existence d'un droit à la santé au Canada, il y a lieu de noter que certains des textes internationaux vont très loin sur ce plan. Par exemple, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, que le Canada a signé en 1976, est non équivoque quant à l'existence d'un droit à la santé, disposant ceci : « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».

Sans assise constitutionnelle ou quasi-constitutionnelle au droit à la santé, la législation québécoise peut néanmoins prévoir, dans son corpus juridique, un droit d'accès aux soins et services de santé. C'est exactement ce que le Québec a fait, en 1971, dans le cadre de l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*³⁴, devenant ainsi la première province à donner une définition de fond au contenu du droit des services de santé³⁵. L'article 5 de cette loi se lit comme suit :

(entré en vigueur le 3 janvier 1976) [PIDESC] et à la *Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948*, Résolution de l'Assemblée générale 217 A (III), Doc. N.U. A/810 (1948).

33. Anne F. Bayefsky, *International Human Rights Law: use in Canadian Charter of Rights and Freedoms litigation*, Toronto, Butterworths, 1992 à la p. 25, où l'auteure affirme qu'en règle générale, un traité ne fera partie de la législation canadienne que par l'effet d'une loi prise à cet effet. Pour une vision beaucoup plus contraignante des engagements internationaux pris par le Canada en matière d'accès aux soins de santé; voir aussi Marco Laverdière, « Les suites de l'arrêt Chaoulli et les engagements internationaux du Canada en matière de protection des droits fondamentaux » (2007) 38 R.D.U.S. 1 [Laverdière].
34. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2 [LSSSS].
35. GTSS, *supra* note 27 à la p. 34. Toujours selon cette source, le Québec est également la province allant le plus loin dans la définition législative

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.

Les tribunaux ont d'ailleurs reconnu que ces services étaient exigibles³⁶. Cependant, le droit aux services de santé et services sociaux n'est pas absolu. En effet, la LSSSS établit que ce droit s'exerce « 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 ». Cela signifie donc que le droit d'accès aux services est conditionné, entre autres, et sauf en situation d'urgence, par les ressources octroyées à l'établissement de santé³⁷. Cette réserve que constitue l'article 13 LSSSS ne permet toutefois pas de restreindre l'accès aux services de santé et de services sociaux de manière non conforme aux garanties offertes par les chartes des droits et libertés. Autrement dit, l'article 13 LSSSS est lui-même circonscrit par les dispositions des chartes³⁸.

du contenu et des limites de ce droit. Voir également *ibid.* à la p. 33. D'ailleurs, cette constatation est encore d'actualité.

36. *Poirier c. Hôpital du haut-Richelieu*, [1982] C.S. 511; *Landry c. Hôpital St-François d'Assise*, JE 96-370, dans lequel un établissement de santé a été condamné pour défaut d'avoir acquis de l'équipement adéquat, compte tenu de la science, dans un délai raisonnable. Toutefois, comme le précise Patrick A. Molinari, l'énoncé de ce droit, s'il en établit l'existence, demeure incomplet en ce qu'il n'évoque ni son étendue ni sa portée. Voir Patrick A. Molinari, «Le droit aux services de santé : de la théorie aux pratiques», dans Pierre Noreau et Louise Rolland, dir., *Mélanges consacrés à Andrée Lajoie. Le droit : une variable dépendante*, Montréal, Thémis, 2008, 61 à la p. 69 [Molinari].
37. LSSSS, *supra* note 37, art. 431 au par. 3. En vertu de cette disposition, c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui doit répartir équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions et voir au contrôle de leur utilisation. Voir Ménard, *supra* note 32 à la p. 677.
38. Ménard *ibid.* à la p. 691. Nous verrons ultérieurement (au point 2.2.3) que l'arrêt *Chaoulli* a en effet établi que les listes d'attente résultant de l'allocation des ressources limitées ne pouvaient avoir pour effet de compromettre les droits garantis par les chartes, notamment le droit à la vie ou la sécurité d'une personne, par exemple en ne fournissant pas les services en temps utile, *supra* note 1.

2.2 Mesures particulières prises par le Québec pour favoriser l'accès

2.2.1 Sur le plan organisationnel

Sur papier, le droit d'accès aux services de santé et services sociaux le plus largement libellé demeurera néanmoins inutile et sans effet sans l'existence d'une structure organisationnelle efficace assurant l'*exercice* de ce droit pour l'individu. Ainsi, tant le mode d'organisation des services que l'encadrement des pratiques professionnelles au sein du réseau ont un impact fondamental sur l'accès aux soins.

A) Le droit d'accès aux services de santé en fonction du mode d'organisation des services

Au cours des dernières années, le portrait de l'organisation du système de santé québécois a profondément changé³⁹ et se déploie désormais essentiellement en trois paliers, le central, le régional et le local⁴⁰. Il est utile de décrire brièvement ces trois paliers afin de bien comprendre l'impact de la nouvelle organisation sur le droit d'accès des usagers. D'abord, le palier central est occupé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui établit les grandes orientations en matière de politiques de la santé et évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Ses responsabilités sont ainsi centrées autour de la planification, du financement, de l'allocation des ressources financières et du suivi⁴¹. Sur le plan régional, l'Agence de la santé et des services sociaux (dix-huit au total sur le territoire

39. Principalement par l'adoption de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.R.Q. 2006, c. 43 [LMSSS], adoptée et sanctionnée le 13 décembre 2006.

40. Pour un aperçu clair et concis du mode d'organisation du système de santé de santé québécois, voir Ministère de la Santé et des Services sociaux, *En bref : le système de santé et de services sociaux au Québec*, Gouvernement du Québec, 2008, en ligne : Publications du Québec <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-731-01F.pdf>>.

