
ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 17 mars 1998 — N° 104

Consultations particulières sur le projet de loi n° 404 — Loi
modifiant la Loi sur les services de santé et les services
sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (3)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Jean-Pierre Charbonneau**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

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

Société canadienne des postes -- Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 17 mars 1998

Table des matières

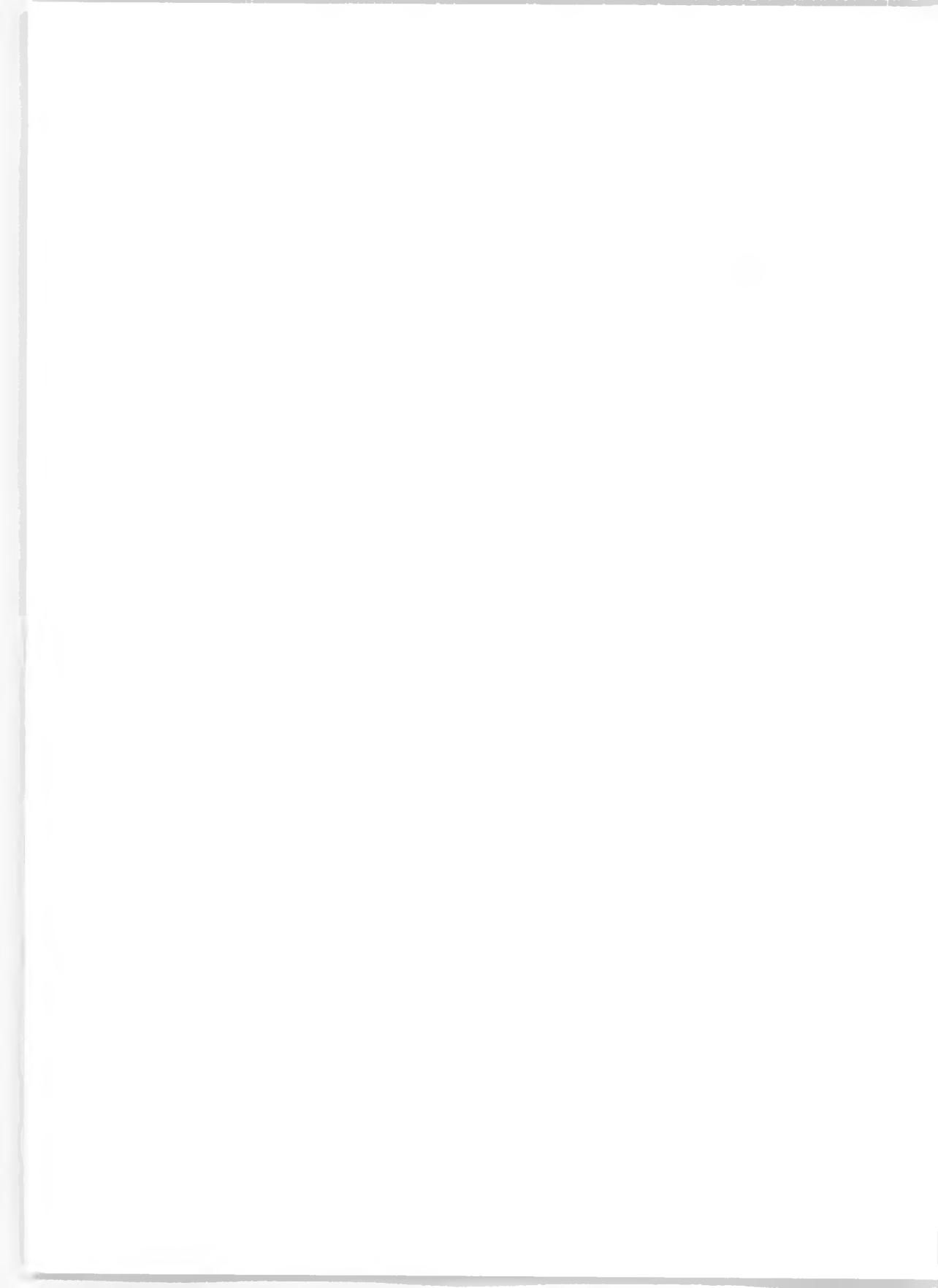
Auditions	1
Association des CLSC et CHSLD du Québec	1
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ)	11
Documents déposés	12
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	20
Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ)	28
Association des cadres intermédiaires de la santé et des services sociaux du Québec (ACISSSQ)	36
Coalition des tables régionales d'organismes communautaires	43

Intervenants

M. Rosaire Bertrand, président
M. Russell Williams, président suppléant
Mme Marie Malavoy, présidente suppléante

M. Jean Rochon
Mme Michèle Lamquin-Éthier
M. Pierre Marsan

- * M. Jean-Marc Roy, Association des CLSC et CHSLD du Québec
 - * Mme Monique Corbeil, idem
 - * Mme Andrée Gendron, idem
 - * M. Roger Corriveau, idem
 - * M. Denis Perras, idem
 - * M. Jean-Louis Bard, ACMDPQ
 - * M. Yves Bolduc, idem
 - * Mme Gyslaine Desrosiers, OIIQ
 - * Mme Lise Racette, idem
 - * M. Marc-André Gagnon, CEQ
 - * Mme Louise Chabot, idem
 - * M. René Beauséjour, idem
 - * M. André Rodrigue, idem
 - * M. Pierre Gadoury, ACISSSQ
 - * M. Jean Joseph Rheault, idem
 - * M. Daniel Guay, Coalition des tables régionales d'organismes communautaires
 - * Mme Rachel Boivin, idem
 - * M. Robert Théorêt, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mardi 17 mars 1998

Consultations particulières sur le projet de loi n° 404

(Neuf heures quarante-sept minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Bonjour à tout le monde. Nous allons commencer immédiatement nos travaux. Mme la secrétaire, est-ce que le quorum est constaté?

La Secrétaire: Oui, M. le Président, nous avons quorum.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, je vous rappelle le mandat de la commission. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 404, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.

Est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Paradis (Brome-Missisquoi) sera remplacé par M. Marsan (Robert-Baldwin).

Auditions

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Je vous rappelle que Mme la députée de Bourassa, on a déjà accepté qu'elle soit, je ne dirai pas membre de la commission, mais invitée.

L'ordre du jour étant accepté aussi, à moins d'avis contraire, je vous invite immédiatement, M. Roy, le représentant de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, à nous présenter les gens qui vous accompagnent et à débiter votre présentation.

Association des CLSC et CHSLD du Québec

M. Roy (Jean-Marc): M. le Président, permettez-moi de vous présenter, à ma gauche, Me Christiane Lepage, conseiller juridique de l'Association; M. Roger Corriveau, qui est le directeur général d'un CHSLD qui est l'Hôpital général de Québec; à ma droite, Mme Andrée Gendron, directrice générale de notre Association; suivie de Mme Monique Corbeil, directrice générale d'un CLSC et d'un CHSLD qui s'appelle J.-Octave Roussin; et, à mon extrême droite, Me Denis Perras, conseiller juridique à l'Association.

M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, j'aimerais vous exprimer la reconnaissance de l'ensemble des établissements membres de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec de pouvoir être entendus dans le cadre de cette commission parlementaire sur le projet de loi n° 404.

Nous voulons, en premier lieu, vous faire part de notre accord général sur ce projet de loi qui, dans son ensemble, corrige plusieurs des difficultés d'application de la loi de la santé et des services sociaux. Nous voudrions toutefois profiter de cette audience pour vous faire part d'importantes lacunes qui subsistent encore dans le projet d'étude en vous exprimant nos préoccupations quant à trois grandes questions, soit celle qui concerne, de façon globale, tout le volet des services médicaux, celle de la nouvelle définition proposée de la mission des CLSC et enfin la timidité du projet de loi en matière de déreglementation.

Tout d'abord, sous la rubrique des services médicaux, et sans reprendre l'ensemble des points que nous soulevons dans notre mémoire, nous désirons plus particulièrement attirer votre attention sur les questions suivantes: le besoin de consolidation des services médicaux en CLSC et en CHSLD, le plan régional des effectifs médicaux et enfin le département régional de médecine générale.

Notre premier point touche la question de la consolidation des services médicaux en CLSC et en CHSLD. Il est connu partout au Québec que les CLSC et les CHSLD ont encore aujourd'hui de fortes difficultés à se doter des effectifs médicaux requis pour répondre aux besoins de leurs clientèles, alors que, tout à côté, existe un réseau parallèle de cabinets privés qui, tout en étant financés par l'État, ne sont toujours pas soumis à une obligation de résultats en matière de réponse aux besoins de la population. Comme vous le savez, cette situation est tout autant celle des régions urbaines, déjà bien pourvues en effectifs médicaux — et c'est là un réel paradoxe — que celle des régions périphériques où le manque d'effectifs est réel.

• (9 h 50) •

Soulignons à cet égard que, dans le respect même de l'objectif premier de la loi de la santé et des services sociaux, qui a pour but le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il nous apparaît nécessaire que la population puisse avoir accès à des services médicaux sur une base continue et stable. Nous estimons à ce propos que, pour assurer des soins adaptés, intégrés et continus en services médicaux à la population, il serait inconséquent que les services offerts dans le système public soient constamment à la remorque des services offerts par le service privé.

Sans exclure la place des cabinets privés dans l'organisation des services d'un territoire, nous croyons cependant qu'un minimum de services médicaux doit être garanti dans chaque CLSC et chaque CHSLD. Ce principe doit être défendu avec force, d'autant plus que l'importance de doter les établissements publics d'une équipe médicale adéquate, stable et bien intégrée ne fait plus de doute, tant pour les experts que pour les observateurs.

D'ailleurs, le cadre de référence sur les services médicaux en CLSC élaboré par le ministère et le Groupe d'analyse de l'impact sur le virage ambulatoire, piloté par le Dr Michel Tétrault, le soutient. Au surplus, on a largement reconnu qu'à défaut d'une présence significative d'une équipe médicale en CLSC tout comme en CHSLD ces établissements ne peuvent répondre pleinement aux impératifs de leur mission. Considérons, par ailleurs, que l'approche globale et multidisciplinaire préconisée dans les CLSC permet d'offrir des services médicaux de première ligne qui peuvent répondre aux besoins des différentes clientèles, et notamment celles qui présentent des problématiques cliniques complexes. Il s'agit là, à notre avis, d'un argument de taille qui milite certainement en faveur de la consolidation des services médicaux en CLSC.

Du côté des CHSLD, par ailleurs, nous devons faire observer que le manque d'effectifs constitue un des éléments qui provoquent un recours plus fréquent aux hospitalisations, en raison de l'absence de ressources médicales stables connaissant bien l'état de santé des personnes hébergées.

Toujours sur cette question d'effectifs médicaux, il faut également rappeler que la rémunération réduite des médecins en début de pratique dans les régions où cette mesure s'applique pose toujours problème pour bon nombre de CLSC et de CHSLD qui éprouvent de grandes difficultés à recruter de jeunes médecins. Comme on a pu l'observer, la plupart préfèrent s'installer dans des régions limitrophes où la pénalité n'est pas applicable. Par conséquent, plusieurs de ces établissements sont confrontés à l'impossibilité d'offrir les services médicaux relevant de leur mission, ce qui, en bout de compte, contribue à maintenir une forte pression sur les urgences.

Nous tenons toutefois à souligner que l'abolition de la pénalité ne doit viser que les jeunes médecins qui pratiquent dans les établissements. À notre avis, ce retrait partiel de la pénalité éviterait de faire perdurer la pénurie dans les établissements concernés tout en ne nuisant pas au recrutement des médecins dans les régions éloignées.

En ce qui concerne le plan régional des effectifs médicaux, nous sommes heureux de constater que le projet de loi n° 404 inclut les médecins oeuvrant en cabinet privé dans le plan régional des effectifs médicaux. Rappelons à cet égard que notre appui à cette orientation vous est connu depuis longtemps. Nous estimons toutefois, tel que nous le défendons régulièrement, que les plans d'effectifs médicaux des établissements ne doivent pas en subir les effets non souhaités. La nouvelle formulation que le projet de loi propose est inquiétante en ce sens. À notre avis, elle n'assure aucunement la réalisation des plans d'effectifs médicaux des établissements qui deviendront plutôt tributaires du nombre de médecins oeuvrant en cabinet privé dans la région. Ainsi, si le nombre des médecins oeuvrant en cabinet privé devait se situer près du quota régional prévu au plan, cela pourrait affecter le nombre de médecins pouvant être compris dans le plan des établissements.

Sur un autre plan, on doit faire remarquer que, dans certaines régions, les problèmes d'accessibilité aux services médicaux ne sont pas liés à une pénurie d'effectifs

médicaux, mais bien plutôt à une mauvaise répartition géographique des médecins à l'intérieur de ces régions. Il nous apparaît tout aussi inquiétant que le libellé de l'article 377 tel que modifié par l'article 105 ne fasse aucunement mention des besoins de la population parmi les éléments qui doivent être pris en compte dans l'élaboration du plan régional. Il est essentiel, à notre avis, d'accorder toute son importance à cette question.

En conséquence, nous jugeons essentiel que le plan régional des effectifs médicaux puisse permettre aux établissements de disposer des effectifs médicaux adéquats, et ce, en fonction de la mission de chaque centre qu'il exploite. Nous recommandons également que la régie régionale assure une répartition équitable des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire de la région en tenant compte des besoins de l'ensemble de la population et qu'elle se fixe des objectifs de croissance et de décroissance pour chacune des parties du territoire qu'elle détermine.

Regardons maintenant les nouvelles dispositions relatives à la création, aux pouvoirs et au fonctionnement du département régional de médecine générale, que j'appellerai le département. D'entrée de jeu, soulignons que nous ne sommes pas opposés à la création d'un département régional de médecine générale. Nous sommes d'ailleurs d'avis qu'il peut s'avérer positif d'associer les médecins omnipraticiens aux décisions concernant les services médicaux généraux, puisqu'ils sont des acteurs importants au niveau de la dispensation de ces services. Cependant, nous désapprouvons l'approche retenue dans le projet de loi à l'effet d'accorder à un groupement de professionnels, suite à une négociation avec leur organisation syndicale qui s'est déroulée en l'absence des autres partenaires concernés, un quasi-monopole en matière d'organisation des services médicaux généraux.

Nous tenons à faire remarquer à cet égard que les articles 417.1 et suivants, tels que libellés, auraient pour résultat de reléguer les conseils d'administration des régies régionales à un simple rôle de tampon en matière de services médicaux; de mettre les établissements sous la tutelle du département général de médecine générale pour tout ce qui concerne les services médicaux qu'ils dispensent à la population; de rendre marginal le rôle de la commission médicale régionale. En somme, ces dispositions semblent reposer sur le postulat que seuls les médecins omnipraticiens sont compétents pour décider des priorités et des orientations en ce qui concerne l'organisation des services médicaux généraux, mais il est clair pour nous que ce n'est pas là la position du ministre et que lesdits effets ci-dessus décrits ne sont pas voulus.

Nous souhaitons donc proposer des modifications au projet de loi qui permettront d'impliquer et de responsabiliser les médecins omnipraticiens au niveau de l'organisation des soins médicaux généraux dans le respect général de la lettre et de l'esprit de la loi. Il y a plusieurs têtes de chapitre sur cette question. Je vais m'en tenir aux plus importants et tenter de les résumer de façon très succincte.

• (10 heures) •

Premièrement, j'aimerais tout d'abord m'arrêter sur les responsabilités du département régional de médecine générale. Sur ce plan, je dois faire remarquer que l'absence de critères et d'objectifs qui devraient subordonner l'exercice des pouvoirs du département nous questionne. Par ailleurs, le projet de loi ne précise pas que les responsabilités du département s'exercent sous réserve des pouvoirs et des responsabilités confiés aux établissements.

En conséquence, nous devons nous demander comment le conseil d'administration d'un établissement pourra voir au respect des priorités et des orientations de l'établissement, tel qu'il lui en incombe par la loi, si la détermination et l'organisation des services médicaux généraux de l'établissement sont tributaires des décisions d'un regroupement régional des médecins oeuvrant majoritairement en pratique privée. Il est donc des plus importants que le projet de loi soit modifié de telle sorte que les responsabilités dévolues au département s'exercent dans le respect des établissements.

Deuxièmement, en ce qui concerne la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens, nous croyons qu'au lieu de donner au département un mandat de faire des recommandations sur ce plan il serait plus productif qu'il participe à son élaboration. Cette disposition donnerait certainement un rôle plus actif au département tout en éliminant la possibilité que le conseil d'administration de la région reçoive des recommandations du département et un avis de la commission régionale qui soient divergents. À notre sens, cette proposition permettrait de mieux harmoniser les rôles de ces deux entités et de respecter le rôle décisionnel du conseil d'administration de la région quant à cet aspect. Tout aussi important à souligner à ce chapitre, cette disposition permettrait d'envisager la question des effectifs médicaux dans une perspective globale, car les services médicaux généraux sont souvent interactifs avec les services médicaux spécialisés.

Troisièmement, quant à la partie du projet de loi qui conférerait au département le pouvoir de définir et de proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux, nous croyons que le département jouerait également un rôle plus adéquat s'il était associé à l'élaboration, à la mise en place et à l'application d'un tel plan. Mais il ne faut pas qu'il en soit le maître d'oeuvre ni qu'il dispose d'un quelconque pouvoir d'autorité sur les établissements en ce qui a trait à l'organisation de leurs services médicaux, puisque, rappelons-le, les établissements ont également un rôle à jouer à ce chapitre, en raison notamment des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en vertu de la loi.

Si on confie à des médecins oeuvrant majoritairement en cabinet privé le soin de définir l'organisation des services médicaux dans la région, nous redoutons que les services médicaux courants en CLSC continuent à rester marginaux. À cet égard, nous tenons à souligner que le libellé de l'article 417.2 nous inquiète fortement, surtout quand on constate la portée qu'en donne la Fédération des médecins omnipraticiens dans son mémoire. Nous croyons, par contre, que la loi devrait donner au département la

responsabilité de s'assurer que les médecins pratiquant en cabinet privé participent concrètement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux.

Quatrièmement, arrêtons-nous au concept de réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux. À notre avis, un réseau intégré de services médicaux généraux devrait, pour être vraiment fonctionnel, s'organiser sur une base locale afin de bien répondre aux besoins d'une communauté locale plutôt que de s'articuler sur le plan régional. Nous sommes donc en désaccord avec l'idée de confier au département le soin de définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux, de même que d'en assurer la mise en place et la coordination.

Puisque la création des réseaux locaux nécessite l'implication d'établissements de catégories différentes, à savoir CLSC, CHSLD et CH, de même que des cabinets privés, la définition et le fonctionnement de ces réseaux devraient se faire par eux. Nous sommes plutôt d'avis que la coordination de ces réseaux locaux devrait relever d'un établissement local qui est imputable envers la population desservie.

Notre Association voudrait insister sur l'importance que le réseau de garde intégré de même que la garde en disponibilité pour les services dispensés en CHSLD et pour le maintien à domicile fassent partie intégrante du réseau d'accessibilité aux soins médicaux plutôt que sur une base optionnelle. Cette mesure permettrait d'apporter une solution aux grandes difficultés qu'éprouvent les CHSLD à obtenir des services médicaux sur une base continue pour leurs usagers et plus particulièrement durant les périodes couvrant le soir, la nuit et les fins de semaine.

Cinquièmement, examinons la question de la composition du département régional de médecine générale. Nous sommes d'avis que la responsabilité d'édicter un règlement sur la composition du comité de direction du département de même que les modalités d'élection ou de nomination de ses membres ou encore la durée de leur mandat doit revenir à la région régionale, comme cela existe présentement en ce qui concerne la commission médicale régionale. De plus, les nominations des membres du comité de direction du département visées au paragraphe 2° de l'article 417.3 devraient être soumises à l'approbation de la région régionale afin d'assurer le respect des critères mentionnés à l'article 417.4.

Nous croyons également que le directeur de la santé publique devrait siéger d'office sur le comité de direction du département. À notre avis, sa présence y constituerait un apport précieux puisque plusieurs des responsabilités du directeur de la santé publique touchent des aspects de la pratique médicale qui relèvent de la première ligne, notamment en matière de prévention et de promotion de la santé, sans oublier que les services médicaux généraux constituent une bonne part des services médicaux contenus dans les programmes de santé publique.

J'aimerais maintenant considérer la nouvelle définition proposée de la mission du CLSC. Je dois porter à votre attention que l'Association des CLSC et CHSLD est fort préoccupée par la modification du libellé de la mission du CLSC que propose le projet de loi. Cette

modification qui est suggérée pour résoudre certains problèmes d'accessibilité vient considérablement élargir les responsabilités des CLSC et altère sa mission en remettant en question sa responsabilité face à l'état de santé et de bien-être de la population du territoire qu'il dessert.

Nous devons insister sur la menace d'une telle modification, puisqu'elle porte préjudice à l'approche populationnelle et à la gamme des services spécifiques évalués et ajustés en fonction des besoins de la population locale. Il s'agit d'un objet d'inquiétude puisque les CLSC devraient alors consacrer à la population générale à profil inconnu une part des ressources et activités qu'il a développées en fonction des besoins qui ont été identifiés comme prioritaires dans la communauté locale qu'il dessert. L'ancrage avec le milieu est en effet sa grande ligne de force. Il permet d'intervenir sur les déterminants qui affectent la santé et le bien-être des différents groupes de population en concertation avec les acteurs de la communauté tout en permettant aux individus et à la communauté de participer pleinement au maintien et à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. Ne perdons jamais de vue qu'un CLSC est un centre local de services communautaires.

Nous reconnaissons, par contre, que les CLSC devraient pouvoir offrir des services courants pour répondre aux demandes des individus qui requièrent de tels services lorsqu'ils transitent sur leur territoire, et ce, peu importe leur lieu de résidence. Quant à la question de l'accessibilité des services pour des programmes spécifiques ou des soins particuliers pour une population qui séjourne temporairement sur le territoire et qui a des besoins précis, notre Association est très sensible à cette problématique et compte à très court terme proposer des orientations à ses membres pour améliorer cette situation.

● (10 h 10) ●

Un mot maintenant sur les structures imposées et sur le dérèglementation. Sur ces questions, l'Association tient à réaffirmer et à insister sur l'importance d'engager le réseau de la santé et des services sociaux dans la voie de la gestion axée sur les résultats, la décentralisation et l'imputabilité. Nous croyons, en effet, que ces trois éléments fondamentaux du management public contemporain devraient être importés dans notre réseau. Nous sommes effectivement d'avis que l'abolition complète des structures imposées serait un pas de plus dans la lutte à la bureaucratie, au centralisme et à la non-responsabilité. Elle permettrait ainsi d'insuffler de nouveaux dynamismes locaux qui favoriseraient l'amélioration de la qualité des services à la population tout en engendrant des économies appréciables, puisque la pleine responsabilité qui en découlerait reposerait, en outre, sur une gestion axée sur les résultats et sur l'imputabilité des actions.

À ce titre, nous constatons que le projet de loi demeure extrêmement timide, et ce, malgré la multitude des études et des travaux qui ont été réalisés au cours des dernières années et qui concluaient tous à l'urgence de dérèglementer. Nous tenons à souligner cependant, à l'instar de l'Association des hôpitaux du Québec, que nous appuyons fortement la modification apportée à l'article 127

de la loi en ce qui concerne l'organisation des établissements multivocationnels. Cet assouplissement permettra à ces établissements d'être fonctionnels et ne remet nullement en question l'existence d'une structure médicale dans ces établissements.

M. le Président, j'aurais encore quelques mots à dire, mais je vois que vous me faites des signes presque urgents. Alors, je vais aller immédiatement à la conclusion.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît.

M. Roy (Jean-Marc): M. le Président, voilà l'essentiel de nos commentaires sur le projet de loi n° 404, qui reposent sur l'unique préoccupation d'assurer de meilleurs services à la population. Nous souhaitons sincèrement qu'ils vous permettent de bonifier le projet de loi sous étude en insufflant, par la dérèglementation, la marge de manoeuvre requise pour établir de nouveaux modèles organisationnels. Tout particulièrement en ce qui concerne le département régional de médecine générale, nous osons espérer que les dés ne sont pas tous jetés et que des modifications pourront être apportées.

Je vous remercie de votre attention. Les personnes qui m'accompagnent demeurent à votre entière disposition pour répondre à vos questions. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. Ça passe toujours, évidemment, trop vite. La vie est comme ça. J'invite maintenant M. le ministre à débiter les discussions, les échanges.

M. Rochon: Merci, M. le Président. Je voudrais saluer très chaleureusement cette nouvelle organisation. C'est peut-être une de vos premières prestations publiques en tant qu'organisation représentant ce nouveau concept d'intégration des services de première ligne à partir des deux établissements, des CLSC et des centres hospitaliers de soins de longue durée. Je vois que vous n'avez pas perdu de temps pour faire une analyse critique avec une nouvelle approche que vous développez présentement.

J'aurais un commentaire et deux questions que je vais peut-être vous donner d'emblée pour qu'on se partage mieux le temps. Mon commentaire est à la suite de vos remarques sur la dérèglementation que vous trouvez peut-être insuffisante. J'ai pu, lors de l'ouverture des travaux de cette commission, apporter quelques précisions à ce sujet. Je suis d'accord que, parlant de dérèglementation, il y a encore du chemin à faire de ce côté-là, mais je voudrais un peu vous rassurer là-dessus, parce que, si le projet de loi n'est pas allé plus loin, c'est qu'on a voulu s'ajuster au rythme d'évolution et de transformation du réseau de la santé et des services sociaux dont un des éléments importants est la décentralisation.

Il est apparu, à cet égard, dans les travaux pour préparer ce projet de loi là, deux éléments clés, de plus en plus clairement à mesure qu'on avançait. Un, c'est qu'il fallait d'abord faire un certain nettoyage — si je peux

prendre cette expression-là — en termes d'allègement administratif et soulever un certain nombre d'irritants administratifs même si ce n'était pas encore, à proprement parler, une déréglementation, mais d'alléger beaucoup le fonctionnement par des moyens plus souples, plus rapides, plus directs et en évitant certaines validations et confirmations par plusieurs instances.

On s'est aperçu que déjà faire ça sans perdre le sens du fonctionnement du système de santé, c'était une opération importante et, deuxièmement, que, pour aller plus loin dans la déréglementation qu'on devra tout de suite... on a déjà prévu trois ou quatre groupes de travail qui devront, au lendemain de cette commission et des décisions sur le projet de loi, continuer à travailler pour qu'on puisse aller plus loin en déréglementant, mais en s'étant bien assuré que les mécanismes de reddition de comptes dans les systèmes plus décentralisés, qui nécessairement sont plus a posteriori sur des résultats acquis qu'a priori sur des façons de faire, il fallait, les mécanismes, les avoir validés puis être sûr que ça fonctionnait pour ne pas que le système se retrouve entre deux barres comme un trapéziste qui saute sans filet de sécurité.

Bon. Il s'est fait beaucoup de choses depuis deux ans et demi, trois ans, de transformation. Je pense qu'il y a beaucoup de monde qui a trouvé que c'est allé vite et que les gens souhaitent reprendre leur souffle un peu. Alors, c'est un ajustement de rythme qu'on a voulu faire. S'il y avait des éléments plus particuliers qu'on n'aurait pas vus, où la déréglementation pourrait aller plus loin parce qu'on a des mécanismes de reddition de comptes alternatifs, on ne serait pas fermé du tout à considérer ça. Donc, je veux rassurer là-dessus que ce n'est pas une nouvelle orientation, mais un ajustement de rythme pour rentrer à bon port correctement.

De façon plus spécifique, deux questions sur les points que vous avez développés plus dans votre présentation. D'abord, la question de ce nouvel élément qui est le département régional de médecine familiale. En vous entendant, j'ai le sentiment que la façon dont vous lisez le projet de loi il faudrait peut-être faire des changements, des précisions à cet égard. Vous avez le sentiment que ce département-là aurait l'autorité de gérer toute la pratique médicale de médecine familiale, y compris ce qui se fait dans les établissements, et que les établissements perdraient la responsabilité qu'ils ont déjà aux mains de ce département-là.

Le département vise à organiser et à encadrer la pratique médicale essentiellement qui se fait dans les cabinets des médecins et à assurer que les médecins ont une structure qui leur permet de faire sur le territoire ce qu'ils font très bien dans l'établissement au sein d'un département clinique. Autrement dit, de voir le département territorial comme une formule semblable au département clinique, mais, au lieu d'avoir son point de rayonnement qui est celui d'un établissement, qu'il soit vraiment sur un territoire, à cet égard, en étant vraiment redevable de la gestion des effectifs médicaux, d'assurer qu'il y ait une couverture complète sur le territoire, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, que la gamme des

services est assurée et que le responsable ou les responsables du département doivent aussi gérer l'interface avec les CLSC, CHSLD sur le territoire.

Je pense que c'est ça qui est le concept de base et non pas que ce département vienne se confronter avec les établissements qui gardent leurs responsabilités en tant qu'établissements et qui ont une structure interne à l'établissement pour encadrer la pratique médicale. Ce département-là, dans ce concept-là, est redevable à la région régionale qui est responsable pour l'ensemble du territoire.

Évidemment, c'est un nouveau concept opérationnalisé, mais, dans les travaux qui ont précédé la préparation du projet de loi, moi, j'avais compris qu'on voyait la commission médicale régionale dans son évolution par rapport à ce département-là un peu comme le CMDP d'un hôpital par rapport au département clinique. Il y a peut-être des ajustements à faire et, dans le texte de loi, il y a peut-être des concordances à préciser mieux entre la commission médicale et le département, mais le sens du département voulait être d'encadrer les effectifs médicaux, je pense, sur un territoire pour la pratique en cabinet privé, un peu à l'exemple de ce qui se fait à l'intérieur d'établissements, mais pas d'aller remplacer la structure interne des établissements.

Alors, ça, c'est ma première question: Si c'est ciblé vraiment sur le territoire comme j'essaie de l'expliquer, là, est-ce que ça rejoint vos préoccupations? Peut-être que vous voulez répondre...

M. Roy (Jean-Marc): M. le ministre, je vais demander à Mme Corbeil d'élaborer et de vous faire part de nos appréhensions concernant cette question.

M. Rochon: O.K. Oui, c'est important qu'on se comprenne bien là-dessus.

Mme Corbeil (Monique): Je pense que la première question qui est importante pour nous, c'est de savoir quels sont les objectifs mêmes du département dans le sens de la santé de la population. Au fond, en autant que le département est concerné, s'il est véritablement tenu responsable d'un objectif de résultats, déjà on aura une certaine aisance qu'on n'a pas dans le moment. Il faut bien comprendre que, quant à nous, les établissements ont des responsabilités majeures dans la dispensation de services médicaux aux populations dont ils sont responsables. Et, sous cet angle-là, ça nous apparaît un manque significatif dans le moment dans la définition des responsabilités du département que d'avoir un objectif de résultats de contribuer à l'atteinte des objectifs de la santé pour la population.

Pour ce qui concerne, de façon plus particulière, la responsabilité des médecins qui pratiquent dans les cabinets privés, on comprend que c'est un des objectifs du département. Dans ce sens-là, on est très à l'aise que le département soit un instrument pour responsabiliser davantage les médecins qui pratiquent en cabinet et pour assurer leur contribution à la réponse aux besoins prioritaires de la population.

● (10 h 20) ●

M. Rochon: Par résultat... En fait, c'est l'article 129 du projet de loi, qui stipule un nouvel article, 417.2, qui fait référence aux responsabilités du département qui sont essentiellement celles, si on voulait les résumer, moi, je pense que c'est d'assurer l'accessibilité sur le territoire des services médicaux de la part des médecins qui sont en cabinet par rapport à ceux qui sont en établissement et, pour ce faire, d'assurer l'interface avec le CLSC.

Moi, je pense, je l'ai dit souvent, que chaque CLSC devrait avoir une équipe médicale minimale, qui est de base. Une masse critique, c'est important d'avoir ça sur le territoire. Plus il y en aura, bien tant mieux, ça fait un excellent encadrement à la pratique de médecine familiale. Mais je pense qu'on est obligé de reconnaître que, dans l'ensemble du Québec, surtout dans le contexte métropolitain, dans la culture médicale, le cabinet privé reste encore un point de services important. Je ne sais pas comment ça évoluera dans l'avenir, mais il y a un terrain d'entente qui a été convenu, qui a été rejoint avec la Fédération des médecins omnipraticiens. Et c'est pour ça que la voie négociée, je pense que c'est important là.

Que cette culture-là évolue quand même pour être prête à assumer une responsabilité — je reviens à votre question — en fonction d'un territoire, donc au-delà de la clientèle qui se présente au bureau du médecin, où là c'est bien connu, la responsabilité du médecin, mais qu'il accepte d'aller pour loin que ça, puis dire: Sur un territoire, collectivement on va assurer l'accessibilité à la gamme des services et on va s'organiser pour se coordonner puis travailler avec les CLSC, moi, j'ai compris que c'était ça essentiellement qu'on essayait de faire avec ça.

Mme Corbeil (Monique): Je pense que les deux préoccupations qu'il nous reste autour de ça, c'est que, d'une part, le libellé de l'article 417 dans le moment en couvre extrêmement large et il ne fait aucune distinction entre les effectifs médicaux qui travaillent dans les cabinets et ceux qui travaillent dans les établissements.

M. Rochon: Bon. O.K. Ça, c'est un point que je reconnais, où il y a une inquiétude. Ça, c'est correct. O.K.

Mme Corbeil (Monique): En ce sens-là, on a une inquiétude significative. Je pense que l'autre volet de notre inquiétude est relié au fait, et vous le savez, que les établissements qu'on représente ont toujours eu des difficultés significatives à se doter d'équipes médicales suffisantes pour assurer leur mission et qu'en ce sens-là on ne voit pas non plus, dans le libellé actuel des dispositions du projet de loi, des mesures claires qui vont permettre d'assurer la suffisance des équipes dans chacun des établissements. En ce sens-là, notre inquiétude demeure très grande.

M. Rochon: O.K. Sur le premier point, je retiens qu'il y a peut-être des clarifications à faire. Parce que, moi, je suis d'accord avec vous que, s'il y a une nouvelle

structure comme ça, on laisse une ambiguïté et on risque de créer des fictions, des frictions, peut-être des fictions aussi, avec la réalité bien campée qui existe des établissements. On va créer un problème puis ce n'est pas ça qui est l'intention. Donc, on va vérifier pour voir ce qu'il y a à faire comme clarifications de ce côté-là et s'assurer que le concept se précise dans le même sens pour tout le monde.

Pour le deuxième point, je sais très bien à quoi vous faites référence, la répartition des médecins, vous l'avez dit d'ailleurs, où le problème est plus intrarégional qu'interrégional maintenant. On a des mécanismes pour répartir les effectifs médicaux entre les régions qui ont été relativement efficaces. Il y a une amélioration, il faut reconnaître, qui s'est faite là-dessus. Mais les moyennes régionales, c'est dangereux. Quand on regarde à l'intérieur de la région, on a encore un problème là.

Je pense que les mesures dont on a besoin, qui sont aussi, comme vous le savez, en discussion puis certaines d'entre elles en négociation présentement, ne nous apparaissent pas être le genre de mesures, comme ce qui vise la rémunération et les modalités de rémunération des médecins, par exemple, qu'on peut retrouver dans un projet de loi. Ce n'est pas là que ça a sa place, mais il faut s'en occuper autrement, par ailleurs.

Mme Corbeil (Monique): Mais, à cet égard-là, M. le ministre, une des préoccupations qu'on a concerne le libellé de l'article 377. Quand on parle du plan.

M. Rochon: L'article 377 de la loi actuelle?

Mme Corbeil (Monique): Oui, de la loi actuelle, l'article 105 du projet de loi actuel, qui précise que, pour élaborer le plan régional des effectifs médicaux... On a très peu de clarifications sur le fait que les établissements auront, à l'intérieur de ces plans-là, une assurance d'avoir des équipes médicales qui correspondent à leur responsabilité légale. Sous cet angle-là, quand on lit le projet de loi actuel, on pourrait même être porté à penser que les établissements demeurent tributaires de la pratique privée dans une région.

Par exemple, dans une région où il y aurait beaucoup de médecins qui pratiquent en cabinet, on doit tenir compte du nombre de médecins qui pratiquent en cabinet dans une région dans la confection du plan régional d'organisation des services médicaux, ce qui pourrait vouloir dire que, plus il y a de médecins installés dans des cabinets privés, moins il en reste en capacité d'être associés à des établissements, ce qui voudrait dire que les établissements ne voient pas leurs équipes leur être associées en fonction des besoins de la population qu'ils desservent, mais notamment en fonction du nombre de médecins qui ont déjà été installés dans les cabinets privés de la région.

M. Rochon: O.K. Je comprends ça, je reconnais ça, mais, encore une fois, je pense qu'à cet égard-là aussi... C'est vrai que ce que cet article-là vise, c'est de

s'assurer que, sur un territoire, le plan d'effectifs va être collé un peu, rattaché au département pour qu'au moins on soit sûr que la population a le nombre de médecins qu'il lui faut pas seulement dans la région, mais sur chacun des territoires locaux. C'est l'objectif précis qui est visé.

Encore là, jusqu'ici, tous les moyens auxquels on a pu penser et qui nous ont été suggérés, c'est que, à l'intérieur du territoire, une fois qu'on a le nombre suffisant de médecins, s'assurer d'en faire la meilleure répartition possible entre le CLSC et les cabinets privés, ça relevait d'autres genres de moyens où la loi n'est pas un véhicule. Parce qu'on ne peut pas, quand même, obliger des médecins ou décréter par la loi qu'il y a un nombre minimal de tant de médecins ou qu'on va empêcher des médecins de s'installer sur un territoire s'il n'y a pas un nombre minimum. Je ne sais pas. S'il y a une idée géniale là-dessus à laquelle on n'a pas pensé, je serais bien prêt à la considérer, mais notre sentiment, c'était que le plus loin qu'on pouvait aller dans un projet de loi, c'était d'assurer les effectifs sur le territoire. Il nous faut d'autres moyens pour, à l'intérieur du territoire, avoir une dynamique qui équilibre mieux les effectifs.

