



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

### Commissions parlementaires

---

---

Commission permanente des affaires sociales

Consultation générale dans le cadre de l'étude  
de l'avant-projet de loi sur les services  
de santé et les services sociaux (5)

Le mardi 30 janvier 1990 - No 10

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

---

QUÉBEC

## Débats de l'Assemblée nationale

### Table des matières

Corporation professionnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec	CAS-501
Association des médecins d'urgence du Québec	CAS-512
Regroupement des conseils consultatifs du personnel clinique des centres de services sociaux (CSS) du Québec	CAS-520
Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec	CAS-529
Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec	CAS-540
Ordre des chiropraticiens du Québec	CAS-550
Corporation des établissements privés pour personnes âgées du Québec	CAS-559
Office des personnes handicapées du Québec	CAS-569

### Intervenants

M. Jean A. Joly, président  
M. Henri-François Gauthrin, président suppléant

M. Marc-Yvan Côté  
M. Guy Chevrette  
Mme Jeanne L. Blackburn  
M. Richard Holden  
Mme Pauline Marois

- \* M. Régis Paradis, Corporation professionnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec
  - \* M. Paul J. Thériault, idem
  - \* M. François Cousineau, Association des médecins d'urgence du Québec
  - \* M. Jean-Pascal Ouellet, idem
  - \* Mme Marie-Thérèse Tremblay, Regroupement des conseils consultatifs du personnel clinique  
des centres de services sociaux (CSS) du Québec
  - \* Mme Jeanne Blais, idem
  - \* Mme Michèle Brousseau, idem
  - \* Mme Johanne Saint-Denis, Association des praticiens  
de service social en milieu de santé du Québec
  - \* Mme Colette Lambert, idem
  - \* Mme Maude Mercier, idem
  - \* Mme Huguette Picard-Greffé, Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec
  - \* M. Normand Denis, Ordre des chiropraticiens du Québec
  - \* M. André-Marie Gonthier, idem
  - \* Mme Louise Taché-Plette, idem
  - \* M. Raymond Pageau, Corporation des établissements privés pour personnes âgées du Québec
  - \* M. Paul Mercure, Office des personnes handicapées du Québec
  - \* Mme Use Constantin, idem
  - \* Mme Christine Gourgue, idem
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission

**Abonnement:** 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires  
70 \$ par année pour les débats de la Chambre  
Cheque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$  
(La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi  
disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$)

**Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:**  
Assemblée nationale du Québec  
Distribution des documents parlementaires  
1060, Conroy, R.-C. Édifica "G", C.P. 28  
Québec, (Québec)  
G1R 5E6 tél. 418-643-2754

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1782

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

Le mardi 30 janvier 1990

**Consultation générale dans le cadre de l'étude de l'avant-projet  
de loi sur les services de santé et les services sociaux**

(Dix heures quinze minutes)

**Le Président (M. Joly):** À l'ordre, s'il vous plaît!

En cette belle journée ensoleillée...

J'aimerais, ce matin, rappeler notre mandat qui, en fait, est une consultation générale où on se réunit pour procéder à des auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. M. Atkinson (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Holden (Westmount); M. Beaudin (Gaspé) par M. Williams (Nelligan); Mme Loïselle (Saint-Henri) par M. Doyon (Louis-Hébert); M. Marcil (Salaberry-Soulanges) par M. Poulin (Chauveau).

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme la Secrétaire.

**M. Chevette:** M. le Président. Je n'ai pas de remplacement, mais comme ils sont tous pris dans la tempête, si jamais il en arrivait un ou deux en cours de route qui voulaient venir m'accompagner, je suis persuadé que je ferais de même pour l'autre côté, c'est-à-dire consentement unanime pour réviser au besoin aujourd'hui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Aucun problème.

**M. Chevette:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** On a une très grande flexibilité, monsieur.

**M. Gauthrin:** ...partir assez tôt.

**M. Chevette:** Pardon?

**M. Gauthrin:** ...partir plus tôt.

**M. Chevette:** Vous?

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est comme en santé. Lorsqu'on est prévoyants, c'est bien plus payant.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre.

**M. Chevette:** J'ai hâte de voir changer les proportions du budget qui seront consacrées à la prévention.

**Le Président (M. Joly):** Très bonne remarque. Aujourd'hui, nous recevons la Corporation professionnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires, l'Association des médecins d'urgence du Québec, le Regroupement des conseils consultatifs du personnel clinique des centres de services sociaux du Québec, l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des chiropraticiens du Québec, la Corporation des établissements privés pour personnes âgées et, finalement, l'Office des personnes handicapées du Québec.

Maintenant, je demanderais aux représentants de la Corporation professionnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Je demanderais à la personne responsable de s'identifier et, aussi, d'identifier les personnes qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

**Corporation professionnelle des infirmiers  
et infirmières auxiliaires du Québec**

**M. Paradis (Régis):** Certainement, M. le Président. Tout d'abord, j'aimerais dire bonjour à M. le Président, M. le ministre, MM. et Mmes de la commission des affaires sociales. On est très heureux d'avoir eu l'opportunité de se faire entendre aujourd'hui par ladite commission.

Les membres de ma délégation sont: Me Monique Beaudoin, l'avocate de la Corporation professionnelle des infirmières auxiliaires, et M. Paul Thériault, secrétaire et directeur général de notre Corporation.

**Le Président (M. Joly):** Et vous-même?

**M. Paradis (Régis):** Mon nom est Régis Paradis. Je suis le président de la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Paradis. J'aimerais vous rappeler un peu notre procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous livrer votre mémoire et, par après, on impartit le temps aux deux formations pour vous poser les questions qu'elles peuvent juger à propos. Je vous laisse aller, M. Paradis. À vous.

**M. Paradis (Régis):** Merci, M. le Président. Tout d'abord, le système de santé et des services sociaux bénéficie de la presque totalité des services des 20 000 infirmières et infirmiers auxiliaires. C'est le "membership" que nous avons actuellement. Donc, pour nous, il va sans dire

que l'avant-projet de loi, aujourd'hui, est très important en ce qui a trait à la pratique professionnelle en soins infirmiers. À ce titre, nous voulons vous faire part de nos préoccupations et contribuer au débat, à cet effet.

Le Code des professions de 1973 - parce que je pense qu'il est important dans la logique de remonter jusque là - visait, entre autres, deux objectifs. Le premier était la protection du public. Cette protection était assurée par l'obligation du membre d'avoir une formation nécessaire, de souscrire à un code de déontologie et d'être sujet à l'inspection professionnelle. Présentement, la formation des infirmières et infirmiers auxiliaires est de niveau secondaire, répartie sur deux ans, et d'une durée de 1350 heures. Très bientôt, nous allons passer à une formation de 1800 heures. Il est important de préciser que les 1800 heures vont comporter strictement des matières en soins infirmiers ou des matières en nursing. Le cours devrait entrer en fonction très bientôt. Il reste seulement la validation du ministre de l'Éducation du Québec, M. Ryan, à cet effet.

Le deuxième objectif visait essentiellement, selon le Code des professions, la collaboration interprofessionnelle, cette collaboration qui met l'emphase sur l'organisation du travail. Il s'agit, en outre, d'un noeud important dans le système actuel parce que les modes d'organisation du travail nous semblent faire le choix, au moment où on se parle, de choix arbitraires. Parmi ces choix, il y en a un, entre autres, je pense, qu'il est important de mentionner. Ce sont les modes d'organisation du travail dits soins intégraux. Le soin intégral que l'on utilise, que l'on préconise à profusion, au moment où on se parle, dans les établissements de santé, prévoit un tandem d'infirmières et de préposées. On se sert de cette organisation de soins pour exclure les infirmières auxiliaires.

Et nos recherches en ce sens - ce sont des recherches quand même assez sérieuses et très importantes, même qu'elles viennent de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal - nous permettent d'en arriver aux conclusions suivantes, selon les structures d'organisation de soins, et je cite un extrait de la conclusion de cette recherche: "Que l'infirmière auxiliaire a le défi, comme technicienne, d'exécuter un ensemble d'actes infirmiers complémentaires à l'intérieur de la démarche "nursing", quel que soit le mode d'organisation de soins privilégiés dans le maintien d'un climat de travail sain et motivant.

À l'intérieur de cette problématique que constitue la collaboration Interprofessionnelle se situe évidemment, et je pense que plusieurs d'entre vous en ont entendu parler, la fameuse délégation d'actes. Ce moyen qui fut mis de l'avant en 1980 - d'ailleurs, le décret s'appelle 14-23-80 - avait pour but essentiellement de préciser le champ de pratique de chacun des

professionnels de la santé et aussi d'assouplir les rapports entre professionnels, c'est-à-dire les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés, etc. Enfin, et malheureusement, la délégation d'actes a davantage servi à raffermir le contrôle des professions délégantes sur leur champ de pratique. Dans notre cas, la corporation délégante, c'est l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Un premier décret, qui est celui de la délégation d'actes Infirmiers, comme je le mentionnais, au lieu d'ouvrir sur une collaboration étroite, a donné davantage lieu à une application très étroite. Malgré qu'il y ait délégation officiellement, les conditions locales - ça se retrouve dans la section III de ce décret 14-23-80 qui permet, en tout cas, beaucoup de pouvoirs à la direction des soins infirmiers - viennent restreindre à un point tel l'exercice de ces actes que, à toutes fins utiles, ils ne peuvent pas du tout être posés par des infirmières auxiliaires. On a inventorié, il y a environ un an et demi ou deux ans, l'ensemble des actes qu'étaient légitimés de faire, de poser, les infirmières et infirmiers auxiliaires. On en dénombrait jusqu'à une centaine et le décret que je mentionnais tout à l'heure vient les restreindre à seize. Vous imaginez un peu, compte tenu de la formation qu'on a reçue, en mesure de tout faire ce qu'on pouvait dans le passé et être maintenant restreint à seulement seize actes!

Comme je le mentionnais plus tôt, les directions de soins infirmiers, par des conditions locales, sont venues exclure la pratique des infirmières. Et j'ai ici des exemples assez flagrants d'un centre hospitalier qui s'appelle le centre hospitalier Pierre-Boucher, sur la rive sud de Montréal. Vous voyez, partout où il y a un astérisque, ce sont des conditions locales, de telle sorte que parmi les seize, même l'infirmière auxiliaire n'en pose que trois ou quatre. Un exemple: En chirurgie neurologique, ou dans le cas d'une prostatectomie, on dit que l'infirmière auxiliaire ne peut faire de lavage vésical, ne peut faire un cathétérisme, changer la sonde vésicale en postopératoire. Mais le problème, c'est que le postopératoire dure toute la durée de l'hospitalisation. Et, ça, ce n'est qu'un exemple, justement, parmi tant d'autres.

Donc, la non-utilisation, et non seulement la non-utilisation, mais aussi la sous-utilisation des professionnels, infirmières et infirmiers auxiliaires se manifestent par une diminution de postes très marquée et très importante. Pour ne vous citer qu'un exemple - je pourrais en citer plusieurs - peut-être le plus pathétique d'entre tous, avant l'arrivée du décret, le centre hospitalier de Saint-Luc sur l'île de Montréal comptait 392 infirmières et infirmiers auxiliaires. La vérification en date d'hier - c'est quand même récent - est de 101 postes d'infirmières. Alors, vous vous imaginez, une diminution de tout près de 300 postes. Et ce n'est qu'un centre hospita-

lier parmi tant d'autres.

L'autre volet de cette délégation est prévu dans un autre décret sur la délégation des actes médicaux. Alors que les infirmières auxiliaires peuvent, par ce décret, participer et contribuer - je parle bien du décret des actes médicaux - les infirmières auxiliaires devraient normalement participer et contribuer aux 43 actes médicaux de l'annexe A. Ça, c'est un autre décret; c'est le 14-22-80, celui-là. En fait, dans la gestion, dans la pratique courante des soins infirmiers, les infirmières auxiliaires ne sont pas du tout mises à contribution. C'est devenu un champ d'exercice exclusif aux infirmières. Ce mécanisme de délégation amène évidemment aussi une perception des rapports interprofessionnels en cascade plutôt que de façon complémentaire. En cascade, j'entends les médecins qui délèguent aux infirmières et les infirmières qui délèguent aux infirmières auxiliaires. Et comme les autorisations nécessaires pour poser ces actes médicaux délégués passent par la gestion des soins infirmiers, c'est pénible.

Devant cette situation de sous-utilisation des infirmières auxiliaires, les avenues de solutions, nous en sommes maintenant convaincus hors de tout doute, résident dans une volonté politique. Je dirais non seulement dans une volonté politique, mais aussi par des gestes politiques dans un premier temps et, dans un deuxième temps, par une gestion adéquate des ressources du milieu. En ce sens, le législateur a jugé suffisamment importante la contribution des infirmières et infirmiers auxiliaires pour en faire des professionnels de la santé, profession prévue également, comme je l'ai mentionné, au Code des professions. Le législateur a aussi développé un mécanisme de délégation d'actes qui devait, comme je le mentionnais plus tôt - c'est important de le dire aussi et de le répéter - favoriser une complémentarité entre les professionnels sur une unité de soins donnée.

Nous sommes actuellement, dix ans plus tard après le décret - bientôt dix ans - devant une situation de fait qui nous indique clairement que les gestionnaires du système ont travaillé vraiment dans un sens différent de celui prévu par le législateur.

Dans ce sens, on est également convaincu que les directions de soins infirmiers - quand on parle de directions de soins infirmiers, on ne se leurrera pas, on parle, évidemment, de directrices et de directeurs de soins infirmiers, ils ont tout le contrôle là-dessus - ont été davantage préoccupées à implanter une vision autre, alimentées également par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il y a maintenant évidence de conflit d'intérêts que les directrices ou directeurs de soins infirmiers soient obligatoirement membres de l'Ordre et gestionnaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux, c'est-à-dire que, comme les DSC contrôlent l'ensemble de la formation, l'embauche, la

planification des soins infirmiers et se retrouvent en même temps, justement, alimentés par tout le discours de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, ça nous cause des préjudices énormes au niveau de l'utilisation.

En cela, nous avons constaté, entre autres, l'émergence du modèle de soins intégraux excluant arbitrairement les infirmières auxiliaires. J'en parlais un petit peu plus tôt, c'est un nouveau mode d'organisation de soins qui prévoit exclusivement des infirmières avec des préposées. Dans la réalité, celle qui a inventé le système intégral, Marie Manthey - c'est une infirmière américaine - avoue elle-même que ça a été très galvaudé et que ça ne devait exclure aucun professionnel de la santé, ce système de soins intégraux, mais on s'en sert, encore une fois, de façon autre.

Évidemment, tout ça a fait en sorte que l'ensemble des postes créés dans le réseau de la santé ont presque tous été absorbés par les infirmières. On parle, depuis quelques années, de 12,2 % d'augmentation des infirmières par rapport à une diminution de 2,6 % des infirmières auxiliaires. Vous commencez, j'en suis convaincu, à comprendre la pénurie et la rareté des ressources infirmières; d'où vient tout cela. Ça vient, comme je le disais, de la déqualification des infirmières auxiliaires par la restriction de l'exercice en soins infirmiers.  
(10 h 30)

Je vais faire une parenthèse là-dessus pour vous faire vraiment comprendre le cercle vicieux de cette déqualification là. On commence par restreindre les gestes professionnels des infirmières auxiliaires en se servant des conditions locales du décret. Évidemment, ça nous rend moins polyvalents, moins rentables et, là, on dit: Bien là, finalement, on doit vous remplacer par des infirmières parce que vous ne répondez plus, justement, aux besoins actuels du marché du travail.