41. LSSSS, *supra* note 37, art. 431-520.

québécois) est responsable de la coordination des services sur son territoire. Enfin, au palier local, chacune des dix-huit régions se divise en quelques réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSS), regroupant l'ensemble des dispensateurs de soins de santé⁴². Au cœur du RLSSS, se trouve le centre de santé et de services sociaux (CSSS), qui constitue un établissement multivocationnel exploitant notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés⁴³. Le CSSS constitue l'assise d'une offre de services intégrée, puisque l'utilisateur peut maintenant obtenir d'un seul établissement un ensemble de services de santé et services sociaux pour satisfaire tous ou une grande partie de ses besoins. De plus, l'utilisateur a un seul dossier, doit remplir une seule procédure d'admission, possède une seule équipe traitante, etc.⁴⁴.

Le principal changement apporté par la récente réforme du mode d'organisation de la prestation des soins et services constitue assurément la centralisation et l'élargissement du droit d'accès aux services pour les usagers. En effet, l'introduction des RLSSS leur confère désormais un *guichet unique* pour la mise en œuvre de ce droit, c'est-à-dire qu'ils peuvent exiger les services non seulement du CSSS, mais de *tous* les producteurs de services avec qui celui-ci a conclu des ententes, notamment les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés⁴⁵,

42. *Ibid.*, art. 99.3. En effet, cet article énonce que la mise en place d'un réseau local vise à responsabiliser tous les intervenants qui en font partie afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire visé par ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.

43. *Ibid.*, art. 99.4. Le mandat du CSSS est défini à l'article 99.6 de la LSSSS. L'on compte actuellement quatre-vingt-quinze (95) CSSS au Québec (pour autant de RLSSS).

44. Jean-Pierre Ménard, « Après le projet de loi 83 : enjeux cachés et droits nouveaux pour les usagers du système de santé », dans *Service de la formation continue*, Barreau du Québec, vol. 260, Cowansville, Yvon Blais, 2006 à la p. 123 [Ménard, Loi 83].

45. LSSSS, *supra* note 37, art. 333.1 et ss.

les différents médecins du territoire⁴⁶, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées⁴⁷. Ainsi, désormais, de nombreuses ressources complémentaires se greffent au CSSS, de manière à assurer aux usagers, du moins en théorie, un accès plus vaste, mais aussi plus simplifié et mieux coordonné aux soins et services de santé sur un territoire donné⁴⁸. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'objectif de cette organisation est en effet « de partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire ».

B) Le droit d'accès aux services de santé en fonction de l'encadrement des pratiques professionnelles

Face aux défis importants que présente le secteur des soins de la santé dans tous les pays, l'organisation de la pratique des professionnels demeure un aspect crucial ayant un impact indéniable sur l'accès aux services de santé. Selon le Conseil canadien de la santé et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, il a été démontré que les nouveaux modèles de soins en collaboration améliorent l'accès aux services

46. Le CSSS conclut notamment des ententes avec des groupes de médecine de famille (GMF), c'est-à-dire des regroupements de médecins travaillant en étroite collaboration avec des infirmiers/infirmières et offrant des soins et services auprès des personnes inscrites. En mars 2009, il existait 186 GMF accrédités au Québec.

47. À ce sujet, voir LSSSS, *supra* note 37, art. 99.7, 101, 105.1 et 108. L'objectif de ces ententes est bien sûr d'améliorer le suivi médical des patients et la continuité des services en renforçant le lien avec différents professionnels de la santé ou d'autres producteurs de services sur le territoire du RLSSS. Par ailleurs, comme nous le verrons, le mécanisme de plaintes des usagers est également centralisé, selon l'article 34 de la LSSSS.

48. Toutefois, selon P. A. Molinari, *supra* note 39 à la p. 80, la portée effective du droit au libre choix de l'établissement a cependant été restreinte par la reconfiguration de la structure de la majorité des établissements publics de santé, mise en place par la LMSSS, *supra* note 43.

de santé et l'utilisation des ressources humaines existantes⁴⁹. C'est dans cette perspective qu'une réforme en profondeur de l'encadrement législatif de l'activité professionnelle dans le secteur de la santé a été adoptée au Québec en 2002⁵⁰. Sans faire une description exhaustive des modifications apportées par cette loi, il y a lieu d'en tirer deux observations, pour ce qui nous intéresse. D'abord, la réforme vise à favoriser la collaboration interprofessionnelle et la pratique du travail en équipes multidisciplinaires, mettant donc fin à une pratique davantage hiérarchisée et centrée autour du médecin⁵¹. Dans la même lignée, la réforme opère aussi un décloisonnement important des pratiques professionnelles, notamment en élargissant considérablement la portée de ce que l'on appelait antérieurement la *délégation médicale*. En fait, depuis l'adoption de la Loi 90, il ne s'agit plus d'une simple délégation d'*actes médicaux* à des personnes autres que des médecins, mais bien de la détermination d'*activités* normalement réservées aux médecins pouvant

49. Juanita Barrett *et al.*, *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité* (décembre 2007), en ligne : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé <http://www.chsrf.ca/research_themes/documents/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf>. Voir aussi Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Les infirmières et infirmiers aux premières lignes des temps d'attente*, Ottawa, AIIC, 2009 à la p. 8 [AIIC].

50. La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33 [Projet de loi 90] a été adoptée et sanctionnée le 14 juin 2002. Onze ordres professionnels du secteur de la santé sont touchés par cette loi.