Mme Gendron (Andrée): À cet égard, M. le ministre, je pense que c'est aussi la reconnaissance de la nécessité d'avoir, dans les établissements publics de première ligne, accès à des médecins généralistes et le respect du plan d'effectifs des établissements.

M. Rochon: C'est ça. Ça, c'est vrai.

Mme Gendron (Andrée): On dit: Oui, nous, on trouve que c'est un apport d'avoir sur un territoire toutes les ressources médicales qui, ensemble, de concert, vont travailler pour combler ces deux types de besoins-là. Ce qu'on ne voit pas actuellement, c'est que le DRMG, entre autres, n'a pas de prise, sauf le pouvoir des pairs ou la pression des pairs, pour faire en sorte que la pratique en établissement soit aussi bien reconnue que la pratique en cabinet privé. Et c'est là notre préoccupation.

C'est un petit peu avec ça qu'un peu plus loin dans le document on en arrive aussi à une approche très concertée qui est sur une base territoriale où, ensemble, on répondrait aux besoins de la population. Et votre intervention va un petit peu dans l'ordre de nos préoccupations. Il serait dommage qu'on s'occupe uniquement de la pratique en cabinet privé et qu'il n'y ait pas de respect du plan d'effectifs.

Il y a aussi les objectifs de croissance et de décroissance du ministère, je pense. Quand, dans une région donnée, on a des objectifs de croissance et de décroissance, quand, dans les établissements, on a aussi des plans d'effectifs, je pense que le DRMG doit, dans le cadre de ces objectifs-là aussi, respecter les plans d'effectifs et la complémentarité avec les cabinets privés.

M. Rochon: O.K. Je pense que c'est le mieux qu'on peut faire pour le moment là-dessus, mais je

comprends bien ce que vous nous dites, là, et on va voir comment on peut, soit dans la loi ou dans les modalités d'application de la loi, s'assurer de ne pas laisser le travail non terminé.

Dernière question rapide. Je ne veux pas bouffer trop de temps, mais c'est important à préciser, je pense, aussi, là. Si j'ai bien compris votre préoccupation en ce qui regarde le CLSC et sa mission, vous ne semblez pas être d'accord avec le changement qui est proposé à l'article 80, où, au lieu de dire que la mission du CLSC est d'offrir en première ligne «à la population du territoire», le seul changement qui est fait, c'est «à la population dans le territoire». Si j'ai bien compris votre argumentation, c'est qu'on pouvait interpréter ça comme enlevant la responsabilité du CLSC vis-à-vis la population, en plus des individus qui ont besoin des services.

Là, je ne sais pas comment on pourrait éviter cette interprétation-là, parce que l'intention était tout à fait différente. C'était de maintenir cette responsabilité du CLSC, mais de contourner ou de mettre une balise à ce qu'on nous a dit beaucoup, dans les tournées dans les régions, être non seulement un risque, mais, dans certains cas, être devenu un problème, que, dans certains CLSC, on aurait interprété l'article pour dire qu'une personne du territoire d'à côté, on va le refuser parce que la responsabilité, c'est à la population du territoire, alors qu'on a un article plus général dans notre loi qui dit qu'une personne peut requérir les services de tout professionnel ou de tout établissement dans la mesure où l'établissement a les ressources et a dans sa mission de donner ces services-là. Ça voulait surtout enlever ça, c'est-à-dire que le CLSC est responsable dans son territoire de donner les services, bien sûr à la population, bien sûr aux gens du territoire, mais que ça n'exclut pas, par entente, sans entente ou autrement, que, si des gens veulent plutôt aller dans un CLSC que dans un autre dans les zones frontalières, ce qui serait devenu une pratique à plusieurs endroits, m'aurait-on dit... Et c'est ça que ça visait.

Je ne sais pas si vous avez un meilleur moyen. D'abord, êtes-vous d'accord qu'on vise cet objectif-là? Puis y a-t-il un meilleur moyen de l'atteindre?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Un court commentaire.

Mme Gendron (Andrée): Oui, tout à fait. Écoutez, M. le ministre, on est tout à fait d'accord, dans le fond, avec cette remarque. Ce que, nous, on vous dit là-dessus, c'est qu'on souhaiterait que le libellé de la loi ne soit pas modifié parce que, dans sa pensée première, ça protégeait beaucoup cette approche populationnelle.

● (10 h 30) ●

Cependant, ce qu'on voit, c'est que ce problème d'accessibilité, le plus on va avoir aussi de services et le plus on va avoir des établissements bien équipés sept jours par semaine, va moins se présenter. Ce qu'on voit, entre autres, c'était très urbain, le regroupement de Montréal a fait énormément d'efforts dans ce sens-là. Il y a des populations maintenant pour qui ça ne présente aucun

problème, quand je pense, entre autres, aux travailleurs et aux étudiants. Ceux qui sont vraiment de passage ont l'accessibilité aux services courants, et non pas du suivi. C'est pour ça d'ailleurs notre signalisation routière qu'on a un peu partout; ça indique à la population que, en cas de besoin, elle peut se présenter là.

Comme association, nous, on prend un engagement aussi de travailler auprès des établissements pour faire en sorte que, dans des populations qui sont saisonnières — on pensait, entre autres, à des gens qui, pour l'été, pourraient se déplacer, et tout ça — le service leur soit donné par le CLSC du territoire où ils vont être pour deux mois ou trois mois. On trouve que le libellé de la loi actuellement ne va pas à l'encontre de ça. Donc, on ne voit pas la nécessité de le modifier.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci beaucoup. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: M. le Président, merci. Bienvenue à vous tous. Vous avez dû travailler extrêmement fort pour confectionner ce mémoire-là, qui est très dense, qui est très bien documenté et qui campe, pour chaque partie, les problématiques et l'amorce de solutions.

J'ai été plus particulièrement interpellée par beaucoup de sujets, je vais encore avoir le dilemme de choisir. Les frais afférents, à la page 6, vous dites: « Cette préoccupation des CLSC n'est pas nouvelle. Sa légitimité a été reconnue par le ministère qui, dans son cadre de référence sur l'organisation des services médicaux publié en 1993, invitait les régies régionales à mettre sur pied un programme de frais afférents à la pratique médicale en CLSC et à prévoir une enveloppe financière spécifique à cette fin. » Et vous souhaitez que cette orientation-là soit prise de façon prioritaire par les régies régionales, et j'abonde dans le même sens. Quand on regarde ce qui se passe sur le terrain, je pense qu'on peut convenir effectivement qu'il s'agit là d'une priorité importante.

Le plan régional des effectifs médicaux, à la page 7. Je pense que, encore une fois, après avoir bien expliqué ce qui se passe en pratique... Et encore là je conviens avec vous que l'objectif véritable — et c'est extrêmement important — c'est qu'on puisse disposer des effectifs médicaux adéquats et qu'on priorise dès maintenant, encore une fois compte tenu de ce qui se passe sur la réalité du terrain, compte tenu de ce qu'on voit depuis des années et pour les CLSC et pour les CHSLD, d'abord et avant tout les effectifs manquants de façon encore une fois à répondre à l'ensemble des besoins de la population. Je trouve ça important.

À cet égard-là, pouvez-vous m'illustrer concrètement, pour que je comprenne bien. Prenez-moi une région comme l'Abitibi. Quand on parle d'effectifs médicaux, est-ce qu'il se pourrait que, pour une région donnée, les effectifs soient bien répartis et que, pour d'autres régions qui ne sont pas trop, trop, trop loin, on ait un problème au niveau de la répartition des effectifs médicaux? Ou une autre région, pour concrétiser en pratique l'illustration de ce que vous campez à la page 7.

Mme Corbeil (Monique): En réalité, dans une région donnée, il est possible qu'il y ait un quota global de médecins, qui soit suffisant pour la région — prenons une hypothèse optimiste — et que les principales difficultés se retrouvent dans la répartition intrarégionale de ces effectifs-là.

Alors, dans le cas où ça se présenterait, une des pistes qu'on propose, c'est que la régie puisse se doter d'objectifs de croissance ou de décroissance par sous-région, par petites sections de son territoire, où elle contribuerait, donc, à une meilleure répartition des effectifs existants dans sa région pour répondre à l'ensemble des besoins de la population de la région même. Ça va?

Mme Lamquin-Éthier: Un autre point que je trouve intéressant — et je pense qu'on aurait, encore une fois, avantage à s'y attarder — c'est la nature et le champ des activités médicales exercées par le médecin en cas de fusion ou d'intégration. Encore là — c'est la page 27 de votre mémoire — vous dites: « Dans le cas d'une fusion d'établissements qui exploitaient des centres de mission différente et où les médecins exerçaient leur profession, le nouvel établissement se heurte parfois au refus des médecins ou des dentistes d'oeuvrer dans un centre autre que celui où ils ont été nommés originellement. »

Je pense que, encore une fois, dans une optique de répondre aux besoins de l'ensemble de la clientèle, c'est une situation effectivement qui est paradoxale; ça serait donc essentiel, comme vous le dites, qu'on puisse introduire dans la loi une disposition qui va permettre au conseil d'administration d'un établissement qui est issu d'une fusion ou d'une intégration de réviser et d'étendre la nature et le champ des activités pour permettre encore une fois de répondre aux besoins.

Les plaintes, à la page 36, je trouve ça extrêmement intéressant aussi. Vous dites que « l'application de la procédure d'examen [...] par un membre du personnel désigné... », ou a souhaité une modification depuis les premiers balbutiements. Pourquoi est-ce que c'était si compliqué que ça, dans les faits, à tous les jours, d'actualiser cette mesure-là?

M. Corriveau (Roger): C'est-à-dire que de toute façon, en ce qui concerne la politique de traitement des plaintes, on se rappellera que la loi prévoyait que ça soit un cadre supérieur qui le fasse. Dans les faits, il s'est passé beaucoup de rationalisation au niveau des établissements dans les dernières années si bien que le nombre de cadres supérieurs a chuté comme le nombre de personnel d'encadrement, et il arrivait que dans beaucoup d'établissements le seul cadre supérieur, outre le D.G., parce que ça ne pouvait pas être le D.G., était déjà impliqué directement dans les opérations. Donc, ce n'était pas la personne qui était la mieux placée pour être responsable du traitement des plaintes.

Alors, dans beaucoup d'établissements, ça a causé problème. Ça aurait pu être un cadre intermédiaire, ça aurait pu être même un autre employé qui était le mieux

placé pour le faire. Alors donc, le projet de loi qui va en ce sens-là est intéressant parce qu'il permet cette chose-là. Au niveau des CLSC, il y a une particularité, eux autres: ils n'ont presque pas de cadres supérieurs qui sont capables de gérer cette chose-là aussi. C'est la même question, parce que, l'importance, on croit vraiment que la reconnaissance par le conseil d'administration du mandat confié à une personne lui donne un statut particulier, qu'elle soit cadre ou non dans l'organisation. Je pense que c'est une modification intéressante.

Mme Lamquin-Éthier: Est-ce que vous ne pensez pas que la loi pourrait être modifiée de façon à dire: Tout établissement doit établir une procédure d'examen des plaintes formulées par les usagers et en confier l'application aux cadres supérieurs ou, à son défaut, à un membre du personnel.

M. Corriveau (Roger): Oui, je pense que l'objectif, c'est d'avoir la souplesse nécessaire pour être capable de choisir la meilleure personne compte tenu de l'établissement.

Mme Lamquin-Éthier: Oui, ça, c'est important, l'ouverture face à la personne qui...

M. Corriveau (Roger): Oui, parce que, comme disait M. le ministre tantôt, on est en plein mouvement. Alors, toute stipulation qui empêche les établissements de s'adapter, parce que, eux aussi doivent passer par différentes étapes, rend difficile la gestion de ce mouvement-là, de ces changements-là.

Mme Lamquin-Éthier: Mais vous savez, dans mon autre vie, j'ai souvent observé en pratique que, quand un établissement a vraiment la volonté d'actualiser des mesures qui sont prévues, il va prendre tous les moyens pour le faire.

M. Corriveau (Roger): Oui, je pense qu'on fait preuve de débrouillardise.

Mme Lamquin-Éthier: Il y en a beaucoup qui ne s'enfargent pas dans les franges du tapis. Ils vont mettre en pratique toutes les mesures qui s'imposent pour que l'utilisateur soit bien reçu, compris et surtout aidé s'il a des commentaires importants ou une plainte à faire valoir. Est-ce que vous croyez que le bureau régional, étant entendu qu'on va inclure les cabinets, devrait aussi assumer des responsabilités eu égard aux plaintes qui vont concerner les cabinets?

M. Corriveau (Roger): Cette question-là, on ne s'y est pas...

Mme Gendron (Andrée): Pardon, quand on parle du bureau régional, le département régional?...

Mme Lamquin-Éthier: Le département, oui.

Mme Gendron (Andrée): Honnêtement, on n'a pas regardé le traitement des plaintes sous cet angle-là. On n'a pas de position tout à fait.

M. Perras (Denis): Je voudrais peut-être préciser, en ce qui concerne le libellé que vous avez soumis, cadre supérieur ou à défaut, là, on aurait le même problème qu'avec la loi actuelle dans le sens qu'à partir du moment que tu aurais un cadre supérieur, seulement qu'un, tu serais obligé de lui confier à lui parce qu'il y en a un. Alors que, comme on l'expliquait tantôt, ça ne serait pas approprié peut-être dans certaines circonstances que ce cadre-là ait justement la responsabilité; on voudrait avoir la possibilité de le donner à un autre cadre de l'établissement qui n'est pas de niveau supérieur ou encore à une autre personne. Donc, il ne faudrait pas que ce soit uniquement à défaut de cadre supérieur que le conseil d'administration puisse avoir la latitude de choisir la personne qu'il estime la plus appropriée pour exercer cette responsabilité-là.

Mme Lamquin-Éthier: Ce n'est pas clair de comprendre les objectifs qui sous-tendent cette modification-là. Est-ce parce qu'il y a eu des coupures, et ça peut poser pratiquement une difficulté? Est-ce parce que les cadres qui avaient cette responsabilité-là avaient de la difficulté à l'assumer étant donné le cumul d'autres tâches? Mais je pense qu'on se comprend bien; ce qu'on souhaite, c'est qu'on désigne une personne qui ait vraiment comme objectif véritable... et qu'elle soit sous l'autorité du conseil d'administration pour qu'elle puisse agir.

• (10 h 40) •

Les ressources intermédiaires, et c'est ma dernière observation, il y a aussi le comité des usagers, à la page 37, les actifs informationnels, à la page 43, et les ressources intermédiaires. La modification du terme, passant de «hébergé» à «inscrit», soulève d'emblée la question d'une privatisation, soit qu'elle soit passive, en tout cas, peu importe, un sérieux questionnement quant aux ressources intermédiaires. Et ça soulève également, comme vous le dites dans votre mémoire, à la page 38, la nécessité qu'on adopte un cadre conceptuel et normatif unique. Ce qui n'a pas encore été fait.

Partagez-vous mon inquiétude quant à la modification qu'on fait? Le terme «inscrit», ça va avoir des conséquences énormes pour les personnes. Est-ce que vous ne pensez pas que c'est une privatisation passive ou déguisée ou une sous-traitance?

Mme Gendron (Andrée): À cet égard, écoutez, dans le cadre du projet de loi actuel, on avait une préoccupation qu'effectivement, là, ces gens seront inscrits, parce que ça nous donne beaucoup plus de souplesse pour utiliser une gamme, une variété de ressources d'hébergement. Et je pense que le Québec va avoir de plus en plus besoin de ça. Donc, c'est la latitude sur la gestion.

Par contre, le problème que vous soulevez effectivement est un problème qui est un petit peu de l'ordre de la loi actuelle de l'assurance-hospitalisation qui n'est pas

tout à fait ajustée dans le cadre du virage ambulatoire. Et cette question se pose. Elle se pose effectivement pour une clientèle inscrite, elle se pose pour la population qui est desservie à domicile, et tout ça. Et elle demeure entière comme préoccupation. Cependant, on n'en était pas moins sur le fait qu'au niveau de la gestion c'est beaucoup plus facilitant pour développer des nouvelles manières de faire dans le cadre de l'hébergement.

Aujourd'hui, on a des ressources intermédiaires qui malheureusement sont peu accessibles ou peu utilisées parce qu'on a de la misère à les rejoindre. Donc, c'est cette souplesse qu'on cherchait plus. Mais ce que vous mettez en lumière aussi, tout le côté de «inscrit» et la non-adaptation de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, il est évident que dans le cadre du virage ambulatoire elle devrait être revue pour ne pas pénaliser les individus.

Mme Lamquin-Éthier: Ça, je peux convenir qu'on doit tenir compte des réalités du terrain, du milieu, des besoins de la population et utiliser au maximum l'ensemble des ressources qui sont disponibles. Mais vous savez que l'usager — terme que je déteste et je le répète — il est de plus en plus... les risques sont de plus en plus grands pour lui dans le cadre du maintien à domicile. Il paie beaucoup de choses qu'il n'aurait pas à payer s'il était en centre hospitalier. Et ça va être la même chose ici. C'est drôlement inquiétant. Mais je comprends très bien ce que vous me dites. Mais encore une fois...

Mme Gendron (Andrée): On est d'accord aussi.

Mme Lamquin-Éthier: Je vous remercie infiniment pour votre grande disponibilité.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président, et merci à l'Association des CLSC et CHSLD pour votre présentation.

Quelques courtes questions. Recommandation 20, vous avez parlé de désapprouver fortement le pouvoir d'ingérence excessif proposé par le projet de loi sur toute la question de la nomination des administrateurs cooptés. Est-ce qu'ils ont eu un problème avec ça avant ou est-ce que vous voyez que c'est juste... Je ne veux pas mettre les mots dans votre bouche, mais est-ce qu'il y a un problème sur la question de coopté ou non? Selon moi, je n'ai jamais entendu qu'il y a un problème.

M. Corriveau (Roger): On n'en voit pas, nous autres, de notre côté, non plus. Il y a peut-être eu des cas particuliers qu'on ne connaît pas nécessairement, mais on pense que les administrateurs, que ce soit au niveau autant régional qu'au niveau des établissements, sont très conscients de leurs responsabilités dans ce domaine-là puis connaissent un peu l'objectif de la cooptation qui est un rééquilibrage à l'intérieur des ressources d'un conseil d'administration. On ne voit pas de difficultés particulières.

M. Williams: Parce qu'on voit une certaine tendance dans ce projet de loi qui ne donne pas assez de crédibilité au conseil d'administration. De plus en plus, on voit que le ministre ne veut pas décider les choses et que la régie régionale veut tout décider. Et c'est un autre exemple que j'ai vu dans ça. C'est pourquoi j'ai voulu cibler vos commentaires. Selon moi, nous n'avons pas vraiment eu un problème avec les cooptés. Avec ça, ce n'est pas nécessaire d'avoir cet article dans la loi.

Vous avez aussi, avec votre recommandation 28, désapprouvé sans hésitation toute la question du changement du vote, si j'ai bien compris. Pouvez-vous expliquer votre position sur l'article 125?

M. Corriveau (Roger): Oui, effectivement, on considère qu'au niveau des votes qui sont pris dans les conseils d'administration aujourd'hui la préoccupation des gens qui s'abstiennent est de moins en moins importante. Rappelons aussi qu'en même temps qu'on fait cette réflexion-là il se fait, compte tenu de certaines... il y a une nouvelle loi qui est entrée en vigueur, relativement au code d'éthique des administrateurs par exemple, donc les établissements sont en train de se doter de codes d'éthique, dans lesquels les codes d'éthique impliquent que les administrateurs doivent être d'abord présents, doivent être informés et doivent se prononcer aussi.

Alors, si jamais on y allait en tenant compte simplement de la majorité des voix exprimées lors d'un conseil d'administration, mathématiquement, on vous l'a montré un petit peu dans le document, il peut se ramasser que la décision soit prise par une minorité des membres du conseil, et là c'est toute la crédibilité lors de la mise en oeuvre de la décision qui serait contestée par l'organisation ou par les participants de l'organisation.

On pense qu'il est préférable, nous autres, compte tenu justement des codes d'éthique qui vont être en vigueur dans les établissements, de faire comprendre aux administrateurs leur responsabilité de prendre des décisions, d'y être présents, et on pense qu'il ne sera pas nécessaire à ce moment-là de changer ce mode d'élection.

M. Williams: Merci. Deux autres questions. Vous avez parlé de l'article 29 du projet de loi qui change l'article 80 de l'ancienne loi, toute la mission des CLSC. Je voudrais vraiment comprendre votre position et la position du ministre sur ça, parce que, particulièrement comme une minorité, de plus en plus les CLSC jouent un rôle qu'on appelle les CLSC pivots qui, particulièrement à Montréal, jouent un rôle exceptionnel pour les minorités linguistiques et culturelles. Parce qu'on ne peut pas... on peut demander, mais, particulièrement avec toutes les coupures, c'est presque impossible d'avoir tous les services pour tout le monde dans chaque CLSC. Ils ont commencé à faire ce qu'on appelle des CLSC pivots; pour une communauté il peut y avoir les services malgré que vous ne demeurez pas là.

Selon votre définition et ce que vous voulez, selon le projet de loi, est-ce qu'on change ça ou on ne change pas, et sur quoi est votre position? J'ai entendu, comme

exemple, pour les programmes d'accessibilité pour les communautés d'expression anglaise, que maintenant les CLSC de Montréal-Est sont inclus. Il y a un mouvement dans le ministère qui veut exclure ces CLSC du programme d'accès pour la communauté d'expression anglaise. Je voudrais juste avoir vos opinions sur ça.

Mme Corbeil (Monique): Peut-être juste rappeler qu'en fait, quant à nous, chaque CLSC a vraiment la responsabilité d'assurer l'ensemble des services à la population de son territoire. Quant à ça, pour des préoccupations de facilités ou de masses critiques, dans certains contextes il peut y avoir des ententes qui sont prises entre des établissements, mais au total il apparaît très important pour nous que le CLSC demeure responsable de connaître sa population et d'établir des programmes en fonction de ses besoins.

En ce sens-là, les CLSC pivots sont en situation d'évolution. Dans certains cas, ils sont en voie de laisser le rôle premier de chaque CLSC s'exercer, et sous cet angle-là je pense que ce qui est pensable, c'est qu'il y ait différentes modalités qui soient retenues par les CLSC concernés pour assurer la continuité des services aux clients. C'est ça, je pense, le cœur de la démarche, et en ce sens-là les résidents temporaires dans des territoires devraient voir la continuité des services leur être assurée sans aucune préoccupation technique pour eux. Et c'est tout à fait faisable que les établissements concernés s'entendent pour assurer le suivi des services.

M. Williams: Aucun doute, mais est-ce que 404 met ça en doute ou encourage ça ou ne change rien?

Mme Corbeil (Monique): Non. C'est ça. C'est que, en fait, ça devient assez large comme possibilités, et sous cet angle-là ce qu'on veut juste rappeler, c'est que, quant à nous, la préoccupation populationnelle du CLSC, c'est le cœur de sa mission et que ça doit absolument demeurer. Le reste, c'est des modalités pour rendre les services qui peuvent être très souples et qui peuvent s'ajuster au fur et à mesure des déplacements des populations.

M. Williams: Merci pour vos commentaires et merci pour l'excellent travail que tout le monde fait. Je sais que ce n'est pas facile. Vous êtes maintenant devant une commission parlementaire sur le projet de loi n° 404, vous avez le ministre ici et l'opposition officielle, je voudrais demander: Si le gouvernement continue de faire des coupures, s'il continue d'aller dans la direction qu'il a faite pour les derniers trois ans, est-ce qu'avec le projet de loi n° 404 nous allons actuellement avoir une amélioration des services ou est-ce que c'est aussi — c'est le temps de passer le message au ministre — le temps de vraiment injecter — les crédits vont être déposés la semaine prochaine? Je voudrais savoir votre position sur les coupures et aussi sur la réalité sur le terrain des CLSC et CHSLD.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'était la dernière question. J'aimerais une courte réponse.

M. Williams: Oui, oui, M. le Président. J'ai sauvé ça juste pour les derniers.
● (10 h 50) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'ai tout vu venir ça.

M. Rochon: M. le Président, ça pourrait inclure, parlant de coupures, les coupures des transferts fédéraux aussi qui n'ont pas aidé. Tant qu'à parler de coupures parlons-en.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière...

M. Williams: C'est le gouvernement de la faute des autres, je demande ce que vous pensez des coupures, ici.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une courte réponse, s'il vous plaît.

M. Roy (Jean-Marc): M. le Président, si le ministre a déposé un projet de loi amendement la loi de la santé et des services sociaux, c'est qu'il croyait réellement améliorer cette loi en ce faisant. S'il va dans le sens de notre mémoire et qu'il continue à bonifier ce projet de loi, je n'ai pas de doute que ça ira dans le sens de bonifier l'ensemble de la loi de la santé et des services sociaux, et éventuellement peut-être que... sûrement que le bien-être de la population en général en retirera le plus grand bénéfice.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup au nom de tous les membres de la commission.

M. Williams: Juste clarifier un commentaire du ministre, effectivement ils ont coupé 0,6 % dans le budget québécois, mais le ministère a coupé 3,2 % au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'invite maintenant les représentants de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec à se présenter.

À l'ordre! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec. Je demanderai à M. Bard de présenter les gens qui l'accompagnent et de débiter la présentation, tout en vous saluant.

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

M. Bard (Jean-Louis): M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. députés à l'Assemblée nationale, c'est avec plaisir que l'Association des conseils des

médecins, dentistes et pharmaciens du Québec a accepté votre invitation de venir...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je m'excuse, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Allez-y, M. Bard.

M. Bard (Jean-Louis): ...déposer nos commentaires suite au projet de loi n° 404 déposé par M. Rochon. Je voudrais d'abord vous présenter le Dr Yves Bolduc, qui est un membre du conseil d'administration de l'Association, et Mme Françoise Cloutier, qui est la directrice générale de l'Association.

Fondée en 1946, l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec regroupe actuellement 104 conseils de médecins, dentistes et pharmaciens, qu'on appelle habituellement CMDP. Cette adhésion à l'Association se fait sur une base volontaire et sans aucune allégeance syndicale. L'Association a pour fonction de fournir aux CMDP membres le support et l'aide nécessaire à la réalisation de leur objectif et des obligations que lui impose la loi. Actuellement, le nombre de CMDP qui font partie de notre Association regroupe environ, à peu près 9 000 médecins au Québec.

Les responsabilités qui sont dévolues au CMDP dans un établissement, en vertu des articles 214 et 215 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sont principalement de recommander l'octroi de privilèges de pratique des médecins, dentistes et pharmaciens, d'évaluer la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, de donner des avis sur l'organisation technique et scientifique de la distribution des soins, d'élaborer les modalités des systèmes de garde pour en assurer une permanence, de former des comités de discipline lorsqu'un membre du CMDP est l'objet d'une plainte et de donner avis au conseil d'administration de l'établissement ou au directeur général lorsque ces avis sont demandés.

Le regroupement des CMDP, l'Association que nous représentons, est le mécanisme dont se sont dotés les CMDP pour supporter leur action commune et maintenir le dialogue essentiel avec nos partenaires du réseau. L'Association est dirigée par un conseil d'administration composé de 27 représentants qui nous viennent des différentes régions du Québec.

Nos commentaires ne sont pas des commentaires sur des points particuliers, des items particuliers d'articles du projet de loi n° 404, mais plutôt des commentaires d'ordre général. Vous comprendrez que notre Association, qui se préoccupe de la qualité et de l'évaluation de l'acte médical, ait choisi de vous formuler certains commentaires davantage liés aux activités des CMDP dans les différents établissements de santé du Québec. Plus particulièrement, l'Association a choisi d'insister sur le traitement des plaintes relativement à des actes de nature médicale, dentaire ou pharmaceutique; par après, nous interviendrons sur les plans d'effectifs médicaux et aussi sur le projet de création d'un département régional de médecine générale.

M. le Président, j'aimerais vous demander la permission de déposer à la commission des documents

supplémentaires qui sont: *Le traitement d'une plainte*, qui est un guide qui a été produit par l'Association pour aider les CMDP dans les établissements à mieux traiter les plaintes et ce qu'on leur propose à ce sujet-là. Aussi, un deuxième document qui est un diagramme, encore là sur le traitement des plaintes, pour les aider à mieux traiter les plaintes. Si vous le permettez...

Documents déposés

Le Président (M. Williams): Certainement. Nous allons chercher ça maintenant. Merci.

M. Bard (Jean-Louis): Alors, M. le Président, pour nos commentaires concernant le traitement des plaintes relativement à des actes de nature médicale, dentaire et pharmaceutique, je vais passer la parole à mon collègue, le Dr Yves Bolduc, qui est notre spécialiste sur cette question.

M. Bolduc (Yves): Merci, Dr Bard. Pour ma part, je vais vous entretenir sur les améliorations à apporter au traitement des plaintes. Au cours des récentes années, nos établissements de santé ont fait des efforts pour permettre à l'utilisateur de prendre la place qui lui revient dans les mécanismes d'expression de ses besoins, de ses satisfactions, et aussi de ses insatisfactions, voire même de ses plaintes. Ainsi donc, au sein des établissements de santé, des mécanismes permettent de déposer une plainte portant sur un acte médical, dentaire ou pharmaceutique. Le traitement de la plainte subira dans ce cas un processus complexe qui fait appel à plusieurs instances. Ce que nous demandons à la commission, c'est de considérer des façons de faire qui amélioreront considérablement l'efficacité de ce processus afin de mieux utiliser les ressources en place.

Les établissements de santé sont actuellement confrontés à un processus laborieux de traitement des plaintes, particulièrement à l'égard des plaintes touchant un acte médical, dentaire ou pharmaceutique. En effet, la nouvelle loi, jumelée à l'ancienne réglementation, crée d'abord de nombreuses sources de confusion, d'ambiguïté et parfois même d'incongruité. Ensuite, le caractère rigide et inapproprié de la réglementation actuelle crée un véritable carcan administratif dont la lourdeur et l'inefficacité pénalisent tant l'utilisateur que le professionnel et l'établissement.

Il paraît clair que des amendements sont indispensables pour mieux atteindre les objectifs recherchés par le processus disciplinaire et pour intégrer un minimum vital de souplesse et d'humanisme dans le traitement des dossiers de plaintes de nature médicale, dentaire ou pharmaceutique.

• (11 heures) •

Je déplore l'absence de définition de repères relativement à la notion de plainte. Est-ce que l'on doit considérer toute manifestation d'insatisfaction comme constituant une plainte en bonne et due forme et conséquemment mettre en branle un processus lourd et coûteux à toutes les occasions? La réponse à cette question n'est

pas claire. Cette lacune est d'autant plus majeure que, dans l'état actuel du droit, la réglementation oblige de façon automatique l'exécutif d'un CMDP à mettre sur pied un comité de discipline dès qu'une plainte est formulée. Alors, un mécanisme pouvant aller jusqu'à quatre paliers d'intervention, c'est-à-dire un comité de discipline, l'exécutif du CMDP, le conseil d'administration et la Commission des affaires sociales, et ceci, consommant temps, énergie et ressources, devrait, aux termes du règlement, être mis en branle sans même qu'on puisse questionner la pertinence de la plainte et la nécessité du processus de traitement. Vous serez d'accord avec moi qu'une telle rigidité peut s'avérer aussi futile qu'inutile en certaines occasions, d'où une grosse perte d'efficacité et d'efficacité pour notre réseau de santé.

Toujours au chapitre de l'absence de définition et de repère, c'est dommage que la législation actuelle ne définisse aucunement ce que constitue un acte de nature médicale, dentaire ou pharmaceutique, tel que visé à l'article 38 de la loi. Cette lacune amène des interprétations fort variées d'un établissement à l'autre et laisse place à une forme d'arbitraire dont le résultat n'est pas toujours heureux. N'y aurait-il pas lieu de référer expressément aux lois professionnelles concernées pour mieux circonscrire ce qu'est un acte de nature médicale, dentaire ou pharmaceutique? Une telle solution aurait le mérite de clarifier la situation dans l'ensemble du réseau et d'éviter les traitements disparates.

Dans un guide sur le traitement des plaintes concernant un acte médical, dentaire ou pharmaceutique, l'Association des CMDP s'est donnée une définition plus nuancée et plus précise, et je cite: «Dénonciation formulée par un usager d'un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et des services sociaux visant de façon spécifique un acte médical, dentaire ou pharmaceutique qui est considéré répréhensible et recherchant une sanction à l'endroit de son auteur membre du CMDP. En cas d'incapacité de l'usager, la plainte peut être formulée par son représentant légal.»

Cette définition a l'avantage de distinguer la notion de l'intention derrière la plainte, car il y a une différence entre l'expression d'une insatisfaction, qui est la recherche d'une occasion de manifester une déception, et la notion de plainte qui, selon notre définition, implique la notion de désir de réprimande. Croyez bien que c'est à l'issue de nombreuses consultations auprès de nos administrateurs chevronnés qui oeuvrent eux-mêmes dans les établissements de santé et aussi auprès de nos procureurs que nous avons adopté cette définition.

Au-delà des déficiences des règlements actuels et de façon plus globale, l'Association des CMDP a la ferme conviction qu'un mécanisme d'évaluation des plaintes et de conciliation, dans les cas où c'est possible, devrait être mis en place de telle sorte que de nombreuses récriminations pourraient être traitées à la source en donnant satisfaction aux parties. Il est en effet assez curieux de constater l'automatisme auquel est confiné un CMDP dans l'état actuel du droit. Il y aurait lieu, à notre avis, de distinguer les plaintes véritables des simples manifestations d'insatisfaction.

D'autre part, il serait opportun qu'un membre du CMDP puisse juger du mérite d'une plainte. Ainsi, dans un premier temps, on pourrait éliminer les plaintes frivoles ou manifestement mal fondées pour subséquemment tenter de procéder à la conciliation entre le plaignant et le professionnel visé en vue de corriger la situation lorsque cela est possible. Finalement, dans les seuls cas qui le méritent, un comité de discipline pourrait effectivement être mis sur pied pour procéder à l'étude du dossier lorsque la situation le justifie.

Croyez bien que ces recommandations ont pour but d'assurer de meilleurs résultats et de meilleurs soins car nous constatons que des délais importants sont encourus en raison de la tâche immense que représente le traitement des plaintes concernant l'acte médical, dentaire ou pharmaceutique dans certains établissements de santé.

Il s'agit d'un processus lourd et coûteux. Afin de l'assouplir, nous recommandons d'ajouter à l'article 38 de la loi: «celui à qui a été acheminée la plainte devra faire une recommandation au conseil d'administration seulement si une mesure disciplinaire est recommandée».

Les nombreux échanges que nous entretenons avec les CMDP de la province nous ont permis de constater, notamment lors des sessions de formation que nous organisons régulièrement, que les bénévoles qui oeuvrent au sein des comités des CMDP et des comités de discipline consacrent un temps important à traiter des plaintes qui auraient pu être analysées par un individu maîtrisant bien les concepts d'usage de la plainte telle que nous l'avons définie plus haut. La personne désignée par le CMDP pourrait, au même titre que le responsable des plaintes de l'établissement, effectuer un tri des plaintes de nature médicale, dentaire et pharmaceutique et les juger recevables en fonction des critères rigoureux et universels d'un établissement à l'autre.

Sans élaborer outre mesure, à ce stade-ci, nous sommes d'avis que le législateur aurait intérêt à instaurer un processus disciplinaire qui se rapproche le plus possible de celui utilisé par les corporations professionnelles en vertu du Code des professions. En effet, nous croyons que la procédure utilisée par les ordres professionnels est souvent beaucoup plus claire, logique et prête moins à la confusion et au libre arbitre.

À titre purement indicatif, on peut imaginer qu'un membre du CMDP dûment désigné pourrait recevoir les plaintes et décider des suites à y donner, que ce soit un rejet, une conciliation ou encore de son traitement par le comité de discipline, selon la nature du dossier. Par analogie, il agirait un peu comme le fait un syndic d'un ordre professionnel. Quant au comité de discipline, formé au besoin par le comité exécutif du CMDP lorsque requis, il pourrait faire enquête, entendre les parties et rendre une décision en évitant ainsi le recours à de multiples instances tout en maintenant un mécanisme d'appel.

D'autre part, nous aurions, M. le Président, une autre recommandation concernant le traitement des plaintes par le CMDP. Certaines plaintes étant particulièrement complexes, elles requièrent le concours d'un expert externe au CMDP. Nous recommandons donc d'enlever à l'article

214, alinéa 11, de la loi la mention «à l'exception du traitement d'une plainte». Ceci vise à permettre au CMDP de s'adjoindre un expert lorsque nécessaire pour traiter une plainte.

Dans le contexte actuel, de nombreuses initiatives locales sont prises en vue de mieux adapter le traitement des plaintes. Ces initiatives souvent imaginatives et fructueuses ne rencontrent pas toujours le test de la légalité puisque, par définition, elles sont souvent mises sur pied pour échapper au carcan actuel qu'imposent la loi et la réglementation.

Merci de votre attention. Maintenant, je vais repasser la parole au docteur Bard.

M. Bard (Jean-Louis): M. le Président, je vais essayer de faire assez rapidement. Alors, au regard de cette question, je parle des plans d'effectifs médicaux, le projet de loi n° 404 prévoit que le plan régional des effectifs médicaux devra inclure tous les médecins de la région qui pratiquent en cabinet privé. Nous sommes totalement en accord avec cette vision des choses.