Ceci résulte, comme je le mentionnais, en moins de flexibilité et appauvrit, par le manque de vigilance, le perfectionnement en milieu de travail. En d'autres mots, lorsque je parle de perfectionnement, pour la formation en cours d'emploi, dans le moment, les budgets sont déjà rares dans les établissements de santé. Et quand il y en a, justement, il n'y en a habituellement que pour les infirmières.

Un petit exemple là-dessus, encore. Il y a des cours, entre autres, de réanimation cardiorespiratoire ou cardiovasculaire. Les infirmières les reçoivent et les préposés à la buanderie ou aux cuisines, qui que ce soit, les reçoivent et on exclut les infirmières auxiliaires. Ça veut dire que, s'il y a un cas, à un moment donné, demain matin, l'infirmière auxiliaire devra justement appeler le préposé ou je ne sais trop qui. Vous voyez l'aberration dans tout ça!

Également, le discours du professionnalisme qui vise à augmenter les qualifications académi-

ques tout en sous-utilisant des professionnels avec la formation actuelle, là-dessus, j'ai le goût de dire que nous vivons présentement, justement, un phénomène de surspécialisation et de surprofessionnalisation. On dirait que ça prend un peu plus, partout. Où il y avait des infirmières, ça prend une bachelière. Où il y avait des infirmières auxiliaires, ça semble prendre une infirmière et, à un moment donné... Écoutez, regardez les écarts de salaire dans tout ça... Je pense que vous comprendrez, à un moment donné, pourquoi c'est rendu à près de 9 000 000 \$, je pense, au moment où on se parle, le budget.

On assiste aussi à du recyclage des infirmières auxiliaires vers la profession d'infirmière en se servant souvent de chantage, c'est-à-dire que le recyclage se fait davantage par du chantage au lieu de l'attrait que ça peut avoir. Là-dessus, je vais vous donner un exemple. On dit aux infirmières auxiliaires: Vous êtes mieux de vous recycler parce qu'il est fort possible que, dans six mois, dans un an, vous perdiez vos postes. On va les fermer au profit d'autres professionnels. Pour citer un exemple, le cégep de Limoilou, ici, à Québec, paie deux chercheurs pour faire du recrutement d'infirmières auxiliaires dans les centres hospitaliers. Ça ne s'arrête pas là, on les paie au pourcentage pour chaque infirmière auxiliaire recrutée. Et ça coûte près de 40 000 \$ recycler une infirmière auxiliaire en une infirmière. Multipliez par 20 000, ça vous donne une bonne idée de ce que ça peut entraîner comme dépense au Conseil du trésor.

Donc, l'absence marquée des infirmières auxiliaires dans l'application des nouvelles technologies - parce que, justement, on est toujours exclues de ces nouvelles technologies - et dans de nouveaux champs de pratique tels que les soins à domicile, comme les CLSC, par exemple, où on retrouve très peu d'infirmières auxiliaires, encore une fois, alors que les provinces voisines, comme l'Ontario et le Nouveau-Brunswick, se positionnent dans les hôpitaux hors murs pour maintenir justement de plus en plus les personnes âgées à domicile en maintenant l'autonomie. Et nous, c'est un peu le contraire. On exclut les infirmières auxiliaires qui seraient justement la main-d'oeuvre toute désignée pour répondre à ces besoins-là. Évidemment, on est la province qui a le taux d'hébergement des personnes âgées le plus élevé non seulement au Canada, mais comparativement aux États-Unis, à la Grande-Bretagne et à la France également.

Donc, notre préoccupation première dans ce contexte se situe au niveau d'une gestion adéquate des ressources professionnelles que constituent les infirmières auxiliaires en soi. Pour ça, ça prend vraiment une gestion adéquate des ressources professionnelles et ce sera également une réponse partielle aux préoccupations de financement auxquelles fait face le système actuellement.

Je vais vous donner un autre exemple à ce

niveau-là pour le financement dans un hôpital - et je vais le nommer - l'hôpital Charles-LeMoynes, de Greenfield Park. Dans la nuit de la Saint-Jean-Baptiste, et celle de la Confédération, en 1988, on a payé une infirmière d'une agence de soins, Hélène Quévillon, 900 \$, pour un quart de travail; et je n'exagère pas. Allez aux sources et vous allez voir. On a payé, je pense, 930 \$, alors que, normalement, pour un peu plus de 100 \$, on a quelqu'un. Multipliez ça maintenant par l'ensemble et vous allez vous apercevoir que ça fait énormément d'argent de dépensé.

Puis-je savoir combien il me reste de temps, M. le...?

**Le Président (M. Joly):** Il vous reste deux minutes, M. Paradis.

**M. Paradis (Régis):** Deux minutes. Alors, je vais passer outre aux recommandations que j'avais l'intention de vous lire au départ - elles se retrouvent dans notre mémoire - et je vais aller immédiatement à la conclusion, si vous me permettez.

Notre intervention d'aujourd'hui vient souligner finalement l'importance de gérer adéquatement les ressources professionnelles que sont les infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Je pense que j'ai donné suffisamment d'exemples pour démontrer comment on pourrait améliorer la situation.

À cet effet, les deux principaux axes à mettre en relief sont d'abord une gestion impartiale des soins infirmiers en ayant, à la direction des soins infirmiers, des administrateurs qui sauront appliquer les règles habituelles de gestion. D'autre part, nous voulons également insister fortement sur la nécessité de réviser les mécanismes de délégation d'actes dont je faisais mention tout à l'heure, ceci afin de favoriser davantage un travail complémentaire et de donner aux infirmières et infirmiers auxiliaires, à titre de professionnels, la place qui leur revient.

Je terminerai en vous disant que je voudrais vraiment insister sur toutes les compétences, les qualités que les administrations des centres hospitaliers ont trouvées aux infirmières et infirmiers auxiliaires lors du conflit de travail de l'automne 1989. Et l'AHQ a admis elle-même que là où il y avait des infirmières auxiliaires, ça s'est passé beaucoup, beaucoup mieux dans les centres hospitaliers. Et non seulement pendant le conflit de travail mais également pendant les soirs, les fins de semaine, la nuit, parce qu'on les utilise davantage, vu qu'il y a moins de ressources infirmières.

Alors, M. le Président, ça clôt l'exposé de la Corporation des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec. Je vous remercie.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Paradis. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de

la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Merci, M. Paradis, d'être là en une journée aussi difficile sur le plan de la circulation. Avant d'aborder quelques questions spécifiques concernant votre profession, je voudrais quand même aborder quelques questions des problèmes du réseau.

Tout le monde se plaint qu'il n'y a pas suffisamment d'argent. On en a encore un exemple dans les journaux, ce matin. Tout le monde se plaint que partout il y a des problèmes; il y a des listes d'attente; tout le monde se plaint que ça prend deux scanners dans deux hôpitaux à vingt milles l'un de l'autre, etc. Toute une série de problèmes sont soulevés au niveau de l'accessibilité, des moyens financiers etc., et on pense toujours régler par une question de piastres et cennes. Je ne veux pas dire qu'on n'en a pas besoin, je pense qu'on pourra conclure à la fin de l'exercice de la réforme qu'on aura certainement besoin de sommes additionnelles, mais, avant ça, j'ai toujours pensé qu'on devait faire un bon - si vous me passez l'expression - "curetage" dans notre système. Qu'est-ce qui ne va pas dans notre système de santé au Québec, à part la place que vous occupez - et on y reviendra tantôt, - puisque vous êtes 20 000 acteurs privilégiés au coeur de l'action un peu partout? D'après vous, votre expérience, l'expérience de vos membres, qu'est-ce qui fait que notre système a des ratés?

**M. Paradis (Régis):** Ce qui fait que notre système a des ratés, peut-être que ça a été trop vite finalement depuis l'avènement de l'assurance-maladie en 1970. Je pense que c'est une première constatation que l'on peut faire. Également, le manque de contrôle sur l'ensemble de cet appareil-là, de cette structure, par exemple les cartes d'assurance-santé qui ont fait en sorte que c'est prêté un petit peu à tout le monde. Je pense que ça ce n'est pas nouveau en soi, en tant que tel. Également aussi, il y a des facteurs qui ne dépendent peut-être pas nécessairement de nous, comme le vieillissement de la population du Québec qui a fait en sorte que ça pris énormément de lits, ça occupe énormément de lits dans les soins de courte durée. Puis, également, je dirais, par expérience, - j'ai travaillé tout près de vingt ans dans des centres hospitaliers - tout l'alourdissement et la bureaucratisme de tout ça. Peut-être, pour donner un exemple rapide, avant c'était géré par, je ne sais pas, quatre ou cinq bonnes soeurs d'une congrégation et, aujourd'hui, on a multiplié ça par, je ne sais pas, 100, 200. On dirait que ça ne fonctionne jamais. Évidemment, si l'on regarde un peu plus au niveau de la main-d'oeuvre, de la pénurie et de la rareté des infirmières, là-dessus, nous sommes catégoriques, c'est strictement dû à une sous-utilisation et une non-utilisation des

ressources des infirmières auxiliaires parce que, finalement, les infirmières sont arrivées un peu dans les années cinquante, à la suite d'une pénurie. Après qu'elles furent arrivées, on a arrêté d'en parler.

Pour continuer au chapitre du financement, je pense que la surprofessionnalisation, la surqualification dont je parlais a fait en sorte que ça a entraîné justement, au chapitre des salaires, des déboursés énormes. Je suis vraiment loin d'être convaincu justement qu'on doit avoir toutes ces spécialités pour faire fonctionner le système et donner les soins que requièrent nos malades.

En résumé, je dirais que ce serait un contrôle plus adéquat et une utilisation vraiment plus rationnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires aussi.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je pense que vous touchez à une série de causes sur lesquelles on n'a pas grands ressorts ou grands moyens. Le vieillissement de la population, il faut y faire face. Ce sera de plus en plus important au fil des prochaines années. Ça, c'est un élément sur lequel on devra effectivement apporter des ressources additionnelles pour régler les problèmes.

Évidemment, ce qui est frappant, vous avez insisté à plusieurs reprises sur une meilleure gestion des ressources. Ça peut vouloir dire ressources humaines, ça veut dire ressources sur le plan budgétaire aussi. Je pense que vous avez donné l'exemple de l'utilisation de ressources humaines à partir des gens que vous représentez qui, effectivement, au bout de la ligne, si j'ai bien compris, coûteraient moins cher que ce qu'on fait maintenant. Et vous avez abordé très brièvement l'encadrement, si j'ai bien compris, en disant: Auparavant, c'étaient quatre ou cinq religieuses qui géraient l'hôpital et, aujourd'hui, on a peut-être multiplié par 100. Est-ce que, dans ces cas-là, vous faites référence à l'encadrement qui est devenu beaucoup plus lourd au niveau des institutions ou si vous faites référence à autre chose?

**M. Paradis (Régis):** À ce sujet, M. le Président, M. Thériault va répondre à M. Côté.

**M. Thériault (Paul-J.):** Évidemment, c'est une préoccupation que l'on a. Lorsqu'on a regardé le genre d'intervention qu'on pouvait faire auprès de vous aujourd'hui, on s'est posé des questions sur qui fait les choix dans le système? Il y avait des choix politiques de faits; on a regardé les gestionnaires. Le taux d'encadrement, c'est une préoccupation que l'on a. Dans les discussions qu'on a eues au sein de nos comités à la Corporation, il y a une infirmière auxiliaire et un membre du comité administratif, un des vice-présidents de la Corporation, qui mentionnaient que dans leur centre hospitalier il

y avait 250 postes de cadres sur un total de 850 à peu près. Ce n'est peut-être pas généralisé, je ne connais pas les taux d'encadrement de la plupart des établissements, mais il y a un taux d'encadrement qui me semble, a priori, au niveau de la gestion, important.

Le vice-président a donné un exemple encore plus particulier dans son propre service. Il travaille en ORL où il y a 30 patients habituellement. L'hospitalière s'est battue pour avoir une personne qui puisse assurer le contrôle de la qualité. Donc, il y a un professionnel qui travaille à temps plein, qui ne dispense aucun service auprès des patients, dont le travail est de vérifier les actes professionnels posés par les infirmières et les infirmières auxiliaires, donc, de vérifier de quelle façon on fait les choses.

On peut faire appel aux corporations professionnelles si on veut vérifier la qualité des actes, d'une part et, d'autre part, lorsqu'il va y avoir un resserrement... S'il y avait une baisse de patients, par exemple, ou s'il y avait des restrictions budgétaires, on ne viendrait pas chercher ce poste pour lequel l'hospitalière s'est battue, mais on irait probablement chercher un poste d'infirmier auxiliaire. Ce sont des exemples qui nous préoccupent au niveau du taux d'encadrement comme tel, des postes de cadres, des postes de conseillers, de la pertinence de ces postes pour gérer un système.

Une autre préoccupation aussi, c'est sur la complémentarité, pas seulement au niveau de l'utilisation des professionnels, mais la complémentarité interprogrammes. Ça, ce n'est pas particulier au réseau de la santé. N'importe quelle organisation veut se développer et veut grossir comme organisme, non pas nécessairement préoccupée d'abord par les objectifs que l'on vise, mais l'organisation veut se développer et croître, prendre sa propre vitesse de croisière.

Je peux peut-être donner un exemple bien spécifique là-dessus, une anecdote très personnelle. Ma femme a accouché au mois de décembre. Alors, au mois de janvier, la visite chez le pédiatre s'est faite, l'enfant est en pleine santé, on nous dit: "Vous reviendrez dans six mois". Une semaine plus tard, on avait un appel du CLSC, une infirmière voulait venir visiter à la maison. Alors, ça sert à quoi une visite de ce type? On a dit non. On sait que dans les CSS, par exemple, on manque de personnel pour des enfants battus mais, chez nous, si je battais mon enfant, personne ne l'aurait vérifié. On n'a même pas demandé pourquoi on avait annulé le rendez-vous; rien. Ces programmes, qui demandent énormément de personnel, qui se recourent avec d'autres services, représentent des coûts importants dans le système. Si on voulait utiliser à bon escient nos ressources, lorsqu'on parle de bonne gestion des ressources, ce sont des exemples en plus des ressources humaines dont on parlait tantôt: l'utilisation des professionnels, le taux d'encadrement, et la complémentarité

interprogrammes.  
(10 h 45)

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je dois comprendre de votre intervention, c'est qu'on a un problème de gestion des ressources, on a un problème de duplication. De toute façon, on l'a dit depuis le début de la commission. Ça, ça m'apparaît évident. Votre exemple en témoigne au niveau des CLSC et des pédiatres. Lorsqu'on parle de gestion des ressources, à l'intérieur de l'institution et interinstitutions, lorsqu'il n'y a pas de complémentarité entre les programmes, il y a une compétition entre les programmes, il y a une compétition entre les institutions. Je ne sais pas si c'est la même lecture que vous faites ou si je dois tirer ça comme conclusion de ce que vous nous dites.