51. À titre d'illustration, la décision de l'utilisation de l'application de mesures de contention à un usager constituait une activité autrefois exclusivement réservée aux médecins, qui la « prescrivaient » afin que d'autres professionnels l'appliquent, mais est désormais devenue une *activité réservée* à trois autres catégories de professionnels, c'est-à-dire les infirmières, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Voir le *Code des professions*, L.R.Q. c. C-26, art. 37.1 aux par. 3g) et 4d) [*Code des professions*] ainsi que la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, L.R.Q. c. I-8, art. 36 au par. 14 [LII]. En pratique, ce genre de décision est désormais prise, lorsque la situation le permet, en réunion d'équipe multidisciplinaire et non plus en vase clos, comme auparavant.

désormais être exercées par des non-médecins⁵². C'est ainsi que de nouvelles catégories d'infirmières sont nées, soit l'infirmière première assistante en chirurgie ainsi que l'infirmière praticienne spécialisée⁵³, qui sont désormais habilitées à exercer cinq activités réservées aux médecins sur dix⁵⁴.

Ainsi, force est de constater une volonté parlementaire de mettre en place de nouveaux modes de pratiques professionnelles dans le domaine de la santé, favorisant notamment une décentralisation des compétences, dans le but d'améliorer l'accès et la qualité des soins. Cependant, le problème, si problème il y a, réside encore une fois dans le *hiatus* existant entre la « bonne volonté » et la réalité pratique. En effet, si dans les autres provinces canadiennes l'apport des infirmières cliniciennes spécialisées semble pleinement reconnu et leur pratique intégrée dans l'offre de soins et services⁵⁵, il en va différemment au Québec. En effet, ici, les *superinfirmières*, comme on les appelle,

-
52. La distinction est ici plus que sémantique puisque la description que fait l'article 31 de la *Loi médicale*, L.R.Q. c. M-9 des dix (10) *activités réservées* au médecin est très large. Cela signifie donc que les professionnels concernés par la « délégation » de ces activités interviendront beaucoup plus largement dans des domaines traditionnellement réservés aux médecins.
53. *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, R.Q. c. M-9, r.1.3. Concernant l'infirmière spécialisée, notons qu'il existe quatre classes de spécialités, soit l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie, l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie, l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Voir l'article 3 du *Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, D. 997-2005, 2005 G.O. 2, 6370.
54. Ces activités sont les suivantes : prescrire des examens diagnostiques; utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; prescrire des médicaments et d'autres substances ; prescrire des traitements médicaux; et utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice. Voir LII, *supra* note 56, art. 36.1.
55. Voir AIIIC, *supra* note 54.

représentent un « espoir déçu », étant donné le nombre très restreint de celles ayant intégré le marché du travail⁵⁶, à ce jour. La faible popularité de la formation universitaire de deuxième cycle en soins infirmiers⁵⁷ et le manque de financement pour accueillir ces professionnels expliqueraient en grande partie le phénomène.

2.2.2 Sur le plan de la qualité et de la sécurité

A) Les établissements

Par essence, le droit d'accès aux services de santé sous-entend l'accès à des services *de qualité*⁵⁸ et *sécuritaires*. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), la non-qualité et la non-sécurité peuvent être mesurées par des indicateurs tels que les accidents et incidents dans les soins, les hospitalisations inappropriées ou prolongées, les infections nosocomiales ou la surutilisation des ressources⁵⁹. À cet égard, une étude portant sur les événements indésirables au Canada démontrait que l'incidence de tels événements dans les hôpitaux s'établissait en 2004 à 7,5 % des hospitalisations⁶⁰.

56. *Ibid.* On en dénombrerait moins d'une cinquantaine actuellement sur tout le territoire du Québec.

57. Actuellement, moins d'une centaine d'infirmières sont en formation pour devenir infirmières praticiennes spécialisées. Voir « L'ordre est fier d'accueillir sept nouvelles infirmières praticiennes spécialisées » *Le Journal de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* 16 : 2 (mars/avril 2009), en ligne : L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), <<http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/2009vol6no2/D03.htm>>.

58. L'article 5 de la LSSSS, *supra* note 37, utilise le terme « adéquats », signifiant « conformes aux normes généralement observées », selon P. A. Molinari, *supra* note 39 à la p. 69.

59. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec), « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité » (2006), en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>>.

60. G. Ross Baker et al., « The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal* (25 mai 2004), en ligne : <<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/11/1678>>. Les résultats de cette étude se basent sur

Au début des années 2000, le Québec a commencé à s'intéresser plus sérieusement à ce problème inquiétant et récurrent⁶¹. Selon le MSSS, un changement de culture s'imposait sur ce point, privilégiant la transparence, la communication ouverte, le travail d'équipe interdisciplinaire ainsi qu'une approche systémique plutôt qu'individuelle. Des mesures concrètes et proactives pour s'attaquer au problème et offrir des services de meilleure qualité et plus sécuritaires ont donc été prises. Nous nous proposons ici d'en citer les principales, sans toutefois entrer dans les détails. Premièrement, il faut noter que depuis 2002, le droit des usagers de recevoir des services de santé et services sociaux de façon *sécuritaire* est consacré dans la LSSSS⁶². Par ailleurs, la loi donne désormais à l'utilisateur le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçue et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé⁶³. Deuxièmement, la loi prévoit des mécanismes permettant aux établissements du réseau de la santé de *garantir* un niveau de qualité adéquat concernant les services de santé qu'ils offrent. D'abord, pour dispenser légalement leurs services, les établissements doivent tous obtenir un *permis* du ministre de la Santé et des Services sociaux⁶⁴. De plus, depuis 2002, tout établissement doit solliciter, tous les trois ans, l'*agrément* des

les données provenant de quatre centres hospitaliers de cinq provinces canadiennes différentes (dont le Québec). Notons que l'expression « adverse event » (événement indésirable) est définie de la façon suivante, aux fins de l'étude : « an unintended injury or complication that results in disability at the time of discharge, death or prolonged hospital stay and that is caused by health care management rather than by the patient's underlying disease process ».

61. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La gestion des risques une priorité pour le réseau* (1^{er} février 2001), en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-915.pdf>>.
62. C'est la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, L.R.Q. 2002, c. 71, qui a introduit plusieurs nouveautés à ce sujet. Voir les articles 2 (8.1), 3, 5 et 100.
63. LSSSS, *supra* note 37, art. 8.
64. *Ibid.*, art. 437.

services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'organismes d'accréditation reconnus⁶⁵. Bien sûr, l'agrément vise à reconnaître que les soins et services offerts dans un tel établissement répondent à des normes reconnues en matière de qualité. Enfin, face à l'incapacité du réseau public d'assumer les besoins grandissants en matière de soins et d'hébergement de la population vieillissante au Québec et au développement corrélatif de milliers de ressources d'hébergement hors réseau, dont la qualité et l'étendue des services n'étaient soumises à aucun contrôle⁶⁶, la législature québécoise a décidé de rendre obligatoire la *certification* des résidences privées pour personnes âgées⁶⁷. Troisièmement, outre ces mesures visant à attester un niveau de qualité et de sécurité adéquats dans les établissements, certaines dispositions législatives ont également été adoptées quant à la matérialisation du droit des usagers à se voir offrir des services de santé sécuritaires au sein du réseau. D'abord, l'article 233.1 *LSSSS* soumet l'employé d'un établissement à une obligation de déclaration au directeur général ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, de tout incident ou accident qu'il a constaté⁶⁸. De plus, en matière de qualité et sécurité, la mise sur pied de deux comités est dorénavant obligatoire au sein de chaque établissement, le comité de vigilance et de la qualité⁶⁹ et le comité de gestion des risques⁷⁰.

65. *Ibid.*, art. 107. Les deux organismes d'accréditation reconnus sont le Conseil canadien d'agrément des services de santé et le Conseil québécois d'agrément. Voir Santé et Services sociaux, « Agrément obligatoire pour tout établissement », *Normes et pratiques de gestion* (2005-2004), en ligne : <[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/eed4b418511418b785257098006506f9/\\$FILE/2005-004.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/eed4b418511418b785257098006506f9/$FILE/2005-004.pdf)>.

66. Ménard, Loi 83, *supra* note 48 à la p. 133.

67. Voir les articles 346.0.1 et suivants *LSSSS*, *supra* note 37. Selon l'art. 346.0.3, c'est l'agence du territoire où se trouve la résidence qui délivre le certificat de conformité aux critères socio-sanitaires et exigences fixés par règlement.

68. L'article 235.1 *LSSSS*, *supra* note 37, prévoit, quant à lui, les règles concernant la divulgation à l'utilisateur concerné de l'information nécessaire, à la suite d'un accident.

69. *LSSSS*, *supra* note 37, art. 181.0.1. Ce comité, relevant du conseil d'administration, doit notamment assurer, auprès du conseil, le suivi des

B) Les professionnels

Les professionnels dispensant les services de santé ont bien évidemment un rôle de premier plan à jouer en matière de qualité et sécurité des services offerts. Les règles québécoises visant le contrôle de la qualité des activités professionnelles sont cependant moins récentes que les mesures que l'on vient de voir concernant les établissements. D'abord, au sein même des établissements, des structures existent afin que soit assurée et contrôlée la qualité de l'activité des professionnels y travaillant. En effet, l'adoption d'un *code d'éthique* indiquant les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues à leur endroit de la part de l'ensemble du personnel d'un établissement est obligatoire⁷¹. De plus, différents comités professionnels sont constitués au sein des centres exploités par un établissement et sont responsables envers le conseil d'administration, notamment de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes professionnels posés dans l'établissement ou d'évaluer et de maintenir leur compétence⁷². À côté de ces dispositions *intra-muros*, les professionnels doivent également respecter les normes adoptées par les ordres professionnels auxquels ils appartiennent, le cas échéant. À cet égard, il est bien établi que les *codes de déontologie* adoptés par les différents ordres professionnels réglementent la conduite de leurs membres et ont essentiellement pour but d'atteindre l'objectif de protection du public⁷³. Nous verrons brièvement dans la troisième partie le mécanisme des plaintes disciplinaires prévu au *Code des professions*.

recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, à la suite de plaintes d'usagers.

70. *Ibid.*, art. 183.1 et ss.

71. *Ibid.*, art. 233.

72. *Ibid.*, art. 213 et ss. Il existe trois principaux comités professionnels, soient le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (art. 213 et ss.), le conseil des infirmières et infirmiers (art. 219 et ss.) et le conseil multidisciplinaire (art. 226 et ss.). Pour plus de détails concernant la composition et les responsabilités de ces différents comités, consulter les dispositions législatives.

73. Voir notamment *Ingénieurs c. Bilodeau*, 2005 QCTP 34 (T.P.).

2.2.3 Sur le plan des délais d'attente

Comment prétendre faire un rapport national sur l'accès aux services de santé et aux médicaments sans aborder l'épineuse question du temps d'attente pour les obtenir? En fait, le temps d'attente lié aux soins de santé représente actuellement un obstacle très important pour les personnes ayant de la difficulté à accéder aux soins de santé au Canada⁷⁴. Le Québec n'y fait bien sûr pas exception et l'idée ici est précisément d'étudier les solutions québécoises mises de l'avant pour tenter de remédier au problème récurrent des délais. Ce qu'il faut bien comprendre est que, jusqu'à relativement récemment au Québec, il n'existait aucun mécanisme législatif garantissant l'accès aux services de santé dans des délais raisonnables, contrairement à ce qui existe dans certains pays, notamment le Royaume-Uni ou la Suède⁷⁵. Toutefois, l'arrêt de la Cour suprême du Canada *Chaoulli c. Procureur général du Québec*⁷⁶ a forcé le gouvernement du Québec à adopter des mesures ciblées pour offrir un accès aux services de santé en temps opportun. L'objectif ici est donc d'exposer la réponse gouvernementale à ce jugement plutôt que d'en faire une analyse critique⁷⁷. Rappelons toutefois la conclusion des juges