Pour assurer une répartition efficace des effectifs sur un territoire donné, nous croyons qu'il est essentiel de disposer des données sur le nombre des praticiens des cliniques privées. Aucune comparaison n'est possible entre les réseaux urbains et les territoires où les centres sont dispersés si l'on ne tient pas compte de la pratique en cabinet privé tout autant que de la pratique dans tout type d'établissement.

Les structures régionales de coordination. Le regroupement des ressources sur une base régionale n'est pas une nouveauté. Jusqu'à l'avènement des associations régionales de CMDP, dont l'origine remonte à 1983, les membres des organismes de chacune des régions ne se connaissaient pas. Chacun fonctionnait en vase clos et l'un et l'autre développaient des services sans prendre en considération l'ensemble des besoins. C'est en prenant conscience de cette lacune que les membres des CMDP concernés ont décidé de se regrouper régionalement sur incitation de l'Association. Cette volonté de rapprochement a permis d'initier un dialogue constructif à propos de dossiers communs entre les médecins de la région oeuvrant en établissement.

Je voudrais simplement vous mentionner rapidement quelques exemples qu'il y a eu. Par exemple, je pense, dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, les CMDP ont mis sur pied un comité régional de bioéthique. C'est sûr que chaque établissement, surtout quand ils sont petits, bien c'est difficile de mettre un comité. Alors, ils ont décidé de se regrouper pour faire un comité régional de bioéthique qui travaillait au niveau de tous les établissements. En Abitibi-Témiscamingue, par exemple, ils ont travaillé beaucoup sur les plans d'effectifs médicaux de concert avec la régie régionale. Dans la région de l'Outaouais, l'assemblée régionale des CMDP a travaillé beaucoup sur le dossier, et ceci, de concert avec la régie régionale et principalement Mme Hutton qui était, à ce moment-là, directrice générale — je ne sais pas si elle l'est encore — sur le rapatriement des services médicaux que

les gens allaient chercher en Ontario. Je sais que le regroupement des CMDP a travaillé beaucoup avec la régie régionale à ce niveau-là.

• (11 h 10) •

Alors, forte de cette expérience, l'Association propose la formation d'un CMDP régional. En prospective, nous voyons dans une pareille instance un bon moyen de réunir les médecins d'une région afin de développer une vision régionale de distribution des soins de santé et une meilleure évaluation des objectifs médicaux en fonction des besoins des régions. Une telle instance permettrait également d'exercer une surveillance sur la qualité des actes et services médicaux d'une région donnée, donnant place à une évaluation plus qualitative que quantitative, comme elle se fait actuellement. On pourrait alors viser une intégration horizontale de l'évaluation des soins de santé. Le CMDP régional aurait, en outre, un mandat de coordination de l'évaluation de l'acte médical et de la formation médicale continue. Bien que la coordination soit régionale en termes d'évaluation de la continuité et de l'accès aux services médicaux, cette initiative aurait pour avantage de supporter l'évaluation locale des actes posés en établissement, qui, elle, doit continuer à se faire au sein de l'établissement.

Dans ce contexte, vous comprendrez que nous souscrivons d'emblée à l'intention du législateur de permettre le regroupement régional des médecins généralistes en créant le département régional de médecine générale. Les responsabilités principales énumérées à l'article 417.2 nous semblent former un tout valable.

Il nous apparaît que le département régional de médecine générale jouera un rôle-conseil important quant aux soins médicaux de première ligne dispensés dans une région donnée. Ce dernier aura, en effet, pour mandat de coordonner les effectifs ainsi que de planifier les opérations, et, à ce titre, son rôle-conseil est patent. Aussi, nous sommes d'avis que le département régional de médecine générale devrait exercer son pouvoir de recommandation auprès du conseil d'administration de la régie régionale plutôt qu'au directeur général, puisqu'il ne s'agit aucunement d'un rôle fonctionnel sur le plan quotidien des opérations, mais plutôt d'un rôle-conseil.

Enfin, nous aimerions souligner que la loi actuelle demande aux commissions médicales régionales de donner leur avis sur l'organisation et la distribution des services médicaux sur leur territoire et sur les plans d'effectifs médicaux. Nous sommes d'avis que l'arrimage de nombreuses instances prévu dans la loi en vigueur, en plus des instances que le législateur compte ajouter, pose un défi de taille.

Alors, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, c'est en résumé un peu ce que nous avons voulu vous transmettre suite à l'étude que nous avons faite du projet de loi n° 404. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. J'invite maintenant M. le député... M. le ministre à commencer l'échange.

M. Rochon: Je suis aussi député.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Député aussi, député d'abord et avant tout.

M. Rochon: D'abord et avant tout. Merci, M. le Président. Je vous remercie beaucoup pour votre contribution qui est intéressante au complet, mais surtout pour la partie où vous réferez à l'article 38, le traitement des plaintes et le lien avec le CMDP, parce que vous êtes vraiment au coeur de ça puis il y a une contribution que vous pouvez faire et que personne d'autre ne peut faire à cet égard.

D'emblée, je pense que vous le savez déjà, je vous le confirme, je vous le dis si ce n'était pas le cas, on a convenu dès le début des travaux de la commission d'avoir un groupe de travail, suivant cette commission, pour aller plus loin, pour étudier d'autres aspects du fonctionnement du mécanisme des plaintes en lien avec le CMDP et tout ce qui découle de l'article 38. À moins qu'il y ait assez de choses qui se précisent d'ici la fin des travaux de la commission, ça ne nous semble pas évident, si on ne voulait pas faire une chose vite, trop improvisée, puis on avait besoin d'aller un peu plus en profondeur là-dessus.

Vous soulignez des questions très importantes qu'il va falloir pousser plus loin, parce que l'objectif est de plus en plus clair que le mécanisme des plaintes doit évoluer, je pense qu'il y a un consensus là-dessus, vraiment comme un service à la clientèle, que les gens puissent avoir un grand accès puis une facilité de faire des commentaires, des critiques, de se plaindre, mais pas dans le sens de déclencher un processus semi-judiciarisé qui, lui, risque de provoquer une réaction de défense de ceux qui se sentiraient attaqués, dans un sens, mais c'est plutôt une interaction de consommateurs, d'utilisateurs de services, de patients qui veulent donner un peu une évaluation des services qu'ils ont eus, de leur satisfaction, et que ça permette à une organisation puis à des professionnels dans une organisation d'être en lien direct avec la satisfaction des gens.

Alors, sur ça, même un médecin peut être visé par ce type d'exercice là, la façon de mieux satisfaire les gens, qui peut être très différent de plusieurs commentaires des gens ou de plaintes que des questions qui risqueraient plus d'être de nature disciplinaire dans leur traitement.

Alors, vos points, je veux juste vous assurer qu'ils sont très bien pris en compte là-dessus. Je ne pense pas que ça va être possible de tous les satisfaire dans le cadre des amendements présents, mais ce n'est pas quelque chose qui va rester pendant jusqu'à une prochaine occasion. On va avoir un travail actif et vous allez sûrement être mis à contribution à cet égard.

Je vais me permettre juste un ou deux commentaires, questions en rapport avec l'autre partie de votre mémoire, où vous traitez surtout du département régional de médecine familiale. Je vois que vous êtes assez d'accord, de façon générale, avec la mise en place de cette nouvelle structure. Maintenant, vous recommandez que les CMDP soient un peu représentés au sein de ces

départements-là. Est-ce que j'ai bien saisi cette partie-là de votre mémoire?

Et là mon commentaire serait — puis vous pourriez revenir, peut-être, pour expliquer un peu plus — qu'il apparaissait que la fonction est assez différente. Même si la loi définit la fonction, surtout des responsabilités de recommander, de définir, de proposer, ça va être une fonction qui se rapproche peut-être un peu plus, me semble-t-il, de celle d'un département clinique dans un établissement qui doit encadrer une pratique médicale par rapport à la fonction des CMDP qui vise plus la qualité et tous les mécanismes de contrôle de la qualité de l'acte médical. Donc, complémentaire, mais étant différent. Alors, c'est pour ça qu'il n'avait pas semblé nécessaire de faire un lien très directement.

À ce même sujet, vous faites aussi une suggestion: que le département régional relève directement du conseil d'administration plutôt que, comme le dit la loi, d'être sous l'autorité du directeur général. Ça, mon commentaire serait à l'effet que je pense que nos lois sont toujours écrites de cette façon, ce qui n'empêche pas, bien sûr, que le directeur général a l'obligation d'amener au conseil d'administration des recommandations d'un comité comme celui-là, mais de ne pas retomber dans ce qui était il y a 20, 25 ans l'espèce de bicéphalie des établissements où tu avais toute la partie administrative, d'une part, puis la partie médicale, de l'autre part, puis ça ne se rencontrait nulle part sur le plan de la gestion et de la coordination de l'établissement. Bien, je ne pense pas que c'est vu là pour être un obstacle à ce que le département a à dire au conseil d'administration; c'est plutôt une responsabilité du D.G. d'assurer un bon fonctionnement, d'assurer une bonne coordination et le lien entre les instances d'une organisation comme on le fait dans un établissement au niveau d'une régie régionale et son conseil d'administration.

Mon dernier commentaire au sujet du CMDP régional. Je pense que, là, on en parle de plus en plus dans les différentes régions. Moi, personnellement, je reconnais qu'il y a une évolution très intéressante de ce côté-là. Si on n'est pas allé plus loin dans le cadre du projet de loi actuel, c'est, en bonne partie, je pense, les clarifications et les réajustements que ça va risquer de demander avec la commission médicale régionale. Là-dessus, si vous avez des commentaires, ça serait peut-être important de les entendre, parce qu'éventuellement un CMDP régional va redéfinir la commission médicale, en fait, dans un rôle mieux ciblé. Je m'arrête là-dessus.

M. Bard (Jean-Louis): Justement, à ce sujet-là, nous, on ne peut pas dire qu'on est très avancés au niveau de la réflexion. On pense qu'actuellement un CMDP régional, ça serait une bonne chose parce que, d'abord, il y aurait le fait de conscientiser les médecins de toute la région aux besoins de santé de la population de la région, de ne plus se fermer à l'intérieur d'un établissement puis dire: Bien, je développe, moi, à l'intérieur de mon établissement en tenant plus ou moins compte des besoins de l'ensemble de la région. Alors, je pense que, de ce côté-là, ça serait déjà une bonne affaire.

Deuxièmement, nous, comme représentants des CMDP, comme je vous le disais, on est très attachés à l'évaluation de la qualité de l'acte professionnel, que ce soient les médecins, dentistes ou pharmaciens. Alors, je pense que c'est la seule façon pour en venir là, d'être capables de faire une bonne évaluation globale des soins de la santé. Actuellement, ça se fait à l'intérieur de chacun des petits groupes puis il n'y a pas de coordination entre tout ça. Alors, si on veut avoir vraiment une image globale, dans une région, de la qualité des soins et aussi, en même temps, en faisant toutes ces études-là, détecter des besoins qui n'avaient pas été détectés, puis tout ça, puis apporter des correctifs, je pense que c'est uniquement avec un CMDP.

● (11 h 20) ●

Maintenant, vous parliez tout à l'heure d'un représentant des CMDP au sein du département de médecine générale. C'est un petit peu la phase entre les deux qu'on voulait amener, puis tout ça. Maintenant, remarquez bien qu'on conçoit très bien que, comme je l'ai dit, il va y avoir un arrimage à faire avec toutes les structures, département régional de médecine générale, la CMR, un nouveau CMDP qui pourrait être créé. Il va y avoir tout un arrimage là-dedans. Il y en a peut-être qui vont être appelés à disparaître puis que leurs fonctions vont être regroupées à l'intérieur du CMDP.

Ce qu'on a surtout voulu, c'est de lancer l'idée et puis, peut-être dans une prochaine étape... On est bien conscients que fort probablement, dans le projet de loi n° 404, on ne pourra pas inclure ces choses-là. Je pense que c'est une trop grosse affaire. Ça mérite de s'asseoir, puis de regarder ça, puis de proposer quelque chose qui est valable. Alors, c'est pour ça que, nous, notre idée, simplement c'est de lancer l'idée et puis de provoquer la discussion pour en venir à cette solution-là qu'on considère, je dirais, idéale. C'est difficile de parler d'une solution qui soit au-dessus de tout, qui soit la merveilleuse, mais au moins qui se rapproche, en tout cas qui donne les meilleurs services.

D'ailleurs, c'est la même chose du traitement des plaintes. Évidemment, ça fait peut-être un petit peu plus longtemps que ça se parle. On aurait peut-être aimé qu'au niveau du projet de loi n° 404 on en parle plus. Dans les établissements, c'est silencieux. Mais, au moins, on relance l'idée. D'ailleurs, M. Rochon nous assure que le processus est presque en branle actuellement pour tout reconsidérer cette question-là, ce qui nous rassure beaucoup. Je ne sais pas si ça répond.

M. Rochon: Parfait, merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, merci, M. le Président. Merci à l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens de Québec pour votre présentation. Je voudrais juste retourner à la question de coordination régionale. J'ai écouté comme il faut une discussion entre les

médecins, mais je suis un non-médecin et je voudrais juste mieux comprendre. Nous avons 104 CMDP qui existent, nous avons déjà la commission médicale régionale. Maintenant, nous sommes en train de discuter de la création d'un département régional médical général et on discute aussi de la possibilité d'avoir un conseil médical régional aussi.

Pour le simple citoyen, pour le patient, avec cette augmentation des structures, est-ce que nous allons avoir un meilleur service? Est-ce que ça serait peut-être juste mieux d'élargir le mandat de la commission médicale régionale, de remplir ce mandat de coordination? J'essaie de comprendre. Avec toute cette multiplication de structures, est-ce que, comme citoyen, je serai mieux servi?

M. Bard (Jean-Louis): Bon. D'abord, vous parlez de 104 CMDP. C'est 104 CMDP qui font partie de notre Association. Vous savez, notre Association, c'est une association sur une base volontaire.

M. Williams: Volontaire, oui.

M. Bard (Jean-Louis): Alors, parmi les CMDP de la province, il y en a 200 et quelques, on en a 104 qui en font partie. La plupart de ceux qui n'en font pas partie sont peut-être les grands centres hospitaliers et aussi les CLSC. Par contre, au niveau des CLSC, il faut dire qu'on ne sait pas exactement combien de CLSC n'ont pas de CMDP, parce qu'il faut avoir au moins cinq médecins pour avoir un CMDP. Alors, on ne sait pas au juste le nombre. Maintenant, le 104, là, c'est le nombre de CMDP qui font partie de notre Association.

Maintenant, simplement pour vous éclaircir, c'est sûr qu'on parle de CMDP dans les établissements, on parle de la création d'un département régional de médecine générale, on parle de la commission médicale régionale, maintenant on amène une nouvelle notion qui est celle de CMDP, mais, comme je disais tout à l'heure, je pense qu'il y a un arrimage à faire entre toutes ces structures-là. Probablement qu'il y en a qui vont disparaître. Évidemment, si on crée un CMDP régional, le département de médecine générale va sûrement être un département qui va être intégré à ce département-là.

Alors, finalement, il y a des structures qui vont disparaître. Nous, ce qu'on propose, c'est de faire une structure qui va regrouper tous les médecins sur un territoire dans un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. On parle dentistes et pharmaciens, maintenant, évidemment, on n'a pas parlé à ces ordres professionnels, actuellement. Ce sera une autre discussion que le gouvernement aura à avoir avec ces ordres professionnels là pour justement assurer les citoyens que les services médicaux — parlons juste des services médicaux pour le moment — seront les meilleurs possible. Je pense que, pour le citoyen, c'est peut-être le meilleur gage de la qualité des services qui vont lui être rendus.

M. Williams: Merci pour cette réponse. Une autre courte question, M. le Président. Dans votre mémoire,

vous avez parlé beaucoup de l'allégement du mécanisme des plaintes, et j'ai apprécié ça beaucoup. Je n'ai pas tout lu pendant votre présentation, mais j'ai fait une brève lecture de ça. Je trouve que le dossier, l'a b c à l'usage des CMDP et le traitement d'une plainte, c'est tellement bien fait et je voudrais vous féliciter pour ça. Au bureau de comté d'un député, souvent nous avons des appels que le système ne marche pas, nous avons un problème, etc. Au moment où on parle, on n'a pas beaucoup de confiance avec le système de plaintes, maintenant.

Or, vous proposez un allégement du système de plaintes, que je trouve logique. Mais comment on peut assurer le patient avec ces changements qu'effectivement, une fois qu'il inscrit une plainte, ça va être bien traité? C'est un peu la question de transparence de cette façon. Pouvez-vous expliquer ça?

M. Bard (Jean-Louis): Bon. Actuellement, lorsqu'une plainte vise un médecin, un dentiste ou un pharmacien, elle est référée automatiquement au CMDP. D'après la loi actuelle et les règlements qui datent du début des années quatre-vingt, le CMDP n'a pas le choix, c'est la création d'un comité de discipline qui est un organisme quasi judiciaire. Évidemment, pour mettre tout ça en branle, c'est absolument énorme. Ça prend du temps. C'est une grosse machine, puis des fois pour une chose, simplement une remarque qu'une personne a faite. Ce n'est pas vraiment une plainte sur le comportement du médecin ou encore sur sa compétence, c'est une remarque tout simplement. Alors, c'est un gros processus qui prend beaucoup de temps à se mettre en branle puis finalement à aboutir à peut-être pas grand-chose à l'autre bout, parce que ça a trop pris de temps. C'est comme le café qu'on va vous servir, si vous le laissez pendant deux heures sur le coin de la table, il est froid. Alors, c'est la même chose.

Alors, c'est pour ça qu'on se dit: Si le client manifeste une insatisfaction, à ce moment-là, on est mieux d'alléger le processus de traitement de cette plainte-là de façon à vraiment lui donner satisfaction, et rapidement. C'est le but tout simplement de l'allégement qu'on propose à la commission parlementaire justement pour assurer que les gens retirent une meilleure satisfaction.

C'est sûr que la personne qui dépose une plainte et que, au bout d'un an, on la convoque devant le comité de discipline pour venir expliquer sa plainte, je vais vous dire qu'elle ne sera pas contente, et je suis bien d'accord. Je ne serais pas content moi non plus. Alors que, si des fois, dans la semaine ou deux semaines après, on rencontre la personne et on discute avec elle, mais dans un cadre tout autre qu'un organisme quasi judiciaire, bien je pense que ça a pas mal plus d'effets. Je pense que les gens vont être plus portés justement à nous rapporter les insatisfactions. Si c'est une plainte qui est majeure, évidemment, ça, ça doit suivre son cours, il n'y a pas d'erreur. Je ne sais pas si ça répond entièrement à votre question.

M. Williams: Oui, je suis...

M. Bolduc (Yves): Juste pour compléter, je vais vous donner un exemple. Si vous allez au restaurant et que vous êtes insatisfait de la serveuse, vous en parlez au propriétaire. Le propriétaire vous dit: Je suis d'accord avec votre insatisfaction. Je vais vous demander de rencontrer l'avocat de la serveuse pour expliquer vos affaires. C'est ça qu'on vit, nous autres.

À toutes les fois qu'il y a une plainte qui concerne l'acte médical, dentaire ou pharmaceutique, la plupart des gens ne veulent pas faire tout le processus et rencontrer l'avocat de l'autre partie, parce qu'il ne faut pas oublier qu'à tout moment, quand on suit cette procédure-là, compte tenu qu'il y a possibilité de mesures disciplinaires, l'Association de protection médicale délègue un avocat et ça se fait toujours seulement qu'avec des avocats.

Donc, la majorité des gens qui sont insatisfaits, eh bien, on leur explique le processus. Quand ils voient le processus, je vous avoue, ils enlèvent leur plainte, et, s'ils veulent aller jusqu'au bout — quand on rentre les avocats dans un dossier, c'est très long — c'est très rare qu'ils vont avoir satisfaction parce qu'à la fin... Vous savez que, pour faire la preuve, c'est très compliqué, ce qui fait que ce dont on se fait taxer dans les établissements présentement — et, moi, chez moi, je suis responsable du traitement des plaintes, comme cadre supérieur — le problème qu'on a, c'est que les gens nous disent: J'ai raison. Moi, je leur dis, des fois: Votre plainte était justifiée. On ne peut rien faire, car le comité de discipline n'a pas pu trancher. Je pense que c'est ça qu'on veut faire en allégeant.

● (11 h 30) ●

Deuxième chose — et je pense que c'est important de se le dire — par contre, lorsqu'il y a eu une incompétence, lorsqu'il y a eu un problème réel avec un médecin, qui nécessite une mesure disciplinaire, on doit avoir le moyen d'aller la chercher. Parce que, si ça ne se fait pas, on ne réussira jamais à intervenir à ce niveau-là. Je pense que c'est les deux éléments importants pour quoi on veut avoir l'allégement.

M. Williams: Oui. Merci pour les deux réponses et effectivement vous avez répondu à ma question. Je voudrais juste mentionner que je suis d'accord avec cet allégement, parce que le monde est insatisfait de la façon dont ça marche maintenant. Sauf que je voudrais que, quand on trouve une solution à un problème, on n'en crée pas un autre dans le même temps, et on doit s'assurer qu'il y a le simple principe de transparence pour les plaintes. Et ces clients — parce qu'on ne parle pas de restaurants, on parle des médecins — s'ils ne sont pas satisfaits avec la première démarche, peut-être moins légale, ils peuvent toujours garder le droit d'aller plus loin. C'est ça que j'ai voulu juste rétablir, parce que, effectivement, je pense que le monde veut avoir une réponse beaucoup plus vite qu'il ne l'a maintenant. Merci pour votre réponse.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le député. Mme la députée de Sherbrooke, et je terminerai par Mme la députée de Bourassa.

Mme Malavoy: Merci, M. le Président. Bonjour. J'ai deux questions, simples, je pense, dans la formulation tout au moins. La première question, je réfère à la page 3 de votre présentation, de votre document, vous nous dites qu'il est regrettable qu'on ne définisse pas mieux ce qu'est un acte de nature médicale, dentaire ou pharmaceutique. Vous dites un petit peu plus loin qu'il faudrait peut-être se référer aux lois professionnelles et vous donnez comme exemple un guide sur le traitement des plaintes dont vous dites qu'il s'est donné une définition plus nuancée et plus précise. Mais j'ai lu la définition qu'il y a en haut de la page 4, et il me semble que c'est une définition plus de ce qu'est une plainte que de ce qu'est un acte médical, et je me demandais ce que vous entendiez exactement par cette phrase: «il est regrettable que la législation actuelle ne définisse aucunement ce que constitue un acte de nature médicale, dentaire ou pharmaceutique». Jusqu'où peut-on aller? Jusqu'où souhaitez-vous qu'on aille? Est-ce que c'est quelque chose qui peut être vraiment défini de façon absolument limpide pour ne laisser aucun doute?

M. Bolduc (Yves): Pour clarifier la définition que vous avez regardée, c'est la définition de plaintes pour notre association dans le cadre d'aller chercher une mesure disciplinaire contre un médecin. Le reste des plaintes, on les appellerait plus des insatisfactions. Un des problèmes qu'on a, quand il y a eu le document, c'est que c'est marqué: une plainte: toute plainte contre un médecin touchant l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, on doit former un comité de discipline selon les règlements. Le problème qu'on a eu avec ça, c'est que, exemple, l'AHQ a donné comme consigne aux hôpitaux: Toute insatisfaction est une plainte. Ça fait que là on se retrouve avec un problème où les hôpitaux interpellaient les médecins en leur disant: Il y a eu une insatisfaction contre vous autres; ça touche votre pratique médicale en général, donc il faut suivre le processus disciplinaire. Ce qui ne se fait nulle part ailleurs, là, pour les autres employés.

À ce moment-là, nous autres, ce qu'on recommande, quand ça touche vraiment la pratique médicale du médecin et non pas quand ça touche le médecin, on recommande que ce soit possible de former un comité de discipline et également que ce soit possible d'aller chercher ce qu'on appelle une médiation. Et puis dans la loi, ce qu'il faudrait peut-être dire, c'est juste qu'il faut référer, lorsqu'on parle d'un acte médical, dentaire et pharmaceutique, par rapport à la loi médicale où là c'est défini. Mais dans la loi, présentement, ça ne l'est pas.

Mme Malavoy: Est-ce que les lois de nature professionnelle ne sont pas des références de toute façon? Est-ce qu'il faut redire dans cette loi-ci ce qui est écrit ailleurs? Je vous pose la question.

M. Bolduc (Yves): Je pense qu'avec le comité de travail — de toute façon on aimerait participer puis on vous offre nos services, là — je pense que c'est le genre de choses qu'il faut ajuster de façon à ce que ce soit cohérent d'une loi à l'autre et puis également que ce soit

cohérent à l'intérieur de notre Loi des services de santé et des services sociaux.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

Mme Malavoy: Est-ce que j'ai la place pour une autre petite question?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une très courte question.

Mme Malavoy: Oui, elle est courte. Je suis à la page 7 de votre mémoire. Vous demandez qu'on introduise des précisions quant aux responsabilités du département régional de médecine générale. Et une des demandes que vous faites — c'est à la page 8, le 4^e — vous voulez qu'on ajoute, après «faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux», la nature «et l'intensité». Alors, moi, j'aimerais savoir ce que ça veut dire l'intensité. La nature, je comprends, mais l'intensité, je suppose que pour vous c'est quelque chose de très précis. Mais, quand on n'est pas de ce milieu-là, ce n'est pas évident de savoir à quoi vous faites référence. Je suis à la page 8 de votre mémoire, en haut de la page, le troisième paragraphe, le 4^e. Et là vous avez mis en caractères gras ce que j'interprète comme étant les demandes d'ajout de votre part.

M. Bard (Jean-Louis): Bon, d'accord. On pourrait prendre le terme intensité beaucoup plus comme fréquence, si vous voulez, sur la nature d'un service médical mais aussi sur sa fréquence, sur son importance. Parce que, dans une région, un service médical peut être moins important. Par contre, dans une autre région, il peut demander beaucoup plus de ressources médicales que dans une autre. C'est simplement ça. C'est pour permettre non seulement de définir la nature des services médicaux, mais aussi leur importance, si vous voulez.

Une voix: Ça va?

M. Bard (Jean-Louis): C'est pour ça que, dans le terme intensité, c'est un peu ce qu'on veut dire. C'est de l'ajuster à chaque région, selon les besoins de la région.

Mme Malavoy: Et ça inclut la notion de fréquence. Ça inclut, entre autres, fréquence...

M. Bard (Jean-Louis): En termes de fréquence, en termes d'importance, si vous voulez.

M. Bolduc (Yves): Pour vous donner un exemple au niveau de l'intensité, est-ce qu'on va demander aux cliniques d'ouvrir les fins de semaine de 8 heures le matin à 5 heures le soir? Ou de 8 heures à 8 heures où on va leur demander d'ouvrir 24 heures par jour? C'est ça qu'on entend par intensité au niveau des programmes prioritaires. C'est jusqu'à quel point on doit donner le service en tant que tel, pas juste la nature, c'est-à-dire une clinique sans

rendez-vous, mais également l'intensité, là, c'est la fréquence, la durée et puis la capacité à le faire.

Mme Malavoy: Ah, oui, je comprends bien.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Dernière intervention, Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Pour un avocat qui aimerait compliquer les choses en posant des questions pas évidentes au niveau de leur formulation, il me reste une question. Alors, je trouve ça déplorable.

Tout à l'heure, j'ai entendu, et je veux y revenir pour ne pas pénaliser: Un an, est-ce que c'est le délai habituel de traitement lorsqu'un plaignant porte plainte sur un acte médical, dentaire ou pharmaceutique?

M. Bard (Jean-Louis): Non, c'est simplement à titre d'exemple.

Mme Lamquin-Éthier: Ah! O.K.

M. Bard (Jean-Louis): Évidemment, c'est sûr...

Mme Lamquin-Éthier: C'est quoi, le délai?

M. Bard (Jean-Louis): Non, non, ce n'est pas le délai habituel, là, mais je vous amenais ça comme exemple. Si une personne dépose une plainte et puis que ça prend un an avant d'être traitée, c'est plate.

Mme Lamquin-Éthier: Non, non, mais c'est quoi, le délai?

M. Bard (Jean-Louis): Mais ce n'est pas un délai, là, non, non. Parce que des fois ça peut aller jusque là. Parce que, le commentaire de mon confrère sur les avocats, ce n'était pas ça. Mais c'est parce qu'il faut comprendre que, lors d'un comité de discipline, le médecin a le droit d'être représenté, le centre hospitalier, la personne qui dépose a droit. Alors, pour réussir à regrouper tout ce monde-là et les trois médecins aussi, qui font partie du comité de discipline, bien, à un moment donné, il peut y avoir des délais et des délais qui s'accumulent. Maintenant, ça peut être deux mois, ça peut être six mois. Je vous amenais l'exemple d'un an, là, c'est simplement à titre d'exemple. Si une chose traîne pendant un an de temps, bien, là, ça commence à être moins «hot» un peu, là.

Mme Lamquin-Éthier: Pour les personnes qui portent plainte, croyez bien que c'est un processus qui est épouvantablement long. La question des délais est cruciale, fondamentale et mérite qu'on la change.

M. Bard (Jean-Louis): Exactement.

Mme Lamquin-Éthier: De même que le plaignant aimerait bien avoir une décision motivée. À la page 5,

bon, vous dites: «Certaines plaintes étant particulièrement complexes, elles requièrent le concours d'un expert externe».

Est-ce que l'expertise ferait partie du dossier de plainte ou du dossier médical du plaignant? Est-ce que le plaignant aurait accès à cette expertise-là?

M. Bolduc (Yves): Le processus des plaintes, comme de fait, une des choses qui est remarquable, c'est que le plaignant par la suite reçoit seulement qu'une réponse en disant s'il y a eu mesure disciplinaire ou pas, parce que l'article 218 dit que tout le dossier est confidentiel.

Mme Lamquin-Éthier: Bien, oui.

M. Bolduc (Yves): Ça, également, c'est de l'ajustement, je pense, qu'avec un comité on pourrait travailler. Parce que, si on applique la loi à la lettre, même le conseil d'administration qui doit statuer à la fin n'a même pas droit au dossier, ce qui fait que ça devient difficile au niveau justice. Votre question déjà c'était?

Mme Lamquin-Éthier: Lorsque vous faites référence, à la page 5, au recours, dans des cas particulièrement complexes, à un expert externe, est-ce que l'expertise ferait partie du dossier de plainte de l'établissement ou si elle serait versée dans le dossier médical, et le plaignant y aurait-il accès?

M. Bolduc (Yves): Non. C'est très clair que ça va faire partie du dossier de plainte en tant que tel.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, il n'y aurait pas accès.

M. Bolduc (Yves): Il n'y aurait pas accès.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, si on ne modifie pas les conclusions, c'est-à-dire l'avis qu'on transmet au plaignant, encore une fois on n'aide pas la transparence.

M. Bolduc (Yves): Je pense que c'est deux dossiers différents dans le sens...

Mme Lamquin-Éthier: Mais c'est terrible, ça!

M. Bolduc (Yves): C'est deux dossiers différents, dans le sens de: Pourquoi on veut éliminer cet article-là? C'est que, dans certains CMDP qui sont des petits CMDP, quand on arrive pour former un comité de discipline, on manque de médecins, premièrement, et puis, deuxièmement, quand on arrive, par exemple, dans un cas de chirurgie, puis il n'y a seulement que deux chirurgiens dans l'hôpital — il y a une plainte contre les chirurgiens, souvent c'est une plainte qui est conjointe — pour faire une étude objective du dossier, ça prendrait quelqu'un de l'extérieur, alors que, selon cet article-là, on ne peut pas faire appel à un chirurgien de l'extérieur pour faire l'étude

du dossier. Donc, c'est ce qu'on appelait tantôt une incongruité, là. C'est-à-dire qu'on est obligé de procéder, puis on n'a pas les outils pour procéder. Le fait d'enlever ça réglerait ces problèmes-là.

● (11 h 40) ●

Pour ce qu'il s'agit de l'autre problème, c'est-à-dire la notion: Qu'est-ce que le consommateur pourrait avoir? Je pense qu'il faut plus travailler au niveau de l'article 218. Par contre, là-dessus, j'apporterais peut-être une restriction. C'est que le processus d'étude de plaintes, c'est également un processus pour l'évaluation de la qualité, et ce dont on aurait peur à ce moment-là, c'est que l'usager se serve du dossier pour entamer une poursuite. C'est là qu'on devient en petit peu en difficulté. Ce sont deux notions complètement indépendantes l'une de l'autre. Par contre, moi, je suis d'accord avec vous, l'usager serait en droit de recevoir plus d'informations qu'il n'en a présentement ou que l'article 218 nous permet de lui donner.

Mme Lamquin-Éthier: Une dernière petite question, un exemple concret. Dans mon autre vie, les personnes âgées me rapportaient, et je vais nuancer, dans certaines circonstances qui auraient dû être évitées ou évitables, que le médecin leur avait fait des remarques. Je vous donne un exemple. Une femme de 89 ans se plaint depuis longtemps à l'infirmière de l'étage qu'elle a des maux de ventre épouvantables. Elle demande à l'infirmière d'en parler au médecin. Le médecin voit cette dame de 89 ans là, et elle confirme qu'effectivement elle a mal au ventre, que ça dure depuis longtemps, que c'est inconfortable. Là, il la regarde et dit: Ça doit être vos menstruations. Est-ce que ça ferait l'objet d'un tri? Elle veut porter plainte, elle trouve ça inacceptable, est-ce qu'une plainte comme ça, dans la mesure où... Est-ce qu'elle pourrait faire l'effet d'un tri préalable? Et est-ce qu'elle pourrait être jugée non recevable?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Très courte réponse, s'il vous plaît.

M. Bolduc (Yves): La courte réponse est difficile. Je pense que là-dedans il faut aller chercher l'intention de la personne. Premièrement, est-ce qu'elle veut qu'on applique une mesure disciplinaire? Si c'est une mesure disciplinaire, il devra y avoir formation d'un comité de discipline. Si la personne, exemple, nous dit: Tout ce que je veux, c'est que le médecin maintenant me fasse des excuses et que le médecin est d'accord — on est d'accord que la situation n'est pas acceptable — à ce moment-là, je pense qu'on devrait permettre ça également. Il faut aller chercher l'intention de la personne.

Par contre, je ne pense pas que ce genre de plaintes là... j'en suis certain, ça ne serait pas considéré non recevable. Il y aurait certainement une remarque. Le problème que vous avez actuellement, c'est que cette madame-là, si vous suivez le processus actuel, avant que ça soit résolu, il va falloir qu'elle rencontre l'avocat de l'autre partie, il faudra qu'elle discute avec les gens,

qu'elle rencontre un comité de discipline pour tout expliquer le processus. Ce qui fait que pour elle, quand je vais avoir fini de lui expliquer le processus, elle va dire: Laisse faire. C'est ça qu'on veut corriger. En fin de compte, le processus des plaintes, c'est vraiment un processus qui doit donner satisfaction à la clientèle, et un bon processus de plaintes fait que la qualité on s'en ressent par la suite, parce que même les médecins en ont peur.

Mme Lamquin-Éthier: Pour les complications il faut que ça soit fait en fonction de la personne et non pas en fonction de la structure.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. J'invite maintenant les représentantes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à se présenter.

● (11 h 50) ●

À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et je demanderais à Mme Desrosiers de nous présenter les gens qui l'accompagnent.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui, merci, M. le Président. Alors, je suis accompagnée, à ma gauche immédiate, de la vice-présidente de l'Ordre, Mme Denise Lévesque-Boudreau, qui est également clinicienne, ici, à Québec, au CHA, pavillon L'Enfant-Jésus; également, à l'extrême droite, de Mme Lise Racette, qui est également membre de notre bureau et infirmière clinicienne au Centre hospitalier de Lanaudière, à Joliette, et présidente de l'Ordre régional de Laurentides-Lanaudière; et deux personnes membres de la permanence, à savoir: Mme Andrée Duplantie et Mme Valois.

Alors, on remercie la commission des affaires sociales pour nous donner cette occasion de nous exprimer sur le projet de loi qui nous est soumis. D'entrée de jeu, je vais vous dire qu'on a considéré le projet de loi n° 404 à partir de notre angle d'analyse qui est l'angle de la protection du public. On a cherché également à apporter certaines réponses novatrices au défi de la réforme et plus particulièrement de la régionalisation.

Toutefois, en guise de préambule, avant de procéder à l'analyse plus détaillée du projet de loi soumis, on désire partager avec les membres de la commission nos préoccupations quant au désengagement de l'État. En effet, depuis le début de la réforme, on note une érosion constante des responsabilités de l'État en matière de soins et de services de santé. Il nous apparaît que l'étendue de la couverture d'assurance des citoyens a diminué à la suite de compressions budgétaires sans précédent.

Pourtant, en adhérant à la réforme, nous, les infirmières, pas plus que la population d'ailleurs... personne ne voulait cautionner l'aggravation d'inéquités sociales ni davantage la privatisation des services. Pourtant le Conseil de la santé et du bien-être nous indique que la proportion

des dépenses privées est toujours croissante et dépassera bientôt le tiers des dépenses totales de santé. Pour notre organisme, il y a peut-être du partenariat possible avec le privé, mais, ce qui nous inquiète, c'est qu'il n'y a pas vraiment de réels débats publics sur cette question-là. Et plus particulièrement pour les soins infirmiers, avec le virage ambulatoire, on assiste à une forme subtile de désassurance des soins infirmiers.

On a estimé des compressions énormes au cours des quatre dernières années, d'environ 325 000 000 \$, dans les hôpitaux, en soins infirmiers, pour une injection assez minime d'environ 5 000 000 \$ dans les CLSC pour les soins à domicile. Cela revient à dire que les allocations budgétaires qui étaient promises pour des soins infirmiers dans la communauté n'ont pas été accordées. On comprend les difficultés du gouvernement, mais c'est quand même une situation de fait, et on peut se demander à juste titre: À la fin de cette réforme, quelle sera la part des soins infirmiers au niveau du panier de services assurés? Pourtant, les soins infirmiers à domicile devaient être l'ancrage du virage ambulatoire.