**M. Thériault:** C'est justement de ça qu'on parle. Lorsqu'on dit qu'une organisation cherche à se développer, ça dégénère évidemment en compétition, pour aller chercher un plus gros morceau du gâteau, des budgets disponibles, des ressources disponibles ou mettre sur pied des programmes. Alors, moi je vais le faire, je sais mieux le faire que toi. Alors, cette propension, je pense que c'est une compétitivité qui n'est pas saine à ce niveau-là pour le système. Si on veut être compétitif, soyons-le sur les meilleures qualités de services à donner plutôt que de chercher à faire une duplication dans les programmes offerts à la clientèle.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Je reviendrais peut-être à M. Paradis qui, tantôt, nous a décrit de manière plus spécifique des problèmes rencontrés par les infirmiers et infirmières auxiliaires. Moi je suis de la génération de ceux qui ont vu de leurs collègues, de leurs copines se diriger vers la formation d'infirmière auxiliaire à l'époque, au début des années soixante. Vous nous avez très bien décrit ce que vous viviez de votre point de vue, sur le plan du remplacement ou des actes délégués qui, de 100, sont passés à 16 et encore, dans certaines institutions, si je comprends bien, ce n'est même pas 16. Vous nous avez donné des exemples de trois ou quatre.

L'impression que j'en tire, c'est que c'est principalement ou, peut-être de manière assez exclusive, dans certains types d'institutions. Ça pourrait peut-être, par exemple, être dans des centres hospitaliers universitaires, ou pas nécessairement dans un centre d'hébergement, peut-être pas nécessairement dans un centre hospitalier de longue durée. Est-ce que je me trompe ou si ce que vous nous avez décrit est généralisé dans toutes les catégories d'institutions du réseau?

**M. Paradis (Régis):** Vous avez en partie raison, M. le ministre. Effectivement, les infirmières auxiliaires, là où elles ont perdu d'avantage justement dans leurs postes, c'est en milieu

universitaire et je l'admets aussi, au niveau des hôpitaux dans les soins vraiment à court terme, les soins aigus, comme on les appelle traditionnellement. En tout cas, à notre avis, il n'y avait pas non plus de raison pour ce faire, mais nous sommes placés devant une situation justement de fait, comme je le mentionnais, en vertu du décret, en vertu des nouveaux modes d'organisation de soins. C'est ce que cela a amené. Tout ça pour en arriver à dire, par exemple, qu'on a perdu énormément à ce niveau-là, mais on n'a pas nécessairement gagné non plus, par exemple, dans les centres d'accueil ou dans les centres hospitaliers de longue durée. On n'a pas gagné non plus au niveau des CLSC, par exemple. Je pense que la main-d'oeuvre vraiment la plus adéquate au niveau des CLSC serait les infirmières auxiliaires qui sont beaucoup mieux formées et plus polyvalentes que les infirmières pour donner un ensemble de soins que les auxiliaires familiales, et, à toutes fins pratiques aussi, presque autant pour les soins qu'il y a à donner à domicile. Et, là-dessus, il n'est pas possible, pour toutes sortes de raisons, de pérenniser ce marché-là.

Dans les centres d'accueil, également, justement, pour la spécialisation qu'on retrouve... Lorsqu'on invoque également les nouvelles technologies pour exclure les infirmières auxiliaires, il faut faire attention. Regardez les budgets donnés par le ministère depuis un certain nombre d'années pour les nouvelles technologies. Vous allez vous apercevoir, finalement, qu'il n'y en a pas tellement. Donc, ça ne devrait pas être un des motifs invoqués pour exclure les infirmières auxiliaires. Je pense qu'on peut fort bien s'entendre là-dessus.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que je dois comprendre que vous nous dites: Il est très évident que les infirmières ont leur place au niveau des centres hospitaliers où, évidemment, on est dans le curatif, que ça nécessite une certaine polyvalence quant à tous les actes et qu'elles ont leur place au niveau des centres hospitaliers? Mais vous nous dites, par contre, dans le maintien à domicile: Nous autres, on est plus polyvalents pour être capables de faire ce genre de travail-là, ce que n'est pas nécessairement l'infirmière. J'ai des problèmes un petit peu avec ça, parce que je pense que s'il y a une polyvalence chez vous, les infirmières aussi pourraient le faire. Cependant, ce que vous nous dites, c'est: On est aussi capables que les infirmières de faire le travail qui est assigné pour le maintien à domicile. On le sait, le maintien à domicile est une des mesures extrêmement importantes auxquelles il faudra s'attaquer au cours des prochaines années pour faire en sorte qu'on puisse maintenir à domicile de manière encore plus importante que nous ne le faisons maintenant des personnes qui sont en perte d'autonomie.

**M. Paradis (Régis):** Je me suis peut-être mal exprimé, M. le ministre. Ce que j'ai dit, finalement, c'est que les infirmières auxiliaires sont définitivement plus polyvalentes que les auxiliaires familiales qu'on retrouve en grand nombre dans les CLSC. Mais il est évident que l'infirmière auxiliaire n'est pas plus polyvalente qu'une infirmière et nous n'avons jamais eu cette prétention-là, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** O. K. Non, c'est parce que la...

**M. Paradis (Régis):** Je me suis peut-être mal exprimé, je m'en excuse.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça va, pour le moment, M. le Président.

Le **Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le leader de l'Opposition et député de Joliette, M. Chevrette.

**M. Chevrette:** Merci, M. le Président. Je voudrais d'abord commencer par un commentaire pour dire que, d'entrée de jeu, j'ai toujours trouvé insignifiant un système qui continue à former des individus en fonction d'une capacité de produire des services et ne pas leur ouvrir le marché. Comme système, ça ne peut pas être bien bien plus fou. Tu continues à former des infirmiers et des infirmières auxiliaires et tu leur dis, par exemple: D'autres administrateurs d'un niveau inférieur que sont les corporations hospitalières, eux autres, ils n'en prennent plus, sous prétexte qu'ils veulent améliorer la qualité des services professionnels. C'est exactement ce qui se dit. Moi, je me souviens d'avoir arrêté une hémorragie, à un moment donné, à Pierre-Boucher justement, puis à Rouyn-Noranda, à l'hôpital de Maladie, puis à l'hôpital de Val-d'Or, où on était en train de rayer de la "map" à peu près tout ce qui bougeait en personnel infirmier auxiliaire. Je trouve ça fou et vous avez raison de le dénoncer. Je trouve ça con comme système.

Il me semble qu'une seule autorité de qui relève la totalité de la responsabilité au niveau de la qualité des soins, ça suppose se préoccuper également de la formation continue et d'ouvrir les débouchés en conséquence, sinon tu fermes carrément les options. En tout cas, personnellement, vous me permettez de vous appuyer là-dessus fortement.

Deuxièmement, c'est le problème de la délégation d'actes que vous soulevez et que personne n'a eu le courage d'affronter comme système. On en a parlé beaucoup lorsqu'on a fait la commission sur le rapport Harnois. On en a parlé beaucoup aussi au niveau de la commission Rochon, et la commission Rochon est très claire: Attaquez-vous carrément et de front à la délégation.

tion d'actes. C'est là qu'on réglerait un paquet de problèmes, mais ça, ça prend une volonté politique pour le faire, ça prend des décisions formelles là-dessus. Moi, j'ai toujours trouvé aberrant qu'on forme une personne, par exemple, pour être capable de donner une Injection, puis après qu'elle a été engagée, tu lui refuses de faire l'injection.

Le problème, il se pose dans les grands centres. C'a commencé dans la surspécialisation et vous avez raison: sur la Basse-Côte-Nord, ils ne demandent pas à un médecin de donner l'injection, ils ne l'ont pas, le personnel auxiliaire, s'il est infirmier auxiliaire, il est très bon, parce qu'ils n'ont pas d'autres ressources. Mais là où il y a des ressources en quantité, c'est toujours le plus fort qui essaie de gober le plus petit, puis ça devient du corporatisme absolu et moi, personnellement, je pense qu'il est temps qu'on place les gens devant la situation de compréhension de la complémentarité, au lieu de voir à gober tout le gâteau qui est disponible. Je vous donne également raison là-dessus.

Troisième point, notre système est tellement fou, en plus, qu'au lieu, par exemple, de créer des places en centres d'accueil ou dans des hôpitaux de soins de longue durée, on fait occuper jusqu'à 10 %, 15 %, 20 % des lits de soins de courte durée, qui coûtent 350 \$ par jour, par des patients de lits de longue durée qui devraient coûter de 100 \$ à 150 \$ de moins par jour. On dit qu'on manque d'argent. On manque d'argent, mais, de plus en plus, on augmente le nombre de personnes qui nécessitent des soins de longue durée et on les couche dans des lits de soins de courte durée. Mais on manque d'argent! On manque d'argent au point que le personnel Infirmier auxiliaire disparaît dans les hôpitaux, pour le remplacer par une catégorie de personnel qui coûte plus cher. Mais on manque d'argent! Notre système manque d'argent.

Le réflexe facile de la Corporation des hôpitaux du Québec et de certains groupes sociaux, c'est d'aller poser le ticket modérateur à des consommateurs et, bien souvent, ce sont les plus démunis qui consomment le plus, parce que mauvaise nutrition, parce que mauvais logement. Ça, c'est le réflexe facile de notre société, au lieu de regarder le problème en face, le problème globalement et dire: Comment met-on de l'ordre dans tout ça?

C'est un peu ça, le problème qu'on vit présentement. Et puis, 325 nouvelles places en centres d'accueil cette année, depuis trois ans, alors qu'on a un vieillissement de population. En 2031, on aura 16 % de la population qui aura 65 ans et plus et elle consomme 6,3 fois le nombre d'actes médicaux ou de médication de toutes les personnes en bas puis on ne se préoccupe pas de ça. On va continuer à défendre les chasses gardées d'une seule corporation ou, encore, on va surspécialiser au point que ce sera prohibitif puis, là, on se plaindra collectivement de ne pas

avoir apporté les correctifs au moment où c'était le temps.

Moi, je pense qu'on a tous fait la même lecture du problème ou de la situation, autant le gouvernement que l'Opposition ou même les groupes, la commission Rochon et tout le "kit". Je pense qu'on a tous fait la même lecture des problèmes qu'on traverse, mais on n'a pas fait la même lecture quant aux remèdes, aux solutions. À mon point de vue, la délégation d'actes est un des points majeurs que vous apportez, que vous soulevez et, ensuite, bien sûr, bâtir quelque chose en fonction des services et de l'état de la situation qui est le vieillissement de la population du Québec. Ça, ça m'apparaît urgent.

Je n'aurai qu'une question à vous poser, parce que quant à l'analyse que vous faites, je partage assez bien... La question des professionnels aux conseils d'administration ou des catégories de professionnels aux conseils d'administration, vous vous opposez à ce que le présent avant-projet de loi élimine, à toutes fins pratiques, toutes les catégories de professionnels, ce qui m'apparaît une aberration, moi aussi. Mais, concrètement, comment voyez-vous ça? Quel type de professionnel doit siéger aux conseils d'administration? Est-ce que vous êtes d'accord avec la formule actuelle ou si vous voyez une autre formule que celle qui existe actuellement comme intermédiaire entre ce qui existe et ce qu'on propose qui devrait exister? Deuxièmement, dans la même question, ne considérez-vous pas que l'avant-projet de loi qui parle de régies régionales, est, à toutes fins pratiques, de la déconcentration et non pas de la décentralisation?

**M. Paradis (Régit):** Sur la question, M. le Président, M. Thériault répondra à M. Chevrette.

**Le Président (M. Joly):** M. Thériault.

**M. Thériault:** Sur votre première question, M. Chevrette, au niveau des professionnels, notre position là-dessus, c'est que les professionnels au Québec, c'est un riche tissu de citoyens et c'est important qu'on puisse leur permettre de siéger aux conseils d'administration, non pas au coeur du conseil d'administration de leur propre établissement, mais dans les établissements autres que le leur ou sur d'autres territoires, qu'on ne ferme pas la porte de façon absolue, parce qu'une personne est professionnelle de la santé. C'est dans cette optique qu'on se dit qu'il ne faudrait pas quand même se fermer les portes entièrement à cet sujet.

**M. Chevrette:** Considérez-vous le deuxième volet, les régies régionales...

**M. Thériault:** Votre deuxième question, on peut toujours se poser la question et on va revenir à la problématique de gestion. Est-ce que

ça permet à l'État de mieux gérer ses ressources que d'avoir une régie régionale? Décentralisation des ressources, décentralisation de certains pouvoirs de décision. On n'a pas nécessairement les outils pour vous amener des réponses toutes prêtes d'avance sur ce genre de problématique...

**M. Chevette:** Je vous arrête et je reviens à l'exemple que vous avez posé entre le pédiatre et le CLSC. Vous ne pensez pas, si c'était régional, qu'on essaierait d'éviter la duplication des services? Un hôpital, un centre hospitalier, présentement, est performant s'il réussit à épiétrer sur le champ de l'autre et il est jugé par sa performance s'il a augmenté son nombre de services. Et, automatiquement, ce service-là se donne dans le milieu. Et on arrive avec de la duplication de services, une surproduction et, après ça, on reproche aux consommateurs de trop consommer.

Est-ce que vous ne pensez pas qu'une décentralisation certaine pourrait - pas une certaine décentralisation, une décentralisation certaine - permettre des arbitrages et automatiquement faire cesser la duplication des services? (11 heures)

**M. Thériault:** Ça dépend de quel point de vue on s'en sert. Si on veut répartir les programmes entre différents types d'établissements, différents types d'organismes, à ce moment-là, je pense qu'il y a des décisions à prendre pour l'ensemble du territoire du Québec, sur qui fait quoi au niveau des genres de programmes à donner à la population. Donc, pour tous les gens au Québec, quant à tel genre de problème qui se pose, un problème de santé ou un problème social, tu sais à quelle porte frapper, peu importe où tu résides au Québec. Je pense que ce sont des règles du jeu qui doivent s'établir. Maintenant, comment répartir les ressources à l'intérieur de ça, faire des modifications de programmes en fonction des évolutions démographiques, en fonction des besoins particuliers des populations? Il y a peut-être, sur le plan régional, à régir ce genre de répartition qui va tenir compte des particularités d'une région.

**M. Chevette:** Je vais vous poser une question, maintenant, pour les consommateurs québécois. Êtes-vous d'accord avec la notion de ticket modérateur avec des impôts à rebours ou si vous jugez qu'il y a d'autres moyens pour contrôler les abus, d'autres moyens que le ticket modérateur ou un impôt déguisé, un ticket modérateur déguisé qui serait un impôt à rebours?

**M. Paradis (Régis):** Hors de tout doute, M. Chevette, nous sommes contre toute forme de ticket modérateur de quelque nature qu'il soit. J'entendais depuis une semaine ou un peu plus d'une semaine plusieurs intervenants dire qu'il va falloir prendre un remède de cheval, pour

repandre l'expression. Avant vraiment de regarder le remède de cheval, pourquoi ne regarde-t-on pas à établir davantage de mécanismes de contrôle? Je pense que ce serait vraiment un recul très important. Alors qu'on voit que les États-Unis se positionnent en disant: Le Québec a le meilleur système de soins de santé au monde ou presque, et ils veulent copier sur nous, nous, justement, nous voulons faire marche arrière là-dessus. Quand bien même qu'on s'en irait vers le ticket modérateur, quand bien même qu'on s'en irait vers des méthodes de privatisation, peut-être pas sur la ligne de pointe, les soins infirmiers en privatisation, mais peut-être un petit peu plus au niveau des buanderies et des cuisines... Ce qu'on ne sait pas actuellement, malgré les bienfaits immédiats que ça pourra apporter dans X temps d'ici, dans quelques années, voire dans quatre ou cinq ans, peut-être moins aussi, quels seront les méfaits sur l'universalité, l'accessibilité. Est-ce qu'on veut revenir justement à une médecine de pauvres et de riches? Même si je paie un ticket modérateur, des frais d'hébergement ou de quelque nature que ce soit, qu'est-ce qui me dit, en bout de piste, que je vais manger mieux, que je vais être traité mieux, que je vais recevoir de meilleurs soins, que mes draps vont être changés plus souvent et que je n'attendrai pas à l'urgence? Je suis loin d'avoir une garantie là-dessus.