74. Institut canadien d'information sur la santé, « Tableaux sur les temps d'attente – Une comparaison par province » (2008), en ligne : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Final_Wait_Times_AIB_080229_FR.pdf>. De plus, selon la 10^e édition du Sondage sur les soins de santé au Canada, le temps d'attente constitue la préoccupation la plus importante à la fois pour les fournisseurs de soins, les gestionnaires et pour la population. Health Care in Canada (HCIC), « Sondage sur les soins de santé au Canada » (2007), en ligne : <http://www.hcic-sssc.ca/index_f.asp>.

75. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec), « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité » (février 2006), en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>>.

76. *Chaoulli*, supra note 1.

77. Pour une telle analyse, nous référons le lecteur entre autres à l'ouvrage collectif dirigé par Colleen Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, *Access to Care, Access to Justice : the Legal Debate over Private Health Insurance in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2005; Marie-Claude Prémont, « L'affaire Chaoulli et le système de santé du Québec : cherchez

majoritaires dans cet arrêt : en présence de délais d'attente déraisonnables pour accéder à certains services de santé couverts par le régime public d'assurance, la prohibition de recourir à l'assurance privée pour ces services⁷⁸ viole les droits à la vie et à l'intégrité de la personne et est donc incompatible avec la *Charte des droits et libertés de la personne*⁷⁹. Si l'on fait abstraction du débat public/privé ayant eu cours à la suite de cette décision et que l'on concentre notre étude plutôt sur les gains des usagers en matière de droits d'accès, il est juste d'affirmer ceci : « (l) jugement Chaoulli reconnaît donc que l'accès en temps opportun à des soins de qualité est maintenant un droit des usagers, susceptible d'être judiciarisé même lorsqu'il est conditionné par une insuffisance de ressources ». Ce point est tout à fait exact bien qu'il puisse *a priori* être étonnant, puisque la Cour suprême du Canada, en l'espèce, n'a pas directement ciblé les délais d'attente comme source de l'atteinte aux droits, déclarant plutôt que cette atteinte provenait de la prohibition de l'assurance privée duplicative. Or, il importe de saisir que cette prohibition ne constituait pas l'unique *cause* de l'atteinte aux droits, dans l'affaire *Chaoulli*, mais que c'est bel et bien la *combinaison* des délais d'attente déraisonnables pour obtenir certains soins de

l'erreur, cherchez la raison » (2006) 51 R.D. McGill 167; Geneviève Tremblay McCaig, « L'affaire Chaoulli c. Procureur général du Québec : appartient-il aux tribunaux de remettre en question les objectifs politiques qui modèlent le système de santé ? », dans Barreau du Québec, *Développements récents en droit administratif et constitutionnel* (2006), vol. 240, Cowansville, Yvon Blais à la p. 117; et Jean-Pierre Ménard, *supra* note 48.

78. Rappelons que cette prohibition résulte de l'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, *supra* note 17 et de l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*, *supra* note 16.

79. *Charte québécoise*, *supra* note 30. Notons que l'article 1, al. 1 de la Charte québécoise énonce que « tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne ». Par ailleurs, précisons que la majorité issue de la décision *Chaoulli* (quatre juges contre trois) ne vise que la *conclusion* de l'incompatibilité de l'interdiction de l'assurance privée avec la Charte québécoise (voir au par. 102 du jugement) et non les *motifs*, puisque les deux autres juges majoritaires s'étant exprimés ont bâti leur analyse en fonction plutôt de la Charte canadienne.

santé jumelée à l'interdiction de souscrire à une assurance privée pour ces services qui constituent la source de la violation des droits à la vie et à l'intégrité. Par conséquent, la *solution* judiciaire qu'a choisie le plus haut tribunal du pays, c'est-à-dire l'invalidité de ces dispositions, ne peut pas remédier à elle seule au problème⁸⁰. Autrement dit, l'interdiction de l'assurance privée duplicative n'était pas la source de la violation des droits de la personne et la levée de cette interdiction ne constitue pas non plus la solution appropriée! C'est d'ailleurs pourquoi la réponse du gouvernement du Québec au jugement *Chaoulli* n'a pas été d'invalider purement et simplement les dispositions législatives litigieuses⁸¹, mais bien de les modifier, tout en adoptant également d'autres mesures législatives favorisant l'accès aux soins dans des délais raisonnables.

Ceci étant dit, voyons comment a réagi le Parlement du Québec à l'issu du jugement *Chaoulli*. Comme mentionné, on a choisi d'agir sur deux fronts, les délais d'attente dans le secteur public et l'ouverture partielle à l'assurance privée duplicative pour certains services de santé⁸². D'abord, le plan d'organisation de tout centre hospitalier doit désormais prévoir l'instauration d'un

80. En effet, la seule levée de l'interdiction de l'assurance privée pour certains services ne garantit pas aux usagers un accès plus rapide à ces soins, du moins dans l'état actuel des choses, étant donné que des services médicaux assurés par le privé ne peuvent être offerts que par des médecins non participants au régime public, la pratique mixte étant encore interdite, et que le nombre de ces médecins n'atteint même pas 1% du total des médecins québécois. La question est de savoir si la levée partielle de l'interdiction, comme nous le verrons, et la possibilité que l'assurance privée puisse occuper une place plus importante n'inciteront pas de plus en plus de médecins à se désaffilier du système public (à devenir non-participants), ouvrant ainsi la porte à un système privé parallèle.