Évidemment, je rappelle aux membres de la commission qu'il y a des coûts humains, économiques et des pertes de jours travaillés importantes par ceux qu'on appelle maintenant pudiquement les aidants naturels. Des études là-dessus démontrent à quel point les personnes âgées en perte d'autonomie doivent assumer, elles-mêmes ou par les membres de leur famille, les soins requis. Et c'est d'autant plus inquiétant que le fondement même des régimes publics d'assurance ne prévoit pas un accès gratuit au service à domicile, parce que les régimes d'assurance, que ce soient la loi canadienne sur la santé ou la Loi d'assurance-hospitalisation, considèrent les soins en dehors de l'hospitalisation comme des services complémentaires.

Alors, à notre avis, ces lois ne sont pas adaptées au contexte actuel, et on recommande au gouvernement... Il devient pressant de se pencher sur cette question-là et d'avoir un débat public sur l'évolution de notre régime d'assurance.

Bon. Cela étant dit, plus spécifiquement concernant le projet de loi n° 404, on a retenu certains éléments de façon sélective. Le premier que je soumetts à votre attention, c'est la responsabilisation des trois paliers du réseau: local, régional et gouvernemental. On trouve que le projet de loi n° 404 risque d'affaiblir l'imputabilité gouvernementale par le retrait proposé du paragraphe 7° de l'article 505. Cet article donne au gouvernement la responsabilité de déterminer, par règlement, l'information à caractère public sur les activités du réseau, notamment pour les établissements lors des assemblées publiques. Et ce projet d'amendement a attiré notre attention sur les aspects de la reddition de comptes nécessaire dans l'administration publique dans le domaine de la santé.

Les principes de reddition de comptes ne sont pas vraiment abordés dans le projet de loi n° 404. On constate plutôt un transfert de pouvoirs, surtout entre le gouvernement, le ministère et les régies, en faveur d'une centralisation régionale de plus en plus grande. Cette centralisation régionale ne conduit pas nécessairement à une

responsabilisation des trois paliers du réseau. On peut même se demander en termes de transparence et d'imputabilité quelle sera vraiment la reddition de comptes du gouvernement face à son système de santé devant la population, et c'est le seul niveau élu par rapport aux trois paliers. Et d'ailleurs le Vérificateur général, en 1997, disait que, sans cadre précis de responsabilisation, le ministère de la Santé ne peut s'assurer de l'atteinte de ces objectifs. De plus, le réseau n'est pas formellement engagé dans ce sens, et il est alors difficile pour les établissements et pour les régies régionales de produire une reddition de comptes axée sur les résultats. Nous ajoutons aux propos du Vérificateur général que l'Alberta et la Colombie-Britannique sont deux provinces où la reddition de comptes est initiée à partir du gouvernement et ont ainsi une longueur d'avance sur le Québec.

On a pu voir également qu'en Angleterre, qui est quand même le pays qui a largement inspiré la réforme actuelle que nous vivons, ils ont amorcé une nouvelle étape avec la sortie d'un livre blanc qui propose un tableau de bord de mesures de la performance qui inclut les résultats de soins, l'efficacité et la qualité et pas seulement la mesure des coûts et des activités. Aux États-Unis, on souligne également que certains États ont adopté des lois particulières qu'on appelle Patient Safety Act pour assurer la diffusion publique de résultats sur les soins et les services donnés.

Alors, l'allégement des procédures administratives, à notre avis, doit nécessairement avoir comme contrepartie une reddition de comptes plus claire, plus explicite. Et c'est dans cette optique que nous recommandons de ne pas modifier l'article 505 de façon prématurée et de maintenir la responsabilité gouvernementale et ultérieurement de proposer, pour des fins comme de consultations publiques, un cadre de responsabilisation des trois paliers du réseau. Et, pour les mêmes motifs de transparence et de reddition de comptes, il nous apparaît que les articles 278 à 280 de la loi, qui établissent les normes sur les rapports des établissements, devraient éventuellement être amendés pour prévoir de l'information à caractère public sur les résultats de soins par type de clientèle, comme par exemple les taux de mortalité, les plaies de lit, les complications, etc.

Deuxième point que nous portons à l'attention de la commission, bien, c'est les plaintes des usagers. En ce qui concerne le traitement des plaintes, l'Ordre soutient, à première vue, les modifications proposées qui semblent être en mesure de favoriser un traitement des plaintes plus rapide. Par ailleurs, la loi prévoit un mécanisme différent lorsque la plainte porte sur une acte médical, dentaire ou pharmaceutique; il nous apparaît que ce mécanisme n'assure pas toute la transparence nécessaire, et on propose dans notre mémoire certaines obligations pour le CMDP. Et dans la mesure où il existerait un département régional de médecine générale, il me semble que ce département-là pourrait assumer une part de responsabilité dans le traitement des plaintes concernant les médecins en cabinet privé.

Troisième élément, la composition des conseils d'administration. On considère que, au niveau des conseils

d'administration, la participation des infirmières et des médecins ne doit pas être aléatoire et ne doit pas relever de la décision discrétionnaire du ministre. Or, dans le projet de loi soumis, dans le cas d'un établissement fusionné, le projet de loi propose que l'article 127 soit amendé et accorde au ministre le pouvoir de déterminer, parmi les missions de cet établissement, la composition du conseil d'administration devant l'administrer.

La fusion des établissements présentement, hôpitaux, centres d'hébergement, centres de soins de longue durée, CLSC, a beaucoup mis en lumière l'importance d'unifier les philosophies, les cultures et les pratiques professionnelles. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas uniquement des milieux de vie mais également des milieux de soins importants, l'alourdissement des clientèles en témoigne énormément. De plus, les CLSC dispensent de plus en plus des soins de santé complexes et spécialisés à domicile.

Il nous apparaît que cette évolution-là milite en faveur d'un éclairage à caractère clinique au niveau des conseils d'administration d'établissement, et on recommande que, dans les conseils d'administration de tous les établissements au Québec, il y ait obligatoirement un médecin représentant le CMDP, une infirmière représentant le Conseil des infirmières et infirmiers et un professionnel représentant le comité multidisciplinaire.

● (12 heures) ●

Dans le même ordre d'idées, on s'est demandé si ce n'était pas un oubli, mais l'article 530.62 de la loi, qui concerne l'établissement multivocationnel du Nord du Québec, ne prévoit pas une infirmière au niveau de son conseil d'administration, alors que, habituellement, dans tous les centres hospitaliers, il y en a au moins une. Et ça nous est apparu d'autant plus surprenant qu'il s'agit d'une région périphérique qui s'appuie presque, je ne dirais pas exclusivement, mais qui s'appuie principalement sur la prestation des soins infirmiers de première ligne. Il y a environ 120 infirmières dans les localités de Chibougamau, de Label-sur-Quévillon, de Matagami, de Chapais, et on propose que cet oubli-là soit corrigé.

L'imputabilité au regard de la qualité des soins nous préoccupe énormément. Alors, à cet effet, on voit qu'il n'y a aucune garantie que les équipes de direction des établissements comprennent une directrice de soins infirmiers ou un cadre supérieur qui se préoccupe de soins infirmiers, pas plus d'ailleurs qu'il n'y a de garantie qu'il y ait un directeur de services professionnels, sauf pour les hôpitaux et les centres de santé. Alors, nous, on déplore, l'Ordre des infirmières déplore le fait que des motifs de toutes sortes soient invoqués présentement pour abolir les postes de directrice de soins infirmiers et aussi de directeur de services professionnels ou encore pour justifier leur absence en centres d'hébergement et de soins de longue durée et en CLSC.

Nous autres, on considère qu'en pleine période de compressions budgétaires ce serait une grave erreur de faire disparaître les directrices de soins, car, du même souffle, ça affaiblirait la capacité de l'établissement à rendre des comptes en ce qui concerne les soins infirmiers,

et je rappelle que la directrice des soins, en vertu de la loi, doit contrôler la qualité des soins. Je rappelle également aux membres de la commission qu'une des garanties pour continuer à entendre parler de l'évolution des soins aux malades, c'est de conserver une fonction de cadre supérieur en soins infirmiers.

De la même manière, je réitère encore le danger qui existe présentement à considérer les centres d'hébergement et de soins de longue durée uniquement comme des milieux de vie sans directeur de soins infirmiers; c'est une tendance qui est fortement déjà amorcée. On voit des éducateurs physiques et des techniciens en loisir qui sont gestionnaires d'unité de soins dans ces établissements-là — où, pour la plupart, c'est des patients complètement grabataires — occultant ainsi les problèmes de soins. Alors, la langue anglaise a une façon très évocatrice de rappeler l'essentiel des services requis pour cette clientèle dans ces établissements-là en parlant de «nursing home». C'est pourquoi l'Ordre recommande qu'une directrice de soins soit obligatoire pour tout établissement et que cette désignation ne soit pas soumise au pouvoir discrétionnaire du ministre par l'amendement qu'il propose au niveau de l'article 127.

Cinquième élément, les services d'urgence. En ce qui a trait aux services d'urgence, on voit que le projet de loi n° 404 accorde à l'article 359.1, premier paragraphe le pouvoir aux régies régionales de désigner les établissements qui doivent dispenser les services d'urgence. On souscrit à cette proposition.

Par ailleurs, on saisit l'occasion pour rappeler aux membres de la commission la réalité qui prévaut, surtout dans les régions éloignées: actuellement, certains centres de santé préfèrent ou décident de fermer leur service d'urgence quand il n'y a pas de médecin. Cela nous apparaît une réduction inacceptable à l'accessibilité aux services de santé au moment même où la population en a tant besoin. Alors, c'est sûr qu'il faut poursuivre les efforts pour avoir une meilleure distribution de médecins sur le territoire, mais, quand il n'y en a pas, les centres de santé deviennent moins qu'un dispensaire. D'ailleurs, dans ce cas-là, pas plus que pour les dispensaires, il n'y a pas de disposition prévue par la loi pour faire en sorte que... On suggère qu'il y ait des amendements législatifs pour régulariser cette situation, comme certaines provinces l'ont fait, et on recommande donc d'inscrire une disposition à l'article 81 de la loi à l'effet que les CLSC, les centres hospitaliers et tout établissement désigné centre de santé doivent minimalement maintenir un service d'urgence de soins infirmiers que nous décrivons dans notre mémoire à la page 16.

Le dernier élément sur lequel on veut attirer l'attention de la commission, c'est la coordination régionale des services. Le succès de la régionalisation doit avoir comme point d'ancrage les groupes professionnels les plus directement impliqués par l'organisation et le déploiement des services ambulatoires. Alors, même si la loi, dans le moment, prévoit un conseil des infirmières et infirmiers dans chacun des établissements, il n'y a aucun équivalent au niveau régional. On sait bien que, de plus en plus, c'est au

niveau de la région que ça se passe. Alors, avec le phénomène de la régionalisation qui s'accroît et les responsabilités des régies régionales en matière d'organisation des services cliniques, il nous apparaît plus qu'urgent que soit instaurée une commission infirmière régionale qui sera une instance consultative.

Le projet de loi n° 404 n'apporte aucune proposition à cet effet, et pourtant notre proposition de commission infirmière est équivalente à celle qui existe pour les médecins, et ça se veut une instance consultative à caractère professionnel qui ne représenterait ni l'Ordre ni les syndicats, comme d'aucuns le prétendent. Les conseils d'infirmières et infirmiers, sur le plan local, au cours des cinq dernières années, nous apparaissent avoir déjà fait la preuve de leur expertise spécifique, laquelle alimente des solutions novatrices tout en assurant un certain équilibre dans les forces en présence.

Les colloques régionaux et provinciaux des conseils d'infirmières et infirmiers, un répertoire annuel d'initiatives qu'ils mettent de l'avant pour mieux servir les clientèles nous apparaissent tous témoigner de cette implication positive de la profession. Et on insiste sur le fait que, en l'absence d'une structure officielle de consultation infirmière, les régies régionales sont privées de l'apport de ces dernières. Avec l'envergure des défis qu'elles doivent présentement relever, on peut difficilement comprendre que la consultation des infirmières demeure facultative. On a, par ailleurs, vu que certaines régionales, dans le moment, considèrent justement que c'est nécessaire, et font preuve d'ouverture, et sollicitent présentement les infirmières sur une base discrétionnaire. Même d'autres régies vont plus loin. La Régie régionale des Laurentides a officialisé la constitution d'une commission infirmière régionale, et la Régie régionale de Lanaudière poursuit des objectifs semblables.

Afin de fournir aux décideurs un canal approprié pour recevoir des avis des infirmières sur le plan clinique, l'Ordre recommande que soit constituée une commission infirmière régionale et que celle-ci dispose d'un siège au conseil d'administration de la régie régionale. Notre mémoire, d'ailleurs, va un petit peu plus loin au niveau de la proposition d'un mandat clair là-dessus.

Finalement, concernant la proposition du département régional de médecine générale, on comprend bien les objectifs du ministre qu'il met de l'avant pour consolider sa réforme. Ça nous apparaît une proposition valable pour assurer une plus grande intégration des omnipraticiens en cabinets privés, qui sont rémunérés, après tout, par l'État. Il s'agit d'une mesure susceptible d'améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne. Ce qui est surprenant, toutefois, dans cette proposition, c'est l'impression qui se dégage à l'effet que les médecins prennent le virage de la régionalisation, mais qu'ils le prennent tout seuls et avec leur commission médicale régionale, le département régional de médecine générale. Selon nous, de toute évidence, ce département-là risque de devenir relativement inopérant.

On peut comprendre les craintes de plusieurs organismes qui ont été exprimées devant cette commission

à l'effet que les médecins pourraient chercher, par cette voie, à influencer et conditionner le fonctionnement de toutes les autres instances du réseau. L'analogie avec le département clinique des établissements hospitaliers apparaît évidente, et c'est pourquoi nous proposons que les régies régionales implantent une unité régionale de coordination de soins infirmiers pour assurer une meilleure coordination des services cliniques entre les médecins puis les infirmières. À titre d'exemple, pour le justifier, ce serait un peu long, mais prenons les infirmières d'Info-Santé qui présentement assurent la première ligne téléphonique. Elles vont sûrement devoir avoir un lien avec le département de médecine générale régional qui, lui, pour sa part, va devoir prévoir la garde d'omnipraticiens 24 heures par jour ou certaines dispositions, et il n'y aura rien de prévu pour que ces instances-là puissent se parler.

Ou encore, on a vu, l'année dernière, le Centre québécois de coordination sur le sida qui a formé, dans toutes les régions du Québec, des infirmières expertes dans le domaine du sida, et ces infirmières-là n'ont aucun point d'ancrage au niveau régional. Elles sont à quelque part dans leurs établissements, et, encore là, s'il y avait une unité régionale de coordination des soins infirmiers qui assurerait un lien plus opérationnel avec les médecins du département régional de médecine générale, on pourrait aller vers un fonctionnement plus optimal sur une problématique de santé comme celle-là. Enfin, on pourrait en amener plusieurs autres. Que ce soit pour les clientèles en perte d'autonomie sévère, on pense qu'il y a nécessité d'une coordination médecins-infirmières sur une base régionale.

• (12 h 10) •

Un autre aspect qui peut aussi justifier l'unité régionale de coordination de soins infirmiers qui serait gérée par la régie régionale, c'est aussi le fait que beaucoup d'établissements, maintenant, comme les CLSC ou les CHSLD, ne peuvent plus se payer de services, par exemple, d'infirmières cliniciennes spécialisées juste pour eux, ou encore, de plus en plus, il y a des infirmières cliniciennes en prévention des infections ou dans le suivi des infections nosocomiales qui doivent faire du suivi sur le territoire. Il n'y a pas de point d'ancrage régional de prévu, et c'est pourquoi on propose cette unité-là de coordination régionale qui nous apparaîtrait rendre plus opérationnelle et plus susceptible de succès la régionalisation. Et c'est une recommandation qu'on a faite dans notre mémoire là-dessus.

En conclusion, nous sommes un organisme de réglementation de la pratique infirmière et de protection du public. Les commentateurs qu'on vous a soumis visent à améliorer la qualité des soins infirmiers et évidemment à améliorer la participation des infirmières pour que ce soit un peu plus satisfaisant non seulement pour soutenir le virage ambulatoire sur le terrain, mais pour rencontrer les défis de la régionalisation. Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. J'invite maintenant M. le ministre à débiter l'échange.

M. Rochon: Merci beaucoup, M. le Président. Je vous remercie beaucoup pour votre présentation et le mémoire que vous avez soumis, ils soulèvent plusieurs questions très intéressantes.

Vous permettez, M. le Président, un court commentaire en lien avec le préambule qui a été fait par la présidente de l'Ordre des infirmières, ne serait-ce que pour garder les choses un peu en perspective, et j'aurais deux questions par la suite. Mme la présidente de l'Ordre nous a parlé des dépenses privées et de la privatisation. Je voudrais juste apporter une précision. Je pense que c'est important qu'on ne mélange pas les termes. C'est un fait que partout, dans toutes les provinces du Canada, la partie de dépenses payées directement par les gens a augmenté de l'ordre de 22 %, 25 %, autour de 30 %, 32 %, mais ce n'est pas synonyme de privatisation. Il y a une grosse différence, je pense, qu'il faut faire si on ne veut pas tout confondre.

Ces dépenses privées plus importantes viennent de trois sources. Il y a effectivement des tarifications, des tarifs qui ont été augmentés, surtout dans l'hébergement de longue durée où les tarifs ont progressivement rejoint, et ça, depuis plusieurs années, le coût réel — on n'y est pas tout à fait mais presque — du gîte et du couvert. Les soins et les services restent gratuits, mais le coût du gîte et du couvert, qui était en deçà du coût réel, cet écart a été comblé et les tarifs ont augmenté, et ça, c'est une source de dépenses privées plus grandes. Il y a aussi — j'ai demandé à des gens de relever ça pour qu'on comprenne bien ce qui se passe — beaucoup de services qui n'ont jamais été assurés, ni par notre programme d'hospitalisation ou notre programme d'assurance-maladie, services dentaires, par exemple, et autres services d'autres professionnels dont les coûts ont augmenté. Et, finalement, on me dit que, depuis les 10 dernières années, ce qui a peut-être le plus augmenté comme dépenses privées, c'est la consommation de différents types de médecines alternatives ou autres. Il y a un marché qui s'est développé pour ça, et là il y a beaucoup de dépenses qui sont faites.

Bon, là, je ne veux pas discuter puis je suis d'accord, moi, qu'il y a à peu près 30 % de dépenses privées. C'est important de surveiller que ça ne continue pas comme ça et qu'on fasse les équilibres nécessaires avec le contenu de nos programmes financés publiquement. Mais c'est très différent de la privatisation, puis ça, je pense qu'il faut s'entendre là-dessus, et vous le reconnaissez, où, là, on laisserait une espèce de deuxième voie se développer pour que des établissements privés offrent aussi des services assurés par le public avec certains avantages additionnels. Alors, je voulais juste préciser ça parce que c'est deux questions très importantes. Mais on associe souvent une à l'autre, et c'est deux choses différentes pour lesquelles les enjeux ne sont vraiment pas les mêmes.

Le deuxième élément que vous avez souligné, qu'on a appelé la «désassurance des soins de première ligne et des soins à domicile», je suis obligé de le rectifier un peu. Autant je suis d'accord qu'il y a des besoins encore plus importants que les ressources qui sont consenties en première ligne et singulièrement dans les soins

à domicile, qu'il y a une demande qui a accéléré plus vite que les ressources ont pu suivre — et ça, je ne rentre pas là-dedans, il y a différentes raisons qui expliquent ça — mais il reste que, globalement, depuis le début des années quatre-vingt-dix, commençant donc même avant la transformation du réseau et s'accéléralant au cours des dernières années, moi, on me dit qu'il y a une augmentation d'à peu près 45 % de ressources juste en maintien à domicile, 45 % de plus que ce qu'il y avait avant. C'est encore très en deçà de la demande et des besoins, je le reconnais, mais l'augmentation qui a été faite, assez importante dans les dernières années malgré un contexte de baisse de budget et de crédits budgétaires, montre un peu une volonté de ne pas aller vers un désengagement de ce côté-là. Alors, je voulais le repréciser, ça, parce que la volonté du gouvernement n'est sûrement pas d'aller vers une privatisation et sûrement pas de se désengager, mais, au contraire, de faire tous les efforts pour que, s'étant sortis des contraintes budgétaires qui sont venues nous compliquer la vie terriblement au cours des deux, trois dernières années, on puisse plutôt coordonner nos forces pour récupérer le terrain qu'on n'a pas pu couvrir, encore une fois.

Bon. Alors, ceci dit, plus précisément, j'ai retenu deux éléments. On ne peut pas faire le tour à cause du temps qui nous est imparti, mais j'aimerais vous entendre peut-être aller plus loin un peu là-dessus. Reconnaisant que ce projet de loi n° 404 veut aller le plus loin possible, présentement, en soulageant, en apportant un certain nombre de soulagements d'irritants et de soulagements dans les procédures administratives et commencer un peu certaines déréglementations, voir jusqu'où on peut aller présentement, je voudrais avoir votre réaction quand vous faites votre tout premier commentaire, là, ou suggestion qui regarde le 7° de l'article 505 qui dit que «le gouvernement peut déterminer par règlement les renseignements relatifs au rapport d'activités et au rapport financier», lesquels un établissement public doit présenter lors de sa séance publique.

Il y a d'autres articles, les articles 278, 279, 280 puis les articles 288 à 295, qui balisent déjà d'abord la nécessité de faire des rapports d'activité et le sens général de ça. Dans un sens de soulager administrativement le réseau, ça, c'est un bel exemple de ce qui était vu comme n'étant pas nécessairement déterminé par règlement, le détail des renseignements qui doivent être là, mais plutôt de le faire par d'autres procédures plus simples de directives, d'orientations ministérielles pour être capable d'être beaucoup plus dynamique et de suivre l'évolution dans le réseau, une reddition de comptes de plus en plus axée sur des résultats à mesure qu'on a des moyens de faire cette reddition de comptes là et de ne pas toujours avoir la lourdeur de changer des règlements à mesure qu'on veut changer le contenu de rapports. Alors, il nous semblait que ça, c'était un bel exemple où on devait alléger. J'aimerais voir comment ça vous semble si important de maintenir la voie réglementaire plutôt qu'une autre voie plus souple pour ce genre de choses là.

Je pose tout de suite ma deuxième question, peut-être. Vous pouvez y aller, ça va peut-être permettre d'en

faire plus dans le même temps qui nous est consacré. L'autre, c'est un commentaire plus de fond sur les structures que vous proposez au niveau régional, soit d'unités régionales ou de conseils infirmiers. Je sais que c'est une demande que vous faites depuis longtemps et je reconnais parfaitement l'importance que représentent les infirmières dans un système de santé, même, à certains égards, pour les aspects sociaux aussi du système de santé. C'est un groupe professionnel très prédominant, dans le bon sens du terme, dans un système de santé. Ça, c'est incontournable, et c'est normal que, dans l'organisation des services d'un groupe professionnel qui y est pour beaucoup, surtout quand on veut décentraliser puis donner des moyens aux gens localement, les gens puissent prendre de plus en plus de place.

Maintenant — puis là c'est ma première question — est-ce qu'il n'y a pas des mécanismes différents — et je pense que, par voie organisationnelle, encore là en visant d'avoir le plus de souplesse possible et de ne pas tout avoir campé dans des lois par des règlements — pour que, dans l'organisation du réseau, quitte à ce qu'on ait encore des choses, là aussi, par des orientations ministérielles, il y ait une place peut-être mieux identifiée? Je sais que certaines régions commencent à explorer la possibilité d'avoir une commission ou un groupe mieux structuré, mieux identifié d'infirmières pour aviser la région ou pour travailler sur certaines questions, étudier certaines questions.

Maintenant, deux questions: Est-ce qu'il n'y a pas une situation différente qui demande des encadrements différents avec les médecins où, là, on doit trouver le moyen — puis c'est pour ça qu'il faut le faire un peu plus dans la loi — d'encadrer et d'ajuster, d'arrimer avec le réseau la pratique médicale autonome? Le médecin est le seul travailleur de la santé, je pense, présentement, dans le réseau qui est payé par les fonds publics, qui fait donc partie du réseau public, mais dont le statut est plus celui d'un travailleur autonome que d'être un employé du réseau, et là il y a un encadrement que les établissements ne vont pas chercher, et les mesures qui sont proposées, c'est d'aller encadrer ça aussi puis de le mettre mieux en lien avec le réseau, ce qui n'est pas la même situation pour l'infirmière, mais ça ne dit pas qu'il ne faut pas d'autres moyens pour impliquer plus les infirmières.

• (12 h 20) •

Et ma deuxième question à cet égard: L'implication des infirmières dans des structures qui pourraient se développer par voie organisationnelle, jusqu'ou vous pensez important d'aller sur la voie de la multidisciplinarité? Je pense qu'il a été un terme très important, dans les dernières années, au sein de l'Office des professions, du comité interprofessionnel et des travaux qui ont été faits dans des professions entre elles. Est-ce qu'on ne devrait pas aller plutôt vers une structure où les infirmières vont être là pour une partie très importante, mais où d'autres professionnels de la santé seront aussi impliqués, dans cet esprit de multidisciplinarité? Merci.

La Présidente (Mme Malavoy): Vous avez la parole, madame, si vous voulez répondre ou réagir à ces questions.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui, merci. Bon, écoutez, concernant les éléments que vous avez soulignés, M. le ministre, sur le préambule qu'on a fait, je suis certaine que, comme ministre et comme ancien président de la commission que vous avez menée de l'avant, vous accordez toute l'importance nécessaire au développement des soins à domicile. C'est simplement qu'on s'est retrouvés avec une réforme qui n'a pas pu nécessairement injecter les fonds attendus et qui fait en sorte que l'analyse qu'on fait, sur le terrain, du développement des soins à domicile en termes d'investissements... C'est sûr qu'il y a eu du développement dans le maintien à domicile, mais qui n'est pas nécessairement du soutien professionnel. Je ne vous dis pas que c'est inintéressant, mais il demeure que, en soins infirmiers comme tels à domicile, les investissements ont été très faibles et que finalement ça oblige les infirmières sur le terrain ou les établissements à faire un arbitrage extrêmement difficile. On a déjà eu l'occasion de s'en parler, n'est-ce pas, M. Rochon, où finalement c'est la santé scolaire qui est en chute libre ou encore c'est le suivi de certaines clientèles plus chroniques qui est plus négligé. Donc, il y a des arbitrages extrêmement douloureux à faire sur le terrain.

En fait, ce qu'on voulait plutôt faire valoir, ce n'était pas tellement le débat sur la privatisation comme étant le monstre à abattre, parce que finalement, vous-même, vous avez mis de l'avant une proposition assez innovatrice au niveau du régime d'assurance-médicaments où il y a un partenariat privé-public. Ça pourrait être exactement la même chose dans le domaine des soins à domicile, il y a peut-être quelque chose à regarder là. C'est simplement que le temps passe et qu'on pense que c'est de plus en plus pressant de regarder ces choses-là au niveau du régime d'assurance comme tel.

Je ne veux pas tomber dans l'anecdote, mais il n'y a quasiment pas un soir où, à Radio-Canada, il n'y a pas quelque chose là-dessus. Hier soir, au *Point*, ils montraient à quel point des gens, pour les soins palliatifs... Ce n'est pas 10 \$ par mois, là, la madame expliquait qu'elle paie 175 \$ par mois d'oxygénothérapie parce qu'elle ne veut pas être sur une liste d'attente puis attendre trois, quatre mois. Donc, les listes d'attente en soi sont un ticket modérateur qui démontre qu'il y a une désassurance... Bon, là, ce serait un autre débat. Je comprends que ce n'est pas notre préoccupation aujourd'hui, mais on voulait quand même...

La Présidente (Mme Malavoy): Mais quand même en parler un petit peu.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...sensibiliser la commission.

Alors, revenons aux éléments plus pointus, à savoir notre inquiétude par rapport au 505. Je comprends que ça peut avoir l'air anodin, l'amendement que vous proposez au 505, à savoir que ce n'est plus le gouvernement, par voie de règlement, qui décide quelles seront les informations qui seront rendues publiques dans le cadre des assemblées publiques des établissements, sauf que c'était comme la pointe de l'iceberg qui a attiré notre attention, parce que finalement ça va être le ministre qui va décider quelles seront les informations. Alors, ce n'est pas tellement un allègement dans la procédure administrative, c'est un transfert d'imputabilité entre le gouvernement et le ministre. Pour nous, l'information à caractère public concernant les établissements devrait avoir été débattue au niveau gouvernemental. Je comprends que c'est difficile pour vous parce que ça vous oblige à passer par règlement, mais il faut qu'on en fasse une question d'imputabilité gouvernementale qui fasse en sorte que l'établissement, le centre hospitalier, n'ait pas le choix de divulguer certaines informations sur une base annuelle, pas juste en termes de budget, mais également en termes de résultats de soins. C'était l'élément qu'on voulait apporter, et, dans le fond, on fait une grande différence, nous, entre l'allègement des procédures administratives... Et, dans le fond, plus ça va être allégé ou déréglé sur le plan des décisions administratives, plus le cadre de reddition de comptes devra être explicite.

Cela étant dit, revenons au sujet qui nous tient tellement à coeur et dont on vous parle au moins trois ou quatre fois par année, du conseil des infirmières et infirmiers sur une base régionale. Écoutez, vous-même, vous avez dit tantôt à un autre groupe qui est passé avant nous que vous considérez que, pour les médecins, ce que vous mettez de l'avant, c'était l'équivalent d'un département clinique dans un hôpital. On sait tous qu'un département clinique dans un hôpital, ça assure la coordination des activités médicales. Bravo, merci.

Par ailleurs, à un moment donné les médecins doivent parler à du monde, à d'autres professionnels avec lesquels ils doivent s'arrimer, et je n'ai jamais vu un département clinique de médecins réussir à faire fonctionner un hôpital à eux autres tout seuls. C'est pareil sur une base régionale. Ce qu'on vous propose, c'est deux instances, une à caractère consultatif, parce que, dans le moment, quand on regarde l'ensemble du projet de loi, il n'y a aucune garantie pour les aides-infirmières d'être sur les conseils d'administration des établissements unifiés, aucune garantie, à cause de cette disposition-là, d'avoir de cadres supérieurs en soins infirmiers, des cadres tout court intermédiaires — il n'y en a à peu près plus — aucune garantie d'être consulté sur une base régionale et encore moins de siéger au conseil d'administration de la région, et finalement aucune disposition particulière pour rendre l'opérationnalisation plus performante. Alors, c'est pour ça qu'on a mis de l'avant un certain nombre de propositions.

Je comprends que ça nous obligeait à parler peut-être beaucoup des infirmières, mais c'est quand même la pratique qu'on représente, et on pense que c'est des éléments différents. Que la consultation des infirmières sur

une base régionale ne soit pas facultative. Je comprends que vous dites: Oui, mais les médecins, c'est différent parce qu'ils sont dans l'entreprise... bien, l'entreprise privée, enfin payés par l'État mais entrepreneurs libres. Mais, nous, ce qui est notre problème, c'est que, l'infirmière étant une employée des établissements, s'il n'y a pas un mécanisme de consultation officielle sur une base régionale, il n'y en aura pas, de consultation, c'est aussi simple que ça.

Présentement, nos conseils d'infirmières et infirmiers tiennent des réunions régulières sur une base régionale, à leurs frais, puis font des propositions intéressantes aux régies régionales, qui souvent sont retenues, mais imaginez-vous l'effort que ça exige. Et pas juste ça, c'est que ça signifie que vous ne jugez pas nécessaire, dans le cadre de la régionalisation, d'avoir leur opinion de façon statutaire, et c'est ce qu'on espère, et on vous fait une proposition qui nous apparaît fort raisonnable dans les circonstances. Et, sur la proposition qu'on vous fait dans notre mémoire, là, vraiment, il n'y aura pas un noyautage régional par les infirmières, n'avez crainte, M. le ministre, là-dessus.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Malavoy): Est-ce que vous pouvez conclure? Parce que j'aimerais laisser un peu de temps à la députée de Bourassa qui a certainement des questions à poser.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Je laisserais simplement ma collègue, Mme Lise Racette, peut-être ajouter quelques mots parce qu'elle a un vécu de terrain sur le plan de la multidisciplinarité, sur le plan des arrimages avec les médecins, et qu'elle-même a réussi à convaincre sa régie d'avoir une commission infirmière, et que tout le monde ne s'en porte que mieux.

Mme Racette (Lise): Donc, si je vous parle de la Régie Laurentides qui a donné son accord de principe, tout comme la Régie de Lanaudière, nous avons commencé à élaborer les statuts et règlements et on a commencé à être consultés même avant que tout soit mis en place. Et, pour ce faire, au fond, pour pouvoir consulter nos membres pour donner un avis éclairé, c'est qu'en fait toutes les associations d'infirmières d'une région se sont associées ensemble; comme ça, on va pouvoir aller consulter les membres et donner un avis éclairé et non pas... Lorsque la régie consulte une seule infirmière, elle va représenter le milieu où elle travaille ou le niveau d'information qu'elle a, tandis que, nous, ce qu'on propose, c'est de donner des avis vraiment éclairés de toute la situation parce que les infirmières se situent partout, dans tous les milieux d'une région.

Nous, ce qu'on propose comme organisation, c'est que ce soient tous les regroupements d'une région, et justement le directeur général a commencé déjà à nous consulter pour qu'on puisse donner des avis pour le prochain plan d'organisation des services.

La Présidente (Mme Malavoy): Merci, Mme Racette. Je pense que je vais donner la parole à la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. Pour reprendre l'expression que vous avez utilisée tout à l'heure, j'aurais envie de parler, si vous me le permettez, en ouverture, de faire deux remarques, là, deux obiter... On parle, en ce qui a trait à la contribution à l'hébergement, d'un tarif qui est mur à mur, hein, et ce tarif-là s'applique, à l'heure actuelle, indépendamment du lieu où la personne se trouve, indépendamment de l'étendue et de la qualité des services qu'elle va recevoir.

De plus en plus, on observe dans certains milieux, notamment les centres d'hébergement et de soins de longue durée, que la personne hébergée paie pour les papiers-mouchoirs, le shampoing, les frais d'entretien, de lavage personnel. Moi, je pense qu'il était fort pertinent, qu'il est sérieux, important, et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec avait tout à fait raison de reprendre la recommandation concernant la tenue d'un débat afin que la population puisse s'exprimer sur les services qu'on veut voir assurés, et également son inquiétude et sa dénonciation ou sa recommandation à l'effet que les choses ne sont plus adaptées, à l'heure actuelle, au contexte, surtout dans le cadre du virage ambulatoire et de la désinstitutionnalisation. Oui, il faut dès maintenant se demander quelle part les soins infirmiers vont occuper. Est-ce qu'ils vont faire encore partie des services assurés?

● (12 h 30) ●

Tout est normé, réglé, réglementé, il y a des structures qui surveillent les structures qui surveillent les structures. Moi, je me mets à la place de la personne qui passe à travers le réseau, et c'est follement inquiétant. Pour cette personne-là en centre d'hébergement et de soins de longue durée, actuellement, se faire couper les ongles des pieds, est-ce que c'est clair, maintenant, que c'est un soin infirmier?

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Malavoy): Je pense qu'il y a une question pointue pour terminer, mais vous pouvez réagir à l'ensemble des préoccupations.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui. Est-ce que c'est vraiment sur les soins de pieds que vous voulez que je réponde ou bien plutôt vous le mettez comme un exemple évocateur?

Mme Lamquin-Éthier: Non, non, c'est parce que les gens, en pratique, vous savez qu'ils vivent l'impact des compressions budgétaires sans précédent et que l'Ordre a dénoncé, avec la FIIQ, une détérioration importante des soins.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, écoutez, pour les centres d'hébergement, on a pu, dans le cadre des auditions, sensibiliser le ministre, lors de sa tournée de

l'automne qui finalement était à l'hiver, à la situation particulière des centres d'hébergement et de soins de longue durée parce qu'on les a visités, dans la dernière année, ces centres-là. Effectivement, qu'est-ce que vous voulez, à ces endroits-là, il n'y a pas de virage ambulatoire. C'est des centres où les gens sont là pour leur fin de vie, et ils ont été touchés comme tous les autres milieux soit par des compressions budgétaires ou tout simplement par l'alourdissement des clientèles.

Je sais que le ministre est très sensible à la question, cette clientèle-là est très vulnérable et, oui, il y a une baisse de soins. Il y a définitivement une baisse de soins parce que même la Fédération des centres d'hébergement a pu montrer que maintenant il y a plus de 30 % des besoins de soins infirmiers qui ne sont pas couverts et qui ne sont pas donnés. Est-ce que, une journée, c'est les soins de pieds, une autre journée, ce sont des bains, ou est-ce qu'on les attache, ou ceci, ou cela? Bon. On le sait tous, ça. C'est une préoccupation majeure que nous avons parce que c'est une clientèle captive et très vulnérable. On est vraiment, moi, je pense, dans une crise de société là-dessus parce que c'est ça puis que c'est les listes d'attente pour les chirurgies et beaucoup d'autres choses. Donc, il va falloir tous mettre l'épaule à la roue pour trouver des solutions créatives là-dessus.

Moi, ce qui m'agace, c'est que non seulement cette clientèle-là manque de soins présentement, mais c'est qu'on est en train de se faire dire que, si elle est en centre d'hébergement et de soins de longue durée, ce n'est pas parce qu'elle avait besoin de soins, c'est parce qu'elle avait besoin de récréologie. Alors, là, à un moment donné il y a comme un problème de fond là-dessus.