**M. Chevette:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vais terminer, mais la dernière intervention de M. Paradis me laisse songeur au moins sur un point. Lorsqu'on parle d'accessibilité, c'est une chose; lorsqu'on parle d'universalité, c'est une chose; lorsqu'on parle de gratuité, c'est une chose; lorsqu'on parle de privatisation, c'est une autre chose.

Si je vous ai bien compris tantôt, lorsque vous avez parlé, en particulier, de la privatisation des buanderies, ça n'a rien à voir avec l'accessibilité, ça n'a rien à voir avec ce genre de chose et ça ne brime en rien l'accessibilité ni la gratuité, il faut bien se comprendre. Dans ce cas-là; si, demain matin, une buanderie ou un service d'alimentation est privatisé quelque part, ça ne brime en rien l'accessibilité. On se comprend bien. L'hôpital est toujours accessible pour les soins, sauf que c'est le privé qui pourrait éventuellement faire ces choses et il n'y a pas d'acquis de perdus, évidemment, en tenant compte du fait qu'il y a des conventions collectives qui sont là et qui font en sorte qu'il y a des relations du travail plus ou moins harmonieuses, dépendamment du moment où vous négociez, mais ça conditionne les relations du travail.

Donc, il y a une distinction très nette. Si on décidait, comme gouvernement, de tenter des expériences sur le plan des privatisations, que ce

soit des buanderies ou des cafétérias, ça ne brime en rien la gratuité, l'accessibilité et l'universalité, on s'entend bien là-dessus.

**M. Paradis (Régis):** Essentiellement, M. le ministre, ce que je voulais dire, c'est qu'au moment où on se parle, ce dont on a le plus entendu parler au niveau de la privatisation, ce n'était pas des secteurs de pointe comme le secteur de la santé. J'ai entendu des conférences de gens qui se sont penchés là-dessus et qui ont déjà été, je pense, ministres aussi. Je parle de M. Pierre Marc Johnson et de M. Bernard Landry aussi qui disaient qu'il pouvait y avoir une ouverture intéressante à ce niveau, sur la privatisation, soit peut-être dans les secteurs de seconde ligne. Je parlais des buanderies, des cuisines, de quelque chose du genre. On a très peu parlé de privatiser les soins de santé proprement dits. En ce sens-là, je suis d'accord que le fait de privatiser ces services ne remet pas en question la qualité. Ce que je voulais dire, c'est que je ne sais pas, par exemple, ce qui arrivera en bout de piste, et je ne suis pas convaincu que ça va coûter nécessairement moins cher. Dans un premier temps, souventefois, ce qui arrive, M. le ministre, là-dedans, c'est que, pour avoir le contrat, des buanderies extérieures vont soumissionner très bas. Mais après qu'elles ont le contrat, au bout de six mois, un an, deux ans, là, c'est une autre paire de manches. C'est un peu comme l'assurance automobile: la première fois, c'est toujours moins cher et, après, ça augmente tout le temps. Et on n'a pas nécessairement tout le contrôle là-dessus.

**M. Côté (Charlesbourg):** L'assurance automobile, je peux vous en parler aisément, je suis le premier qui a retourné 50 000 000 \$ aux gens qui payaient des primes. Effectivement, il y a eu un comportement plus responsable des gens sur les routes, il y a eu moins d'accidents, donc, moins de morts, moins de blessés, et on a retourné 50 000 000 \$ aux assurés. Donc, c'est possible de retourner en arrière lorsqu'il y a une gestion serrée. Évidemment, lorsqu'on parle de privatisation, il y a d'autres exemples où on a privatisé et ça a été bénéfique. Aujourd'hui, Inter n'aurait pas la force qu'elle a, sur le plan de l'aviation, si on n'avait pas privatisé Quebecair. Et c'est ce genre d'expérience... On ne privatise pas pour privatiser, pour que tu puisses porter le flambeau haut en disant: J'ai un beau fleuron à mon dossier, j'ai privatisé. Ce n'est pas ça, l'objectif. Évidemment, ce sont des services qui doivent être examinés et qui le seront. Ça ne veut pas dire que tout le monde, demain matin, dans les hôpitaux, va privatiser les cafétérias et les buanderies, ce n'est pas vrai.

Cependant, il faut bien l'admettre, dans l'état actuel des choses, il y a des gens du privé qui se plaignent d'une compétition de certains centres hospitaliers, par exemple, dans le cas des

buanderies. Eux voudraient, bien sûr, produire des services et prétendent pouvoir les produire à moindres coûts et le marché est là. À partir du moment où vous avez un contrat de cinq ans ou de trois ans à un prix X, que vous avez soumissionné plus bas pour l'avoir, espérant, par la suite, être capable de faire des profits et d'augmenter les prix, ça retourne en soumissions publiques et c'est toujours le plus bas qui l'a. Donc, à partir de ça, lorsqu'on maintient la qualité au niveau de la buanderie ou de la cafétéria - et il y a des critères pour être capable de déterminer ça - j'ai l'impression que, demain matin, on pourrait quand même sauver quelques sous. Mais il faut au moins le regarder. Ça ne veut pas dire que c'est une décision qui est prise. C'est une piste qu'il faut explorer. Évidemment, si on ne l'explore pas, on ne le saura pas, ce que vous dites. Si on ne l'explore pas, on ne saura pas si, effectivement, il y a des économies à voir ou pas. Évidemment, avant de l'étendre à tout le réseau, ça, c'est une autre affaire.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

**M. Chevrette:** Peut-être un commentaire à la suite de ce qui vient de se dire. Dans bien des cas, on devrait regarder, à mon point de vue, comment rentabiliser certains équipements publics. Je donne des exemples. C'est inconcevable, par exemple, qu'une buanderie chromée, dans certains centres hospitaliers, ne soit pas responsable de tout l'ensemble d'un réseau régional. C'est quasiment en compétition, là. L'hôpital charge plus cher que le secteur privé chargerait à un centre d'accueil. Donc, il se ramasse au privé et un équipement majeur payé par les citoyens du Québec ne sert pas. Moi, je pense que le premier volet à regarder, c'est comment maximiser le rendement des équipements qui sont en place et, deuxièmement, certains services secondaires, mais pas du tout reliés, par exemple, aux soins de santé directement. Je pense bien que, quand on construit un hôpital neuf maintenant, on pense au type d'équipement qu'on donne d'une façon différente qu'on pouvait y penser en 1960 ou en 1970.

J'aurais une question à vous poser sur la polyvalence des fonctions. Ne croyez-vous pas que le régime de négociation des conventions collectives actuel fait en sorte qu'on essaie de donner le même corset à un individu qui travaille dans un centre hospitalier majeur qu'à celui qui travaille dans un centre hospitalier de 150 lits? Je prends un exemple. Le type travaille ou la femme travaille dans un centre hospitalier peut-être pas de 2000 lits, mais de 1500 lits, avec trois vocations: psychiatrie, soins de longue durée et soins de courte durée. On peut peut-être penser à de la spécialisation plus forte

parce qu'on a le potentiel pour se permettre ça, un peintre, par exemple, un plâtrier ou un homme à la réparation. Mais quand on tombe dans un petit centre hospitalier de 150 lits - ça existe - ne croyez-vous pas que les conventions collectives font en sorte que ça pose un carcan assez important, qu'on ne demande pas un peu plus de polyvalence et que le fait, précisément, de vouloir donner un corset unique à tout le monde, c'est ce qui crée un problème aussi?

**Le Président (M. Joly):** M. Thériault.

**M. Thériault:** M. Chevrette, vous avez donné tantôt un exemple intéressant. On regardait, par exemple, le fonctionnement sur la Côte-Nord au niveau des professionnels. Je pense que ça rejoint un peu le même genre d'idée où, en fonction des besoins d'organisation de ressources dans un établissement particulier, en fonction des clientèles, il y a peut-être des réaffectations différentes qui peuvent être faites pour tenir compte des gens qui y travaillent, dans le fond. Cette flexibilité-là est nécessaire pour faire une bonne gestion, c'est évident. Si on est gelé comme dans des carcans, si le système est gelé dans des carcans où on tire des lignes très strictes sur les fonctions de chacun, que ce soient des professionnels ou autres au niveau des établissements, c'est évident qu'à ce moment-là on se limite dans une bonne utilisation de nos ressources.

**M. Chevrette:** Ça veut dire que vous pourriez être d'accord éventuellement, supposons, avec un cadre de négociations qui fixerait les salaires, les bénéfices marginaux, mais quant au cadre d'attribution de fonctions, de réaffectation, ça ne pourrait pas avoir une odeur locale, ça?

**M. Thériault:** Là, vous nous amenez sur un terrain qui - je vais vous dire, d'abord - n'est pas du ressort de la corporation; une corporation professionnelle n'a pas à...

**M. Chevrette:** Non, mais elle peut avoir des idées là-dessus.

**M. Thériault:** Ha, ha, ha! Je préférerais que ce soit le président qui y...

**M. Chevrette:** Vous préférez vous abstenir? C'est votre droit. Je m'essayais.

**Le Président (M. Joly):** M. Paradis.

**M. Paradis (Régis):** Moi également, M. Chevrette, au niveau des conventions collectives, je pense qu'il y a des syndicats vraiment beaucoup mieux équipés que nous autres en termes de conseillers techniques ou de quelque spécialiste que ce soit pour répondre à vos questions là-dessus. En d'autres mots...

**M. Chevrette:** Sur le plan professionnel, vous, comme corporation professionnelle, avec les ressources que vous avez, est-ce que vous accepteriez que, dans un département une infirmière ou un infirmier auxiliaire ait des fonctions, par exemple, moitié professionnelles qui dépendent exactement de votre statut professionnel et, par exemple, pour permettre une plus grande flexibilité, qui pourrait jouer un rôle aussi de préposé aux malades pour l'autre moitié, sans formation d'infirmier auxiliaire? Est-ce que vous concevez que ça pourrait se négocier localement dans le cadre où ça prend ça dans l'agencement du portrait local?

**M. Paradis (Régis):** O.K. En d'autres mots, si je cherche à bien comprendre votre question, M. Chevrette, est-ce que l'infirmière auxiliaire pourrait accepter de faire l'unité de soins, de faire un nombre limité de fonctions, soins infirmiers, nursing et un nombre limité de fonctions autres, que ce soient des fonctions...

**M. Chevrette:** Oui.

**M. Paradis (Régis):** ...administratives ou quoi que ce soit? Écoutez, je vous répondrais non, M. Chevrette, parce que la formation première, justement, de l'infirmière auxiliaire, c'est la prestation puis la distribution des soins aux malades, tandis que - et là, je reviens peut-être un peu plus au niveau de la formation peut-être pour les infirmières qui reçoivent davantage, justement, de formation au niveau de l'administration des soins infirmiers - le rôle d'administration, on n'y touche pas. Je ne dis pas qu'on n'aura jamais un intérêt et que nous n'en avons pas, mais, dans l'immédiat, on se concentre davantage vers la prestation qui est notre spécialité, puis c'est ce que l'infirmière auxiliaire veut faire. L'infirmière auxiliaire ne trouve pas qu'il y a de tâche ingrate, en passant, justement, sur une unité de soins, elle est relativement heureuse de faire ça, tandis que d'autres professionnels volent certaines fonctions ingrates qu'ils n'aiment pas justement toucher et qu'ils n'aiment pas faire. Alors, franchement, je pense qu'il faut en utiliser pleinement.

**M. Chevrette:** Correct.

**M. Paradis (Régis):** En d'autres mots: Utilisez-nous donc au maximum de nos compétences. Sous la supervision d'une infirmière, on est d'accord.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Paradis. Le mot de la fin, M. le leader de l'Opposition.

**M. Chevrette:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Joly):** M. le ministre.

**M. Paradis (Régis):** C'est moi qui vous remercie.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, et on se souhaite bonne chance.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Paradis (Régis):** Bien, moi, je désire remercier justement toute la commission de nous avoir permis de nous faire entendre et puis ça nous a également, je pense, permis d'apprendre à mieux se connaître et nous en sommes fiers.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Au nom des membres de cette commission, je remercie la Corporation professionnelle des infirmières et Infirmiers auxiliaires. Bon voyage de retour. Merci d'avoir été présente.

Je demanderai maintenant à l'Association des médecins d'urgence du Québec de bien vouloir s'avancer. Je demanderais au président de bien vouloir s'identifier et d'identifier la personne qui l'accompagne, s'il vous plaît.  
(11 h 15)

**M. Cousineau (François):** Bonjour, je suis François Cousineau, médecin d'urgence, président de l'Association des médecins d'urgence du Québec. Et, à ma gauche, le Dr Jean-Pascal Ouellet, médecin d'urgence, président ex-officio de la même association.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Cousineau. Vous connaissez sans doute les règles. Nous vous consentons une vingtaine de minutes pour l'exposé de votre mémoire, 20 minutes ou moins. Et, par après, le même temps pour les questions est accordé aux deux formations, tant le côté ministériel que le côté de l'Opposition. Alors, M. Cousineau, à vous.

#### Association des médecins d'urgence du Québec

**M. Cousineau:** Alors, je vous remercie, M. le Président. Nous remercions la commission de donner à l'Association des médecins d'urgence du Québec l'opportunité d'être entendue au sujet de la réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

L'Association est un regroupement de médecins pratiquant et enseignant la médecine d'urgence dans un grand nombre d'établissements hospitaliers. Le but premier de l'existence de l'AMUQ est de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins médicaux d'urgence dès la prise en charge du bénéficiaire par le système préhospitalier jusqu'à son orientation définitive après stabilisation, diagnostic et traitement. Nous souhaitons vivement apporter notre contribution aux amendements de la loi. Tout comme les autres intervenants participant à cette refonte, nous sommes hautement préoccupés par les

intérêts du bénéficiaire et ses besoins et sommes confiants que tous nous réussirons à améliorer la qualité des soins dispensés en les prodiguant dans les conditions les plus humaines possible.

Les bénéficiaires se présentent ou sont amenés aux salles d'urgence pour une foule de raisons: urgences qui menacent la vie, un membre, l'intégrité physique, mentale et psychologique, état de crise sociale, familiale, suite d'agressions et d'abus de toutes sortes, petite urgence qui apparaît comme une énormité aux patients, grosse urgence que le bénéficiaire ou son entourage ont niée ou négligée pour différentes raisons. Toutes ces entités ont un dénominateur commun: Ce sont des besoins qui doivent être rencontrés de la façon la plus rationnelle, humaine et scientifique à la fois et, enfin, économique. Nous entendons tous dire et redire que des individus se présentent inutilement à l'urgence, que l'attente est interminable et que le personnel, quoique compétent, est débordé. Oui, certains individus se présentent pour des raisons inappropriées à l'urgence, mais ce nombre marginal ne constitue pas le noeud du problème. La grande majorité des patients se présentent aux urgences de bonne foi et, à notre avis, n'abusent pas du système. Certes, davantage de prévention, d'éducation réglerait le cas d'embée d'un certain nombre de visites. Un service d'urgence ne doit pas fonctionner au mode tour de rôle, comme au bureau des passeports. Il doit fonctionner selon les priorités qui s'y présentent.