81. D'ailleurs, certains auteurs questionnent la légalité même de la réponse québécoise, principalement car elle ne répondrait pas adéquatement au jugement, ce dernier déclarant sans nuance l'invalidité totale de ces dispositions. À ce sujet, voir Laverdière, *supra* note 35 au par. 49.

82. Ces modifications ont été apportées par l'adoption de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, *supra* note 43.

*mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés*⁸³, selon différentes modalités, telles l'inscription de l'utilisateur sur une liste d'accès et la communication avec ce dernier, notamment à propos de la date prévue d'obtention de ces services ou des mesures de rechange possibles advenant le cas où les services ne pourraient pas lui être dispensés à cette date. De plus, la LSSSS prévoit également que le ministre de la Santé et des Services sociaux peut prendre toute mesure nécessaire pour que soient mis en place des *mécanismes particuliers d'accès* permettant de rendre un service visé accessible à l'intérieur du délai qu'il juge raisonnable, lorsqu'il estime, compte tenu des standards d'accès généralement reconnus et après avoir effectué les consultations appropriées, que le temps d'attente pour obtenir ce service médical spécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions est déraisonnable ou sur le point de le devenir⁸⁴.

Ensuite, par des modifications à l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*, il est maintenant prévu que certains traitements médicaux spécialisés peuvent être couverts par une assurance privée, dont l'arthroplastie-prothèse totale de la hanche⁸⁵ ou du genou, une extraction de la cataracte ou « tout autre traitement médical spécialisé déterminé par le gouvernement ». Par ailleurs, la LSSSS a créé une nouvelle entité, les « centres médicaux spécialisés » (CMS), qui sont des lieux aménagés hors-réseau aux fins de permettre à un ou plusieurs médecins de dispenser à leur clientèle ces traitements médicaux spécialisés⁸⁶. Par conséquent, pour obtenir ces services précis, le patient pourra, s'il le désire, « faire affaire » avec *des médecins non*

83. LSSSS, *supra* note 37, art. 185.1.

84. LSSSS, *supra* note 37, art. 431.2. Cette disposition énonce notamment que les directives du ministre peuvent enjoindre les établissements d'ajuster les modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion d'accès ou encore les agences régionales de revoir les corridors de services de manière à faciliter autrement l'accès.

85. Précisons que l'un des demandeurs, dans l'affaire *Chaoulli*, George Zeliotis, avait subi deux opérations à la hanche pour lesquelles il se plaignait de délais d'attente déraisonnables.

86. LSSSS, *supra* note 37, art. 333.1 et ss.

participants au régime public travaillant dans les CMS⁸⁷ et se faire rembourser par une assurance privée pour ceux-ci, lui permettant ainsi de contourner les délais d'attente du régime public. Enfin, le régime public pourrait aussi utiliser le corridor de services publics pour qu'un médecin d'un CMS (participant au régime public) dispense un traitement médical spécialisé à un patient ou encore décider d'avoir recours à un médecin non participant travaillant dans un CMS pour offrir des services de santé, constituant une offre alternative de services, lorsque des délais sont jugés déraisonnables par le ministre⁸⁸.

Voilà donc brièvement résumées les solutions adoptées par le Québec pour répondre au jugement *Chaoulli* d'une part, mais aussi pour tenter de faire face aux défis posés par les délais d'attente récurrents du système, d'autre part. Toutefois, entre l'idéal et la réalité, il y a un pas et il y a lieu de se demander si ces mesures législatives peuvent à elles seules enrayer tous les maux relatifs aux délais d'attente dans le système de santé québécois.

3. Les mécanismes de contrôle

Le Québec a pris diverses mesures afin de favoriser le respect des droits des usagers dans le système de santé. Outre les recours usuels de droit commun, il y a ceux existant à l'intérieur des établissements de santé et ceux liés aux ordres professionnels.

3.1 L'exercice des droits au sein des établissements de santé

Deux mécanismes clés existent au sein des établissements de santé afin de favoriser l'exercice des droits des usagers. Il y a d'abord le régime de traitement des plaintes prévu à la *Loi sur les*

87. L'article 333.3 LSSSS, *supra* note 37, prévoit que chaque CMS doit obligatoirement prendre l'une ou l'autre forme, c'est-à-dire avoir en son sein des médecins participants au régime public ou des médecins non participants.

88. *Ibid.*, art. 431.2. En ce cas, le ministre assumerait le coût du traitement.

*services de santé et les services sociaux*⁸⁹ et, ensuite, les comités des usagers.

Le régime de traitement des plaintes prévoit que les usagers peuvent porter plainte pour un service reçu, qu'ils auraient dû recevoir ou qu'ils requièrent dans le réseau de la santé⁹⁰. Cette procédure comporte deux étapes, lesquelles interpellent des acteurs de résolution de conflits différents. Premièrement, l'utilisateur insatisfait soumet sa doléance auprès du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement en cause⁹¹. Cet acteur, qui relève directement du conseil d'administration de l'établissement afin d'assurer sa plus grande indépendance, doit alors traiter la plainte soumise dans un délai de 45 jours suivant sa réception. Plus largement, le commissaire s'assure du respect des droits des usagers dans l'établissement et peut proposer toute mesure pertinente à cet égard (nous donnerons des exemples de mesures lorsque nous aborderons la deuxième étape). Une procédure spéciale existe pour le traitement des plaintes qui concernent un médecin, dentiste ou pharmacien⁹², lesquelles devront passer par un médecin examinateur aussi nommé par le conseil d'administration de l'établissement⁹³. Le même délai de 45 jours s'applique⁹⁴. Cependant, lorsque la plainte porte sur des problèmes administratifs ou organisationnels liés à des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services conserve sa compétence⁹⁵.