Mme Lamquin-Éthier: La berceuse et la télévision. Je pense que vous avez raison de soulever ça, parce que sinon on voit une belle berceuse, puis un téléviseur, puis la personne qui s'assoit.

L'Ordre a dénoncé, avec la Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec, une recrudescence des plaies de lit et des contentions dans un contexte de compressions budgétaires sans précédent. Est-ce qu'une personne peut actuellement porter plainte directement auprès du conseil des infirmiers et infirmières d'un établissement? Et est-ce que le CII est actuellement, au niveau local, une structure officielle de consultation qui est utilisée valablement?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, c'est parce que c'est un cercle vicieux. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée ont très peu d'infirmières; 50 % du personnel dans ces centres-là, ce sont des préposés. Donc, ce n'est pas du personnel professionnel qui fait bien... Ils contribuent au maximum, mais ils font ce qu'ils peuvent. Après ça, il y a 25 % à 30 % au moins d'infirmières auxiliaires et, finalement, de moins en moins d'infirmières. Et il y a des infirmières qui couvrent deux, trois unités. Donc, ça veut dire que, quand le conseil des infirmières et infirmiers veut se réunir, souvent ce sont des établissements qui ont été fusionnés sur une base régionale, donc...

On a pris des statistiques, l'an dernier, dans ces établissements-là. Je pense qu'il n'y a pas la moitié des CHSLD qui ont un CII fonctionnel, parce que c'est impossible. On a même vu un centre d'hébergement où la responsable des soins, c'est une infirmière de nuit à temps partiel trois jours par mois. Pensez-vous qu'il y a une coordination des soins? Je sais que c'est encore une anecdote, mais on prend toujours les pires. Qu'est-ce que vous voulez, c'est caricatural, mais c'est vrai.

Donc, la définition et la planification des besoins de soins pour cette clientèle-là, elles sont déficientes. Pourtant, on fait des suggestions novatrices. Sur un territoire donné qui couvre quatre, cinq ou six CHSLD, pourquoi ne pas embaucher une infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie qui viendrait conseiller l'administration ou éventuellement les infirmières pour certains soins? C'est sûr que ça ne suppléera pas au manque d'infirmières. À un moment donné, là, quand il y a 30 % ou 35 % des soins infirmiers requis qui ne sont pas donnés, bien, on ne peut plus faire de miracles là-dessus. C'est une problématique, je dirais, en soi, la question des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Mme Lamquin-Éthier: Merci beaucoup

La Présidente (Mme Malavoy): Ça fait le tour? Bien, écoutez, je vous remercie beaucoup, Mme Desrosiers, ainsi que les personnes qui vous accompagnent. Merci de votre présence parmi nous. Et je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures, cet après-midi.

(Suspension de la séance à 12 h 34)

(Reprise à 15 h 18)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Avant de recommencer nos travaux, je voudrais simplement excuser le ministre qui a dû rester en Chambre pour faire une motion. Dès que la motion est présentée, évidemment il va s'en venir le plus tôt possible. Mais, afin de respecter le plus possible l'horaire, parce qu'on doit absolument terminer au plus tard à 18 heures, étant donné qu'il y a une autre réunion ici, immédiatement à 18 heures, j'apprécie beaucoup que vous ayez accepté de débiter, malgré que le ministre ne soit pas là. Tout est fait actuellement pour qu'il soit ici le plus rapidement possible.

Alors, nous recevons la Centrale de l'enseignement du Québec et ses représentantes et représentants. M. Gagnon, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent et débiter votre présentation.

Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ)

M. Gagnon (Marc-André): M. le Président, Mmes et MM. les députés, je suis Marc-André Gagnon, vice-président de la CEQ et responsable des dossiers politiques en santé et services sociaux. Les membres qui

m'accompagnent sont: Mme Louise Chabot, présidente de l'Union québécoise des infirmiers et infirmières; M. René Beauséjour, président de la Fédération des professionnels de la santé du Québec et des services sociaux; et M. André Rodrigue, président de la Fédération du personnel de la santé et des services sociaux; à ma gauche, Mme Hélène Le Brun, qui est conseillère rattachée au département de santé de la CEQ.

Permettez-moi d'abord de vous remercier de nous avoir invités à présenter notre opinion sur les modifications apportées par la loi n° 404 à la loi de la santé et des services sociaux.

Rapidement, vous connaissez la CEQ, elle est plus connue pour des interventions en éducation, mais la santé est aussi une préoccupation de la Centrale puisque, comme vous avez pu le constater, on regroupe quand même toutes les catégories de personnels qui travaillent en santé et nous avons aussi des membres dans les services de garde, les services de loisir, de la culture, des communications. La Centrale compte aussi parmi ses membres 30 000 personnes retraitées, dont plusieurs de la dernière vague de l'été dernier. À ce titre-là, la Centrale est donc intéressée à donner son opinion sous deux volets: sous le volet, bien sûr, des gens qui y travaillent, mais aussi le volet des gens qui, même s'ils ne travaillent plus, continuent d'être préoccupés par les services de santé et les services sociaux, et vous comprendrez, bien sûr, que pour les personnes retraitées, c'est leur principale revendication.

● (15 h 20) ●

Dans le mémoire que nous vous présentons, on veut aborder quatre thèmes: la gestion des plaintes des usagers et usagers, l'affaiblissement des pratiques de transparence et de démocratie, la décentralisation des pouvoirs, l'organisation des services et, finalement, le pouvoir de réglementation. Nous présenterons d'abord les énoncés qui sont à retenir, puisqu'il y en a, et ceux qui demeurent des irritants majeurs et nous exposerons en même temps, bien sûr, les raisons qui nous font dire oui aux meilleurs, mais non aux pires.

D'abord, la question concernant les plaintes des usagers et usagers. Des diverses modifications apportées par le projet de loi, la bonification de tout le système de gestion et de traitement des plaintes fait partie du meilleur. Pour certains articles, nous apportons toutefois des suggestions d'amélioration.

D'entrée de jeu, nous estimons que le fait de confier à un membre du personnel de l'établissement plutôt qu'à un cadre supérieur l'application de la procédure d'examen des plaintes est une mesure positive. Cela, d'ailleurs, vient confirmer une pratique largement répandue.

Également, le fait que tous les types de services de santé et services sociaux dispensés par un établissement, incluant les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, soient soumis au processus de plaintes constitue une assurance pleine et entière pour l'usagère et l'usager de la possibilité de défendre ses droits face à toute la gamme des services. L'obligation faite aussi à l'établissement visé par une plainte d'informer le commissaire et la personne qui a porté plainte des suites qu'il entend

donner à la recommandation du commissaire est aussi un élément juridique positif.

Cependant, dans le cas des plaintes adressées à la régie régionale, certaines modifications apportées nous interrogent davantage. L'article 12 restreint à une personne physique qui serait directement ou personnellement affectée le pouvoir de porter plainte auprès de la régie régionale. Nous convenons que le système de plaintes doit d'abord répondre aux besoins des personnes directement concernées. Il n'en demeure pas moins que le pouvoir de porter plainte relève aussi d'une responsabilité sociale. Il peut arriver des cas où des personnes autres que celles directement ou personnellement affectées seraient à même de constater des situations pénibles qui seraient matière à plainte. On peut même, dans certains cas, constater que des personnes refusent de porter plainte parfois de crainte de représailles. Dans ce sens-là, il nous semble que ça ne doit pas être que les personnes qui sont directement concernées.

Par ailleurs, le libellé de l'article 20 qui définit le droit du commissaire aux plaintes de rejeter une plainte s'il a les motifs de croire que son intervention n'est manifestement pas utile mériterait d'être resserré, car il laisse un pouvoir discrétionnaire trop grand. La notion de plainte jugée frivole, vexatoire, faite de mauvaise foi, telle qu'on la retrouve dans la loi actuelle et dans certaines autres lois, a des assises juridiques plus claires et reconnues qui permettent largement au commissaire aux plaintes d'écarter les abus.

De l'avis de la CEQ, l'ensemble de cette section, en y incluant nos clarifications, s'avérerait donc une avancée juridique intéressante. Cependant, il ne faudrait pas que le devoir de reddition de comptes des établissements envers la population ne se limite qu'à la résolution des plaintes. C'est plus large que ça. Les pratiques de transparence et de démocratie de masse permettant à des groupes d'usagers et d'usagers et à l'ensemble de la population d'exprimer leurs besoins et leur insatisfaction doivent demeurer.

Dans la deuxième partie, nous abordons l'affaiblissement des pratiques de transparence et de démocratie. Dans ce sens-là, de l'avis de la CEQ, plusieurs dispositions du projet de loi constituent des reculs au regard de la démocratie et de la participation du citoyen à la gestion du réseau. Ainsi, le projet de loi retire l'obligation faite aux établissements de tenir une assemblée publique en vue de procéder à l'élection des représentantes ou représentants de la population au sein des conseils d'administration. On substitue à cette assemblée publique une élection purement technique faite à un bureau de votation après une campagne électorale réglementée par la régie. Les établissements et le ministère plaident, sans aucun doute, le faible taux de participation de la politique dans ces assemblées publiques. Nous ne croyons pas, cependant, que la tenue d'un simple bureau de scrutin augmentera l'incidence du vote ou diminuera les tractations électorales favorisant une candidature en particulier.

Dans certains établissements, les CLSC par exemple, et dans certaines localités plus petites ou situées en

région, la tenue d'une assemblée publique est un lieu de rassemblement de la population intéressée par les services offerts dans sa communauté. C'est également un lieu ou une occasion d'échanges pour faire valoir ses opinions et ses besoins. Il se peut, lorsque tout va bien, bien sûr, que la participation soit plus restreinte, mais, s'il arrive une période de crise ou un problème en particulier, l'assemblée publique permet une participation plus engagée des citoyennes et des citoyens à élire ses représentantes et représentants. N'était-ce pas, d'ailleurs, une des missions de la réforme des services de santé et des services sociaux que de rapprocher les services de la population? Une élection lors d'une assemblée publique en est une occasion de plus. Il vaut mieux revoir les pratiques d'information et de promotion de ces assemblées publiques plutôt que de les éliminer.

Les mêmes arguments valent relativement à l'élimination des séances publiques que doivent tenir les régies régionales dans le but d'interroger certains établissements qu'elles convoquent sur leur gestion. Déjà, en 1996, l'assemblée régionale annuelle a été abolie. La loi laisserait maintenant à la régie régionale le plein pouvoir de décider des modalités et de la périodicité selon lesquelles tout établissement doit lui rendre compte de sa gestion, possiblement à l'abri de débats publics. Elle laisse aussi une grande autonomie à la régie régionale pour déterminer les modalités annuelles de reddition de comptes qu'elle-même a à faire sur sa propre gestion et faire un rapport à la population.

Un des ingrédients importants de la réforme est la participation de la population à la gestion du réseau. Ce n'est pas en délestant les régies régionales de leurs responsabilités directes et transparentes de reddition de comptes envers la population qu'on favorisera le rapprochement, car c'est par des rassemblements publics de citoyennes et de citoyens qu'on permet les échanges, qu'on permet les débats et non pas par une transmission pure et simple de rapports très techniques.

Au sujet des comités d'usagers, le projet de loi ouvre la porte à la possibilité que le comité des usagers ne soit plus composé majoritairement d'usagères et d'usagers, ceux-ci pouvant élire une personne de leur choix s'il est impossible d'en avoir une majorité.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous pouvez y aller.

M. Gagnon (Marc-André): Bonjour, M. le ministre. C'est sans vouloir vous faire offense que nous avons déjà commencé, mais nous sommes sûrs que vous aviez déjà lu la partie que l'on a exposée.

M. Rochon: C'est sans vouloir vous faire offense que j'ai été retenu à l'Assemblée nationale.

M. Gagnon (Marc-André): Ça va. Alors, encore une fois, par rapport à la personne de leur choix, face à certaines difficultés de formation de ces comités, on semble baisser les bras, on va au plus facile au lieu de

mettre en place des mécanismes qui favorisent la participation des usagères et usagers. De plus, la notion d'une personne de leur choix n'offre pas des balises assez serrées pour encadrer la représentation; elle ouvre la porte à toutes sortes de possibilités et à des situations où des abus ou des conflits d'intérêts pourraient être présents.

Si on ajoute à cette modification celle qui élimine la transmission automatique du rapport annuel d'activité du comité des usagers à la région régionale, on assiste à un affaiblissement inquiétant du rôle et de l'importance qu'on accorde à ces comités d'usagers. Il faut mettre en place des mesures qui favorisent le plein fonctionnement, la pleine participation et la pleine reconnaissance des comités d'usagers.

Concernant la décentralisation des pouvoirs et l'organisation des services, le projet de loi transfère complètement aux régions régionales le pouvoir d'élaborer des programmes de santé et de services sociaux. C'est là une décentralisation inquiétante qui risque d'apporter beaucoup de disparités régionales. Cela mettrait fin à une conception nationale des programmes. Les régions régionales ne seraient même plus tenues d'informer le ministre des besoins de la population en vue de l'élaboration et de la mise à jour des programmes. D'autre part, les régions régionales n'auraient plus à soumettre l'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'organisation de services à l'approbation du ministre. Le projet de loi indique bien que ces plans doivent être conformes pourtant aux orientations et politiques ministérielles. Mais comment le ministre pourra-t-il s'assurer qu'ils le sont?

• (15 h 30) •

Lorsqu'on place ces nouveaux pouvoirs dans un contexte de compressions budgétaires, cela peut être dramatique pour certains programmes dans certaines régions. Une pleine autonomie des régions régionales pourrait augmenter les iniquités. Les régions régionales, plus qu'un ministère, peuvent subir des pressions des groupes locaux en matière de priorités socioéconomiques ou faire face à des préjugés à l'égard de certains programmes. Les services pourraient être ainsi fragilisés parce que moins vendeurs: des services pour alcooliques, toxicomanes, des services d'avortement par exemple. D'autres services ou programmes pourraient entrer en conflit avec les intérêts d'entreprises locales, comme un centre d'hébergement privé s'opposant à de nouvelles mesures favorisant le maintien à domicile. Dans d'autres cas, si la population s'avère trop marginale pour certains services dans une région donnée, la tentation pourrait être grande de ne plus les offrir, obligeant ainsi la population à se déplacer ou à recourir à des services privés. Dans un contexte de coupures budgétaires, ce serait aussi plus difficile d'assurer le maintien d'une proportion acceptable de services de nature préventive et psychosociale face aux besoins plus criants des services de nature médicale et curative.

En matière de services de santé et services sociaux, il doit y avoir une programmation nationale de base définissant les services qui doivent être assurés dans toutes les régions du Québec. Cela n'empêche nullement qu'il

puisse exister une marge de manoeuvre locale permettant de mieux desservir la population ou de régler des problèmes de double appartenance de clientèle à certains programmes, par exemple des cas de déficience intellectuelle doublée de problèmes psychiatriques. Le détail des plans d'organisation et l'adaptation des programmes de santé et services sociaux pourraient être réalisés régionalement.

Au regard de l'organisation des services, le projet de loi propose de changer la définition de la population que doit desservir un CLSC pour que celui-ci offre des services de santé et des services sociaux courants à la population dans le territoire qu'il dessert. Nous faisons l'interprétation que cela élargirait le type de population à laquelle un CLSC est redevable pour inclure les personnes qui n'ont pas leur résidence officielle sur le territoire, mais qui fréquentent ce territoire à cause de leur lieu d'hébergement temporaire, de leur lieu de travail ou de leur lieu de garde occasionnel.

Si c'est là l'intention ministérielle, la Centrale adhère entièrement à ce changement. Il reflète la réalité des besoins de la population et donne l'assouplissement nécessaire à un véritable service de première ligne permettant de réaliser la mission des CLSC, d'ouvrir plus largement la prestation de services et de désengorger les urgences, entre autres. L'article de loi devrait alors donner une définition plus explicite de la population que doit desservir un CLSC.

Cependant, la modalité de financement des CLSC devrait aussi être modifiée et être déterminée en fonction des besoins présentés par la population réelle à desservir plutôt que par un barème basé sur le per capita. Sinon, l'élargissement de cette population à desservir pourrait créer de nouvelles inéquités, particulièrement dans des zones fréquentées par des clientèles ponctuellement plus nombreuses et plus lourdes, par exemple dans certains centres-villes.

Sur un autre plan, le projet de loi comporte de nouveaux élan de privatisation. Dorénavant, les établissements privés pourront adresser leurs offres de services directement aux régions régionales qui acquièrent le pouvoir, auparavant dévolu au ministre, d'évaluer les besoins et de conclure des ententes contractuelles.

La loi renforce aussi la communautarisation des services. À l'origine, les ressources intermédiaires étaient, en quelque sorte, le prolongement des services reçus en établissement. Elles avaient été créées pour dispenser autrement le service public au sein de la communauté. L'usagère et l'utilisateur y sera dorénavant considéré comme étant inscrit plutôt qu'admis. Ne recevant plus les services d'hébergement, il perd ainsi les bénéfices reliés à sa condition d'utilisateur admis.

La ressource ne sera plus considérée comme étant une installation maintenue par l'établissement. Les travailleuses et les travailleurs voient ainsi leur emploi et leurs services sous-évalués. En pratique, il s'agit là carrément d'une sous-traitance. Le ministère fait des ressources intermédiaires de très petites entreprises d'économie sociale dans le mauvais sens du terme. Les

orientations retenues lors du Sommet sur l'économie et l'emploi à l'automne 1996 excluaient pourtant toute forme de développement de services voulant favoriser une économie sociale qui se substituerait aux services des établissements publics.

La volonté de contourner les services publics dans un simple but d'économie est claire. Tout le monde y perd: les usagères et les usagers, les travailleuses et les travailleurs, les organismes communautaires. On y perd également au regard de la qualité générale des services.

De plus, l'abaissement des conditions générales accordées aux ressources intermédiaires est facilité par le fait que le projet de loi prévoit aussi un transfert de pouvoir entre le ministre et les régies régionales pour la détermination des taux de rétribution applicables à ces ressources. De l'avis de la CEQ, seule une base nationale de rétribution avec un pourcentage de marge de manoeuvre laissé aux régions garantit une équité de traitement aux ressources intermédiaires. En définitive, les régies régionales acquièrent plus de pouvoirs d'avoir recours à des services dispensés par d'autres ressources que les établissements publics, elles acquièrent donc plus de pouvoirs de privatiser des services de santé et des services sociaux.

Sous un autre volet, il y a longtemps que les intervenantes et intervenants de la santé et services sociaux réclament que les médecins soient considérés dans le réseau au même titre que tous les autres professionnels. Le projet de loi franchit une petite étape à cet égard en introduisant les médecins exerçant en cabinet privé dans le plan de l'effectif médical de la région, confirmant ainsi que ceux-ci rendent un service public. Certes, il s'agit là d'une injection de ressources nécessaires. Mais n'est-ce pas au sein de cet effectif médical bien plus que dans les invitations à privatiser des services que le ministère et les régies régionales pourraient obtenir un meilleur contrôle des coûts de système?

Le projet de loi n'a pas montré le courage de réviser la question du paiement à l'acte des médecins ni celle de la nécessité de régionaliser les budgets de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Selon la CEQ, ces questions demeurent d'intérêt public et le projet de loi ne devrait pas les évacuer.

Par ailleurs, la création du département régional de médecine générale confirme le pouvoir complet d'autodétermination des médecins sur les plans d'organisation des services médicaux. Il faut être conséquent. Si les médecins rendent un service public à la population et aux établissements d'une région, il doivent être en interaction avec ceux-ci pour la détermination des besoins, des modalités de services et pour leur évaluation, et ce, au même titre que les autres acteurs du réseau.

C'est loin d'être le cas lorsqu'on examine la composition et le fonctionnement proposés pour le département régional. Les médecins s'élisent entre eux, régissent leurs règles entre eux, délèguent leurs pouvoirs entre eux. Des décisions pourraient être prises par une poignée de médecins élus au comité de direction, qui pourraient même donner mandat au seul chef de département de rendre certaines décisions. Pourtant, plusieurs des responsabilités

confiées au département concernent les usagères et les usagers et les intervenantes et intervenants, comme de définir, par exemple, le plan régional d'organisation des services médicaux, définir et proposer le réseau d'accessibilité aux soins médicaux.

Parce que plusieurs des questions examinées dans le mandat que le projet de loi confie au département de médecine générale ne relèvent pas strictement de l'expertise et de l'autonomie professionnelle des médecins, un tel département n'est pas, selon nous, l'instance appropriée. Ce mandat devrait plutôt être confié à la régie régionale, exercé avec la participation d'un comité multidisciplinaire composé de médecins, d'une représentation d'établissements et du personnel du réseau et de la population de la région.

Quant au pouvoir de réglementation, au chapitre des actifs informationnels et de la sécurité de l'information électronique, le projet, selon nous, ne va pas assez loin. Les propositions indiquent que le ministre détermine des orientations en matière d'actifs informationnels et qu'il peut édicter un règlement sur les normes de sécurité requises pour assurer la confidentialité et la sécurité de l'information électronique, applicables à l'ensemble des établissements du réseau.

Il est certain que, dans un nouveau contexte technologique, l'informatisation est incontournable pour une prestation efficace des services. Nous devons cependant convenir que les informations prélevées par des établissements de services de santé et psychosociaux ont un caractère hautement privé. La population est en droit de s'interroger sur la nature et la confidentialité des informations recueillies. La réglementation devrait ici être obligatoire à double niveau: un palier national pour édicter les normes universelles applicables à l'ensemble du réseau et un palier local édictant les normes adaptées au milieu et à la nature des services dispensés. En plus, nous croyons qu'avant que tout ça ne soit fait un débat social devrait se faire quant à toute la question de la confidentialité des informations qui sont retenues dans le réseau des services de santé et des services sociaux.

En conclusion, nos orientations sont claires. La Loi sur les services de santé et les services sociaux se doit de préserver les droits des usagères et usagers de recevoir une gamme complète de services et de préserver la participation de la population au réseau. Elle se doit de garantir des pratiques transparentes de démocratie et de déterminer une distribution des pouvoirs qui assure une organisation équitable des services.

Pour arriver à cela, il faut, entre autres, maintenir les assemblées publiques, maintenir une élaboration nationale des programmes, démocratiser les décisions concernant l'organisation des services médicaux. D'ailleurs, si vous regardez dans les conclusions de notre mémoire, toutes les recommandations que nous avons faites y sont inscrites.

● (15 h 40) ●

Cependant, nous ne saurions conclure ce mémoire sans marquer notre insatisfaction à l'égard de la démarche étapiste plutôt qu'opaque qu'adopte Québec dans le suivi

et la mise en oeuvre de la réforme des services de santé et des services sociaux. Comme plusieurs autres services de l'État, les services de santé et services sociaux doivent être conçus en interrelation étroite avec la population qui reçoit des services et avec les acteurs qui les dispensent.

Or, le processus de réforme que le gouvernement nous propose est loin d'aller dans ce sens. Ça nous apparaît plutôt comme un puzzle présenté pièce par pièce, année après année, à coups de commissions parlementaires morcelées, de consultations sélectives peu transparentes, de rendez-vous régionaux contrôlés et chronométrés dans certains cas. Bref, un rendez-vous aussi national qui n'aboutit pas.

Les services de santé et les services sociaux du Québec méritent mieux que ça. Ils méritent une action globale, cohérente, intégrée qui soit faite dans le respect et la considération avec l'apport de la population et des principaux acteurs qui les réalisent tous les jours. On pense que c'est là un rendez-vous que l'État du Québec ne peut se permettre de manquer. Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci beaucoup. Tout en s'excusant, encore une fois, là, j'invite maintenant M. le ministre à débiter les échanges.

M. Rochon: Merci, M. le Président. Je vous remercie beaucoup de la présentation de votre mémoire et du travail de réflexion que vous y avez consenti.

J'ai le sentiment que vous n'êtes pas trop favorables à la déréglementation et à la décentralisation. Je ne sais pas si... Je vais peut-être soulever un certain nombre de points pour vous demander de préciser un peu votre intention, là-dessus.

Ce projet est en élaboration depuis deux ans, en fait, a donné lieu à moult discussions, et il veut vraiment être un effort, à mesure que les structures régionales se sont mises en place, ont appris à fonctionner, que les établissements ont mieux reciblé leur mission, les territoires et les populations dont ils sont responsables, d'essayer de faire confiance un peu dans les modalités d'application et, à l'intérieur de paramètres nationaux, de laisser un peu de marge de manoeuvre aux gens et aussi d'assouplir les procédures.

Par exemple, les assemblées publiques. L'assemblée publique était nécessaire pour tenir une élection. Il a semblé, à l'expérience — et tous ces changements-là sont venus d'expériences terrains — que dans beaucoup de régions, surtout des régions rurales, c'était très difficile de tenir une assemblée publique, que ça risquait de favoriser les gens de la ville-centre au détriment des gens de l'arrière-pays ou d'autres parties de la région et qu'aujourd'hui, où il y a d'autres moyens de communication, le but de l'assemblée publique étant surtout de permettre aux candidats, lors d'une élection, de se faire connaître, de faire connaître leur programme, si on veut, ou leurs intentions, le même argent pourrait être mieux utilisé en permettant aux candidats de distribuer un dépliant, de l'information écrite, voire utiliser les moyens électroniques de communication. C'est ça qui était vraiment l'intention

derrière ça, ce qui n'empêcherait pas de tenir une ou des assemblées publiques aussi, mais ça ne la rend pas obligatoire comme étant le seul moyen pour permettre une élection avec un maximum de circulation d'informations.

L'assemblée annuelle, c'est un peu la même chose. Ça a été enlevé comme étant requis comme tel, parce qu'on nous a dit à peu près partout que ça devenait un peu factice, comme le conseil d'administration des régies régionales siège, et même les établissements, publiquement, que ce qui avait été prévu comme espèce de reddition de comptes était fait vraiment au moment des réunions et que nécessairement, à la fin de l'année, c'était normal aussi qu'on ait à l'ordre du jour, d'une dernière réunion de l'année ou d'une première de l'année, un bilan que chaque région fait, à un moment donné, où ils en sont et quelles sont les projections pour la prochaine année. Encore là, ça voulait être une façon plus souple, donner de la marge de manoeuvre aux gens dans leurs façons de faire.

Je vous donne un couple d'autres exemples puis je vous donne peut-être la chance de réagir. Plus à l'égard de la décentralisation, il y a trois choses qui me frappent. La question des codes d'éthique et des conflits d'intérêts. Bien sûr, de façon générale, il va nous falloir toujours des paramètres nationaux, il va falloir des balises nationales. Ça, même les plus fervents de la décentralisation le demandent. Décentralisation ne doit pas vouloir dire balkanisation. On est entièrement d'accord là-dessus.

Mais les établissements ont démontré qu'ils peuvent prendre leurs responsabilités. D'ailleurs, vous faites référence à la législation générale qu'on a dans le domaine de l'éthique. Il nous semblait qu'on était rendu à un point où on pouvait, à l'intérieur de paramètres généraux, encore une fois, faire confiance et laisser les établissements, selon leurs spécificités de mission et de territoire aussi, développer des codes d'éthique qui étaient plus spécifiques pour eux.

Même chose pour les programmes. Dans le vécu quotidien, depuis presque deux ans maintenant, la responsabilité d'établir des programmes, toujours à l'intérieur de d'orientations ministérielles et de paramètres nationaux, c'est une responsabilité qui, en pratique, a glissé et est passée vers les régions qui peuvent faire des programmes beaucoup plus adaptés à la réalité des différentes régions et qui nous évitent les inconvénients du mur-à-mur de programmes nationaux qui essaient de viser une sorte de moyenne et qui souvent ne font l'affaire de personne.

La question des ressources intermédiaires et l'encadrement des ressources intermédiaires. Encore là, on a eu beaucoup de témoignages, beaucoup d'expériences vécues à l'effet que, là aussi, il y a des nouvelles orientations, un cadre de référence en ressources intermédiaires, nouveau, qui est disponible aux gens maintenant, qui a été élaboré à la suite de plusieurs consultations et qui fait l'objet, me dit-on, d'un assez large consensus aussi dans son application. Mais, là aussi, on a cherché par différents moyens de permettre, à l'intérieur de certains cadres, de s'adapter aux réalités régionales.

Alors, je ne sais pas, là-dessus — le temps ne nous permet pas de discuter de tout ça en détail, peut-être — s'il

et à quelque chose de plus que vous pouvez nous ajouter. Est-ce qu'essentiellement vous ne souhaitez pas qu'on aille vers une décentralisation aussi poussée, certains diraient encore mitigée, ou vous souhaitez qu'on garde plus de contrôle non seulement sur les objectifs visés, les résultats atteints, mais sur les moyens et les façons de faire?

M. Gagnon (Marc-André): Nous, sans être contre la décentralisation, on pense que, dans le cas d'un régime de santé et de services sociaux, ça ne pas être un régime où on va retrouver des disparités régionales qui vont faire que, dans certaines régions du Québec, certains services ne seront pas accessibles.

M. Rochon: Bon. D'Accord.

M. Gagnon (Marc-André): Et on pense que, dans ce sens-là, les baisses qui sont dans le projet de loi ne nous semblent pas suffisantes pour être capables de garantir que les services pourraient être accessibles. Quand on dit que, dans certains cas, les régies pourraient soutenir ou pourraient à avoir à subir des pressions de certains groupes pour faire disparaître ou pour revendiquer un service au détriment d'un autre, on pense que, là, il y a quand même des problèmes qui relèvent de l'accessibilité à des services que l'État du Québec doit garantir aux citoyennes et aux citoyens, peu importe la région où ils sont.

Deuxièmement, quand vous nous parlez sur toute la question de la participation de la population, par rapport à ce que vous proposez, on comprend qu'il peut y avoir des problèmes, mais, à toutes les fois qu'on regarde comment l'État ou comment le ministère a traité ça sous, bien sûr, probablement l'influence des régies, de dire: On essaie de faire des assemblées publiques. Il ne vient pas de monde. Qu'est-ce que ça donne de les tenir? on dit: Parfait, on va les couper dans la loi. Parce que vous nous dites en même temps: Écoutez, avec les nouvelles technologies, il y a d'autres moyens. On pourrait poser la question: Quels autres moyens les régies régionales ont mis en place pour essayer de convier du monde à venir parler de la santé? Et là, M. le ministre, je vous rappellerai que cette réforme-là, quand elle a débuté, elle mettait les citoyennes et les citoyens au coeur du réseau. Elle leur donnait la possibilité d'avoir leur mot à dire sur bien sûr les programmes, bien sûr sur comment ils sont donnés, comment apporter des plaintes. Là, ce qu'on constate, c'est qu'au fur et à mesure que le temps passe, à cause de la difficulté de convier les personnes, on finit par faire disparaître les moyens.

Prenons la question de la reddition de comptes. Quand vous parlez de la reddition de comptes d'un établissement que la régie pourrait convoquer, d'abord, elle n'est pas obligée de faire une assemblée publique. Bien sûr que la régie va continuer à faire ses conseils d'administration publics une fois par mois ou je ne sais pas à quelle fréquence, mais, s'ils ne veulent pas parler de la reddition de comptes de tel établissement, ils ne sont pas obligés d'en parler là. Ils pourraient simplement se contenter d'avoir reçu un rapport écrit pour dire: Voici comment on

a fonctionné. Qui, dans la population, va être en mesure de poser des questions sur l'établissement qui le concerne, parce que, lui, il est touché directement par ça? Il n'y a rien qui le dit, parce que c'est la régie qui décide quand, qui décide des modalités et qui décide de la fréquence. Mais on comprendra que, dans certains cas, les administrateurs n'aiment pas beaucoup être embarrassés par des citoyens qui viennent leur poser des questions.

C'est dans ce sens-là qu'on vous dit qu'on n'en a pas après la décentralisation comme telle. Ce qu'on en a, c'est qu'on veut avoir des services qui sont garantis dans toutes les régions du Québec, qui sont accessibles et qui ne seront pas à la merci de certains groupuscules en même temps qu'on pense que la loi doit encore confirmer que les citoyennes et les citoyens vont avoir leur mot à dire.

● (15 h 50) ●

Je finis et mes collègues pourront peut-être ajouter, parce que ça nous semble être le coeur de ce débat-là. Je voulais juste indiquer... Prenez la question du conseil régional des médecins. Dans certains cas, il y a des pouvoirs qui sont donnés là qui pourraient très bien être débattus avec les usagères et les usagers, avec les personnes qui travaillent. Il n'y a jamais d'endroit où les médecins sont appelés à confronter ce qu'ils pensent, sur le réseau, avec d'autres personnes. Il nous apparaît que ce projet-là, au lieu d'être confié strictement aux médecins, il pourrait y avoir un conseil régional où les médecins pourraient y déléguer leurs personnes. Les personnels pourraient déléguer aussi leurs représentants, la population, regarder, entre autres, toute la question de comment on rend l'accessibilité des services aux personnes.

Alors, c'est dans ce sens-là qu'on pense qu'il doit y avoir des choses qui doivent être corrigées. Si vous me permettez, M. le ministre, Mme Chabot pourrait ajouter, et M. Beauséjour, concernant les programmes et concernant toute la question des services intermédiaires.

Mme Chabot (Louise): Bonjour, ça va bien?

M. Rochon: Très bien, et vous?

Mme Chabot (Louise): Oui, la santé est bonne.

Une voix: Une chance.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Chabot (Louise): À l'égard des ressources intermédiaires, en tout cas, moi, je voudrais dissocier deux choses. Ce n'est pas parce qu'on pourrait être pour une certaine forme de décentralisation ou de déréglementation que toute décentralisation ou déréglementation est bonne. Moi, si on regarde principalement les amendements, et des fois apportés comme des amendements mineurs, à trois articles de la loi, qui sont 302, 303 et 304, où on vient inclure dans ces modifications-là, je pense, trois amendements majeurs, tout en disant qu'une ressource intermédiaire, c'est une ressource rattachée à un établissement

public, du même souffle, on vient y mettre un amendement que, par contre, le lieu physique de cette ressource intermédiaire là, ça ne sera plus rattaché à l'établissement public.

On apporte un autre amendement aussi pour inclure la notion d'usager inscrit. Est-ce qu'on a besoin de faire la différence ici entre un usager inscrit et un usager admis? Pour nous, c'est plus qu'une simple décentralisation.

Et, quant au mode de rétribution, on ne voit aucun intérêt à déléguer un pouvoir ministériel à des régions régionales, je pense que c'est un mauvais choix de décentralisation et de déréglementation, sur les taux de rétribution. Je pense que ça doit demeurer au niveau national. Je pense que, dans ce sens-là, vous devriez maintenir la loi telle quelle parce que la loi est claire à ces articles-là. Ça appartient toujours aux régions, à mon avis — vous me corrigerez — de décider, au niveau de leur région, quel type de ressource intermédiaire pour tel type de service. Moi, je pense que ça ne leur enlève pas ce pouvoir-là. Mais, de là à dire qu'on leur confie en plus le pouvoir de décider du taux de rétribution de ces ressources-là, c'est-à-dire de les moyenner en retour du service, je pense qu'on fait un recul important.

Et, quand on parle de disparités régionales, c'est là que ça peut jouer beaucoup. Les ressources intermédiaires n'ont pas toutes la même capacité. Donc, tout le monde va essayer d'avoir une part du gâteau au niveau des régions pour tenter de faire valoir leur service plutôt qu'un autre, puis, selon la capacité puis le rapport de forces, je ne vois pas du tout l'intérêt actuellement, puis même dans l'avenir, de décentraliser ces pouvoirs-là, ni pour les usagers puis encore moins pour un système public de santé. À notre avis, c'est un pas... Puis, ce qui nous inquiète dans le système, on ne fait pas des grands pas de privatisation, mais on glisse doucement vers des petits pas, puis ça, je pense que c'est un exemple qui nous apparaît évident.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Beauséjour, un court commentaire, si j'ai bien compris?

M. Beauséjour (René): Oui. Au sujet des programmes, on n'a pas d'objection à ce qu'on décentralise le comment faire des programmes. On croit que les régions sont mieux placées pour savoir comment faire. Mais ce dans quoi on ne veut pas se retrouver, c'est dans une situation où certaines régions décideraient... où on n'aurait pas la certitude que, dans la région, on aura toute la gamme de programmes qu'il y a. On ne veut pas que les régions aient à arbitrer la partie qui a donné, supposons, santé, la partie services sociaux. Ce dont on veut être certain, c'est qu'il y ait un contrôle central du gouvernement sur les parts de budget qui vont à chacun des programmes, parce que, sans ça, il va se faire des arbitrages qui vont être différents selon les régions. Donc, ils vont rendre des services qui vont être différents et, d'autre part, il y a certaines clientèles qui n'ont pas de sympathie publique, il y a certaines causes qui en ont moins que d'autres ou des causes ou certains problèmes

qui sont très marginaux qui vont être oubliés puis qui vont disparaître, qui n'existeront pas dans certaines régions. C'est ça, le but qu'on cherche.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. À mon tour de vous remercier bien sincèrement. Ce n'est pas la première fois qu'on se rencontre. Je pense que vous en avez fait un petit peu allusion. À un moment donné, il y a «un puzzle présenté pièce par pièce, à coups de commissions parlementaires». En tout cas, l'avantage que ça peut avoir, c'est de vous saluer plus souvent et de recevoir, à chaque fois, vos mémoires qui sont toujours bien documentés et votre présentation extrêmement bien faite.

J'aurais deux questions, une d'ordre plutôt général et une plus spécifique. Celle d'ordre général, eh bien, c'est dans votre conclusion. Vous êtes sévères quand vous affirmez — et je peux vous dire que je suis d'accord avec vous — vous marquez votre insatisfaction à l'égard de la démarche étagée plutôt qu'opaque qu'adopte Québec dans le suivi et la mise en oeuvre de la réforme. Et, un peu plus loin, à part du puzzle des commissions parlementaires, vous parlez de «consultations sélectives privées et peu transparentes, des rendez-vous régionaux contrôlés et chronométrés — moi, j'en ai des exemples aussi — un rendez-vous national qui n'aboutit pas, précédé par des campagnes publicitaires massives pour faciliter la consommation du virage et des gestions de crise d'urgence improvisées».