**M. Ouellet (Jean-Pascal):** En 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux a commandé une analyse statistique opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée de la région de Montréal, analyse connue sous la dénomination de rapport Spitzer. L'ensemble du rapport nous apparaît toujours très pertinent et nous continuons à partager la majorité des recommandations proposées. Selon ce rapport, le nombre élevé d'individus qui fréquentent la salle d'urgence se retrouvent principalement chez les patients ambulatoires. Le nombre de patients sur civière demeure relativement bas et est réparti de façon uniforme entre les hôpitaux. Rien ne laisse penser que l'engorgement peut s'expliquer par la présence des patients ambulatoires. Globalement, les patients alités sur civière subissent des délais moyens d'attente de 22 heures. Tout délai de séjour dépassant neuf heures est considéré comme excessif, ce délai étant fondé sur un jugement clinique. Le comité affirme qu'il est de six heures en Ontario et aux États-Unis. Les personnes âgées, sur civière, doivent subir des délais encore plus importants: 28 heures si on ne les hospitalise pas et jusqu'à 39 heures et demie si on les hospitalise. Le nombre de patients d'âge

gériatrique représentant des problèmes mentaux constitue 40 % des patients alités sur civière dans l'ensemble des hôpitaux sélectionnés. Les hôpitaux présentant les indices en ressources techniques et en personnels les plus favorables ne sont pas nécessairement les plus performants, bien au contraire. Le rapport Spitzer démontre une autre réalité: l'absence de priorisation des soins pour les patients alités à l'urgence.

Une pénurie de lits n'est pas le facteur majeur sous-jacent à l'engorgement des urgences. L'engorgement a trait à la dynamique interne des hôpitaux et non à la demande externe. En corollaire à ce rapport, nous croyons qu'au niveau des patients ambulatoires il faut encourager une meilleure utilisation des ressources déjà disponibles dans le réseau. Il faut éviter une duplication des services et une multiplication des coûts.

Par ailleurs, l'Association des médecins d'urgence du Québec est convaincue que la situation de congestion dans les salles d'urgence ne s'est pas améliorée de façon significative depuis 1985. Tout particulièrement, les efforts déployés par le ministère à la suite du rapport Spitzer n'ont pas enrayer le problème de la congestion, mais plutôt empêché sa détérioration. Il s'agit toutefois d'efforts très louables qu'il faut encourager et qu'il faut poursuivre.

Le type de gestion interne des unités d'urgence des hôpitaux a donc une influence directe sur la congestion des urgences et, en conséquence, il faut améliorer la gestion interne des unités d'urgence. Qu'à l'instar de l'Ontario soit limité à six heures tout séjour à l'urgence pour fins d'observation et de traitements. Il faut donner aux médecins de salles d'urgence toute l'autorité nécessaire pour admettre des patients. Il faut accorder ou maintenir la priorité absolue aux patients de la salle d'urgence, particulièrement aux patients sur civière en ce qui a trait aux services de laboratoire, de radiologie et aux consultations. Il faut aussi rationaliser la gestion intrahospitalière, donner au médecin coordonnateur un véritable pouvoir décisionnel quant aux admissions, exercer un contrôle plus serré de la durée du séjour des patients. Des normes existent d'ailleurs à ce sujet. Et qu'on s'assure de réserver un nombre de lits égal à la moyenne journalière d'admissions provenant de l'urgence.

Il faut mettre sur pied et promouvoir un service de gériatrie active. Tous les patients de soins prolongés ou de gériatrie doivent être regroupés sous la responsabilité d'une même équipe et non dispersés entre plusieurs médecins traitants travaillant de façon indépendante. En outre, les services de gériatrie devraient participer à l'évaluation et la prise en charge immédiate de tout patient en perte d'autonomie admis en courte durée pour un problème aigu.

Qu'on améliore l'utilisation des lits en chirurgie en procédant à l'investigation préopératoire complète en externe. Les chirurgies sur une

base externe et l'utilisation des unités de courte durée doivent être maximisées.

Que le gouvernement du Québec s'assure que toutes les mesures susmentionnées sont appliquées et qu'il finance adéquatement les centres hospitaliers ayant réalisé ces objectifs.

Afin d'optimiser le développement des ressources alternatives extra-hospitalières, le gouvernement a vu à la formation d'équipes de psychogériatrie pouvant donner des soins à domicile. Il a vu à la création de lieux d'hébergement pour personnes itinérantes et au développement des résidences d'accueil pour les personnes âgées et celles souffrant d'une affection mentale. Il est temps d'évaluer l'impact de ces mesures et de les optimiser en favorisant les plus productives. Cet effort de rationalisation est important pour le réseau et pour le bénéficiaire, l'objectif étant d'orienter d'emblée les demandes vers les ressources appropriées où leur évaluation et le règlement se feront avec plus de justesse et de célérité.

En outre, il faut assurer la coordination médicale, provinciale et régionale des soins médicaux d'urgence. L'état des choses en ce qui regarde les soins médicaux d'urgence au Québec fait ressortir la complexité et la quantité de variables qui composent aujourd'hui cette sphère d'activités. Il est temps, à l'instar de la France et de l'Ontario, que le Québec se dote d'une direction provinciale en soins médicaux d'urgence. Des observateurs avertis ont pu constater le dynamisme et l'efficacité qui régissent dans ce domaine chez nos voisins ontariens où un sous-ministre issu d'un milieu d'urgence a été chargé spécifiquement de cette question.

Au niveau régional, il faut instaurer une gestion informatisée des lits pour établir une coopération plus étroite entre les centres hospitaliers. En corollaire, une plus grande cohésion régionale permettrait l'utilisation optimale de lits disponibles et faciliterait la rationalisation des détournements d'ambulance.

Remarquons qu'il existe au pays des exemples de gestion informatisée dont les résultats sont positifs, Sudbury, Kingston, Toronto, Vancouver, Hamilton, et dont le sous-ministre Cimpka, de l'Ontario, a hautement vanté les mérites. Si ça marche pour nos voisins ontariens, peut-on envisager un système comparable chez nous?

Il faut établir une direction et une supervision regroupant les différents intervenants. Particulièrement en soins médicaux d'urgence, il est primordial d'établir des politiques cohérentes et articulées et de s'assurer que les centres hospitaliers comprennent et respectent les règles du jeu. Il ne faut qu'une seule institution fautive pour que l'ensemble du système commence à s'ébranler. C'est la théorie des dominos. Il appartiendra au comité régional de veiller à la gestion de l'ensemble de son réseau. Ce comité devra posséder des pouvoirs discrétionnaires afin

d'intervenir efficacement dans les cas de non-observance des politiques établies. Les médecins d'urgence doivent être membres à part entière de ces comités provinciaux et régionaux.

**M. Cousineau:** Il faut établir un système provincial de soins préhospitaliers d'urgence garantissant la qualité, l'universalité et la complémentarité des soins médicaux. Le but d'un système préhospitalier d'urgence est de réduire la mortalité, la morbidité et la souffrance résultant d'une maladie ou d'un traumatisme soudain. Il faut assurer une réponse rapide, un traitement d'urgence selon des normes médicales reconnues, un transport adéquat et un accès possible à des soins définitifs, peu importe où se situe l'urgence au Québec.

Le système doit être intégré, imputable et efficient. Il doit rencontrer quinze exigences reconnues et éprouvées internationalement, à savoir des effectifs appropriés, la formation adéquate, des communications fonctionnelles et efficaces, le transport, le centre de réception, les unités spécialisées de soins, l'utilisation des services de sécurité publique, la participation du grand public, l'accessibilité au système de soins préhospitaliers d'urgence, les transferts, les dossiers, l'information et la formation du grand public, l'évaluation, la planification des interventions en cas de désastre, l'entente d'aide mutuelle.

Nous recommandons l'application d'un plan directeur provincial basé sur les stratégies et les principes que nous venons d'énumérer. Lors de l'élaboration de ce plan, il faut à tout prix éviter d'inclure, à l'intérieur des conventions collectives, des aspects pouvant porter préjudice à la qualité des soins dispensés aux patients. L'association croit qu'il y a des aspects à l'intérieur de conventions déjà signées qui sont des embûches à l'application intégrale de ce système.

**M. Ouellet:** En conclusion, une société doit rechercher le bien-être et surmonter les conflits perpétuels engendrés par la quête des intérêts personnels. Une communauté de pensée et d'action doit exister. Pour assurer la cohésion du système, nous croyons que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit donner le ton en élaborant des lignes directrices et en s'assurant par son leadership que les régions travaillent dans le sens des objectifs visés, tout en possédant une latitude suffisante pour faire face à leur particularisme respectif.

M. le Président, nous avons exprimé des préoccupations de l'Association des médecins d'urgence du Québec concernant le présent et l'avenir des soins médicaux d'urgence de notre province. Nous vous remercions de nous avoir écoutés.

et M. Ouellet. Maintenant, je vais reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Je veux, en premier lieu, remercier le Dr Cousineau et le Dr Ouellet d'être là parce que j'allais dire: Vous êtes des oiseaux rares, mais ce n'est pas vrai. Ce n'est pas souvent qu'on a l'occasion de discuter de nos problèmes d'urgence de la manière dont on va le faire, compte tenu du fait qu'on se retrouve assez régulièrement sur la place publique avec les problèmes d'urgence, d'engorgement, de systèmes qui ne fonctionnent pas, l'homme politique disant: On a injecté des sommes fabuleuses au cours des dernières années et on se retrouve encore devant la même situation. Est-ce qu'il n'y a pas là d'autres raisons qui font que notre système a des problèmes?

Je pense que vous abordez de manière très courageuse certains os, et c'est pour ça que c'est un moment privilégié qui nous rend capables d'échanger des idées avec vous. Je prends votre mémoire, qui est là et qui reprend essentiellement les dix points mentionnés. À la fin du deuxième, c'est ce qui m'a frappé dans un premier temps, vous dites: Le type de gestion interne des unités d'urgence et des hôpitaux a donc une influence directe sur la congestion des urgences. En conséquence, il faut... Là, vous établissez, suggérez une série de mesures aussi importantes les unes que les autres. À vos yeux, il y en a qui sont, je pense, d'intérêt commun et on va tenter de les discuter.

(11 h 30)

Ce qu'on a dit et ce qu'on répète, c'est qu'il va nécessairement falloir remettre des sommes d'argent pour le traitement du problème des urgences, mais avant ça il faut, bien sûr, secouer notre système et en voir la dynamique. C'est ce que vous dites et je suis très heureux que vous l'exprimiez sur la place publique, parce qu'il n'y a personne de plus averti, je pense, que vous autres, parce que vous le pratiquez de manière quotidienne. Et vous dites à IV: "Rationaliser la gestion intrahospitalière". Je pense qu'on va aller au coeur du débat assez rapidement; ça ne nous donne rien d'étirer le temps.

Au premier paragraphe, il est dit: "Donner aux médecins coordonnateurs un véritable pouvoir décisionnel quant aux admissions et aux congés." Ça, c'est le premier élément et, dans les mesures que Mme Lavoie-Roux avait mises en place, c'est elle qui a mis en place le médecin coordonnateur. Donc, dans mon livre à moi, il est là. Ce que je comprends, c'est que ça ne marche pas, ou, si ça marche, ça marche à moitié, au quart, mais ça ne marche pas comme ça devrait marcher. J'aimerais vous entendre là-dessus: pourquoi ça ne marche pas et qu'est-ce qu'il faudrait faire davantage pour renforcer son pouvoir?

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Cousineau

**M. Cousineau:** Dans un premier temps, il y

a eu des centres hospitaliers où un coordonnateur d'admission a été nommé, de même qu'un coordonnateur d'urgence. Nous y voyons la possibilité de conflits d'intérêts entre ces deux types de coordination, le coordonnateur des admissions n'étant pas nécessairement axé sur les priorités d'admission qui se présentent venant de l'urgence. C'est pour ça que nous parlons, en fait, d'un seul médecin coordonnateur, le médecin coordonnateur de l'urgence ou autre, mais, d'emblée, ça nous paraît primordial qu'il ne devrait y avoir qu'un seul médecin coordonnateur dans les centres hospitaliers, d'une part, et, d'autre part, ce médecin coordonnateur doit être véritablement axé et penché quotidiennement sur la priorisation des admissions provenant de l'urgence. On recommande fortement que ce médecin doit avoir pouvoir d'admission dans le centre hospitalier où il travaille. Nous avons, en plus, d'autres mesures où l'hôpital doit prévoir une banque de lits disponibles dans son établissement, qui est proportionnelle à la moyenne des admissions journalières provenant de l'urgence, c'est une chose, mais le coordonnateur doit, en plus, avoir la capacité de déborder: par exemple, un patient présentant un problème médical nécessitant qu'il soit hospitalisé, le coordonnateur peut avoir, à notre sens, la capacité d'utiliser un lit de chirurgie pour ce patient-là, si le besoin se fait sentir.

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors, si je comprends, le problème fondamental, c'est qu'on se retrouve dans certains établissements avec deux coordonnateurs des admissions: un qui est à l'urgence, qui a été nommé récemment, compte tenu de la crise, et un qui est responsable de l'admission à l'hôpital, mais qui a préséance sur le deuxième.

**M. Cousineau:** Dans une certaine mesure... C'est le cas dans certains établissements et je pense... En fait, au chapitre de la coordination, il y aurait lieu, en fait, de véritablement définir des règles: quelles sont les responsabilités, quelles sont les prérogatives dont peut disposer le coordonnateur des urgences ou, encore, le coordonnateur des hôpitaux? Mais on revient à la même chose que, encore une fois, il doit prioriser les demandes d'hospitalisation provenant de l'urgence, et non pas prioriser les demandes d'hospitalisation qui proviennent d'ailleurs dans rétablissement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et ça, ça explique votre deuxième paragraphe qui dit: "Abolir le système de protection stricte des lits pour des médecins ou des spécialistes, en adoptant plutôt une répartition basée sur les besoins réels en hospitalisation." Normalement, protection stricte de lits, ce n'est pas supposé exister?

**M. Cousineau:** Effectivement, c'est dans la

loi.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Mais ça existe.

**M. Cousineau:** Ça existe qu'il y a des lits réservés pour certains départements, il y a une sectorisation qui existe dans différents établissements. Ce qu'on désire, d'une part, qu'il soit définitivement aboli, c'est des lits protégés au nom d'un médecin. Je pense que même on l'a dit, c'est dans la loi. D'autre part, la sectorisation entre chirurgie et médecine, c'est une réalité. Je pense qu'il va toujours y avoir une nécessité absolue que des patients soient opérés; on doit reconnaître cette nécessité-là et c'est pour ça qu'on l'aborde aussi, un peu plus loin, quand on parle de privilégier l'utilisation des lits de courte durée et ceux de la chirurgie de court séjour, là chirurgie en externe, etc., mais on mentionne, en fait, cette sectorisation-là pour dire qu'elle ne doit pas être d'une rigidité telle que le coordonnateur ne puisse pas hospitaliser, le cas échéant, des patients de l'urgence qui présentent un problème strictement médical. Elle ne doit pas être imperméable, cette sectorisation.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que je dois comprendre, dé par votre vécu, qu'il y a des cas de chirurgie élective qui passent avant des besoins des urgences?