Deuxièmement, l'utilisateur insatisfait de la réponse obtenue à l'occasion de cette première démarche ou qui n'obtient pas de réponse dans les délais requis, peut soumettre sa plainte auprès

89. *Ibid.*, art. 40.

90. *Ibid.*, art. 34.

91. *Ibid.*, art. 60 et ss. Il existe également des commissaires régionaux pour les plaintes liées aux organismes communautaires, aux résidences privées d'hébergement ou pour personnes âgées, au service de transport ambulancier et aux agences de santé et de services sociaux.

92. *Ibid.*, art. 41 et ss.

93. *Ibid.*, art. 41.

94. *Ibid.*, art. 47.

95. *Ibid.*, art. 45.

du Protecteur du citoyen, lequel constitue le palier final du processus de plaintes. Celui-ci est un acteur indépendant du réseau de la santé, imputable devant l'Assemblée nationale, et nommé pour un terme fixe de cinq⁹⁶ ans afin de garantir son indépendance. Au terme de son analyse de la plainte soumise, le Protecteur du citoyen transmet ses conclusions et recommandations, s'il y a lieu, à l'établissement visé par la doléance. Il peut à cet égard tenter de concilier les intérêts des parties au dossier, élargissant ainsi l'assiette normative au-delà de la norme juridique. Notre analyse des décisions du Protecteur du citoyen⁹⁷ illustre que sont régulièrement considérées les normativités éthique, administrative, scientifique et déontologique dans le processus de conciliation de la plainte. Des solutions qui dépassent les limites du droit sont également proposées, telles que l'émission d'excuse, la modification de certaines pratiques au sein des établissements, la formation supplémentaire pour certains membres du personnel, etc. Cette possibilité représente un atout considérable dans le domaine de la santé où la caractéristique hautement internormative du milieu limite la possibilité de résoudre de multiples conflits lorsqu'uniquement envisagés sous leur angle juridique. Outre cette fonction de traitement des plaintes (et plus largement de demandes d'information), le Protecteur du citoyen exerce le mandat de promouvoir les droits des usagers dans le réseau de la santé et il peut intervenir de sa propre initiative s'il a des motifs raisonnables de croire que des citoyens ont été lésés dans leurs droits. Aucun ombudsman ayant un mandat aussi défini et intégré au secteur de la santé n'existe ailleurs au Canada⁹⁸.

Bien que ce processus de plaintes soit perfectible, notamment quant à la connaissance de son existence auprès des citoyens et de la reconnaissance par le personnel du réseau de la santé de sa légitimité et de sa crédibilité, il offre une opportunité

96. *Loi sur le Protecteur du citoyen*, L.R.Q. c. P-32, art. 2.

97. Catherine Régis, *Mind over Matter : Using Law & Psychology to Optimize Conflict Resolution in Health Care*, thèse de doctorat en droit, Université de Toronto, 2008.

98. *Ibid.* c. 5, voir les constats de recherche.

importante pour les Québécois de transmettre leurs préoccupations et d'être entendus dans le système de santé. Il contribue, en partie, au contrôle des droits ainsi qu'à la qualité et la transparence des décisions liées à l'accès aux soins dans le système de santé; ainsi, il s'agit d'un mécanisme qui concourt à réduire l'écart entre l'énonciation de la norme et son application. Cette procédure de résolution des conflits peut-être utilisée, en théorie, en concomitance avec les autres recours disponibles pour les usagers, qu'il s'agisse de recours disciplinaires ou de droit commun.

Un deuxième outil existant au sein des établissements de santé et qui favorise l'exercice des droits des usagers est les comités des usagers. La loi prévoit que tout établissement doit mettre sur pied un comité des usagers⁹⁹ qui a pour fonction, notamment, de renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers, d'évaluer la satisfaction de ceux-ci en regard des services fournis et de défendre les droits et intérêts collectifs et individuels (si demandé) des usagers¹⁰⁰. Le comité est composé d'un minimum de cinq membres élus et dont la majorité doit être des usagers¹⁰¹. Dans la mesure où ce comité utilise le budget qui lui est dévolu à l'atteinte des objectifs fixés par son mandat, il bénéficie d'une liberté de parole et d'exercice suffisante au sein de l'établissement et est perçu comme un partenaire crédible tant par les usagers que l'établissement, il représente une plus-value dans la quête de reconnaissance et de respect des droits des usagers.

3.2 Le régime des plaintes prévu par le Code des professions

Lorsque les professionnels de la santé sont regroupés sous l'égide d'un ordre professionnel tel que défini par le *Code des*

99. LSSSS, *supra* note 37, art. 209.

100. *Ibid.*, art. 212.

101. *Ibid.* note 107.

*professions*¹⁰², par exemple, les médecins, les infirmières et les psychologues, il est également possible pour l'utilisateur du réseau de la santé de porter plainte auprès du syndic de l'ordre. À la suite de son enquête, le syndic pourra à son tour décider de déposer ou non une plainte auprès du comité de discipline de l'ordre si ses conclusions le justifient¹⁰³. Le but premier des ordres professionnels est d'assurer la protection du public à travers l'établissement de critères et standards liés, entre autres, à l'accès ainsi qu'à la pratique de la profession. Cette plainte peut viser des infractions commises au *Code des professions* ou à la loi constitutive de l'ordre professionnel visé (et aux règlements afférents). Par exemple, le fait pour un médecin de ne pas exercer la médecine suivant les principes scientifiques¹⁰⁴ ou de ne pas préserver le secret professionnel¹⁰⁵ peut constituer des infractions disciplinaires. Si le professionnel est jugé coupable de l'infraction alléguée, des sanctions disciplinaires s'en suivront en fonction de la gravité des gestes reprochés, allant de la recommandation de suivre une formation d'appoint jusqu'au retrait complet et permanent du permis de pratique. Ce processus disciplinaire, de par l'ampleur des enjeux qu'il comporte pour le professionnel, offre des garanties de justices procédurales.