On nous avait habitués, en tout cas, au discours de l'autre côté, qu'on avait une réforme planifiée jusque dans ses moindres détails. Alors, j'aimerais ça vous entendre élaborer davantage sur l'opinion, en tout cas le jugement que vous faites de la réforme à ce moment-ci.

Ma deuxième question est plus spécifique et s'adresse peut-être aux professionnels qui sont avec vous. On s'attend à avoir dans le projet de loi un département régional de médecine générale. Vous êtes des professionnels. Vous représentez des infirmières, vous représentez d'autres catégories de professionnels. Est-ce qu'on s'achemine vers d'autres départements régionaux, par exemple pour les infirmières, pour d'autres catégories de professionnels? Ce seraient les deux questions sur lesquelles j'aimerais vous entendre.

M. Gagnon (Marc-André): Alors, si vous me permettez, je vais m'occuper de la question d'ordre général; mes collègues pourront plus parler sur la deuxième question.

Je vous dirai, par rapport au jugement qu'on porte sur la réforme, qu'on s'est déjà présentés en commission parlementaire pour dire qu'on était pour le virage ambulatoire. Ce n'était pas sur la question de comment cette réforme-là, dans ses grandes lignes... Mais le constat qu'on fait actuellement, c'est que, quand on y regarde de près, on ne trouve pas beaucoup de places, même quand

on regarde les médias, quand on regarde la télévision, quand on regarde les émissions qui portent sur la santé, actuellement on n'en trouve pas beaucoup, d'émissions, qui arrivent à nous présenter les effets positifs de la réforme. Même le virage ambulatoire n'a pas donné auprès de la population les fruits qu'on souhaitait bien lui voir donner.

On fait le constat qu'on a fait le virage ambulatoire, peut-être n'était-on pas prêts parce qu'on a fait un virage ambulatoire en disant: Ça va s'en aller dans des cas de médecine de courte durée, puis ensuite ça va se faire dans les soins à domicile. On commence à peine, à peine, à voir des services qui sont donnés dans des soins à domicile, on commence à peine à voir des gens qui sont transférés dans ces types de services là. Pendant un bout de temps, le virage ambulatoire s'est fait simplement en disant: Les gens s'en retournent chez eux. Qu'est-ce qu'ils ont chez eux? Bien, les constats, nous, qu'on fait, c'est que les services étaient absents.

On fait simplement regarder l'an dernier, avec toute la question de ce qui s'est passé avec les départs assistés, avec des gens qui sont partis en plus grand nombre que prévu, ils sont partis au mois de juillet, on est rendus au mois de mars puis il y a encore des postes qui n'ont pas encore été ouverts parce que c'est plus facile à gérer le budget quand ils ne sont pas ouverts. On ne sait pas trop à quelle place on va en mettre. On préfère rappeler, avec toutes sortes de choses disparates. Il y a des endroits où on ne rappelle pas; il y a des endroits où on rappelle, mais on rappelle des gens qui sont déjà retraités et qu'on paie parfois en même temps pour être capable de donner le service, et même parfois en supplémentaire. On en voit de toutes sortes.

C'est dans ce sens-là qu'on fait le constat qu'on est dans une réforme où, s'il y en avait un, un modèle de casse-tête, au début, en tout cas, nous, on a perdu l'image. On ramasse les morceaux puis on se demande à quel endroit on les replace avec tel autre, parce qu'on a l'impression qu'en cours de route on a perdu le sens de cette réforme-là. Il nous apparaît important que le gouvernement soit en mesure de nous donner comment les choses vont se dérouler dans une période de temps raisonnable, puisque, là, l'impression qu'on en a, c'est que peut-être que l'an prochain on va revenir avec encore une série de réformes ou une série de modifications à la loi pour permettre un peu plus de privatisation, un peu plus de désengagement de l'État, un peu moins de démocratie, bref, ce qu'on constate depuis les dernières années.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va, M. le député...

• (16 heures) •

Mme Chabot (Louise): C'est une infirmière qui va répondre à votre deuxième question. Au niveau, en tout cas, du département régional de médecine générale, je vous dirais qu'on s'oppose farouchement à donner, encore une fois je vais le dire comme ça, autant de pouvoirs à un corps de métier ou à un corps professionnel, sur des choses qui sont pourtant beaucoup plus larges que des

questions d'autonomie professionnelle qui visent strictement l'application des actes ou la profession ou la qualité de la profession. Là, on est vraiment sur le terrain, il y a des services médicaux qui doivent être requis sur un plan régional, de plans d'effectifs et d'accessibilité à des services médicaux.

Il y a déjà eu une commission, la commission Rochon, d'ailleurs qui avait porté un jugement assez sévère à l'époque, pas sur les acteurs essentiels du réseau, qui sont les professionnels, mais sur le fait que le système était prisonnier des groupes d'intérêt, puis ça, c'est un constat qui était juste à l'époque puis il est encore juste. Puis, moi, je pense que d'aller confier au niveau régional, par la mise en place d'un département tel qu'il nous est proposé, on vient juste, en tout cas, serrer encore plus ce pouvoir-là accordé à un groupe d'intérêt spécifique. Peut-être que les infirmières revendiqueront, par le biais de l'ordre professionnel, un même lieu aux régions régionales; moi, je pense qu'il faut distinguer deux choses, les questions qui nous sont propres sur la tâche puis l'organisation, soins infirmiers je veux dire, puis les questions qui concernent une organisation de services sur un plan régional et d'effectifs médicaux où, à notre avis, ce n'est pas de la seule exclusivité des médecins. Puis on ne devrait pas donner ce pouvoir-là exclusivement aux médecins comme on ne devrait pas donner exclusivement, si on avait à décider de l'organisation des services en soins infirmiers, pour le dire comme ça, même si c'est plus étroit, ce pouvoir-là aux infirmières. Je pense qu'il faut différencier les choses entre l'autonomie professionnelle et un réseau de services et de distribution et d'accessibilité, qui, à mon avis, c'est deux choses.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député, est-ce que ça va?

M. Marsan: Il y avait peut-être les professionnels, est-ce qu'ils vont revendiquer aussi un département régional des professionnels?

M. Beauséjour (René): Nous, évidemment qu'on s'oppose à toute... On croit que l'approche de la santé doit être avant tout multidisciplinaire, puis regrouper ça par ordre. Quand c'est des questions d'organisation comme telle, on voit ça très mal que les ordres s'occupent des actes professionnels, mais ce qui est de l'organisation des services, on croit que ça doit être toujours multidisciplinaire, autant que ça regroupe tous les types de professionnels.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Mme la députée de Bourassa, est-ce qu'il y a des questions?

Mme Lamquin-Éthier: Oui, seulement une, M. le Président. En regard avec les commentaires que vous faites valoir à la page 2 de votre mémoire, concernant l'affaiblissement des pratiques de transparence et de démocratie et plus particulièrement l'élimination des séances publiques

annuelles que doit tenir la régie régionale dans le but d'interroger certains établissements, le Conseil de la santé et du bien-être recommandait, à plusieurs occasions, d'informer le citoyen de plus en plus et de mieux en mieux afin qu'il puisse participer valablement au réseau de la santé. Est-ce que vous ne croyez pas que ce serait une piste d'avenue beaucoup plus profitable que le citoyen soit informé de façon à s'assurer qu'il puisse participer mieux et complètement dans le réseau de la santé?

Et, en lien avec la sous-traitance déguisée dont vous parlez et la privatisation, ne pensez-vous pas que la population devrait être invitée dès maintenant à se prononcer sur la désassurance de certains services? Elle le vit au quotidien à domicile, elle va le vivre dans les ressources intermédiaires.

M. Rodrigue (André): Oui, toute la question des usagers — je suis content que je puisse en parler, parce que ça me tient très à coeur — on parlait de global tantôt, il faut prendre chacune des petites modifications qui sont faites et les mettre ensemble puis vous arrivez... Par exemple, la majorité au comité des usagers, on n'en a pas parlé beaucoup, mais, si les administrateurs faisaient des efforts, il est possible de trouver des usagers ou à tout le moins quand on dit la resserrer, la loi, de trouver des gens qui travaillent pour une association qui représente des usagers, et non pas les amis de M. le président du conseil d'administration, les amis du directeur général. On ne se le cachera pas, j'ai travaillé des deux côtés, M. Rochon.

Aussi, au niveau des assemblées régionales des régies régionales, les assemblées publiques d'élection, les conseils d'administration en conférence téléphonique, c'est facile de dire que c'est urgent de faire des conférences téléphoniques. C'est urgent de ne pas avoir du monde qui nous assaille dans la salle, de ne pas avoir des femmes, des groupes d'intérêt, pas nécessairement les syndicats, des groupes d'intérêt de population qui voient qu'on est en train de fermer un centre d'accueil, on est en train de fermer ci, puis on aimerait aller dire quelque chose à la régie ou à notre conseil d'administration; on n'a pas de trouble, on fait une conférence téléphonique.

Je pense qu'il va falloir la resserrer, et on vous donne des recommandations. Mais prenez tout ça ensemble, puis même je pourrais ajouter la norme face aux cadres pour les conflits d'intérêts, on envoie ça au conseil d'administration; c'est le président, le chum du directeur général, qui va décider si le directeur général est en conflit d'intérêts.

Une voix: ...

M. Rodrigue (André): Une minute... Oui, c'est ça. Il va décider qui est en conflit d'intérêts. Moi, je pense qu'il faut que ce soit laissé aussi au niveau du ministère, qu'il y ait une norme pour que nous autres on puisse aller se rattraper sur cette norme-là ou que la population puisse dire: Au moins au ministère il y a telle norme, et que le conseil d'administration à qui on essaie de parler, quand on peut, on ait une emprise sur une loi ou sur une partie

qui est restée au gouvernement et non pas laissée à l'établissement.

Je finis en vous disant que je trouve un peu bizarre, en mettant tous ces petits points là, que des institutions, des établissements publics qui appartiennent au gouvernement aient tendance à diminuer toutes ces possibilités-là, que les gens ont d'intervenir, quand on assiste actuellement au niveau d'un endroit pas mal plus sacro-saint, les banques... on essaie de se battre pour aller déplacer ces endroits-là, essayer d'être plus démocratiques dans des endroits strictement privés et, nous, des établissements complètement publics, bien, parce que la population ne participe pas ou parce que ce serait plus facile d'envoyer des informations, on enlève ces lieux-là. Je trouve ça un peu pernicieux, surtout que ce sont des établissements publics.

Les efforts, il y a moyen d'en faire. Les syndicats en font pour aller chercher leurs membres, les députés en font pour aller chercher leurs membres au parti, quel qu'il soit, pour leurs assemblées politiques; si on n'y va pas, ils ne viendront pas aux assemblées — sauf, quand il y a des candidatures, ça, ils y vont — les membres ne viendront pas. Il faut le faire, l'effort, mais, si les administrateurs n'y croient pas, si on ne rend plus ça obligatoire, si on diminue graduellement, c'est sûr qu'ils vont venir vous voir et qu'ils vont vous dire, c'est de la foutaise, c'est trop compliqué, on n'est pas capable de le faire. C'est faisable, comme c'est faisable dans les syndicats — il faut le faire — et comme c'est faisable au niveau des partis politiques. Je pense que c'est faisable si les administrateurs veulent le faire.

Mme Lamquin-Éthier: Si on y croit.

M. Rodrigue (André): Si on y croit.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, je vous remercie au nom de tous les membres de la commission.

J'invite maintenant les représentants de l'Association des cadres intermédiaires de la santé et des services sociaux du Québec à se présenter.

● (16 h 10) ●

À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant l'Association des cadres intermédiaires de la santé et des services sociaux du Québec: M. Gadoury, si vous voulez présenter la personne qui vous accompagne et commencer votre présentation.

Association des cadres intermédiaires de la santé et des services sociaux du Québec (ACISSSQ)

M. Gadoury (Pierre): Alors, bonjour. Mon nom est Pierre Gadoury, je suis vice-président de l'Association des cadres intermédiaires de la santé et des services sociaux du Québec ainsi que de l'Association des conseillers professionnels du Québec. Pour m'accompagner cet après-midi, M. Jean Joseph Rheault, qui est le directeur exécutif de notre association. Alors, nous voudrions vous remercier

de l'invitation à venir vous partager quelques réflexions en regard de notre association de cadres et des modifications au projet de loi n° 404.

Globalement, dans un premier temps, les objectifs recherchés par ces amendements. Premièrement, nous souhaitons faire reconnaître la place et le rôle des cadres, conseillers, et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Deuxièmement, nous souhaiterions introduire dans la loi la reconnaissance d'une politique nationale de l'encadrement. À cet effet, nous avons déposé, en annexe II, un document. Nous y reviendrons d'ailleurs.

Troisièmement, nous souhaitons redonner sens et valeur à la participation du personnel non médical au sein du réseau de la santé et services sociaux, et plus particulièrement des cadres.

Quatrièmement, donner une ouverture à la perception de revenus par les établissements publics en vue de faire contrepoids à l'émergence d'un réseau privé parallèle. Nous croyons que le réseau pourrait être aussi concurrentiel ou presque aussi concurrentiel que l'entreprise privée.

Cinquièmement, assurer une juste représentation des cadres au sein du conseil d'administration du Centre de référence en y ajoutant un représentant — actuellement, il y en a trois pour plus de 12 000 cadres — ce qui ne ferait que reconnaître la pratique présentement suivie et confirmer le retrait du rôle autrefois exercé par le Centre relativement à la qualification des directeurs généraux.

Par rapport à l'article 507 de la loi, modifié comme suit: dans les normes et barèmes, nous souhaiterions pouvoir lire que le gouvernement doit, par convention négociée, ou à défaut par règlement, déterminer les normes et barèmes qui doivent être suivis par les régies régionales, les établissements publics et les établissements privés conventionnés pour, premièrement, la sélection, la nomination, l'engagement, la rémunération et les autres conditions de travail applicables aux directeurs généraux, aux cadres supérieurs, aux cadres intermédiaires et au personnel non syndicable et syndicable non syndiqué. Nous observons dans le réseau actuellement qu'il y a de plus en plus de personnes qui ont ce titre-là. Très souvent, ce sont d'anciens cadres dont le poste a été aboli, qui se retrouvent avec ce titre-là.

Deuxièmement, la rémunération et les autres conditions de travail applicables aux autres membres du personnel compte tenu des conventions collectives en vigueur.

Troisièmement, l'implantation d'une politique nationale de l'encadrement contenant les éléments suivants. Et à ce titre, je voudrais prendre quelques minutes pour expliquer davantage. Pourquoi une politique sur l'encadrement? Pour reconstruire un encadrement décimé et désorienté dans le réseau de la santé et des services sociaux, à certains moments. Notre association croit beaucoup aux trois valeurs de base du personnel d'encadrement: premièrement, la compétence, c'est-à-dire le savoir-faire, l'expertise, le sens de la sécurité qui viennent avec la maîtrise; la deuxième valeur, l'interrelation, c'est-

à-dire le sens d'appartenance et d'attachement qui émane des relations que les cadres entretiennent avec leurs supérieurs et leurs pairs et qui est reflété par l'image que projette l'organisation elle-même; troisièmement, l'engagement, le partage avec les employés supervisés des mêmes valeurs et de la même vision transformante à l'intérieur d'une organisation.

Pour les cadres survivants, être compétent, interrelé et engagé, c'est non seulement accomplir un travail, mais le faire dans un sens qui entraîne un sentiment de revalorisation de leur rôle, et d'eux-mêmes par extension. Les cadres survivants jugeront de la qualité de l'organisation sur sa capacité à relier le passé au présent en privilégiant ses valeurs de compétence, d'interrelation et d'engagement. Tout au long de ces dernières années, la réduction des budgets a passé avant l'établissement de ces liens.

Comment consolider ces valeurs? D'une part, rétablir la confiance dans la capacité du réseau de répondre avec compétence à sa clientèle et avec intégrité dans ses rapports avec ses cadres — à ce sujet, notre association croit que la qualité des services aux usagers passe... que les cadres font partie de cette norme de qualité que l'on veut 100 % et totale auprès de la population; sans l'encadrement, le personnel de nos établissements à certains moments ne sait pas dans quelle orientation, comment s'orienter, comment se diriger, nous y reviendrons d'ailleurs — renforcer la volonté de s'adapter et de performer au sein du tumulte — c'est-à-dire avoir les moyens de se prendre en main, parce que personne ne le fera à sa place — devenir un réseau apprenant qui se penche sur l'étude de son propre encadrement et en tirer des leçons pouvant donner une pensée managériale propre à notre réseau.

Le contenu de la politique sur l'encadrement, nous l'avons synthétisé en six points. Premièrement, concevoir et appliquer pour notre réseau des modèles d'organisations qui correspondent à ces caractéristiques et qui en ont été validées pour éviter l'improvisation du recours à des concepts mal intégrés qui sont inefficaces et qui aboutissent au sacrifice inutile de cadres performants. Actuellement, M. le ministre, M. le Président, nous observons dans plusieurs établissements, différents concepts. Par exemple, des concepts d'équipes semi-autonomes, des modèles de gestion improvisés pour lesquels nous croyons qu'il y a un risque évident à l'endroit de la qualité des services à la population.

Deuxièmement, revoir nos systèmes récompenses-rémunérations pour donner de meilleurs incitatifs à l'engagement innovateur, dont la décentralisation balisée avec droit de recours de notre système d'évaluation des postes. C'est quelque chose qui existait auparavant, il y a plusieurs années, et qui a été abandonné pour différentes raisons et que les cadres de notre réseau n'ont jamais accepté comme tel.

Troisièmement, promouvoir, dans notre système de conditions et de relations de travail, une approche basée sur la recherche de solutions qui évite la multiplication des décrets, les cadres qui veulent être entendus tout en privilégiant une approche non confrontante, et c'est

d'ailleurs l'approche qu'a toujours privilégiée notre association. Partout à travers le Québec, certaines directions générales d'établissement nous ont mis à contribution pour que nous puissions exercer certaines influences, trouver des solutions à des problèmes parfois très complexes. Nous croyons énormément en cette approche non confrontante dans un esprit basé sur la discussion et l'échange.

Quatrièmement, faciliter la mobilité interétablissements en vue de favoriser les transferts d'expertise et tirer le meilleur profit de notre organisation en réseau. C'est un vœu qui a été mainte fois exprimé dans notre réseau d'établissements et qui n'a jamais, à toutes fins pratiques, pu trouver d'application, sauf quand un cadre est rendu au Centre de référence des cadres et que, là, on veut bien le prêter à un établissement. C'est-à-dire donner à notre réseau une pensée managériale qui lui est propre et non dépendante de théories empruntées à d'autres réseaux ou au secteur privé.

● (16 h 20) ●

Cinquièmement, en lien avec cet item, soutenir le développement des cadres par des formations continues plus accessibles et mieux intégrées au milieu du travail. Je m'étonne qu'après 30 ans de carrière dans ce réseau je sois encore surpris que notre réseau n'ait jamais pensé à organiser un programme d'études de deuxième cycle dédié totalement à l'organisation, à la planification, à la direction de son propre réseau alors que certains autres réseaux ont déjà cet acquis-là, par exemple en éducation où on donne des programmes de maîtrise de deuxième cycle adaptés aux besoins.

Notre réseau est le plus gros de tout le gouvernement, et il n'y a jamais eu un programme d'études de deuxième cycle capable d'identifier les besoins des cadres de son propre réseau et de faire en sorte qu'en fonction des besoins qui sont continuellement en transformation nous puissions avoir des cadres adaptés de façon continue. Et, à cet égard, notre association a présenté, il y a plusieurs années, un projet de deuxième cycle en études spécialisées pour les cadres de la santé et des services sociaux, et le projet stagne toujours.

Sixièmement, reconnaître les associations de cadres comme des partenaires à part entière dans la détermination des politiques et programmes destinés aux cadres ainsi que la gestion de fonds de formation. Le réseau ne peut garantir un emploi à vie; ce qu'il peut nous donner, c'est l'accès facilité à un environnement de formation continue et intégrée qui nous aide à développer nos qualités et répondre aux futurs besoins des clientèles. Voilà pour l'article 507.

En ce qui concerne l'article 523, le Centre de référence, de cette loi, nous souhaiterions qu'il soit remplacé de la façon suivante:

2° un membre nommé par l'Association reconnue aux fins de relations de travail pour représenter les directeurs généraux;

3° trois membres nommés par les associations reconnues pour fins de relations de travail pour représenter les cadres supérieurs et intermédiaires.

Enfin, nous apportons quelques modifications au projet de loi n° 404, comme vous pourrez le constater au dépôt de notre proposition. À l'article 29: «Tout établissement doit établir une procédure d'examen des plaintes formulées par les usagers. Le directeur général désigne — un cadre ou à défaut — un membre du personnel de l'établissement responsable de l'application de cette procédure et fait entériner cette désignation par le conseil d'administration. Nous croyons important que l'article de loi soit: désigne un cadre ou à défaut un membre du personnel de l'établissement.

Cette proposition va se retrouver également aux articles suivants: 33, 35, 49, 56, 75, 76. Également, pour les articles 34 et 47, nous souhaiterions que soit biffée la dernière phrase. Et je lis: «L'usager, la ressource intermédiaire, la ressource de type familial ou tout membre du personnel de l'établissement doit fournir au responsable les renseignements qu'il requiert pour l'examen de la plainte et [...] assister à toute rencontre que celui-ci convoque.» Ici, biffer «sauf excuse valable» pour les articles 34 et 47.

Également, dans les articles 234, 235: «Un cadre supérieur ou un cadre intermédiaire ne peut, sous peine de sanction pouvant aller jusqu'au congédiement — en respectant le principe de la gradation des sanctions, nous souhaiterions que ces mots apparaissent — contrevenir à l'une des normes édictées en vertu du premier alinéa.»

Et enfin à l'article 268 de cette loi, qui est modifié: Un établissement peut percevoir des revenus de certains services après que la nature de ces revenus et services ait été autorisée par la régie régionale.

Alors, voilà, ce sont en gros les modifications que nous proposons et de façon très synthétique.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. J'inviterais maintenant M. le ministre à débiter les échanges.

M. Rochon: Merci beaucoup et merci aussi pour votre présentation et pour votre démarche pour venir nous rencontrer. Je sais que ça n'a pas été facile et qu'il a fallu que vous fassiez un effort à cet effet. Je l'apprécie beaucoup.

Peut-être deux points que je voudrais soulever. La première partie de votre présentation réfère plus à la loi qu'à un projet de loi où vous nous suggérez indirectement ou directement de rajouter d'autres changements à la loi actuelle, c'est-à-dire à l'article 507. Il va dans le sens, vous dites, soit d'un régime... par convention négociée ou à défaut par règlement.

Par ailleurs, le contenu dont vous parlez dans votre annexe, de façon générale, est-ce que ce n'est pas juste de dire que les points que vous soulevez font l'objet d'un régime de décret présentement? Moi, je suis entièrement d'accord pour considérer des améliorations au contenu du décret, mais on a quelque chose qui correspond. De changer par un système de règlement, je ne vois pas ce que ça changerait au système, le décret qu'on a actuellement...

M. Rheault (Jean Joseph): Oui, oui, en réalité...

M. Rochon: En faire un régime négocié, ça devient une toute autre question, comme vous savez, qui a des complications très importantes pour tout l'ensemble de la fonction parapublique en fait et du gouvernement. Ça devient vraiment une toute autre question de philosophie de la place des cadres dans le système de santé qui est...

M. Rheault (Jean Joseph): Mais en réalité...

M. Rochon: Oui, mais je vais vous laisser réagir peut-être tout de suite.

M. Rheault (Jean Joseph): Allez-y. Est-ce que vous avez terminé?

M. Rochon: Oui. O.K. pour cette question-là, oui.

M. Rheault (Jean Joseph): Non, mais en réalité, ce qu'on voulait suggérer... C'est sûr qu'actuellement nos conditions de travail sont régies par des règlements. Évidemment, avant d'aboutir à ces règlements, il y a un processus de consultation...

M. Rochon: Consultation. C'est ça.

M. Rheault (Jean Joseph): ...qui s'apparente beaucoup à un processus de négociation évidemment parce qu'on cherche à obtenir un consensus, et généralement on l'obtient. Mais on souhaiterait aussi, enfin, qu'on puisse reconnaître que, dans certains cas, il s'agit d'une convention négociée et qu'à défaut, si on n'arrive pas à la possibilité de... parce qu'on a déjà le réflexe de négocier des choses, bien, à défaut d'y parvenir, c'est là donc que le processus par règlement deviendrait une sorte de solution par défaut, parce que c'est comme reconnaître en réalité...

M. Rochon: Mais ce n'est pas un peu ça qu'on a par...

M. Rheault (Jean Joseph): Bien, oui. C'est dans le fond...

M. Rochon: Une approche de convention négociée, ça, c'est une toute autre question. Ce n'était vraiment pas l'objet de la loi n° 404 d'ouvrir ce genre de question là. Je ne dis pas que ça ne peut pas se discuter, mais vous comprendrez que ce n'était pas vraiment dans l'objectif de la loi n° 404 qui visait surtout à amener un certain nombre d'allègements administratifs, à enlever des irritants, à faire certaines mesures de déréglementation, à assouplir le système. Je ne dis pas que la question n'est pas pertinente, mais juste par quel point ça ne se cadrerait dans un projet de loi comme celui-là qui ne voulait pas être tout simplement un projet omnibus qui touche à toutes sortes de choses.

Ceci étant dit, j'avais le sentiment que, quoique c'est loin d'être parfait et qu'il y a des choses à améliorer,

on avait un système par décret, comme vous le dites vous-même, qui est fait sur une base de consultation, qui des fois prend des allures un peu de négociation, mais évidemment, en bout de ligne, s'il n'y a pas vraiment moyen de s'entendre, il y a un arbitrage, il y a une décision. Mais que ce soit par décret ou par règlement, ça revient à peu près à la même chose, non? C'est peut-être même plus souple de le faire par décret que par règlement.

M. Rheault (Jean Joseph): Oui, mais enfin, disons que... Enfin, c'est autant de reconnaître évidemment ce qui se fait. C'est que souvent on dit que les lois précèdent la réalité, mais peut-être que c'est la réalité qui va au-delà de la loi. C'est sûr que... Évidemment, ce qu'on propose ici, c'est dans le cadre de l'article 507 parce que l'article 507 est le seul article qui vraiment...

M. Rochon: Qui concerne ça.

M. Rheault (Jean Joseph): ...traite un peu des ressources humaines d'encadrement.

M. Rochon: C'est ça. O.K. En tout cas, je voudrais au moins vous dire là-dessus que, si le projet de loi n'est pas de toucher à ces questions-là et encore moins de changer fondamentalement de régime, je veux en profiter pour souligner l'importance que vous et vos membres avez et doivent avoir dans le réseau.

Là, j'aurais une autre question, peut-être associée à ça, par rapport à d'autres commentaires que vous faites. Il y a des efforts qui ont commencé à se faire en donnant plus de marge de manoeuvre à des établissements sur des missions mieux ciblées, tenter d'avoir des modes de gestion qui impliquent beaucoup plus l'ensemble du personnel, mais singulièrement évidemment les cadres dont le leadership est terriblement important pour le bon fonctionnement d'une organisation, surtout des organisations qui traversent des phases de transformation. Est-ce que, dans le vécu du réseau, ça se fait? J'avais le sentiment qu'on commençait à voir plus d'établissements qui avaient une approche de gestion un peu plus participative, qui impliquait mieux...

• (16 h 30) •

M. Rheault (Jean Joseph): Mais ce qui manque, on le dit aussi souvent, c'est une... Tout le monde est d'accord pour énoncer, dire que les cadres c'est important, mais on n'a jamais de pensée claire ou de pensée structurante là-dessus. Et même je pense que ce qu'on soulève c'est que, si on veut vraiment mobiliser les cadres, il faut qu'on trouve des solutions qui permettent cette mobilisation-là. Et la façon d'y parvenir, c'est d'avoir carrément une politique nationale sur l'encadrement. Et la façon qu'on avait, nous, de la présenter ici, c'était à l'intérieur de l'article 507, mais c'était pour vous sensibiliser à la question, parce qu'on pense que, si on a un réseau de cadres qui compte 12 000 cadres dans ce réseau-là, c'est important qu'on fasse des efforts pour vraiment les mobiliser puis tirer le maximum de potentiel qu'ils ont. C'est un peu...

M. Rochon: O.K. Alors, je ne pense pas, encore une fois, que c'est des choses dont on puisse tenir compte dans le cadre de ce projet de loi là, mais je prends bonne note de ça et il y a une volonté...

M. Rheault (Jean Joseph): C'est ça. Ce qu'on souhaite, c'est que vous le reteniez d'une façon ou d'une autre

M. Rochon: Oui, oui, puis il y a une volonté, là, du côté...

M. Rheault (Jean Joseph): Mais on a plusieurs façons de le dire. Ha, ha, ha!

M. Rochon: C'est ça, puis je l'apprécie. J'en prends bonne note aussi, puis il y a une volonté, je peux vous assurer, de la part du ministère. Je sais que ça se partage dans le réseau aussi d'avoir une approche qui va mettre plus d'importance sur l'encadrement du personnel, sur la formation du personnel. Puis on reviendra à ces questions-là. Si vous ne le retrouvez pas dans le projet de loi, ça ne sera pas lettre morte.

Une tout autre petite question pour laisser du temps à d'autres. Venons-en au projet de loi, maintenant, les recommandations que vous faites là-dessus. Vous suggérez que, au lieu de dire que ce soit un membre du personnel qui soit identifié comme responsable du système de plaintes, ce soit un cadre ou, à son défaut, un membre du personnel. L'intention de la modification qui est proposée n'était pas d'enlever ça aux cadres, mais de reconnaître à l'expérience que des cadres en général, surtout un cadre supérieur, comme dit la loi, ils ont normalement assez de boulot autre qu'ils ne peuvent pas nécessairement consacrer le temps et l'attention qu'il faut à la fonction d'être responsable des plaintes, et c'était plus la volonté d'avoir quelqu'un qui est dédié à cette fonction-là. Mais je ne pense pas — et ça, on le vérifiera au besoin — qu'un membre du personnel, ça élimine un cadre si un établissement souhaitait que ce soit un cadre qui le fasse, ça.

M. Rheault (Jean Joseph): Non, on voulait juste réaffirmer que le cadre est quand même la meilleure personne pour le faire, et évidemment...

M. Rochon: C'est ça, mais à condition qu'il soit consacré à ça, à ce moment-là.

M. Rheault (Jean Joseph): Oui. Mais, évidemment, ce qui nous déplaisait dans la loi précédemment, c'était uniquement le cadre supérieur qui était identifié à ça, alors qu'on sait qu'il y a beaucoup de cadres intermédiaires qui l'ont fait, en réalité, par la force des choses. Alors, c'était plus reconnaître que le cadre, d'une façon générale, intermédiaire ou supérieur...

M. Rochon: O.K. Ça, on va le vérifier, mais je pense que l'intention du projet de loi, c'est que ça n'éliminerait pas qu'un cadre intermédiaire puisse être cette personne-là désignée.

M. Rheault (Jean Joseph): Non, non. C'était juste, donc, d'accorder toujours la priorité à un cadre, parce qu'il reste que le cadre est peut-être la meilleure personne dans l'établissement pour gérer un système de plaintes, en fait.

M. Rochon: Ah bon. O.K. Je vois votre point de vue. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Ça serait une demande de clarification, si vous me le permettez. Bonjour, messieurs. Merci de venir nous rencontrer et surtout d'avoir déposé un mémoire. Dans votre document, à la page 3, au n° 79, vous parlez de l'article 268 de la loi. Ma lecture de l'article 268, c'est que cet article-là porte sur les dons, les legs et les subventions. Est-ce que je dois comprendre... «C'est-u» le bon article dont on parle? Parce que vous arrivez avec une proposition ou il m'apparaît que vous arrivez à une proposition qui permettrait à des établissements publics de percevoir des revenus de certains services après que la nature de ces revenus et services aurait été autorisée par la régie régionale.

Bon. Ça, ça soulève chez moi des questionnements importants. On est dans un contexte — puis ça, c'est dit depuis des années et des années par des experts qui ont regardé les problématiques que connaissait le réseau de la santé en vue d'y trouver des solutions adaptées — où il est parfois difficile d'évaluer actuellement, et dans le passé, l'efficacité des services, que c'est difficile de vérifier le degré d'atteinte des résultats obtenus, difficile d'évaluer le degré de satisfaction des personnes qui les reçoivent. Est-ce que je crois comprendre que vous proposez que soient facturées — je ne sais pas à qui, là, je ne sais pas si vous touchez la courte durée, la longue durée ou quel contexte — des sommes qui seraient établies je ne sais pas comment, suivant quelle périodicité...

M. Rheault (Jean Joseph): En réalité, c'est des discussions qui ont souvent eu lieu dans le réseau, mais qui n'ont jamais abouti à quelque chose de très structuré. On dit que, de toute façon, il va se développer, puis actuellement on le constate, il se développe un réseau parallèle privé où des gens paient pour des services. Alors, pourquoi ne pas autoriser les établissements publics à offrir ce genre de services là? C'est une façon de réviser peut-être le panier de services pour certains services qui peuvent, au lieu d'être gratuits, être facturés. Voyez-vous?

Mme Lamquin-Éthier: J'entends bien ce que vous me dites. Permettez-moi bien respectueusement de m'inscrire tout à fait en désaccord. Je pense que l'État devrait, au contraire, assumer ses responsabilités et s'assurer que le plus grand ensemble, le plus grand panier de services soit sous le couvert de l'État parce que c'est la meilleure façon de contrôler les coûts.

Pourquoi faire contrepoids à la privatisation alors que certaines mesures pourraient être prises pour l'empêcher, alors qu'on sait qu'actuellement, dans les faits, l'écart est de plus en plus grand entre des services qui sont désassurés ou des services qui sont actuellement privatisés?

M. Rheault (Jean Joseph): Oui, mais là, enfin, c'est toute la tendance de ces dernières années qui était à l'effet qu'il fallait désinstitutionnaliser ou qui faisait en sorte que l'État devait jouer un rôle moins grand dans la dispensation des services. Et c'est toute la question des financements aussi, donc du financement public. Dans la mesure où on coupe, où le financement public se réduit, il faut bien que les établissements trouvent du financement alternatif, sinon ils laissent la place à d'autres établissements qui vont se créer d'eux-mêmes de toutes pièces. Parce qu'il y a des gens qui vont payer. Au lieu de passer par les salles d'urgence, ils vont plutôt payer, et même ils vont payer souvent certains établissements pour passer plus rapidement ou avoir droit à certains examens particuliers, comme on le fait, voyez-vous.

Mme Lamquin-Éthier: Mais on les encourage, actuellement. Dans mon comté, il y a des gens qui m'interpellent. Un exemple récent: une femme de 70 ans qui a une masse à la tête. Le médecin de l'hôpital la réfère à un médecin d'un autre établissement pour passer une résonance magnétique. Le médecin qui la reçoit la regarde puis il lui dit: Écoutez, 70 ans, passer une résonance magnétique, ça n'a pas d'allure! Ça coûte bien trop cher! Pourquoi vous n'allez pas au privé, madame? On encourage déjà actuellement les gens à recourir au privé. Et même des gens qui passent par leur CLSC, selon ce qu'ils me rapportent et sous réserve d'une validation, on leur demande de plus en plus s'ils sont assurés pour faire affaire avec... Vous ne croyez pas encore beaucoup plus important qu'on examine ça comme il faut dans le but de restreindre, d'arrêter avant que ça prenne des proportions qui sont carrément désavantageuses pour la personne qui aura à payer?

M. Rheault (Jean Joseph): Oui. Bien, enfin, là, ça serait une position que je qualifierais de sociale-démocrate un peu...

M. Gadoury (Pierre): Si vous permettez, il ne s'agit pas d'improviser, au fond, ce type d'activités là, mais je pense qu'il faudrait peut-être se donner une marge de manoeuvre. Et la proposition va dans le sens des revenus de certains services après que la nature de ces revenus et services aurait été autorisée par la régie régionale. Je veux dire, ou bien on s'entend pour dire: Il n'y a aucune espèce d'ouverture possible par rapport au futur et chacun prendra un numéro pour avoir droit aux services au centre hospitalier de son choix quand le médecin ou les équipes seront disponibles, ou bien on commence à penser à avoir une certaine ouverture à autre chose à examiner. Je veux dire, on ne fait pas d'omelette sans casser des oeufs. Il y a une certaine perspective

évolutive qui doit se situer à l'intérieur de ça, à mon avis, qui pourrait permettre à la population d'avoir un certain équilibre.

Mme Lamquin-Éthier: Celle qui en a les moyens.

M. Gadoury (Pierre): Moi, je vais vous en donner un, exemple aussi. Une vasectomie chez un homme, c'est un geste médical, mais en même temps c'est une décision qui réfère à une décision très personnelle de dire: Moi, je ne veux plus être géniteur.

Mme Lamquin-Éthier: O.K., mais là c'est le médicalement requis.

M. Gadoury (Pierre): Alors, à ce moment-là, est-ce que ce genre de services là ne pourrait pas être regardé, examiné en termes de: Puisqu'il s'agit d'une décision... Ce n'est pas un problème de santé que d'avoir une vasectomie. Bon, là, je ne m'embarque pas dans quelque chose... Je ne suis pas médecin, mais il n'en demeure pas moins qu'il y a certaines choses qui pourraient être examinées très attentivement et qui font que l'État n'a pas à contribuer, ou de façon très sommaire.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, ça serait de sanctionner ou de légaliser des pratiques qui ont déjà cours dans le réseau alors qu'on n'a jamais eu l'occasion de discuter de ça non plus et alors qu'elles n'ont jamais été autorisées non plus.