**M. Ouellet:** Je pense que ça existe. Je ferai peut-être une parenthèse pour compléter ce que François vient de dire. C'est que, dans les hôpitaux, je pense que, dans les mesures Lavoie-Roux, la nomination d'un médecin coordonnateur a été une des mesures les plus productives. Je pense que même les études du gouvernement le démontrent. Maintenant, s'il y a des endroits où ça a été très productif, il y a des endroits où ça n'a pas été productif, dépendamment du pouvoir qui était donné à ce médecin coordonnateur à l'hôpital. Le médecin coordonnateur n'avait pas de pouvoir discrétionnaire. À ce moment-là, si l'hôpital, de par la bonne volonté, décidait de fonctionner en harmonie avec cette personne-là, il y a eu beaucoup de progrès - et ces hôpitaux-là, on les connaît - mais il y a des hôpitaux, au contraire, où il n'y a eu aucune collaboration. Donc, le dossier n'a pas avancé.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, on touche à un problème d'organisation. Et vous avez dit, dans votre présentation: Bon, il y a eu des efforts louables de faits sur le plan financier pour être capable de régler un certain nombre de problèmes. Quant à nous, les statistiques nous démontrent qu'il y a eu des effets bénéfiques, passant de 18 % à peu près 12 % ou 13 % d'occupation des lits par des malades chroniques, mais qu'on revient, à ce moment-ci, à une occupation encore plus importante de ces lits-là.

Votre bilan à vous des sommes investies,

est-ce que ça a permis uniquement, d'après vous, de régler des problèmes reliés aux urgences ou si ça n'a pas permis à certains hôpitaux de régler certains autres problèmes à l'intérieur des... Et vous avez dit tantôt: Médecin coordonnateur, c'est une bonne mesure en autant qu'on lui donne des pouvoirs additionnels.

Qu'est-ce qu'on a fait qu'on n'aurait pas dû faire? Surtout, qu'est-ce qu'on devrait faire qu'on n'a pas fait sur le plan de... Si vous étiez dans la peau du ministre, demain matin, qui revendique des sommes additionnelles, ça se placerait où en termes de priorités d'affectation des sommes d'argent additionnelles pour régler les problèmes d'urgence?

**M. Ouellet:** Je pense que le noeud du problème, c'est un petit peu d'assurer... Moi, je le vois au niveau de la coordination régionale. Là, les hôpitaux, à mon avis, se comportent comme des entités indépendantes puis se protègent l'un l'autre. Il n'y a pas de ce ciment régional qui est nécessaire à une meilleure gestion. Je pense qu'il y a un gros problème là. Et, là, lorsqu'on parle de l'informatisation des lits, par exemple, je pense que l'informatisation des lits, l'expérience de nos voisins l'a démontré, tout d'un coup on a découvert qu'il y avait des lits, alors qu'on pensait qu'il n'y en avait pas. Juste ça, ça a résolu plusieurs problèmes.

Je pense que la cohésion régionale est nécessaire, avec des pouvoirs discrétionnaires à ces directions régionales là. Ça, ça aiderait beaucoup, parce qu'il y a des hôpitaux déviants et je pense qu'il faudra y voir.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Mais si je comprends, c'est que, ayant réglé une partie des problèmes au niveau de l'institution avec un médecin coordonnateur de toutes les admissions - je pense que c'est ça qu'on vise - donc subordonné à personne d'autre que lui-même sur le plan de la décision quand un lit est utilisé actuellement en chirurgie élective... Parce que là, ce qu'on dit: Ça ne peut pas se faire, mais ça se fait, donc des lits réservés. Donc, selon la loi, ça ne se fait pas. Ça ne peut pas se faire, mais ça se fait, de ce que je comprends de l'expérience que vous nous dites.

Au-delà de tout ça, vous dites: Il faut quand même aussi que, sur le plan régional, on puisse avoir un système d'affectation ou de répartition de ces lits qui pourrait permettre, finalement, de désengorger un hôpital ou de dire: Bon, à l'Enfant-Jésus, demain matin, envoyez-en pas, ils sont déjà à pleine capacité. Par contre, à Laval, au CHUL, il y a des possibilités et c'est là que ça devrait aller. C'est ça que je comprends. C'est à ça que ça servirait.

**M. Ouellet:** C'est un des aspects sûrement importants.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Mais, dans la mesure où on aurait le médecin coordonnateur au niveau de chacun des établissements qui ferait le travail qu'on souhaite, vous pensez toujours que ça prendrait une structure régionale pour l'affectation de ces lits-là?

**M. Cousineau:** Oui. Oui, parce que le coordonnateur est parfaitement au courant de ce qui se passe dans son établissement, des besoins des patients qui se présentent à l'urgence et pour lesquels les demandes, entre autres, lui sont référées, par exemple, de la clinique externe ou des cabinets privés parce qu'il y a des demandes d'hospitalisation qui proviennent, en fait, de plusieurs endroits. Pour avoir véritablement une vision régionale - on reparle, en fait, de gestion informatisée - de la quantité de lits de soins de courte durée disponibles dans une région donnée, nous ne voyons pas, autrement que par une source privilégiée d'information régionale, que cette information puisse être disponible.

**M. Ouellet:** Est-ce que je pourrais me permettre de rajouter, de vous citer peut-être un exemple? Il n'est pas concevable que dans un centre hospitalier, par exemple, le médecin coordonnateur cumule aussi les fonctions de président du conseil des médecins et dentistes, de chef du département de médecine, tout ça ensemble. À ce moment-là, il a peut-être intérêt, lui, à un petit peu camoufler certaines ressources. Je pense que la coordination régionale permettrait de jouer un peu à la police. Je pense que c'est un peu cela qu'il faut faire.

**M. Cousineau:** Si je peux me permettre aussi, M. le ministre et M. le Président, c'est que, d'une part, il y a la gestion informatisée qui nous apparaît nécessaire pour les lits disponibles de soins de courte durée, mais il nous apparaît aussi nécessaire une désignation des hôpitaux, par exemple, la désignation d'un centre hospitalier de soins tertiaires pouvant fournir des services à un hôpital de soins secondaires, pour une utilisation optimale et rapide aussi des lits disponibles.

Je peux vous servir l'exemple d'un centre hospitalier de soins secondaires qui reçoit un patient à l'urgence qui est dans un état critique. Il nous apparaît essentiel, pour le bien-être du patient, que le médecin d'urgence, stabilisant ce patient à l'urgence, puisse avoir accès le plus rapidement possible, pour ce patient critique, à un centre hospitalier de soins tertiaires. Vous avez des exemples où des centres hospitaliers de soins secondaires sont situés à 30 minutes d'ambulance de centres hospitaliers tertiaires. Or, ça peut prendre plusieurs heures avant de trouver une ressource pour ce patient, autrement dit un hôpital de soins tertiaires qui puisse accueillir le patient. Donc, la gestion régionale

s'étend à toute cette chose.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je comprends mieux et ça me paraît assez logique. On m'a dit tantôt qu'il me restait deux minutes, donc il doit m'en rester au moins une pour poser une dernière question, et ce n'est pas parce qu'on en manquerait. À IX, vous marquez: "Développer le concept de la traumatologie. Désigner des centres de traumatologie." Dans les faits, il n'y en a pas de désigné, de manière légale. On n'a pas dit que l'Enfant-Jésus à Québec et Sacré-Coeur à Montréal étaient désignés, mais, dans les faits, c'est le cas. C'est pour ça qu'à un moment donné je me dis que d'être désigné de manière officielle, outre la gloriole, qu'est-ce qu'on en tirerait?

**M. Ouellet:** Je pense que ça c'est un point qui m'apparaît clair et facile à comprendre dans le sens que, pour bien traiter ce genre de patients, il faut développer une expertise; pour développer une expertise, il faut en voir. Un centre de traumatologie doit voir des patients. Sinon, si on distribue ça et là ce genre de patients au lieu de les amener à des endroits, de favoriser les spécialités dont vous parliez tout à l'heure, on dilue l'expertise et je pense que c'est plus coûteux parce qu'au lieu d'être bien traités initialement ces patients sont traités de façon beaucoup moins adéquate que dans un centre de traumatologie et ça finit par coûter plus cher parce que...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, O. K. Mais est-ce que ce n'est pas ce que font l'Enfant-Jésus et Sacré-Coeur à Montréal?

**M. Ouellet:** Je prends l'exemple de Sacré-Coeur à Montréal. Il y a plein d'hôpitaux à Montréal qui reçoivent des traumatisés et pas seulement Sacré-Coeur. Sacré-Coeur en reçoit une fraction. Pour commencer à parler de centre de traumatologie, je pense qu'il faut aller à un nombre de 250, 300, 400, 500, 600 patients par année. Il faut en voir beaucoup. Je pense qu'il faut les concentrer. Moins il y en a dans une région, plus il faut les concentrer pour que l'expertise ne soit pas diluée.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je comprends le sens de votre intervention, mais j'ai visité moi-même Sacré-Coeur, du temps que j'avais la responsabilité de la Régie de l'assurance automobile, et il m'apparaissait que le volume traité, par année, était nettement supérieur aux chiffres que vous évoquez puis qu'on les dirigeait de manière très importante là-bas. Ça ne veut pas dire qu'il n'y en a pas ailleurs et qu'on ne doit pas éventuellement désigner des centres de manière très officielle.

(11 h 45)

Tous ceux qui ont des traumatismes routiers

dans l'Est du Québec, par exemple, sont référés à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Il y a donc, dans les faits et dans la pratique, une concentration. C'est pour ça que j'évoquais ces deux centres hospitaliers où il s'est développé une expertise assez importante. Mais ce que vous voulez, c'est davantage un renforcement, une concentration de centres désignés à ces effets-là, compte tenu du volume à traiter et de l'expertise que ça oblige. Ça va. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le leader de l'Opposition et député de Joliette, M. Chevette.

**M. Chevette:** Merci, M. le Président. Je vois que vous vous êtes beaucoup inspiré du rapport Spitzer pour partir votre analyse. Vous faites une recommandation très précise en ce sens que le coordonnateur soit à la fois le seul et unique responsable de l'admission et des congés.

**M. Cousineau:** Permettez-moi, peut-être, d'arrêter ici. Le seul responsable des congés... On précise que la question des congés entre dans le contrôle de la durée de séjour. Il y a des méthodes pour surveiller les durées de séjour des patients hospitalisés. On parle, entre autres...

**M. Chevette:** Sauf que, dans votre texte, c'est bien écrit, et je vous ils: "Donner aux médecins coordonnateurs un véritable pouvoir décisionnel quant aux admissions et aux congés." C'est donc lui qui a l'autorité ultime.

**M. Cousineau:** Vous nous avez bien lu, M. Chevette, mais dans un deuxième temps... Nous réalisons que le coordonnateur doit assurément disposer de pouvoirs décisionnels quant aux admissions des patients. La question des congés, là, vous entrez un élément d'expertise, en fait. Si le coordonnateur d'urgence, le médecin d'urgence est un interniste, un pédiatre pour qui on pense que cette fonction serait la plus adéquate, je pense que c'est difficile pour un interniste de décider que tel jour doit être le congé d'un patient dans un service de chirurgie. Je pense que, là, il y a une expertise qui ne relève pas nécessairement de l'expérience et de la formation du coordonnateur.

En fait, on précise maintenant que, dans la question du congé - je ne dirais pas le "timing" - le moment le plus approprié où s'effectue le congé doit faire partie de toute la question du contrôle de la durée de séjour. Ça fait partie des recommandations qu'on émet au sujet de la rationalisation de la gestion intrahospitalière. On suggère de contrôler la durée de séjour dans les hôpitaux, et il y a des méthodologies pour ce faire.

**M. Chevette:** O. K. Autant je serais en désaccord profond avec le fait que, pour attirer un médecin, on lui garantisse un nombre de lits quotidien, autant je serais en désaccord que la seule porte d'entrée à l'hôpital soit l'urgence. N'y a-t-il pas danger - et la question vient - à ce moment-là, qu'un seul bonhomme en charge de tout et dont la préoccupation, c'est de décongestionner l'urgence ne crée un autre préjudice majeur face, par exemple, à toute l'hospitalisation pour des soins électifs? Qu'est-ce qui arriverait? Est-ce que vous ne pourriez pas créer un autre problème majeur dans notre société et qu'on dise: Bon, on n'a plus de problème, les urgences sont vides ou à peu près, mais on ne fait à peu près plus de prévention, absolument rien, ce n'est que curatif, point? Est-ce que vous ne pensez pas qu'il y a là un danger? C'est là la question que je voudrais vous poser.

**M. Ouellet:** Je pense qu'il y a électif et électif. Il y a des électifs plus urgents que d'autres et il y a des électifs très électifs. Je pense que, si on empêche un patient d'avoir accès à un lit de l'hôpital alors qu'il est à l'urgence, pour entrer une chirurgie très élective, ce n'est pas approprié.

**M. Chevette:** Je comprends, mais Je ne voudrais pas que vous l'interprétiez de cette façon-là. Ce n'est pas là le sens de ma question. Il y a deux portes d'entrée à l'hôpital, présentement. Il y a les médecins qui, par exemple, pour une hernie, pour une tumeur bénigne... Tu peux entrer par une autre porte que celle de l'urgence. Si la priorité absolue ne devient que l'urgence, est-ce qu'il n'y a pas danger, précisément, qu'on décongestionne nos urgences, oui, mais on sait avec quelle difficulté, juste pour faire le trafic? Vous avez de la difficulté à acheminer à une clinique privée quelqu'un qui mouche un peu trop; il se tire à l'urgence. Est-ce qu'il n'y a pas danger, à ce moment-là, que le seul souci du groupe médical, puisqu'il y aurait un coordonnateur pour qui le seul souci serait de décongestionner les urgences en ayant plein contrôle sur l'entrée et la sortie... Est-ce qu'il n'y a pas là un danger et ne doit-on pas plutôt parler, en tout cas, tout au moins, d'une obligation, pour ce coordonnateur-là, de s'enquérir auprès de l'équipe médicale? Moi, ça m'apparaît gros, au départ, d'entrée de jeu, de dire: Oui, bravo, parfait! On réglerait un problème en en créant un autre. Je verrais plutôt un équilibre dans ça, à un moment donné.

**M. Cousineau:** Il y a tout de même certains centres hospitaliers où cela est déjà une expérience vécue. Il y en a au Québec, il y en a en Ontario où, véritablement, il y a un coordonnateur qui siège, en fait, au sein d'un comité qui se réunit à tous les jours pour décider de la

priorisation des admissions, à partir des demandes qui proviennent de l'urgence et des demandes qui proviennent de l'électif. Il est certain qu'un coordonnateur doit être parfaitement réaliste et envisager que favoriser à outrance tout ce qui se présente à l'urgence et garder en tout temps 25 lits de soins de courte durée disponibles dans son hôpital au cas où, c'est bien sûr qu'à ce moment-là, des chirurgies électives, il ne s'en fera plus, et, à ce moment-là, on va être pris avec un autre problème. Je pense que c'est une question d'ajustement au quotidien. L'expérience démontre tout de même qu'il y a moyen, dans un comité où l'on fait preuve quand même de souplesse, mais où on se préoccupe plus particulièrement des besoins des patients, de s'ajuster à tous les jours à cette demande. Il y a certainement des semaines où c'est très difficile de faire entrer des patients en électif et il y a d'autres semaines où l'inverse est tout à fait vrai. Et, encore une fois, c'est un fait vécu.

**M. Chevette:** On sait jusqu'à quel point il y a des médecins qui ne sont pas tellement friands de faire de l'urgence. Dans certains milieux, je me souviens encore, on discutait sur la manière de forcer les médecins à partager ce dur boulot qu'est le travail de médecine d'urgence. Je voudrais savoir si vous considérez que le système devrait changer et qu'on devrait créer une obligation... Ou bien on crée une obligation à ces médecins de partager le boulot sur un territoire donné, ou bien on change complètement notre approche et on dit: Dorénavant, les hôpitaux seront autorisés à engager des médecins qui font de l'urgence, à engager des salariés de l'urgence. Seriez-vous d'accord avec ça?