Conclusion

Après avoir déboulonné certains mythes régulièrement véhiculés au sujet du système de santé et campé les principaux enjeux relatifs à l'accès aux soins et aux médicaments au Québec, à savoir principalement le vaste territoire à desservir ainsi que les délais d'attente, les auteures ont ensuite étudié les mesures particulières prises par la législature québécoise pour améliorer l'accès. En effet, depuis l'introduction, en 1971, de l'article 5 de la *LSSS* dans le corpus juridique québécois, consacrant explicitement le principe du droit d'accès aux services de santé et de services sociaux, des efforts législatifs ont été accomplis

102. *Code des professions*, supra note 56, art. 123.

103. *Ibid.*, art. 123.

104. *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q. c. M-9, r.17, art. 6.

105. *Ibid.*, art. 20.

relativement à la mise en œuvre de ce droit. Ainsi, la deuxième partie de l'article démontre que le législateur a choisi de s'attaquer à trois fronts différents. D'abord, des modifications liées à l'organisation du réseau et à l'encadrement des professionnels de la santé ont été adoptées. À ce titre, la configuration du système de santé a été revue, de manière à élargir et centraliser le droit d'accès, notamment en instaurant un guichet unique, le CSSS. De plus, des modifications apportées au *Code des professions* ont tenté de rendre le mode de prestation des soins plus horizontal, en misant sur la collaboration inter-professionnelle et en élargissant le champ de compétences de certaines catégories d'infirmières, de manière à atténuer les effets du manque d'effectifs médicaux. Ensuite, nous avons vu que la question de la qualité et de la sécurité des soins a également été une source de préoccupation législative, s'illustrant entre autres par l'introduction de l'obligation d'agrément des établissements. Enfin, le système aurait beau offrir la meilleure structure organisationnelle ainsi que des soins et services de qualité et sécuritaires, si les usagers se bousculent à la porte d'entrée et se retrouvent coincés dans un réseau surchargé, faute de ressources de toute nature, les efforts risquent d'être vains. La question des délais d'attente constitue donc le troisième cheval de bataille auquel le Québec s'est attaqué, en matière d'accès aux soins. À cet égard, l'arrêt *Chaoulli*, rendu par le plus haut tribunal du pays, a forcé une mobilisation parlementaire autour de cet enjeu récurrent du système de santé québécois. En effet, s'il recèle de nombreuses ambiguïtés et qu'il a porté le flanc à plusieurs critiques, il n'en demeure pas moins que ce jugement a reconnu formellement le droit des usagers de bénéficier des soins et services de santé dans des délais raisonnables. Comme nous l'avons vu, le gouvernement du Québec a réagi au jugement *Chaoulli*, notamment par la mise en place de mécanismes de gestion d'accès ainsi que par l'ouverture partielle à l'assurance privée pour certains services médicaux nécessaires.

Finalement, dans la troisième partie, nous avons étudié les mécanismes dont disposent les usagers du réseau afin de se faire entendre, notamment lorsqu'ils désirent porter plainte à la suite

d'un soin ou d'un service reçu dans un établissement. Nous avons alors mis en lumière le rôle unique du Protecteur du citoyen dans la résolution des conflits en matière de santé.

Force est donc de constater que des mesures concrètes ont récemment été adoptées par le législateur québécois afin de tenter d'améliorer l'accès aux soins de santé et aux médicaments. Bien que l'on n'ait peut-être pas encore le recul nécessaire pour mesurer l'impact réel et concret de ces nombreuses modifications, il est cependant légitime de se demander si l'intervention législative peut être efficace, à elle seule, pour régler une question aussi complexe que celle de l'accès en santé. En effet, si les efforts ne se concentrent que sur le strict plan législatif, il est à craindre que la métaphore de l'éléphant accouchant d'une souris ne se matérialise. À notre avis, le dénouement de cette question passe avant tout et plus largement par un débat de société réellement éclairé, incluant une participation citoyenne réfléchie et articulée, relativement aux fondements et au financement de notre système de santé ainsi qu'aux principes d'équité et de justice. Au fond, il y a lieu de remettre la question de l'accès aux soins dans une optique plus globale permettant de questionner clairement et ouvertement ces aspects, sans quoi tous les efforts risquent de demeurer inutiles. À ce titre, le Commissaire à la santé et au bien-être, acteur récemment créé par l'Assemblée nationale du Québec¹⁰⁶, peut certainement jouer un rôle. En effet, le commissaire est entre autres responsable de fournir à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement relativement aux grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux¹⁰⁷. Pour ce faire, il doit se faire assister d'un Forum de consultation, composé de citoyens et d'experts, ayant comme mandat de lui fournir son point de vue sur les éléments ou questions que ce dernier lui soumet lors d'une consultation¹⁰⁸. Voilà une initiative permettant de créer une sorte de pont entre les décideurs et la population, en regard des enjeux préoccupants liés

106. *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*, L.R.Q. c. C-32.1.1.

107. *Ibid.*, art.2.

108. *Ibid.*, art. 24-31.

au système de santé, dont celui de l'accès. La clé de la réussite face à des enjeux touchant finalement aux bases mêmes du vivre ensemble de notre société ne nous semble en effet pas pouvoir faire l'économie d'un tel dialogue.