M. Gadoury (Pierre): Et il faut amorcer ce débat-là. C'est ce que notre Association propose.

M. Rheault (Jean Joseph): En réalité, le débat que vous soulevez, il n'a jamais eu lieu, mais ce serait peut-être important qu'on le fasse. C'est un comité qu'on avait déjà proposé au ministère et sur lequel on était prêts à collaborer parce qu'on a une certaine pensée réflexive là-dessus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? Mme la députée de Sherbrooke.

Mme Malavoy: Oui. Bonjour, messieurs. Une petite question concernant des mots que vous rayez. Vous en parlez deux fois. Vous en parlez — je pense que vous voyez où j'en suis — à l'article 5 et à l'article 10. Donc, dans le cas où on adresse une plainte à un établissement ou dans le cas où on adresse une plainte à la régie régionale, vous barrez «sauf excuse valable». Pourtant, ce sont des mots, enfin je ne sais pas, qui ont l'air d'être des mots remplis de bon sens.

● (16 h 40) ●

M. Rheault (Jean Joseph): Mais «sauf excuse valable», c'est parce que, à mon avis, peut-être que la rédaction est fautive. Est-ce qu'on veut dire par là que, si une personne est convoquée pour l'examen de sa plainte, puis qu'on la convoque à un moment donné, puis qu'elle

a une excuse valable pour ne pas se présenter, on va la convoquer à nouveau pour un autre rendez-vous? Parce que, dans le fond, ça veut tout simplement dire que cette personne-là pourrait trouver une excuse pour ne pas se présenter à l'examen de sa plainte de façon définitive.

Mme Malavoy: Bien, écoutez, je ne sais pas comment on doit interpréter les mots. Moi, quand je comprends «sauf excuse valable», je suppose que c'est une raison qui doit s'expliquer, qu'il doit y avoir des motifs sérieux et qui auraient pour objet de permettre tout de même que le processus se déroule sans qu'on soit complètement bloqué si la personne, même avec une excuse valable, ne peut pas être là. Mais je vous pose la question. Peut-être qu'il faudrait également avoir l'éclairage des gens qui ont pensé la loi. Je trouvais ça un peu radical d'enlever ça. Je me dis: Des gens peuvent, ne serait-ce que pour des raisons de santé, par exemple, ne pas être en mesure de se déplacer. Je pense surtout au cas de l'usager. Quand il s'agit d'une ressource, bien, il peut y avoir une personne ou l'autre qui se déplace. Mais je trouvais ça simplement un peu drastique. Puis, comme c'est vraiment en caractères gras et barré deux fois, bien, ça... Puis, moi, en plus, je l'ai surligné en jaune — ha, ha, ha! — alors ça paraît d'autant plus...

M. Rheault (Jean Joseph): Peut-être qu'on ne l'avait pas vu sous le même angle que vous. On ne voyait pas ça comme une contrainte. Ha, ha, ha! Il y a une ambiguïté là, c'est certain.

Mme Malavoy: Mais votre préoccupation, c'est que quelqu'un ne puisse pas se dérober à ses responsabilités.

M. Rheault (Jean Joseph): C'est ça, donc de façon définitive. Tu sais, il pourrait, avec excuse valable, dire: Je ne peux pas y aller aujourd'hui, mais, si on le convoque à nouveau une autre fois, il ne peut pas indéfiniment donner une excuse valable pour ne pas se présenter, parce que c'est chronologique, ça, c'est circonstanciel.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

Mme Malavoy: Ça va. Je pense que c'est à...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Rheault (Jean Joseph): Je pense qu'on est d'accord, enfin sur le fond. C'est peut-être juste une question de sémantique.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin, dernière intervention.

M. Marsan: Oui. Merci, M. le Président. Merci, à vous aussi. Vous nous avez toujours habitués à présenter

d'excellents mémoires. Je regardais la suggestion que vous faites sur la politique nationale de l'encadrement et je me suis aussi aperçu que vous avez perdu environ 5 000 membres; en tout cas, le nombre de postes abolis est peut-être plus. C'est beaucoup de monde parti, et, derrière ces départs-là, je pense que vous êtes encore mieux placés que nous autres pour nous parler des difficultés que les gens peuvent avoir souvent à se replacer parce que le réseau de la santé, c'est la santé puis que, quand ça ferme dans un hôpital, ça ferme aussi dans d'autres. En tout cas, c'est très difficile avec tous les chambardements qu'on connaît.

Moi, la question que je me pose, puis je vous la pose en même temps... Je crois qu'on devrait être d'accord avec une politique globale de l'encadrement. Je pense que c'est important, et c'est de reconnaître l'utilité des cadres dans les différents établissements, sauf que la question, c'est: Est-ce que c'est à ce moment-ci, dans le cadre de la loi n° 404, qu'il faut la poser? D'autres groupes nous ont aussi dit et nous pensons que la loi n° 404 est là comme un projet de loi puzzle, à la pièce: plaintes des usagers, on va le régler; département régional des médecines générales, on va le régler. Par contre, on peut aussi dire: Bien, si ce n'est pas à 404, ça va être quoi, puis ça va être quand, puis ça va être comment?

M. Rheault (Jean Joseph): Bien, c'est ça, exactement. Ha, ha, ha! C'est un peu ça aussi.

M. Marsan: Moi, je voudrais aussi souligner l'utilité des cadres non seulement dans leurs tâches quotidiennes, mais je me souviens, dans des moments d'exception qu'on a pu connaître, que ce soient des plans de redressement, des grèves, des opérations de contrôle de qualité ou un certain nombre d'opérations importantes de vérification interne aussi, qu'à chaque fois les cadres répondaient extrêmement bien et qu'ils étaient en place. Alors, tout ça pour vous demander: Est-ce que c'est le moment choisi puis que c'est le grand jour où il faut régler la politique d'encadrement dans le cadre de la loi n° 404?

M. Rheault (Jean Joseph): Bien, c'est sûr que la tribune était favorable, ici, puis l'article 507 donne un peu cette ouverture-là parce que l'article 506 est un peu un article fourre-tout, à l'intérieur de la loi, qui englobe énormément de choses. Enfin, c'est comme si la loi réduisait un petit peu toute la problématique qu'on veut soulever aujourd'hui à l'intérieur de l'article 507 qui n'est pas adéquat de toute façon. Bien, c'est sûr que, si on nous offrait une autre tribune ou un autre endroit pour le faire, on serait très volontaires puis très reconnaissants aussi. Ça nous apparaissait aujourd'hui au moins comme une tentative de vous sensibiliser à cette question-là, à son importance aussi; c'était plus ça.

M. Marsan: Excusez-moi. Quand vous faites allusion à l'article 507, j'essaie juste de...

M. Rheault (Jean Joseph): Non, mais les barèmes...

M. Rochon: L'article 507 de la loi.

M. Rheault (Jean Joseph): L'article 507 de la loi.

M. Marsan: De la loi 120.

M. Rochon: Oui.

M. Marsan: O.K. Ça va. Ça va bien. Je me demandais, là... O.K., c'est beau.

M. Rheault (Jean Joseph): C'est une loi qui recouvre énormément de choses. Puis d'ailleurs on voudrait soulever un dernier point aussi que vous n'avez pas... On voudrait vous souligner l'importance du personnel professionnel syndicable non syndiqué qui représente près de 11 000 personnes dans le réseau. C'est des gens qui sont éparpillés un peu dans tous les établissements, des gens extrêmement compétents puis avec une très grande expertise, et souvent on a tendance à les oublier. Si on les oublie pour la reconnaissance de leurs droits, on les oublie aussi comme force motrice, voyez-vous. C'est pour ça qu'on souhaiterait quand même qu'eux soient introduits dans l'article 507 au paragraphe 1°.

M. Marsan: O.K.

● (16 h 50) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? Alors, on vous remercie beaucoup au nom de tous les membres de la commission. J'invite maintenant les membres de la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires à s'approcher.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Malavoy): On comprend très bien. De toute façon, on a rattrapé le retard qu'on avait pris au début, donc on peut fort bien prendre le temps qu'il faut pour vous écouter.

Je crois comprendre que c'est M. Guay qui fera la présentation. Alors, je vous demanderais d'introduire les personnes qui vous accompagnent, et puis ensuite nous vous écoutons. On peut prendre une vingtaine de minutes, si vous le souhaitez, pour vous écouter et ensuite partager le temps entre le côté ministériel et l'opposition pour les échanges. Allez-y.

Coalition des tables régionales d'organismes communautaires

M. Guay (Daniel): Nous vous remercions beaucoup de nous recevoir aujourd'hui. Donc, je suis Daniel Guay, coordonnateur du Regroupement des organismes communautaires de la région de Québec. Je suis accompagné de Robert Théorêt, qui est au Regroupement des organismes communautaires de la région de Montréal, de Jacinthe Huard, qui est de la Table régionale des organismes communautaires de Chaudière-Appalaches, et de Rachel Boivin, qui est de la Table

régionale des organismes communautaires du Nord du Québec.

J'aimerais vous signifier que, durant la période de 20 minutes — peut-être qu'on va prendre un peu moins de temps — on a prévu un petit temps de quatre à cinq minutes pour Rachel, qui est du Nord du Québec, compte tenu qu'il y a une particularité importante dans le projet de loi, en termes d'amendements, qui concerne cette région-là. Et, compte tenu qu'ils ont demandé d'être reçus en commission et que ça n'a pas été possible, on apprécierait pouvoir prendre un peu de temps durant la présentation de 20 minutes.

La Présidente (Mme Malavoy): Sans problème, sans problème.

M. Guay (Daniel): Ça va bien?

La Présidente (Mme Malavoy): Le temps vous appartient, vous l'utilisez comme bon vous semble.

M. Guay (Daniel): Je vous remercie. Donc, la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires représente environ 2 600 organismes communautaires qui sont reconnus et financés par les régies régionales de la santé et des services sociaux. Les 16 tables régionales, qui représentent les 16 régions administratives du Québec, ont été mises en place dans le cadre du processus de régionalisation de la santé et des services sociaux en 1991-1992 où le ministère de la Santé avait mis une enveloppe budgétaire à la discrétion des régies régionales pour les fins de consultation et de concertation régionales.

Donc, c'est dans ce cadre-là que les tables régionales se sont mises en place il y a maintenant cinq ans, six ans, et la Coalition des tables régionales est toute nouvelle. En fait, ça fait maintenant à peu près un an qu'elle fonctionne, sans budget. Donc, on vous remercie aujourd'hui de nous reconnaître politiquement en nous associant aux travaux de la commission. En même temps, vous êtes conscients que, faute de ressources financières, on a dû travailler avec de l'huile de bras. Donc, on essaie d'alimenter les débats que vous aurez à faire sur ce projet de loi là du mieux qu'on peut.

Rapidement, je voulais vous ressortir les principaux éléments qui ressortent du mémoire, donc ne pas lire ce document-là parce que vous l'avez déjà entre les mains, mais il faut ressortir les principaux éléments. Dans les éléments que nous avons ressortis, ce qu'on disait, entre autres, c'était non à la question de la cooptation dans le cadre des établissements publics, en disant qu'il y avait là un pouvoir d'ingérence des régies régionales de définir qui serait coopté ou non dans les établissements publics. Ce qu'on dit, c'est que c'est du ressort de l'établissement de déterminer les gens qui seront cooptés dans leurs instances.

Deuxième élément, l'abolition des assemblées publiques en tant que reddition de comptes pour les établissements publics. Ce qu'on faisait comme réflexion dans le

mémoire de la Coalition, c'était à l'effet que la reddition de comptes qui se fait lors d'une assemblée publique, c'est un moment privilégié pour la population d'évaluer le travail d'un établissement. On apprécierait que ces éléments-là demeurent pour que la population puisse faire un travail d'évaluation et non pas voir au bon fonctionnement à chaque séance publique de l'établissement en question. Mais qu'il y ait vraiment un moment privilégié où on permet à la population d'évaluer le travail qui s'est fait.

Troisième élément, la question des comités d'usagers. C'est impossible d'avoir une majorité d'usagers dans les comités d'usagers. On précise qu'on pourrait puiser ailleurs que dans le réseau de la santé et des services sociaux. Sur ce, ce qu'on disait, c'est que, dans le cadre de la culture des organismes communautaires, on privilégiait, nous autres, plus un processus d'éducation populaire qui permettrait à des personnes usagères d'être partie prenante des comités d'usagers plutôt que de prendre des gens à l'extérieur du réseau. Donc, on se questionnait sur les avancées du projet de loi concernant des gens qui seraient extérieurs au réseau de la santé et membres des comités d'usagers.

Autre élément qui nous questionnait, les rapports annuels des comités d'usagers. Le projet de loi précise qu'il y a une non-obligation de remettre des rapports annuels et que ce serait sur demande seulement. La réflexion qu'on se faisait, c'est: Que l'on dérègle, c'est une chose, mais qu'on s'assure de savoir ce qui se passe dans les comités d'usagers, c'est important. Donc, on vous recommande de maintenir cette reddition de comptes là, donc que les comités d'usagers aient l'obligation de remettre leur rapport d'activité.

Cinquième élément, la question du Commissaire aux plaintes. En fait, on se posait la question: Quelles sont la distance et l'objectivité que le Commissaire aux plaintes peut avoir concernant les plaintes des usagers, usagères? Quelle est l'objectivité que le Commissaire aux plaintes peut avoir vis-à-vis des problèmes d'accessibilité pour la population? Par exemple, si le problème d'accessibilité est lié aux compressions budgétaires, quel est le pouvoir du Commissaire aux plaintes de questionner le gouvernement du Québec? Donc, on était plus à l'aise avec l'idée d'extensionner les pouvoirs du Protecteur du citoyen à cet égard, en matière de santé et de services sociaux, que de limiter ce travail-là au Commissaire aux plaintes.

Sixième élément qui est pour nous autres majeur et qui ne semble pas ressortir, à moins que vous nous contredisiez, la question de la tarification. Et là on a un problème de fond parce que, dans l'article de loi 505 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le paragraphe 29° est aboli dans le projet de loi que vous amenez. Je prends la peine de le lire parce que, pour nous autres, il demeure important. Le paragraphe 29° de l'article 505 dit ceci: «prescrire le montant...» En fait, pour préciser, c'est: «Le gouvernement peut par règlement prescrire le montant des frais d'administration qu'un établissement peut exiger d'un usager pour la prestation par un centre hospitalier de services également accessibles dans un centre local de services communautaires ou dans

un cabinet privé de professionnels et déterminer les cas, conditions et circonstances dans lesquels ces frais peuvent être exigés.»

On se pose de sérieuses questions sur la création de la tarification aux usagers, usagères. Est-ce que, pour des services administratifs, avec l'abolition de ce paragraphe-là, on va pouvoir tarifier aux personnes? Donc, est-ce que, pour le ministre et pour la commission, l'idée d'enlever ce paragraphe-là introduit le fait qu'il n'y aura pas de tarification ou qu'il va y en avoir une? On est inquiets sur cette question-là. Si c'est l'introduction d'une tarification, là-dessus on n'est pas d'accord. On aimerait vous entendre sur cette question-là parce que, pour nous autres, il y a ambiguïté de ce côté-là.

Un autre élément fondamental qu'on ressortait dans notre mémoire, c'était le statut des personnes hébergées en ressources intermédiaires. Donc, deux éléments sont liés à ça, la question de... En fait, on a pris connaissance du mémoire de la Conférence des régies régionales et on se posait de sérieuses questions sur la compréhension que la Conférence pouvait avoir de cette modification-là. Pour nous autres, il est clair que la notion d'«inscrit» ne s'ajoute pas à la notion d'«admis». Or, la Conférence des régies nous dit dans son mémoire que les deux s'additionnent. On aimerait que vous nous éclairiez sur ça parce que, pour nous autres, dans la ressource intermédiaire, la question d'«inscrit» ne s'additionne pas à «admis», c'est-à-dire qu'on passe des personnes admises à un statut d'inscrit. Donc, le panier de services est beaucoup plus serré. Là-dessus, on aimerait vous entendre pour voir si on additionne ou si on soustrait.

● (17 heures) ●

L'autre élément concernant le statut des personnes hébergées est lié à la question de la liberté des organismes communautaires mais d'hébergement. Dans notre mémoire, on vous disait qu'à ce chapitre des amendements clairs à la loi devraient être apportés pour faire en sorte qu'une ressource intermédiaire reconnue en vertu de l'article 301 et 314 ne soit pas reconnue comme un organisme communautaire en vertu des articles 334 et 338 et ne soit pas admissible au financement dédié aux organismes communautaires.

L'autre élément, c'est que la distance d'une entente de gré à gré entre un organisme communautaire d'hébergement et un établissement public en vertu de l'article 108 de la loi n'ait pas pour conséquence que celui-ci soit qualifié de ressource intermédiaire. Donc, deux éléments qui sont liés à la liberté d'orientation des organismes communautaires d'hébergement.

Le neuvième élément, la question de l'intégration de force des organismes communautaires. En fait, on faisait ressortir dans notre mémoire qu'on s'inscrivait en faux à l'effet d'être considéré sur le même pied que les ressources publiques à l'article 12 du projet de loi en disant: Que la loi permette à une personne physique de porter plainte à une régie régionale pour des services reçus et non reçus dans un établissement, d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial, que ce droit soit étendu à des personnes autres qu'usagères, nous le concevons fort

bien. C'est dans le mandat des régies régionales de s'assurer, dans le cadre de leurs fonctions, que la population reçoive les services de qualité auxquels elle a droit. Les composantes du réseau public ont des obligations définies par le réseau public et disposent des moyens en conséquence.

Dans le cas des organismes communautaires, c'est autre chose. Il en va autrement. Ouvrir la porte à la possibilité pour une personne non usagère de s'adresser à une régie dans le cadre d'une procédure de plainte pour forcer un organisme communautaire à offrir ou dispenser un service ou modifier sa façon de faire nous semble remettre en question directement l'autonomie des organismes communautaires de déterminer librement leurs orientations et leurs pratiques.

L'autre élément est lié à la balkanisation des programmes, et je vous soulèverai tout le travail qui a été fait. En fait, je pense ici au programme national Soutien aux organismes communautaires. J'y ai siégé pendant deux années, au comité ministériel de liaison des organismes communautaires, où on a eu à définir les balises nationales d'un programme de Soutien aux organismes communautaires, et on se fait dire dans le projet de loi qu'on va abolir les programmes nationaux. J'aimerais vous entendre là-dessus, parce que pour nous autres c'est clair que la mise en place d'une politique nationale de reconnaissance des organismes communautaires fait partie du décor depuis maintenant des années et elle s'est plus concrétisée dans le cadre des travaux du comité ministériel. Et là, en fait, ce qu'on vient se faire dire dans le cadre du projet de loi, c'est que le programme national SOC disparaîtrait à tout jamais. Donc, on aimerait vous entendre sur cette question-là.

Autre et dernier élément que je vous amènerais en résumé, donc, la question de la rétribution des services. En fait, oui, on est plus à l'aise avec une souplesse dans les montants à verser au niveau des ressources intermédiaires; par contre, on y mettrait la condition qu'il faut qu'il y ait une grille qui soit fixée par le ministre. Donc, ce n'était pas clair, en tout cas dans la lecture qu'on y faisait. On aimerait que vous nous rassuriez là-dessus, parce que sinon on va former 16 petits Québec en un, et ça va être l'anarchie sur les montants qui vont être versés dans les ressources intermédiaires.

Je passerais la parole à Rachel Boivin pour la dernière partie qui concerne le Nord-du-Québec. Ça va? On entre dans le temps?

La Présidente (Mme Malavoy): Ça va très bien, tout à fait bien.

M. Guay (Daniel): D'accord, merci.

La Présidente (Mme Malavoy): Mme Boivin.

Mme Boivin (Rachel): Bonjour. Si on a désiré se faire entendre aujourd'hui, c'est parce qu'il y avait une partie du projet de loi qui portait exclusivement sur le Nord-du-Québec. Ça semblait peut-être à première vue

ressembler à des articles de concordance, sauf que, pour les organismes communautaires de la région Nord-du-Québec, on a poussé un petit peu plus loin et on aimerait vous faire part des inquiétudes que ça nous pose.

Alors, dans un premier temps, évidemment la région Nord-du-Québec est particulière parce que son territoire représente approximativement 60 % de la province de Québec pour 0,5 % de sa population. Alors, c'est particulier contrairement aux autres régions. Il y a déjà un comité aviseur qui s'est penché sur la question, à savoir pour notre région il y avait un projet de fusion, fusionner la régie régionale avec l'établissement compte tenu du peu de population dont on disposait et de l'étendue du territoire. Alors, ce projet-là, c'était pour éviter justement du dédoublement de personnel, et ce qu'on nous présente dans le projet de loi ce n'est pas la fusion mais plutôt l'abolition de la régie régionale. Pour les organismes communautaires, ça pose des inquiétudes, à savoir, dans un premier temps, la façon dont les organismes communautaires sont représentés sur le C.A. proposé dans le projet de loi. C'est-à-dire que dans un article on nous dit: Les organismes communautaires ne peuvent pas siéger sur un C.A. d'établissement alors que dans la particularité du Nord-du-Québec, on nous dit: Vous autres, vous pouvez siéger sur l'établissement. Il y a une exception faite pour notre région, mais ce n'est même pas nous qui désignons la personne qui va être là, c'est les personnes qui sont nommées avant nous qui vont nous désigner là. Alors, c'est un premier point qu'on aimerait soulever.

À part ça, ce que ça nous amène comme inquiétude, un peu, c'est plutôt au niveau de l'autonomie, parce que, là, la régie, l'établissement et les organismes communautaires, on se sent partenaires, alors que, si on a l'abolition de la régie, on se sent comme subalternes. Ça nous fait peur. On a peur à notre autonomie, on a peur que... Je vais vous donner un exemple concret. Dans notre région, on a peur, par exemple, que, si on dit dans une halte-garderie: L'établissement va référer une clientèle, puis l'organisme va dire: Écoute, j'en ai d'autres références du milieu, que l'établissement peut dire: Bon. Écoute, c'est moi qui te finance. Donc, on a peur que ça joue, ça, un peu. Alors, c'est un peu à ce niveau-là, la perte d'autonomie.

On trouve aussi que ce n'est pas nécessairement assez clair, à savoir encore: Qui va administrer tout ça? Comment ça va se faire? Comment l'établissement entend-il s'acquitter de ses nouveaux mandats? On trouve qu'il y a des questions qui ne sont pas assez claires encore pour nous permettre de dire qu'on va adopter ça, qu'on est prêt à embarquer là-dedans. D'abord, on trouve que c'est dangereux de passer de partenaire à subalterne. C'est un peu les inquiétudes des organismes communautaires dans la région du Nord-du-Québec. En plus, il y avait déjà un projet de fusion, puis là on nous propose l'abolition de la régie; ça nous fait peur. C'est un peu les inquiétudes pour le Nord-du-Québec.

La Présidente (Mme Malavoy): Est-ce que ça fait le tour des commentaires et des questions que vous aviez?

Mme Boivin (Rachel): L'autonomie des groupes, puis les sièges réservés aux organismes communautaires à titre de partenaires. Puis la façon dont c'est désigné, aussi.

La Présidente (Mme Malavoy): M. Guay, est-ce que ça complète l'ensemble de la présentation?

M. Guay (Daniel): Oui.

La Présidente (Mme Malavoy): Alors, je vais dans un premier temps, donc, demander au Dr Rochon de faire ses commentaires et poser ses questions.

M. Rochon: Merci, Mme la Présidente. Je vous remercie beaucoup. On voit que vous avez fait vraiment le tour du projet de loi, puis vous posez beaucoup de questions. Mais ils retournent un peu le rôle à l'envers; c'est eux qui nous posent des questions, puis...

La Présidente (Mme Malavoy): Je n'ai pas osé faire ce commentaire, mais je me suis posé la même question, moi aussi.

M. Rochon: Mais c'est correct.

M. Guay (Daniel): C'est pour me rassurer, en fait.

M. Rochon: C'est correct. Oui, oui. Rapidement, je vais vous retourner la balle sur les questions posées, parce qu'elles sont très pertinentes, et c'est important d'être sûr que de part et d'autre on se comprend bien là-dessus.

La question, vous commencez... Si j'en oublie vous reviendrez, c'est parce que ça m'aurait échappé, mais ce n'est pas l'intention d'en laisser tomber. Je pense que la première que vous soulevez et qui est très importante, c'est la question du paragraphe 29° de l'article 505 qui est aboli. Bon. Ça, ce n'est peut-être pas évident et facile en lisant le jargon d'un projet de loi, mais la volonté, ce qu'on fait... en fait, le 29°, ça décrivait ce qui s'était appelé à l'époque le ticket orienteur ou modérateur, et je pense que vous vous étiez prononcés assez fortement contre ça.

Ça a quand même été dans la loi, et là il y a eu un changement de gouvernement puis le nouveau gouvernement ne l'a jamais appliqué. Puis, comme il avait dit qu'il ne l'appliquerait jamais, bien, on s'est dit: C'est aussi bien de l'enlever, ça va être plus sûr qu'il ne sera pas appliqué. Alors, ce qui a été enlevé avec ça, c'est toute notion d'avoir un ticket modérateur ou orienteur ou quoi que ce soit qui serait introduit dans les établissements pour les services de santé.

Évidemment, c'est une question différente de la tarification qui est demandée pour l'hébergement, par exemple, dans les soins de longue durée, mais vous vous rappelez de tout le débat sur le ticket modérateur ou orienteur. Alors, 29°, ça décrivait en termes légaux, on ne le reconnaît pas, mais c'est ça que ça décrivait, le ticket

orienteur; en l'enlevant ça fait disparaître toute notion de ticket modérateur. Alors, ça rejoint en fait ce qu'était, vous autres, votre position à l'origine. Bon.

M. Théorêt (Robert): Est-ce qu'on me permettrait juste de réagir? On est très heureux d'entendre ça, M. le ministre. C'est effectivement très sécurisant, pas simplement pour nous autres, mais, je pense, pour la population du Québec.

M. Rochon: Oui, oui. C'est ça.

● (17 h 10) ●

M. Théorêt (Robert): Notre inquiétude par contre, en tout cas je me permettrais de dire qu'elle n'est pas si grande que ça dans un contexte où effectivement on a tendance à déréglementer puis à confier aux régies régionales et aux établissements. Notre question, à notre sens, était tout à fait légitime dans le sens où même si on enlevait ça, est-ce que ça voulait dire qu'on transférerait ou qu'on permettrait aux établissements maintenant? On pense que la garantie qu'il y avait dans la loi... Parce que le texte de loi disait que ça permettait, c'est un pouvoir que le ministre avait de prescrire. S'il prescrit qu'il n'y en aura pas, il n'y en aura pas, mais, si on enlève ce pouvoir de prescription là, est-ce qu'on n'ouvre pas la porte à ce que certaines régies régionales puissent se dire, s'approprier ce pouvoir-là ou que même les établissements puissent le faire?

M. Rochon: Non. Si même pas le ministre l'a, les régies ne peuvent pas prétendre l'avoir, parce que les régies n'ont nécessairement qu'un pouvoir délégué du ministre. Alors, si le ministre ne l'a même pas, la régie ne peut pas l'avoir, encore moins l'établissement...

M. Théorêt (Robert): Tant mieux.

M. Rochon: ...parce que l'imputabilité finale est sur les épaules du ministre. Ça, c'est sûr. Puis, si on révérfiait avec nos conseillers juridiques, vous pouvez être assurés qu'en enlevant ça ça enlève même au ministre la possibilité de décider de décréter un frais de quelque nature.

La question des ressources intermédiaires et le changement du statut d'admis à inscrit. Ça, c'est une clarification qu'on pense aussi avantageuse. D'abord pour uniformiser un peu la situation parce que, dans l'ensemble du Québec, c'était soit admis, soit inscrit, c'était un peu selon... c'était développé de différentes façons. Alors, en uniformisant puis en disant qu'une personne qui va dans l'établissement même elle est admise, si la personne a des services d'une ressource intermédiaire, en lui donnant un statut d'inscrit, la personne se trouve à être considérée comme inscrite à l'établissement parce qu'elle reçoit ses services de façon externe par rapport à l'établissement.

Mais l'avantage que ça donne, en plus d'uniformiser, c'est que les personnes qui sont là... Évidemment, une personne qui a des revenus et qui peut payer peut être amenée à contribuer dans une ressource intermédiaire.

Mais l'important, c'est que la personne qui n'a pas de revenus, elle, va avoir plus d'argent dans ses poches à la fin de la journée parce que la sécurité du revenu, à une personne admise, donne une allocation de dépenses de 145 \$, parce que, étant admise, il y a d'autres choses qui sont fournies par l'établissement puis il y a un ajustement qui est fait.

Si la personne est inscrite seulement, son allocation, elle est de 193 \$ au lieu de 145 \$. Par contre, la personne va devoir, étant prestataire de la sécurité du revenu, contribuer pour le maximum de l'assurance-médicaments, un maximum de plafond mensuel de 16,66 \$. Mais, si vous soustrayez ça du 193 \$, il lui reste encore 176,34 \$ au lieu de 145 \$. Donc, vous voyez, en uniformisant et en généralisant ce statut, la personne à faibles revenus et prestataire de la sécurité du revenu va en avoir un peu plus, d'argent, de la sécurité du revenu que de laisser ça se faire dans des établissements ou à des endroits. Parce qu'ils étaient inscrits, il y en a qui en avaient un peu plus; d'autres, parce qu'on avait décidé qu'on les admettait, en avaient un peu moins. Alors, on faisait ce changement-là pour une question en fait d'équité et à l'avantage des personnes qui sont les plus démunies. Alors, il n'y a vraiment pas d'autres conséquences que ça à «admis» ou «inscrit».

La question des programmes nationaux, le risque...

M. Guay (Daniel): M. Rochon, est-ce qu'on peut répondre à ça?

M. Rochon: Excusez! Oui, oui, O.K.

M. Théorêt (Robert): Sur cette question-là, c'est que, à notre sens, la notion d'admis offrait, contrairement à ce que vous venez de nous dire, une meilleure protection sur certains autres aspects. Par exemple, le transport ambulancier, pour quelqu'un qui est admis, d'un établissement à un autre il est gratuit. Si la personne est inscrite, elle va devoir défrayer le transport ambulancier. Il faut voir que les gens qui se retrouvent très souvent en ressources intermédiaires, ce n'est pas les gens qui sont en moyens, c'est les gens qui sont les plus dépourvus, c'est des gens qui ont des problèmes de santé mentale, c'est des gens qui ont des problèmes de déficience intellectuelle, c'est des personnes âgées qui sont en perte d'autonomie. C'est ces gens-là qu'on va retrouver dans des ressources intermédiaires.

Si on est pour faire en sorte que même si on leur garantit une légère... qu'il va leur rester un petit peu plus que ce qu'il leur restait avant, pour les prestataires de l'aide sociale, ça ne nous garantit en rien qu'il n'y aura pas d'autres frais. La question, par exemple, des pansements, la question de tout ce qui est le paramédical... Quelqu'un qui a besoin d'une marchette, par exemple, s'il est dans un établissement à ce moment-là c'est gratuit; s'il prend le statut d'inscrit, ça ne devient plus gratuit, il va devoir défrayer ces choses-là. Ça, c'est des inquiétudes qui nous interrogent beaucoup. Et je pense que la notion d'admis et d'inscrit va plus qu'au-delà du simple montant d'argent qui resterait à la fin du mois.

M. Rochon: Écoutez, sous réserve de vérification...

Il y a M. Simard du ministère, qui est avec moi et qui m'assure de valider l'information. Au besoin, on va vérifier. Mais toute personne qui est prestataire de la sécurité du revenu et qui n'a pas de moyens, la sécurité du revenu prévoit des avantages que tout ce monde-là peut avoir. Et ça, c'est généralisé pour tout le monde. Nous, on n'avait pas le sentiment que, comme des frais d'ambulance ou de différentes prothèses-orthèses... Il y a des prévisions de prévues pour les prestataires de la sécurité du revenu pour qu'ils puissent avoir accès à ces différentes ressources là.

M. Théorêt (Robert): Moi, je pense, M. le ministre, qu'il ne faut pas fermer simplement aux gens de la sécurité du revenu; il faut considérer aussi qu'il y a une large partie de la population qui est à faibles revenus sans être des prestataires de la sécurité du revenu.

M. Rochon: Ça, c'est vrai.

M. Théorêt (Robert): Et, si ces gens-là on les met en situation où ils sont obligés de payer davantage, ils sont en situation de vulnérabilité. Écoutez, on peut assister à des choses difficiles.

M. Rochon: Alors, on va faire une vérification là-dessus. Je n'ai pas tout ça en tête, puis je ne pense pas qu'on puisse aller jusqu'au fond de ça.

M. Théorêt (Robert): Mais je pense qu'il ne faut pas restreindre.

M. Rochon: L'intention n'était pas que pour les gens... Encore une fois, des gens qui ont des moyens et qui peuvent payer, comme dans notre régime de tarification, vont être amenés à contribuer selon leurs moyens. Mais il n'y avait aucune intention là de priver qui que ce soit, de gens prestataires ou de gens à faibles revenus, parce que d'autres programmes couvrent ces gens-là. Mais on va revérifier ça. Là, on ne peut pas aller jusqu'au fond de ça aujourd'hui, et, si c'était le cas, on va s'assurer de ne pas faire un geste qui aurait des conséquences qu'on n'aurait pas prévues ou qu'on réaliserait juste après coup.

M. Théorêt (Robert): C'est parce que notre compréhension de la question des ressources intermédiaires, pour nous autres, c'est des ressources qui se situent dans le prolongement des mandats des établissements. Il ne faudrait pas faire en sorte qu'une personne qui se retrouve dans le prolongement d'un mandat de réinsertion sociale de l'établissement soit coupée.

M. Rochon: Oui, mais attention, là, peut-être qu'il y a un concept à rajuster, là, en tenant compte de la capacité des gens de payer et d'assurer l'accessibilité aux services pour tout le monde. Les ressources intermédiaires, ça se veut être des ressources plus légères que ce qui demande une admission dans un établissement, et il y a différentes modalités. D'ailleurs, ça évolue et ça se

multiplie, le type de variétés des ressources intermédiaires, pour être le plus possible des ressources qui sont très intégrées dans la communauté et qui amènent une vie des gens la plus intégrée dans leur communauté.

M. Théorêt (Robert): Ça, on n'est pas contre ça.

M. Rochon: C'est vraiment le contraire du concept de l'admission dans un établissement. Et c'est ça qui était la logique qui était suivie, qu'une personne qui reçoit des services d'une ressource intermédiaire par rapport à l'institutionnalisation, c'est une personne qui était en externe par rapport à l'admission dans un établissement. Je pense que la logique se tient là-dessus.

Mais je retiens votre point que: Est-ce que, ce faisant, en étant plus logique et plus cohérent, on risquerait de pénaliser des gens qui n'auraient plus accès de la même façon à certains services dont ils ont besoin? Ce qui ferait que, compte tenu des prestations qu'ils ont, en ayant changé de statut aussi, nous, on pensait puis on voulait s'assurer qu'ils s'en trouvent mieux en fin de compte qu'autrement. Mais on prend note de votre commentaire là-dessus et vérification va être faite, ça, je peux vous l'assurer.

Disparition des programmes nationaux pour être remplacés par des programmes faits au niveau des régions. Ça, je n'ai pas compris que vous étiez nécessairement contre ça comme concept, qu'à l'intérieur de balises nationales, d'orientations ministérielles, qu'on remette plus localement sur le terrain, en région, l'encadrement dans des programmes, mais vous craignez que ça ait un effet de faire disparaître les organismes communautaires. Non?

M. Guay (Daniel): Non, ce n'était pas ça.

M. Rochon: Ou faire disparaître le SOC.

M. Guay (Daniel): J'ai pris l'exemple du programme SOC national pour essayer d'illustrer, parce que c'est le programme qu'on connaît le plus, bien entendu. Mais bien entendu la question qu'on se posait, puis, moi, pour avoir lu le document de Jean-Claude Deschênes sur les responsabilités des régies du ministère où les régies doivent être responsables de la mise en oeuvre des programmes politiques de l'État, je ne voyais pas... on se questionnait sur la pertinence de l'abolition des programmes, parce qu'on peut bien donner des orientations, mais est-ce qu'on va s'assurer que la réponse aux besoins de la population va être servie correctement si on abolit les programmes qui permettent justement d'aller plus loin au niveau des grandes orientations?

On se questionne beaucoup, parce qu'on voit ce que ça donne au niveau des organismes communautaires avec le programme national SOC où on se dit qu'on tient compte d'une question d'équité de financement dans l'ensemble des organismes communautaires de la province. Ce n'est pas dans une région ou dans une autre que ça coûte moins cher, etc. Habituellement, ça se balance.

Ça fait qu'en termes d'équité on se posait la question: Est-ce que l'abolition des programmes vient faire en sorte que l'accessibilité à des ressources ne sera pas... Je veux dire, il y a une modalité opérationnelle, je dirais, à laquelle les programmes servent.

M. Rochon: Bien ça, c'est tout le débat sur la décentralisation.

M. Guay (Daniel): Exactement.

• (17 h 20) •

M. Rochon: C'est ça qu'on remarque comme question. L'optique qui est prise dans le 404 et qui a été demandée pendant... Je ne sais pas si le pendule va repartir de l'autre côté, là, mais le pendule est allé très loin pour dire: On est trop centralisé, on est trop standardisé, on est trop normé et on a des programmes mur à mur nationaux; ça fait que, quand on vient pour appliquer ça en région et localement dans les établissements, ça devient des carcans. Et très souvent, c'est soit la règle de Montréal qui s'applique à tout le monde ou la règle des régions qui s'applique à Montréal. Tout le monde est également insatisfait au bout de la ligne.