**M. Cousineau:** On peut peut-être répondre à la question en deux volets. Le premier, pour ce qui est de la présence obligatoire ou non obligatoire de médecins à l'urgence... En fait, le premier but de l'Association, c'est l'amélioration de la qualité des soins d'urgence au Québec et nous croyons fermement, en vue justement d'offrir les meilleurs soins possible, que nous avons tout intérêt à ce que les médecins qui travaillent dans les services d'urgence, d'une part, le fassent par intérêt majeur pour ce genre de médecine... Je pense que c'est une simple question de bon sens. Si on force des médecins à venir pratiquer à reculons dans les services d'urgence, je pense qu'on va avoir des raisons d'être inquiet.

**M. Chevette:** Est-ce que vous croyez...

**M. Cousineau:** On ne veut pas brandir ça comme une menace en aucune façon...

**M. Chevette:** Je vous arrête juste là-dessus. Croyez-vous qu'un homme ou une femme de la Gaspésie, par exemple, qui... C'est surtout en

Gaspésie et dans certaines régions dites excentriques qu'on peut avoir de la difficulté plus qu'ailleurs à avoir un partage, mais dans un endroit où ils sont seulement deux ou trois à faire de l'urgence, les autres n'en font pas, les médecins des CLSC ont refusé dans certains milieux d'en faire, comment voyez-vous ça, s'il y a une liberté complète?

**M. Cousineau:** La profession de médecin d'urgence demande tout de même une formation adéquate, un maintien de cette formation-là, et engendre des responsabilités qui sont, reconnaissons-le, considérables. Alors, nous pensons que, si nous désirons maintenir des médecins d'urgence dûment qualifiés et formés dans nos salles d'urgence, et qui sont intéressés non seulement à maintenir leur formation, mais qui sont intéressés à participer à la gestion de leurs services d'urgence et à rationaliser tout ce qui s'y passe, il va falloir trouver un moyen d'intéresser les médecins à y demeurer. Je pense que...

**M. Chevette:** Donc, vous proposez, et c'est ce qui vous amène à proposer que ce soit une spécialité médicale.

**M. Cousineau:** Nous voyons la question de la spécialité médicale comme un instrument, comme un moyen d'assurer la meilleure qualité possible de services dans les urgences du Québec.

**M. Chevette:** Vous avez entendu parler de différentes formes de contrôle; il y en a qui parlent de modes de rémunération du corps médical. Comment voyez-vous le mode de rémunération des urgentologues ou des médecins d'urgence?

**M. Cousineau:** C'est une question fort à la mode.

**M. Chevette:** Je ne sais pas si elle est à mode, mais elle se pose. Elle pourra le devenir peut-être davantage.

**M. Ouellet:** Je pense que l'Association est prête à étudier toutes les suggestions qui pourraient se traduire par une amélioration de la qualité des soins à ce niveau-là. Je pense qu'on doit retenir les plus efficaces. Maintenant, est-ce que le salariat est une garantie de vertu, une garantie d'efficacité? Pas nécessairement. On est ouverts à regarder ce qui peut améliorer la qualité de tout ce qui se passe et l'efficacité de tout ce qui se passe dans le système.

**M. Chevette:** Est-ce que le paiement à l'acte est une garantie d'efficacité?

**M. Cousineau:** Nous pensons que la qualité des soins médicaux d'urgence est fort acceptable au Québec et, présentement, la rémunération est

à l'acte. Maintenant, nous ne voulons pas nous faire les défenseurs d'un mode de rémunération plutôt qu'un autre. Encore une fois, nous sommes intéressés à étudier toute forme de rémunération que l'on pourrait envisager pour les médecins d'urgence. Ce que l'on dit simplement, c'est qu'en bout de ligne, pourvu que l'on soit assurés que cela va procurer aux patients la meilleure qualité de soins possible, tout en respectant l'efficacité, tout est possible. Mais ça nous apparaît comme deux conditions fondamentales.

**M. Chevette:** Pour moi, ça va. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le leader de l'Opposition. M. le ministre, est-ce que vous avez le mot de la fin?

**M. Côté (Charlesbourg):** Juste en terminant. Dans les dernières négociations que nous avons eues avec la FMOQ, c'a été un des éléments extrêmement importants de discussion, la rémunération des médecins travaillant en urgence et, bon! on a réussi à s'entendre. Évidemment, il faut maintenant passer à d'autres étapes avant de signer une entente. Mais on s'est entendus sur des besoins plus spécifiques et si demain on veut encourager des médecins à travailler davantage en urgence, c'est reconnaître que le volume de cas traités, la nuit ou le soir, à l'acte n'est pas suffisant pour maintenir les médecins; ça doit donc être une rémunération à deux niveaux, et, aussi reconnaître le phénomène du vieillissement de la population qui se présente dans les salles d'urgence et qui nécessite une attention particulière de la part des urgentologues et reconnaître que 70 ans et plus, c'est un écart important, une étape importante. On a fait beaucoup de chemin avec la FMOQ là-dessus et très probablement, dans les prochaines semaines, on pourra régler une partie de ce problème-là. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Au nom des membres de cette commission, je vous remercie. Bon retour. À la prochaine.

**M. Cousineau:** Merci, M. le ministre.

**Le Président (M. Joly):** Je vais maintenant demander aux représentants du Regroupement des conseils consultatifs du personnel clinique des centres de services sociaux du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. Bonjour, mesdames!

**Une voix:** Bonjour.

**Le Président (M. Joly):** Alors, je vais demander à la responsable et présidente du Regroupement de bien vouloir s'identifier et identifier les gens qui l'accompagnent.

### Regroupement des conseils consultatifs du personnel clinique des CSS du Québec

**Mme Tremblay (Marie-Thérèse):** Bonjour, M. le Président. Bonjour, M. le ministre, MM. les députés. Mon nom est Marie-Thérèse Tremblay. Je suis la coordonnatrice du Regroupement des conseils consultatifs du personnel clinique des centres de services sociaux de la province. Les conseils consultatifs...

**Le Président (M. Joly):** Excusez-moi, madame, est-ce que vous pourriez présenter les gens qui vous accompagnent aussi?

**Mme Tremblay:** Oui. À ma droite, Mme Jeanne Blais du Centre de services sociaux de Québec; à ma gauche, Mme Michèle Brousseau, du Centre de services sociaux de Québec, également.

**Le Président (M. Joly):** Alors, je vous rappelle que vous avez une vingtaine de minutes ou moins pour la présentation de votre mémoire et que, après, au loisir des deux formations, nous pourrions vous poser des questions et aussi répondre à certaines de vos questions. Merci.

**Mme Tremblay:** Merci. En tant que conseils consultatifs du personnel clinique dans les établissements de services sociaux, nous avons comme mandat de faire des recommandations au conseil d'administration des établissements sur l'aspect scientifique et technique de la vie professionnelle dans les établissements concernés. Alors, nous sommes le regroupement de l'ensemble du personnel clinique des centres de services sociaux du Québec, qui est affecté directement aux services directs à la clientèle, à la recherche ainsi qu'à l'enseignement. Le personnel clinique de ces établissements doit effectivement détenir une formation collégiale ou universitaire appropriée.

Notre objectif concernant cet avant-projet de loi est de nous assurer que l'organisation et la gestion des services sociaux demeurent orientées sur la dispensation de services de qualité aux différentes clientèles du réseau.  
(12 heures)

Nous désirons particulièrement attirer l'attention du législateur sur certains aspects du projet de loi: entre autres, nous déplorons le fait que l'accent soit surtout mis sur la dimension médicale des soins et que l'on demeure très vague en ce qui concerne la notion de services sociaux; sur le choix que fait le législateur en excluant totalement des conseils d'administration du réseau des affaires sociales les professionnels du réseau qui sont en contact direct avec les clientèles et des conséquences, à notre avis, qui vont s'ensuivre; sur l'importance du rôle permanent du directeur des services professionnels dans un établissement de services sociaux et de sa responsabilité en ce qui concerne la surveil-

lance de la qualité des services professionnels dans ces établissements; sur les droits des bénéficiaires à des services de qualité, ainsi qu'à leur représentation dans les établissements de services sociaux; sur l'importance de mettre en place un recours en cas de litige entre les établissements.

En ce qui concerne la partie des dispositions générales du projet de loi, nous recommandons au législateur de tenir davantage compte des services à rendre auprès des clientèles des différentes communautés culturelles.

En faisant référence au budget de recherche et d'enseignement, nous recommandons que cet article soit libellé de la façon suivante: "promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à répondre autant aux besoins sociaux qu'aux besoins en matière de services de santé."

En ce qui concerne l'évaluation des services, l'efficacité devrait également inclure l'évaluation de la dimension de la qualité des services professionnels rendus. Nous recommandons que le volet clinique soit évalué par un expert clinique en approche psychosociale et que le volet administratif, quant à lui, soit évalué par un expert en gestion et en administration.

En ce qui concerne les droits à l'égard des services de santé et des services sociaux, nous remarquons et nous nous réjouissons du fait que le législateur souhaite que le droit aux différents services soit plus général, mais déplorons le fait que la deuxième partie de cet article vienne restreindre l'énoncé et ce, en fonction du plan d'organisation de l'établissement. Ces restrictions risquent, à notre avis, de compromettre la mission de protection sociale des CSS, ainsi que la qualité des services professionnels rendus. Finalement, nous constatons une détérioration dans la crédibilité tant des établissements de santé que de ceux de services sociaux face au principe de l'universalité des services auxquels la population est en droit de s'attendre d'eux.

Nous partageons l'avis du législateur sur le droit du bénéficiaire d'être Informé. Malheureusement, nous constatons les déficiences actuelles dans la transmission de l'information auprès de la population sur les services disponibles. A cet effet, nous recommandons que des mécanismes régionaux d'information auprès de la population soient prévus et assumés par le regroupement des établissements.

En ce qui concerne le droit du bénéficiaire d'être informé sur son état de santé, nous sommes en accord avec le principe du droit à l'information, mais déplorons la conception encore médicalisée des soins de santé et le fait que l'on évacue presque la notion de soins de services sociaux. Nous recommandons à cet effet l'application des mêmes principes cités à l'article 6 en ce qui a trait spécifiquement aux services sociaux.

En ce qui concerne le droit de recevoir les soins que requiert son état, nous sommes d'ac-

cord avec ce principe, sauf que nous constatons que la deuxième partie du premier paragraphe de cet article vient en restreindre l'application au domaine médical seulement. Nous recommandons que le libellé de l'article élargisse son application également au domaine social.

En ce qui concerne le droit de participer à son plan d'intervention, nous sommes en accord avec le législateur sur le principe suivant: tout bénéficiaire a droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention tel que stipulé à l'article 149 du présent texte de loi. Nous recommandons au législateur que cet article soit libellé de la façon suivante: tout bénéficiaire a le droit de participer à l'élaboration du plan d'intervention qui le concerne tel que stipulé à l'article 149."

En ce qui concerne les plans de services individualisés, nous déplorons le fait qu'il n'existe pas, dans l'avant-projet de loi, de mécanisme précis en cas de litige entre plusieurs établissements concernés. À cet effet, nous recommandons qu'un mécanisme précis de recours soit prévu et mis en place dans le cas de litige entre les établissements concernés.

En ce qui concerne l'accès au dossier, nous recommandons de remplacer le terme "médecin traitant" par "professionnel concerné ou le directeur des services professionnels de l'établissement en l'absence de celui-ci".

**Mme Blais (Jeanne):** Concernant les conseils d'administration des établissements concernés, le principe sous-jacent à la nouvelle formation des conseils d'administration, ainsi que leur composition proposées par le législateur dans son avant-projet de loi nous laissent perplexes. Un conseil d'administration ainsi formé nous semble peu représentatif et éloigné des préoccupations liées aux services dispensés par les établissements du réseau. Comment nous assurer alors que les besoins de chaque catégorie de bénéficiaires seront rencontrés?

Nous sommes en désaccord avec le fait que le représentant du personnel clinique ne siégera plus dorénavant au conseil d'administration. Nous croyons que cela entraînera pour les conseils d'administration la perte de l'expertise d'intervenants qui ont un contact direct avec les bénéficiaires. Nous déplorons le fait que, par cette absence, les autres membres du conseil d'administration ne soient pas suffisamment éclairés sur tout ce qui concerne les aspects cliniques de l'intervention. Nous recommandons donc qu'un représentant du personnel clinique continue de siéger au conseil d'administration des centres de services sociaux.

Concernant l'article 50.1°, nous recommandons également que la définition de parents inclue non seulement les père et mère, mais un membre de la famille immédiate.

Par la suite, il nous apparaît aberrant que les employés du réseau des affaires sociales se

voient refuser la possibilité de siéger au sein d'un conseil d'administration. Nous recommandons que l'on permette aux employés du réseau de siéger sur les conseils d'administration d'établissements. Nous considérons, en fait, que les droits de citoyens d'un employé de CSS sont indûment limités par cette mesure, en particulier lorsque cet employé ou un membre de sa famille immédiate est bénéficiaire de services de santé ou de services sociaux.

Concernant le directeur des services professionnels, nous déplorons fortement le fait que la fonction de directeur des services professionnels devienne facultative au sein des établissements de services sociaux et qu'elle soit dorénavant liée au plan d'organisation de l'établissement. Nous recommandons au législateur que la fonction de promotion et de contrôle de la qualité des services professionnels rendus soit établie de façon permanente dans tous les établissements de services sociaux. Cette recommandation nous apparaît d'autant plus importante qu'une forte proportion du personnel des établissements de services sociaux n'est pas membre de corporations professionnelles. Alors, la fonction de directeur des services professionnels nous apparaît nécessaire pour garantir et assurer la promotion et le contrôle de la qualité dans les établissements de services sociaux. Nous recommandons donc qu'un directeur des services professionnels soit nommé dans tout centre hospitalier, ainsi que dans tout centre de services sociaux.

**Mme Brousseau (Michèle):** En ce qui concerne plus spécifiquement les CCPC, nous entérinons et nous appuyons le principe d'un mandat élargi pour les CCPC. Nous recommandons au législateur que le rôle des CCPC continue, tel que prévu au projet de loi, d'être consultatif auprès du conseil d'administration. Concernant la composition des CCPC à l'article 107, quoique nous soyons favorables à l'augmentation des membres élus de l'exécutif, c'est-à-dire à cinq membres au lieu de trois, il ne faudrait pas que ce nombre devienne un carcan pour les petits établissements. Nous recommandons, à cet effet, que la composition de l'exécutif de chaque CCPC des établissements du réseau des services sociaux comprenne au minimum trois membres élus en plus du directeur général et du directeur des services professionnels.

Concernant le comité de bénéficiaires à l'article 115, nous tenons à faire remarquer au législateur que, dans l'avant-projet de loi, il n'est pas prévu de comité de bénéficiaires dans les établissements de services sociaux. Nous recommandons donc que la loi prévoie l'existence d'un conseil des usagers qui soit représentatif des clientèles dans les établissements de services sociaux.

Pour terminer, nous résumerons quelques commentaires généraux. Nous sommes d'avis que

le présent avant-projet de loi crée de la confusion en ce qui concerne les missions respectives de chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Nous déplorons, de plus, l'absence de CCPC fonctionnels dans certains établissements de services sociaux et ce, malgré le fait que l'existence de ce corps constitué soit prévue par la loi actuelle sur les services de santé et les services sociaux. Aussi, nous souhaitons des efforts en vue de les implanter dans tous les CSS.