L'intention des amendements était de garder et même ça va mettre plus de poids sur le ministère pour s'assurer qu'il y ait des mesures d'équité, en partant par l'équité des enveloppes régionales, des paramètres nationaux qui assurent qu'il n'est pas question de balkaniser le Québec, là, en décentralisant, que tous les citoyens et citoyennes du Québec ont accès aux mêmes services selon leurs besoins à travers tout le Québec, mais que, rendu au niveau de faire un programme, de programmer la façon de rendre des services, ça on confie ça au niveau régional pour que ça soit adapté, en Gaspésie, sur la Côte-Nord, en Abitibi, à Montréal ou ailleurs, aux conditions de la région.

Alors, c'est sûr que, quand on décentralise, il faut qu'on s'assure qu'on garde les paramètres nationaux pour qu'il y ait équité, et c'est ça qu'est l'intention qui est faite. Mais, si on dit: On veut s'assurer de l'équité au point que partout ça va se passer pareil, bien, là, évidemment, c'est le pendule qui repart de l'autre bord. Là, on dit: On n'a pas confiance qu'on peut décentraliser un système et que les régions peuvent bien faire les choses à l'intérieur de paramètres nationaux, puis on veut s'en assurer que plus, on recentralise, puis à ce moment-là il y a les inconvénients de ça. Tu sais, il n'y a pas de système parfait et sans risques.

M. Guay (Daniel): Mais, M. Rochon, vous savez que chacune des régies, même si c'est inscrit dans la loi, peut mettre en place des PROS, hein, les plans régionaux d'organisation de services qui sont propres à chacune des régions du Québec. La difficulté qu'on y voit, nous autres, c'est que, si on abolit la... des programmes, le travail que le ministère devra faire, ça va être un travail qui va se faire au niveau des disparités régionales, c'est-à-dire que, lorsqu'on va identifier où le bât blesse dans une région, là, le ministère va intervenir. Hein? Non, mais c'est vrai.

M. Rochon: Oui, mais...

M. Guay (Daniel): C'est après coup que...

M. Rochon: Non, mais réalisez-vous...

M. Guay (Daniel): ...le ministère va réagir.

M. Rochon: ...qu'en pratique, depuis deux ans, les programmes sont faits dans les régions et que le ministère n'en fait plus, de programmes, depuis deux ans.

M. Guay (Daniel): Oui, effectivement.

M. Rochon: Non, mais c'est ça, là.

M. Guay (Daniel): On le sait, on le sait. Ha, ha, ha!

M. Rochon: C'est devenu une réalité de la mise en oeuvre de la décentralisation où on s'est aperçu que c'était une fonction qui se faisait mieux là. Par contre, ça a amené le ministère à renforcer plus ses interventions, et le ministère a son rôle de recibler. Puis, moi, je reconnais qu'il va probablement devoir, encore plus qu'avant, au niveau des stratégies, au niveau de l'évaluation des résultats atteints dans les différentes régions, au niveau de l'application d'indicateurs de résultats sur la santé et le bien-être de la population, se consacrer beaucoup plus à ça et amener les régies à réajuster selon les résultats obtenus plutôt que de mettre tout le monde sur le même modèle, puis dire: S'ils font tous de la même façon, ils sont tous encadrés là-dedans, ça va être mieux pour tout le monde. C'est vraiment le choix des deux enjeux, là. Mais vous remettez vraiment tout le débat de la décentralisation sur la table. Ou bien le programme veut dire différentes choses. C'est une question de sémantique, un peu.

M. Théorêt (Robert): C'est qu'il y a des...

M. Rochon: Si on dit que des balises nationales, des orientations ministérielles, ce n'est pas encore un programme, c'est d'élargir ou d'assouplir le concept de programmation au niveau national pour en faire quelque chose qui est plus stratégique comme orientation et qui met plus l'accent sur les indicateurs et sur l'évaluation. C'est ça, qu'est l'orientation qui a été prise au cours des trois dernières années. En tout cas...

M. Théorêt (Robert): Je pense qu'effectivement tout le risque de jeter le bébé avec l'eau du bain, là... Nous autres, on n'a jamais été... En tout cas, ça fait longtemps que je suis dans le mouvement communautaire, puis je pense qu'on n'a jamais été pour le maintien en place, puis les espèces de carcans qui étaient créés par les programmes. On les a décriés à maintes reprises. Sauf que de là à jeter tout ensemble, là, on pense qu'il y a peut-être un poids qui fait en sorte qu'on irait trop vite.

Il y a des choses qui sont prévues, qui sont garanties par les programmes, c'est-à-dire qu'il y a des éléments d'accès aux services qui sont garantis par les programmes, puis ça, on ne voudrait pas que ça disparaisse.

M. Rochon: Non, c'est correct. Mais ce qu'on dit, c'est que vous voulez que les éléments importants, encore là, les paramètres nationaux, demeurent.

M. Théorêt (Robert): Oui.

M. Rochon: Mais ça n'a pas besoin d'être dans un programme, ça n'a pas besoin d'aller dans les... Ou bien un programme... Le terme, on lui fait dire ce qu'on veut dire. Un programme, ça veut dire que tu vas assez dans les détails, tu vas de façon assez précise. De la façon que c'était fait, c'était ça aussi.

M. Théorêt (Robert): Dans certains cas, je pense qu'il va falloir qu'il y ait des choses qui soient maintenues, qu'il y ait des balises qui soient suffisamment serrées pour maintenir un certain nombre de choses. Vous me permettez un exemple. On aura beau avoir une politique qui reconnaît le droit aux femmes, par exemple, de se faire avorter, si une régie régionale décide, sur son territoire, qu'il n'y en aura pas, de ressources, qui vont permettre aux femmes de se faire avorter sur le territoire, les femmes vont être obligées d'aller se faire avorter sur le territoire d'à côté.

M. Rochon: Non, non, non. Mais là, vous prenez justement le genre d'exemple où il faut des balises nationales qui vont commander que les ressources soient disponibles.

Maintenant, si on est décentralisé, puis qu'on laisse de la marge de manoeuvre dans les régions, de la façon... le service peut être différente, comme c'est déjà le cas dans cet exemple-là. On est obligé de donner de la marge de manoeuvre aux régions pour faire que, dans certains cas où ce n'était pas possible, par exemple, que des établissements, pour différentes raisons — je n'entrerai pas dans les détails — donnent le service d'avortement dont vous parlez, on a prévenu que des établissements puissent s'entendre et établir des espèces de contrats avec des cliniques médicales pour que le service soit accessible là... Ce qu'un programme balisé, serré, aurait empêché de faire. C'est ça qu'on vise.

En tout cas, je veux au moins que vous soyez rassuré quant à l'intention. Et il faudra que vous soyez vigilants sur la façon dont le ministère fonctionne dans ses paramètres nationaux, dans ses stratégies, dans ses orientations ministérielles. L'intention n'est pas de faire disparaître ces balises nationales là, mais encore là d'atteindre un bon équilibre entre la marge de manoeuvre laissée sur le comment faire dans les régions et que le ministère au contraire se cible beaucoup plus sur des objectifs de résultats en termes de services et d'objectifs de santé qui doivent être atteints.

M. Guay (Daniel): Il n'y a pas un juste milieu, M. Rochon, qu'on peut établir — parce que là je trouve qu'on part des programmes nationaux puis qu'on s'en va de l'autre côté — une responsabilité entière aux régies régionales et aux régions?

M. Rochon: Pour les programmes.

M. Guay (Daniel): Il me semble qu'il y a un juste milieu qu'on pourrait essayer d'atteindre en se donnant des planchers minimums.

M. Rochon: Il faudrait voir s'il ne faut pas réaffirmer, en quelque part, un peu plus la mission du ministère puis choisir les risques qu'on veut prendre. Il n'y a pas de système parfait. À un moment donné, ou, d'un côté, on s'assure qu'il n'y aura pas de différence, puis on va trouver ça encore serré comme corset, ou bien on assume d'autres risques, quitte à ce que, si on a une évaluation de résultats, on corrige s'il se fait des erreurs. En tout cas, je prends bonne note de vos préoccupations. Je ne pense pas qu'on se divise quant aux intentions. On va essayer de s'assurer, dans l'étude article par article du projet de loi et dans l'organisation du fonctionnement du ministère avec les régies régionales, qu'il n'y ait pas d'effets pervers qui se glisse là-dessus.

Un dernier commentaire que vous avez soulevé, c'est la question des...

M. Guay (Daniel): Il y en a plusieurs, mais c'est à votre choix.

Une voix: Il y a le Nord-du-Québec, aussi.

M. Rochon: Oui, mais avant ça, il y avait une autre affaire.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre, on pourrait vous permettre peut-être de regarder ça, notre 20 minutes est presque écoulé. On va aller du côté de l'opposition, puis on y reviendra, si vous voulez bien, M. le ministre.

M. Rochon: O.K. Je peux donner tout de suite une réaction sur le Nord-du-Québec. Je vais relire ce qui est marqué là... ou bien vous allez retrouver l'autre point que vous avez soulevé, auquel je n'ai pas répondu. La question que vous soulevez, quant au nouvel établissement pour le Nord-du-Québec, d'abord on s'entend que ça, c'est dans la loi parce que ça a été une demande de la région.

Mme Boivin (Rachel): Oui, c'était un projet de fusion établissement-régie.

M. Rochon: Et c'était une fusion qui a été faite dans la région...

Mme Boivin (Rachel): Oui.

M. Rochon: Et ce qu'on a voulu refléter dans la loi, c'est vraiment ce qui est venu comme proposition de la région. Je vais arriver à votre point, parce qu'il y a quelque chose de correct que vous mentionnez dans votre point. Il y a une différence, là. Mais je voulais bien rappeler ça, que ce n'est pas quelque chose qui est fait sur des tables à dessin du ministère...

Mme Boivin (Rachel): Non, non, non.

M. Rochon: ...puis qu'on impose, là. On veut refléter ce qui a été le souhait des gens de la région, de dire: On est cinq établissements pour 10 000 de population. En passant, quasiment 60 % du Nord-du-Québec, c'est vrai...

Mme Boivin (Rachel): 59,64 %

M. Rochon: ...mais, c'est plus que le territoire de cette régie régionale; c'est vraiment aussi le territoire des Inuit et des Cris, quand vous prenez tout ça.

Mme Boivin (Rachel): Oui, oui. Bien, le Nord-du-Québec, ça comprend les Cris et les Inuit.

M. Rochon: Oui, mais cette régie-là existe pour la partie sud de la grande région.

Mme Boivin (Rachel): La Radissonie, qui représente 18 000 et quelques.

M. Rochon: C'est ça, la Radissonie — on devrait peut-être plus l'appeler comme ça, ça serait peut-être plus spécifique — ce que notre collègue, Michel Létourneau, appelle le territoire des indiens blancs, au sud. Maintenant, où vous avez un point que vous mentionnez qui est correct, puis il faudra qu'on voit ça, c'est que, dans une régie régionale, les groupes communautaires ont quatre personnes, je pense.

Mme Boivin (Rachel): Normalement ailleurs en province, oui.

M. Rochon: Partout dans les régies.

Mme Boivin (Rachel): Dans notre région, c'était deux, compte tenu du peu de population qu'on avait.

M. Rochon: C'est ça.

Mme Boivin (Rachel): Sauf que là on est passé de deux à zéro et puis là on retombe à...

M. Rochon: Tandis que, là, la composition de votre conseil d'administration dit qu'il y a «une personne nommée par les membres visés aux paragraphes 1° à 5° — c'est tous ceux-là; je suis à l'article de la page 42 du projet de loi, l'article 530.62, je m'excuse. le 6° — et choisie à partir d'une liste de noms fournis par les organismes communautaires que le ministre désigne». C'est ça

que vous voudriez, là, au besoin, qui soit rajusté. Votre demande, c'est encore deux personnes plutôt qu'une seule.

Mme Boivin (Rachel): On veut, nous, deux personnes élues par et parmi les organismes communautaires.

M. Rochon: C'est ça, plutôt... O.K.

Mme Boivin (Rachel): Parce que, là, comme c'est présenté là, c'est les autres qui nous désignent.

M. Rochon: Plutôt que de coopter.

Mme Boivin (Rachel): On est assez articulés pour se désigner.

M. Rochon: O.K. Votre demande est claire, et ça, c'est différent de ce qui est dans le projet de loi. On prend bonne note de ça.

Mme Boivin (Rachel): Oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? Alors, M. le député de Robert-Baldwin, et je viendrai après à Mme la députée de Bourassa.

● (17 h 30) ●

M. Marsan: À mon tour de vous remercier pour la qualité de vos questions. Tantôt, vous pourriez nous dire si les réponses ont été adéquates, on pourra en discuter.

Moi, j'aurais une question d'ordre général, d'abord. Vous êtes la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires. Vous avez eu à vivre la réforme sur le terrain. Vous avez, je pense, le poul de ce que les gens pensent vraiment de ce qui s'est passé. Alors, j'aimerais ça que vous nous disiez comment ça se vit, cette réforme-là, puis, deuxièmement, comment le projet de loi que nous avons devant nous, le 404, va régler certains problèmes qu'on connaît depuis le début de la réforme.

M. Théorêt (Robert): Je vais essayer d'être bref, là. Tantôt, nous autres, on ouvrait des grandes portes; vous, vous venez d'ouvrir une porte de cathédrale, je pense.

Une voix: C'est agréable.

M. Théorêt (Robert): Il y avait beaucoup d'attentes, je vous dirais, dans les régions du Québec, au moment de la réforme. On voyait ça du côté des organismes communautaires, puis les représentations qu'on avait faites à la commission Rochon à l'époque allaient dans ce sens-là. C'était nécessaire de démocratiser le système. On disait: Ce système-là va se rapprocher du citoyen, il doit se rapprocher du citoyen, de sorte que, quand la réforme est arrivée, on a senti un vent d'air frais parce que, effectivement, on plaçait le citoyen au centre du système.

Il y a beaucoup de réformes qui se sont faites depuis ce temps-là, puis on a vécu des périodes de compressions budgétaires très difficiles qui ont fait en sorte qu'aujourd'hui on est un peu plus craintifs. On est beaucoup plus craintifs, on est beaucoup plus, je dirais aussi, critiques par rapport à ça. Le citoyen, il n'est pas tant que ça au centre de ce réseau-là.

On a aboli les assemblées régionales avec le projet de loi n° 116. Là, il y a plein de petites choses qui font en sorte qu'on va peut-être encore l'éloigner davantage. On en fait état dans notre mémoire, puis je pense qu'il y en a d'autres aussi qui vous l'ont souligné. On fait en sorte aussi qu'il est un peu plus éloigné non seulement des lieux de décision, mais qu'on va l'éloigner aussi possiblement des services, parce qu'on a des craintes qu'il y ait des choses comme la tarification de certains services qui s'installent, de sorte que le citoyen du centre du système, on est peut-être en train de le conduire en périphérie de ce système-là, et ça, pour nous autres, pour les organismes communautaires, ça nous inquiète énormément pour un certain nombre de raisons, mais, entre autres, parce que, quand le système fonctionne mal, les organismes communautaires, on en subit les contrecoups, on absorbe, nous autres, les gens qui n'ont pas de services, et ça, ça nous inquiète énormément. C'est pour ça qu'on dit aussi qu'on s'inquiète d'une intégration forcée.

On a nous a toujours dit, depuis plusieurs années, qu'on est des partenaires du réseau; mais des partenaires, c'est des gens qui ont la capacité d'exercer un libre choix. Pour nous autres, c'est ça, des partenaires. À partir du moment où on est forcés, pour une multitude de raisons, de prendre des mandats parce que le réseau public n'est plus en mesure de les assumer, on ne considère pas qu'en ce sens-là on est des partenaires. C'est pour ça que ça nous inquiète énormément. Mais ça, je vous dirais, on pourrait en parler pendant des heures, là. Je vais me restreindre à ces quelques observations là.

M. Marsan: Ça fait au moins quatre ou cinq projets de loi qui sont déposés depuis l'arrivée du gouvernement au pouvoir: le 83, fermeture des hôpitaux, le 33, assurance-médicaments, le 116, vous en avez parlé, le 404, maintenant. Le rôle du communautaire, là, il «s'améliore-tu» ou bien donc on essaie de l'encadrer un peu trop? Vous sentez-vous de plus en plus à l'aise à chaque fois qu'il y a un nouveau projet de loi puis une loi par la suite?

M. Guay (Daniel): Écoutez, dans le cadre des travaux du Comité ministériel de liaison avec les organismes communautaires, on a rencontré M. Rochon au mois de juin l'été passé et on a fait ressortir toute la notion de l'enjeu de la complémentarité entre les organismes communautaires et les établissements publics en disant que les organismes communautaires n'étaient pas liés au seul réseau de la santé et des services sociaux, mais à l'ensemble de la société civile et que les organismes communautaires n'étaient pas des sous-contractants, n'étaient pas là pour prendre la place des établissements publics. Or, dans les

consultations qu'on a faites auprès des organismes communautaires l'automne dernier à Québec et à Montréal tout dernièrement, et même dans d'autres régions aussi du Québec où les gens ont consulté, on s'est rendu compte que les organismes communautaires ont pris des responsabilités qui ne leur appartenaient pas, et la loi est très claire sur tout ça, hein? Donc, c'est très difficile, sur le terrain, pour les...

Moi, encore la semaine dernière, un organisme communautaire m'a envoyé une offre d'emploi pour engager une personne, et, dans la description de tâches, c'était d'évaluer la demande qui était faite par les centres hospitaliers puis les CLSC. Je vais vous dire, là, j'ai un peu de difficultés avec ces éléments-là parce qu'on sait ce que ça veut dire sur le terrain. Donc, il est clair, et M. Rochon en est conscient, que, présentement, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, autant on précise, à l'article 335, que les organismes sont libres de déterminer leurs orientations, leurs pratiques et leurs approches, autant, dans d'autres articles de la loi, à 352 par exemple, on dit que les régions régionales sont responsables de la planification sociosanitaire sur leur territoire. Donc, il y a un paradoxe dans la loi, actuellement, qui ne sert pas... Parce qu'on pensait que ça pouvait...

M. Rochon nous disait, au mois de juin: Il y a un équilibre qui se fait entre ces deux articles là et qui fait en sorte que la population y trouve son compte. Je vous dirais qu'en ce moment, après avoir rencontré les groupes communautaires dans plusieurs régions du Québec, on se rend compte que ça ne nous sert pas du tout, que l'équilibre ne nous sert pas du tout, hein, parce que, bon, avec l'ensemble des compressions budgétaires, le réseau n'a pas pu faire le travail qu'il devait faire.

C'est sûr que l'idée du plan de transformation, pour nous autres, on était à l'aise avec ça, puis c'est très intéressant, mais on sait très bien qu'il y a eu des ratés aussi à la mise en place de ce plan de transformation là, et c'est les organismes communautaires qui ont dû prendre la relève dans certains cas, et de façon dramatique, parce que souvent ces groupes-là n'avaient pas l'expertise pour répondre aux besoins de la population qui avait des demandes, entre autres, mais aussi parce que ça ne faisait pas partie de leur mandat et de leur mission. Donc, je vous dirais qu'à ce moment-ci, pour nous autres, il est clair que des amendements législatifs concernant le rôle des organismes communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux sont à prévoir, et on sait que vous allez devoir aller de l'avant avec d'autres amendements à l'automne, et on espère qu'on pourra avoir des contacts avec vous autres sur ces questions-là parce que, à ce moment-ci, c'est clair que le communautaire est vu comme le contractuel du réseau. Autant on peut dire qu'il y a une privatisation du système, autant on peut dire qu'il y a une communautarisation du réseau de la santé où on fait faire le travail par les organismes communautaires, et ça, c'est clair, c'est problématique parce que je vous dirais que, sur le terrain...

Je vous amènerais avec moi voir une dizaine de groupes dans une journée, là, puis vous trouveriez que c'est dramatique. Et ce ne sont pas seulement les

organismes communautaires qui le disent, on rencontre les CLSC sur ça, entre autres, puis ils sont tout à fait conscients du problème. Donc, faut voir ce qui peut être fait. Mais je vous dirais que, sur la question de l'autonomie des groupes, il y a un bout de chemin à faire, et sur le rôle qu'on veut faire faire aux organismes communautaires aussi. Je dirais qu'on ne peut pas poser de questions sans poser la question: C'est quoi, le rôle qu'on veut faire faire aux CLSC, entre autres, aux centres de réadaptation, à tous les organismes qui font de la première ligne? Va falloir avoir les idées claires sur ce qu'on veut faire avec ça. Donc, quant au rôle de partenaires des organismes communautaires, en ce sens-là, on veut être partenaires, mais pas à n'importe quel prix.

M. Théorêt (Robert): J'illustrerais ça avec des choses qui sont dans le projet de loi à l'heure actuelle. On parlait tantôt de ressources intermédiaires; ça, c'est un des domaines où effectivement les organismes communautaires sont extrêmement interpellés. Les ressources d'hébergement pour femmes violentées ou pour femmes en difficulté, c'est des ressources d'hébergement communautaires qui se sont mises sur pied à l'époque parce que des femmes se sont réunies pour mettre ça sur pied. Ça émanait d'un besoin de la communauté. Certaines maisons se sont fait offrir des contrats de services avec des établissements du réseau pour prendre en charge des adolescentes en difficulté parce que c'est des adolescentes enceintes dont les départements de protection de la jeunesse dans les régions ne veulent plus s'occuper. On refile ce mandat-là aux organismes communautaires parce que, c'est bien sûr, les maisons pour femmes en difficulté, elles ont une expertise de travail auprès des femmes qui sont dans le besoin. Mais là on leur refile ça puis on va leur demander, à ce moment-là, de signer des ententes de services avec des établissements du réseau.

On n'est pas certains, nous autres, que ça, c'est le mandat des organismes communautaires d'assumer ça. Ce n'est pas quelque chose qui émane nécessairement d'un besoin de la population, mais qui émane plus d'un besoin de la structure, d'un besoin du réseau public. On pense plutôt que ça, ça devrait rester. C'est des mandats qui devraient continuer d'être assumés par le réseau public, certes dans des milieux peut-être plus près de la communauté, dans des ressources plus légères, mais qui sont toujours sous la responsabilité des pouvoirs publics, et pas qu'on transfère dans la communauté puis où on demande aux organismes communautaires de prendre la relève.

M. Marsan: Je vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous avez fini? M. le député de Robert-Baldwin, me permettez-vous une additionnelle dans ce sens-là?

M. Marsan: Ah oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Parce que j'ai de la misère à saisir. Je suis quand même au

courant d'un bon groupe de groupes communautaires qui demandent des choses, qu'il se forme des nouveaux groupes puis qu'ils insistent auprès de la régie ou auprès des CLSC pour en avoir davantage puis les exercer. J'ai de la misère à saisir, de la façon dont vous le dites. Je ne sais pas si vous pouvez l'expliquer davantage, mais... Parce que, si j'interprète ce que vous dites...

• (17 h 40) •

M. Guay (Daniel): Bien, écoutez, vous le savez, pour être proche des organismes communautaires dans Charlevoix, qu'il y a un sous-financement important de la part de ces organisations-là pour réaliser leur mission.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le sous-financement, c'est une chose.

M. Guay (Daniel): C'est une chose.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui

M. Guay (Daniel): Et c'est sûr que les régies régionales, le discours qu'elles ont, c'est de nous dire: Bien, écoutez, on va vous financer dans la mesure où vous répondez aux priorités régionales qu'on se donne dans la vie. Or, ce que les organismes communautaires font valoir, c'est qu'ils sont issus des problèmes de la communauté et que, à partir de leur culture, ils répondent aux problèmes de la communauté et ils se donnent des orientations à partir de ce que la communauté s'est donné comme priorités et non pas à partir de ce que l'appareil gouvernemental, ou que la régie, ou...

Malgré le fait qu'il peut y avoir eu consensus entre les différents partenaires sur les orientations, on peut ramener ça dans nos organismes communautaires de base, sauf que les gens, ils sont pris avec ce que les gens dans la communauté ont comme besoins. Et c'est ça, leur premier lieu d'appartenance et de réponse, c'est les besoins de la population, et non pas en se disant: Bien, là, il faut réduire de 15 % la consommation de psychotropes dans la région de Québec.

C'est sûr qu'il y a un travail de prévention qui se fait de la part des groupes et qui peut conduire à ça, mais ce n'est pas en fonction de ça que l'organisme travaille directement. Il peut le faire si les personnes de son organisme le demandent, mais il y a une question, là, je dirais... Puis je pense qu'il y a un enjeu important que l'ensemble des partenaires doivent comprendre, c'est que les organismes communautaires ne prennent pas leur mandat de la régie, ou de l'établissement public, ou de politiques de l'État, ils prennent leur mandat des populations qu'ils desservent, et c'est ça, la caractéristique, je dirais, fondamentale des organismes. Ce n'est pas de dire qu'on veut être autonomes pour être autonomes, là. Je veux dire, je pense que l'ensemble des organisations demandent d'être autonomes dans la vie. Ce n'est pas lié à ça. Ce n'est pas tant la notion d'autonomie qu'on défend que l'idée de répondre aux besoins que la population nous pose comme problèmes. Et c'est pour ça que les groupes veulent avoir un financement adéquat.

Vous comprendrez que les deux tiers des organismes communautaires de la région de Québec, ils reçoivent moins de 50 000 \$ par année. Essayez de faire quelque chose avec ça, là, quand vous êtes un centre de jour, par exemple, ou une maison d'hébergement. C'est très difficile, pour ces organisations-là, de répondre aux besoins avec le staff qu'elles ont, avec des bénévoles qui sont à bout de souffle parce qu'on leur en demande toujours plus, hein, parce que c'est quand même...

Juste pour la région de Québec, on parle d'au plus 10 000 personnes bénévoles ou aidants naturels dans ces organisations-là, 225 organismes. C'est énorme, le travail que ces gens-là font. Et ce que les gens nous disent dans les groupes, c'est qu'ils sont essouffés parce qu'ils en ont trop à faire. On comprendra que le tissu social, actuellement, au Québec se détériore, hein, et je peux comprendre qu'on a des ressources limitées et que, dans un contexte de compressions budgétaires, faut faire avec ce qu'on a, mais en même temps les organismes communautaires sont en lien direct avec ces populations-là qui sont dans le besoin, souvent avec des populations qui sont plus vulnérables, et donc les besoins sont beaucoup plus importants. La notion d'aide et d'accompagnement prend tout son sens, à ce moment-là. Il faut qu'il y ait un minimum, je dirais, de ressources financières dans ces groupes-là pour supporter la population dans les besoins qu'elle a. Et là il y a un problème de fonds. Quand on pense que c'est entre 1 % et 2 % du budget du réseau de la santé que le communautaire reçoit, il y a un problème.

Mais je peux comprendre aussi les administrateurs des régies qui disent: Bien, écoutez, le communautaire dit qu'il n'est pas seulement lié au réseau de la santé, mais à l'ensemble du réseau public, à l'ensemble de la société civile, et ce n'est pas au seul réseau de la santé de financer le communautaire. Je pense que, là, il y a un débat à faire sur ce qu'on veut faire avec les organismes, ce que les groupes veulent faire aussi puis sur quelle base ils devraient être financés. Il y a une question de fond qui doit être posée.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Effectivement, je pense qu'il y aurait un beau débat à faire, un beau débat à faire aussi sur le partage des responsabilités, puis des dépenses, puis tout ça, si on veut être... Tu sais, on peut sauver dans un sens, mais, si on n'accepte pas de partager, exemple, des locaux, des choses, si chaque groupe veut son affaire, ça augmente les besoins financiers dont vous parlez, ça aussi. Effectivement, il y aurait un beau débat à faire. Puis je n'ai pas voulu mentionner le nom de Charlevoix, mais j'en ai beaucoup puis je travaille beaucoup avec ces gens-là, je les vois aller puis je pense qu'on pourrait faire un bon débat des deux côtés.

M. le député de Maskinongé, je pense que vous voulez avoir la parole. Ça va? Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: C'est bien gentil. Merci beaucoup, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ah! excusez. Vous vouliez nous donner un commentaire?

Mme Boivin (Rachel): Je voulais juste savoir. M. le ministre, quand vous disiez: C'est un besoin qui vient de votre région, la fusion, effectivement, c'est un besoin qui vient... Et la fusion se faisait au niveau de la régie-établissement, mais ce n'était pas de dire: On en fait mourir un pour être géré par l'autre, c'était vraiment de fusionner les deux. Alors, ce qu'on dit dans le projet de loi, à l'article 530.45, c'est qu'«aucune régie régionale n'est instituée sur ce territoire». Alors, j'aurais aimé peut-être en savoir davantage là-dessus parce que, tel que c'est écrit dans le projet de loi, c'est qu'on est gérés par un établissement, alors que la demande de la région était de fusionner les deux.

M. Rochon: O.K.

Mme Boivin (Rachel): C'est là que ça nous pose des inquiétudes.

M. Rochon: Maintenant, je pense qu'il faut lire ça avec le 530.50 qui vient à la page suivante. C'est sûr que, si on fusionne, ou bien il y a une régie qui rend des services ou il y a un établissement qui exerce la fonction d'une régie. S'il y a juste une entité, régie et établissement... C'est ce qui était souhaité, qui était demandé par la région. Alors, là, il y a eu tout un débat. Ce serait long de rentrer dans les détails de ça. Est-ce que ça va être un établissement, une régie ou quelque chose d'autre?

Finalement, les choses ont atterri pour dire que ça serait mieux que ça soit un établissement parce que toute la loi donne, à travers beaucoup d'articles, quelles sont les responsabilités, l'imputabilité d'un établissement pour les services qu'il donne et que de recréer un autre organisme qui aurait des fonctions d'établissement sans l'appeler «établissement», là, ça demandait des corrections de concordance compliquées. Mais ça, on a voulu y parvenir. J'espère qu'on y arrivera.

Regardez à 530.50, on dit que, «en plus d'exercer les fonctions propres aux missions des centres qu'il exploite — donc, c'est missions d'établissement — l'établissement visé par la présente partie a pour objet d'exercer les responsabilités d'une régie régionale visées à l'article 340 — de la loi — sauf celles devant être exercées à l'égard d'autres établissements». Autrement dit, il garde les fonctions d'une régie régionale, sauf ce qu'une régie régionale fait pour coordonner des établissements parce que l'établissement les a déjà intégrés. Il n'a pas besoin de ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Bourassa, c'est vous qui avez les dernières interventions.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, M. le Président. J'ai pris bonne note, à l'intention du ministre, qu'il y avait un sous-financement chronique des organismes

communautaires de la région — vous me permettez — de Charlevoix, probablement aussi de Robert-Baldwin et de Bourassa.

M. Marsan: Absolument, absolument

Mme Lamquin-Éthier: Nous allons nous en assurer...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je ne sais pas qui a dit ça, là, mais ça ne s'est pas dit alentour de la table.

Une voix: Je peux vous dire que oui.

M. Rochon: On l'a amélioré de 60 % depuis trois ans. Vous pouvez vous imaginer ce qu'il était comme sous-financement avant, quand on est partis.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée, allez-y.

M. Marsan: Il n'est pas dans nos comtés

Mme Lamquin-Éthier: Vous l'avez peut-être dit, là, puis... Dans l'introduction, le premier paragraphe, les trois premières lignes, vous dites: «Avant d'entrer dans le vif du sujet, la Coalition des tables régionales des organismes communautaires de santé et de services sociaux ne peut passer sous silence son désenchantement face au peu d'importance que la présente consultation semble faire des conditions nécessaires à l'exercice d'une pleine démocratie.» J'aimerais qu'on m'explique un petit peu. Et j'ai cru comprendre aussi, au tout début, que la Table régionale des organismes communautaires Nord-du-Québec avait demandé à être entendue dans le cadre de la présente commission ou des présentes, mais que ça n'avait pas été possible. Est-ce qu'on peut me donner plus d'information?

Mme Boivin (Rachel): En fait, c'est que c'est des regroupements qui ont été invités, sauf que, nous, on avait fait la demande parce qu'on s'est dit: Dans le projet de loi, il y a une section qui est appliquée exclusivement à la région Nord-du-Québec. C'est la raison. Ce n'est pas des organismes qui ont été invités mais plus des fédérations. Alors, nous, étant donné qu'on était visés directement, puisqu'on est dans le Nord du Québec, on a fait la demande d'avoir un temps d'antenne.

Mme Lamquin-Éthier: Et les trois premières lignes, là, vous ne pouvez passer sous silence votre désenchantement, qu'est-ce que vous voulez traduire? Qu'est-ce que vous avez vécu, là? Qu'est-ce qui se passe? Qu'est-ce qu'il y a derrière ça?

M. Théorêt (Robert): Ah! O.K

Mme Lamquin-Éthier: Non, non, mais le «peu d'importance»...

M. Théorêt (Robert): Je vais vous dire ce à quoi on fait référence. C'est parce que ça fait deux fois qu'on se fait faire le coup. On va se parler franchement. Quand la loi n° 116 a été déposée, on avait un morceau de dinde dans la bouche, puis, quand c'est le projet de loi n° 404 qui a été déposé, là c'était la tourtière. On se fait toujours faire le coup. Puis on avait eu vent... On avait regardé toutes les possibilités d'amendements qui étaient possibles, en tout cas que les différents niveaux du ministère avaient regardés. On était quand même relativement prêts à se faire une tête, mais sauf que ça nous est arrivé à la période de Noël. Les organismes communautaires, dans cette période-là, si on est pour être considérés comme des partenaires à part entière du réseau, faudrait considérer qu'on est dans un rush, comme on dit. On est dans un gros rush, pendant cette période-là, puis ce rush-là, il dure normalement jusqu'à la fin janvier. Ça fait que le temps qu'on a, avec le peu de moyens que les organismes à la base ont, que les regroupements ont puis que la Coalition des tables régionales a comme tels... Avec le peu de moyens qu'on a, on nous demande de prendre lesouchées doubles.

Ça, dans ce sens-là, on souhaiterait qu'à l'avenir, en tout cas, quand on a à faire des consultations, quand on a à modifier des projets de loi puis qu'on veut que le milieu communautaire soit efficace dans son travail de représentation, on lui donne le temps puis les moyens de le faire. C'est une demande. J'admets que la phrase n'est peut-être pas la plus heureuse...

Mme Lamquin-Éthier: Non, non, elle était correcte. Je voulais juste savoir ce qu'il y avait en arrière.

● (17 h 50) ●

M. Théorêt (Robert): ...mais on voulait passer un message clair. On souhaite qu'il soit bien entendu.

Je voudrais revenir sur une chose, sur ce que le ministre disait tantôt, que l'enveloppe des organismes communautaires a augmenté de 60 %. Écoutez, je n'ai pas les chiffres en mémoire, on n'était pas préparés là-dessus, mais, si on veut faire référence au fait qu'on a intégré dans le programme SOC une foule d'organismes qui avant ça appartenaient à d'autres programmes, ce qu'on a transféré...

M. Marsan: C'est des transferts.

Mme Lamquin-Éthier: Ça peut paraître une augmentation.

M. Théorêt (Robert): Puis je fais référence, par exemple, à l'intégration du secteur de la santé mentale. C'est sûr que, quand on a intégré le secteur de la santé mentale au programme SOC, on a intégré beaucoup d'argent, mais on n'a pas augmenté.

Mme Lamquin-Éthier: Pas d'argent neuf.

M. Théorêt (Robert): À Montréal, par exemple, je vous dirais qu'il y a encore au-dessus de 225 organismes sur 550 qui ont moins de 30 000 \$ de financement de la part du ministère.

M. Rochon: Là-dessus, moi, monsieur, on m'a déjà dit ça. J'ai fait révérier, et on m'a rassuré que non Au-delà du regroupement, il y a eu au total une augmentation J'ai dit: Au moins 60 %. Elle est au moins de 40 %, 45 %. Mais les derniers chiffres que j'ai, là, les prévisions de l'année prochaine, ça allait au-delà de ça. C'était à moins de 100 000 000 \$ quand ça a commencé. Mais je vais le révérier encore. On n'essaie pas de faire un jeu pour jouer avec les statistiques quand on dit ça. Je vais le revalider encore une fois.

M. Théorêt (Robert): Non, mais, M. le ministre, quand cet argent-là est venu des compressions budgétaires, de l'argent qui venait des établissements, et que, avec cet argent-là, on a été obligés d'assumer des mandats beaucoup plus larges que pour l'argent qui était réinjecté, je regrette, mais on était encore en déficit à ce niveau-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière courte, courte question, M. le député de Robert-Baldwin. Dernière courte question.

M. Marsan: Moi, je reçois bien votre mémoire; il était bien fait, et vous l'avez bien présenté, vous avez fait un bon questionnement. Vous parlez de balkanisation. Je trouve que le terme est fort. Qu'est-ce que vous avez voulu souligner? «C'est-» la déshumanisation? J'imagine que vous l'avez choisi, le terme. C'est parce que vous avez des bonnes raisons, mais c'est fort, balkanisation, en sachant ce qui se passe.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Très courte question, très courte réponse.

M. Théorêt (Robert): Très courte réponse. C'est qu'on a un des systèmes de santé les plus performants au monde parce que, justement, peut-être de façon centralisée, on a assuré des droits, on a assuré une accessibilité, une universalité puis une gratuité des services. La crainte qu'on a, c'est que, si on décentralise à outrance, qu'on envoie ça dans les régions, dans les établissements, là on va balkaniser, dans le sens où l'ensemble des droits vont se fractionner puis où tout le monde n'aura pas accès à la même chose.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Au nom de tous les membres de la commission, je vous remercie beaucoup. Les travaux sont ajournés sine die.

(Fin de la séance à 17 h 53)