Nous tenons particulièrement à faire remarquer au législateur que, dans le présent avant-projet de loi, la dimension médicale prévaut largement sur la dimension psychosociale que nous souhaitons voir reconnaître de façon plus claire.

Bien que nous reconnaissons l'effort du législateur dans la préparation du présent projet de loi, il nous apparaît d'une importance cruciale que, pour une application efficace et efficiente de cette loi, des ressources humaines, matérielles et financières soient allouées pour assurer une véritable accessibilité pour tous à des soins et à des services de qualité, y compris à des services sociaux. Il nous apparaît aussi essentiel pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux que ceux-ci utilisent au maximum l'expertise de leur personnel clinique à tous les niveaux de l'organisation.

Enfin, dans cette dernière ligne, nous voulons réaffirmer qu'il est important de maintenir et de favoriser le rôle élargi des CCPC et un maintien d'une représentation du personnel clinique au conseil d'administration, car il constitue une reconnaissance, justement, de l'expertise du personnel clinique dans les CSS. Merci.

**Le Président (M. Gauthier):** Maintenant, je vais demander au ministre s'il peut prendre les 20 minutes pour essayer de vous poser quelques questions.

**M. Côté (Charlesbourg):** Certainement, avec un grand plaisir. Il y a un certain nombre d'éléments qui sont soulevés dans votre présentation, sous forme d'interrogations, qui méritent d'être questionnés un petit peu plus afin de savoir véritablement où sont vos inquiétudes. Je commencerais peut-être par la dernière page du mémoire, "Commentaires généraux", au premier paragraphe. Vous dites: "Nous sommes d'avis que le présent avant-projet de loi crée de la confusion en ce qui concerne les missions respectives de chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux." Je suis un de ceux qui croient qu'effectivement il y a duplication de certains services et qu'il faudra, autant que possible, tracer une ligne pour qu'il n'y ait pas duplication et qu'on élimine la confusion. Mais ce que je perçois de votre présentation, c'est qu'effectivement il y a confusion et, pour

ne pas percevoir les mauvaises choses, j'aimerais vous entendre un petit peu plus et de manière plus spécifique sur cet énoncé-là.

**Mme Brousseau:** Nous pensons qu'il y a confusion particulièrement, entre autres, au niveau des notions de fusion d'établissements versus fusion de conseils d'administration. Nos inquiétudes portent en partie sur ce niveau en particulier. On a parlé de fusion, par exemple, des centres de services sociaux avec les centres d'accueil pour enfants, les centres d'accueil de réadaptation, de CLSC avec d'autres types d'établissements. Nos inquiétudes sont justement à ce niveau dans le sens qu'avec la poursuite du parachèvement du réseau des CLSC il y a eu un certain nombre de ces fusions-là qui ont été faites. Ce qu'on semble vouloir faire avec le présent projet de loi, c'est étendre ces fusions de conseils d'administration à l'ensemble du réseau, alors que nous pensons qu'il n'y a pas eu vraiment une évaluation de tous les impacts, bons et mauvais, d'un tel regroupement de conseils d'administration sur les établissements concernés, parce que c'est une expérience assez récente.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Ça précise beaucoup mieux où était la confusion, parce que... Oui, madame.

**Mme Blais:** J'aimerais ajouter un commentaire complémentaire. Un autre domaine où il peut y avoir une confusion dans la mission des établissements, je pense à la coordination des ressources alternatives d'hébergement, qu'on nomme ressources intermédiaires ou ressources de type familial dans l'avant-projet de loi. Actuellement, la coordination des ressources alternatives à l'institutionnalisation se retrouvait dans les mains des centres de services sociaux. L'avant-projet de loi élargit cette dimension. Alors, où se fera la coordination pour éviter une duplication? C'est un autre point où il nous semble y avoir confusion.

**M. Côté (Charlesbourg):** Normalement, dans l'esprit du législateur, c'était le niveau régional qui allait faire les arbitrages, mais si ce n'est pas suffisamment clair, au moment où on s'en parle, pour ceux qui sont sur le terrain comme vous, je pense que ça va nécessiter certaines précisions. Évidemment, on ne veut pas créer la confusion, on veut tenter de délimiter de manière très claire et très nette les rôles de chacun.

(12 h 15)

Vous faites état de votre préoccupation quant à l'absence des professionnels du réseau des conseils d'administration. Il y a eu le même genre d'intervention la semaine dernière de la part des médecins et de ceux qui sont passés en disant: Vous vous privez d'une ressource exceptionnelle qui connaît bien son domaine et qui

pourrait contribuer à de meilleures décisions au niveau des conseils d'administration. Et ça, ça ébranle. Si ça ébranle pour les médecins, ça ébranle aussi pour les professionnels, donc de manière beaucoup plus large.

Donnez-moi donc la solution. Comment est-ce qu'on fait pour avoir un conseil d'administration qui ne sera pas dominé... Là, dominé, ce n'est pas la loi du nombre. A l'occasion - on l'a vu - ça peut être le nombre, mais, dans d'autres circonstances, c'est la présence très forte, compte tenu des connaissances, des professionnels, de manière très large, sur un conseil d'administration où vous risquez de noyer, d'épeurer des bénéficiaires ou des gens qui sont élus par le public et qui siègeraient au conseil d'administration.

**Mme Tremblay:** Je pense que, sur les conseils d'administration, il y a un représentant du personnel clinique - en fait, que ce soit sur celui d'un centre d'accueil ou de n'importe quel type d'établissement - il y a un représentant du personnel non clinique, en tout cas, dans son établissement particulier. Je ne crois pas qu'une personne puisse arriver à prendre le contrôle. Maintenant, en ce qui concerne les autres établissements du réseau, je pense qu'un employé d'un centre de services sociaux du réseau peut siéger sur le conseil d'administration d'un autre établissement et apporter son expertise, apporter son expérience. C'est en tant qu'individu qu'il siège.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Là-dessus, je vous suis. Que quelqu'un qui fait partie d'une institution puisse aller siéger sur un conseil d'administration d'une autre institution, moi, je fais ce bout de chemin là. Maintenant - ce qui n'était pas évident avant - compte tenu de l'expertise qu'il a, il n'est pas en conflit d'intérêts sur le plan de la gestion quotidienne du centre dans lequel il travaille. Mais, là où on en est, c'est davantage dans l'institution où la personne travaille; sa connaissance des dossiers fait en sorte que... Numériquement, c'est une personne, mais le poids de tout le bagage qui est à la table (D.G., personnel clinique, médecins) fait en sorte que - il faut bien l'admettre entre nous autres - le reste qui numériquement est plus important, à l'occasion, ne fait pas le poids. C'est un peu un rééquilibrage de ces choses-là que nous voulions faire; rééquilibrer les conseils d'administration pour faire en sorte qu'il y ait un véritable débat et qu'il y ait des décisions, parce qu'il n'est pas toujours évident qu'il y a une distinction entre qui mène et qui décide.

**Mme Tremblay:** Quand on demande un représentant du personnel clinique, je crois, à l'expérience, en tout cas pour avoir vu ce qui se passait autour de moi, en particulier au CSSS de Québec, que la dimension qui a été apportée par

le personnel clinique au conseil d'administration est une dimension qui n'était pas présente, même si dans ce conseil d'administration, il y avait d'autres gestionnaires du réseau. La dimension de l'intervention clinique, l'aspect de l'intervention clinique que le représentant du personnel clinique pouvait apporter à ce niveau-là était un apport complémentaire qui n'allait pas nécessairement dans le même sens que l'apport que pouvait apporter un gestionnaire, d'une part.

Dans ce sens-là, je pense que ça peut apporter un éclairage complémentaire et que, si les gens sont plus informés, ils vont prendre des décisions plus judicieuses.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je suis d'accord avec vous, là-dessus. Expérience complémentaire qui vise à mieux informer le conseil d'administration quant aux bonnes décisions à prendre. Mais il faut dire que ce sont des présences de poids. Et dans la mesure où vous êtes sur un conseil d'administration et que vous voyez le président du CMDP qui est présent autour, le directeur général de l'hôpital qui est là, pour prendre cet exemple pour ne pas aller dans votre réseau, et que vous ajoutez du personnel clinique autour de la table, je vous dis que la personne qui représente les bénéficiaires doit se sentir petite à l'occasion sur le plan de l'information ou sur le plan de la connaissance des dossiers pour être capable de prendre des bonnes décisions.

Et vous savez, les médecins ont une très bonne crédibilité dans l'opinion publique. À partir du moment où ils disent un certain nombre de choses au conseil d'administration, c'est très important. Donc, la volonté qui était sous ça, c'était d'en arriver à un certain équilibre des gens en présence pour prendre des bonnes décisions.

**Mme Brousseau:** Si vous me le permettez, M. le ministre...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Brousseau:** ...nous, on vous parle principalement des organismes du réseau des services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, d'accord.

**Mme Brousseau:** C'est ce qu'on connaît et on peut-être moins se prononcer. Ce qu'on a expérimenté, au fond, c'est que le personnel clinique était finalement minoritaire sur les conseils d'administration, alors qu'il n'y avait pas vraiment un danger de noyautage. C'est pour ça qu'on souhaite, au contraire, que cette seule présence soit maintenue, pour ce qui est du représentant du personnel clinique. Et nous, on pense aussi que les employés d'établissements

doivent pouvoir siéger au conseil d'administration, à titre de bénéficiaires ou de représentant de bénéficiaires. Je pense que, lorsqu'on endosse ce chapeau-là, c'est bien sûr qu'on n'oublie pas notre formation professionnelle, mais, en même temps, je crois qu'on voit ça avec d'autres yeux. Si on siège au conseil d'administration comme bénéficiaire ou représentant de bénéficiaires, c'est qu'on aura dû passer aussi à travers l'étape de la nomination ou de l'élection à l'assemblée des usagers qui aura le choix, à ce moment-là, de choisir un membre du personnel qui est aussi un bénéficiaire ou un simple bénéficiaire.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'accord. Mais vous aurez le mandat des bénéficiaires, à ce moment-là.

**Mme Brousseau:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça fait différent. O.K. Mais de toute façon...

**Mme Brousseau:** Alors, ça touche quand même deux articles.

**Mme Tremblay:** Ça n'enlève pas la représentativité des bénéficiaires du tout. Ça ne la touche pas.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais je ne m'inquiète pas des bénéficiaires. Je vous le dis, c'est toujours pour faire un équilibre des choses, pour permettre de véritables discussions et décisions au niveau des conseils d'administration. Et le risque, c'est de noyer les bénéficiaires et les autres personnes qui participent au conseil d'administration, qui n'en font pas à plein temps et qui n'ont pas, forcément, toute la formation et les connaissances pour être au même niveau que les autres. C'est un peu ça et ça crée des situations débalancées.

Le deuxième paragraphe de votre conclusion nous dit ceci: "Nous déplorons l'absence de CCPC fonctionnels dans certains établissements de services sociaux et ce, malgré le fait que l'existence de ce corps constitué soit prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux actuelle." Est-ce que, par ça, je dois comprendre qu'il n'y a pas de directeurs de services professionnels dans tous les CSS ou, s'il y en a, que ça ne travaille pas?

**Mme Tremblay:** Quand on parle de CCPC, on parle de conseil consultatif du personnel clinique, ce qui est très différent du directeur des services professionnels. Il y a un directeur des services professionnels dans tous les établissements de services sociaux, actuellement. O.K.?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Tremblay:** Ce qu'on déplore dans le

deuxième paragraphe, c'est que le corps constitué qu'est le conseil consultatif du personnel clinique... Normalement, la loi de la santé et des services sociaux prévoit qu'il y en ait un dans tous les établissements. Ici, ce qu'on déplore, c'est que, malgré ce qu'en dit la loi, il n'y en ait pas.

**M. Côté (Charlesbourg):** Qu'est-ce qui fait qu'il n'y en ait pas?

**Mme Blais:** J'ai envie de vous répondre en vous disant, chez nous, qu'est-ce qui fait qu'il y en a un. Alors, ça pourrait vous donner certaines réponses.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais ce que je comprends, c'est que ça va bien chez vous?

**Mme Blais:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors, il faut essayer de trouver là où il n'y en a pas et j' imagine que quand vous les représentez... Vous pouvez me dire exactement pourquoi il y en a un chez vous, mais j'aimerais bien savoir pourquoi il n'y en a pas ailleurs.

**Mme Blais:** En fait, c'est que... Disons, je pense que ça va répondre quand même à votre question...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Blais:** Lorsque je dis qu'il y en a un chez nous... Le CCPC au CSS de Québec a toujours fonctionné, depuis environ quinze ans, depuis la formation des CSS. C'est qu'il y a un intérêt de la part du personnel pour les questions d'ordre clinique et professionnel et que cet intérêt a été dissocié des préoccupations de conditions de travail. Le CCPC, chez nous, a pris une orientation où il se préoccupe des questions professionnelles et cliniques et laisse aux instances syndicales les questions de conditions de travail, d'une part. D'autre part, la direction a créé des conditions un peu "facilitantes" en accordant une certaine libération de tâche aux personnes qui se retrouvent sur l'exécutif du CCPC. Ce n'est pas vrai dans tous les CSS. La volonté n'est pas aussi marquée dans certains CSS.

**Mme Tremblay:** Au CSS Montréal métropolitain, où je suis présidente du conseil consultatif, effectivement, nous bénéficions de conditions, en tout cas, qui nous permettent d'investir temps et énergie sur des dossiers professionnels, au niveau de l'établissement. Je peux dire que la vie est assez dynamique et qu'on nous appuie dans ce sens-là. Maintenant, effectivement, je pense qu'on le déplore, il a fallu faire le départage entre... Le CCPC n'est pas une instance syndi-

cale. Je pense que c'est clairement compris. Je ne veux pas laisser entendre par là que, là où il n'y en a pas, on peut confondre les rôles. Je ne voudrais surtout pas créer de confusion. On le déplore, on trouve ça malheureux parce que c'est un instrument de travail qui permet la valorisation, la revalorisation de la pratique, la remise en question de la pratique et aussi d'approfondir davantage ce qu'on fait.

**M. Côté (Charlesbourg):** On a deux exemples où ça fonctionne.

**Mme Tremblay:** Il y a en a d'autres aussi...

**M. Côté (Charlesbourg):** O. K. Oui.

**Mme Tremblay:**... où ça fonctionne très bien...

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon!

**Mme Tremblay:**... qui ne sont malheureusement pas ici. Mais il y en a d'autres.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'accord. Mais est-ce que je dois comprendre de votre réponse - parce que madame de Québec me disait: En vous donnant ma réponse, probablement que vous aurez la réponse de ceux qui ne fonctionnent pas - qu'au coeur de tout ça, c'est de la libération?

**Mme Tremblay:** Là, où c'est très difficile c'est là où le CSS couvre un territoire qui est très large. Les gens sont obligés... L'exécutif du CCPC, les gens qui veulent travailler au sein, des comités n'ont pas d'allègement de tâche pour pouvoir investir dans les dossiers du CCPC. Effectivement, je pense que c'est un problème. Les gens le font. Ils disent: J'ai du plaisir à faire ce que je fais là, mais quand je pense à ce qui m'attend et au débordement que ça va supposer... Je pense que ça ne facilite pas la tâche à tout le monde.

**Mme Blais:** Je pense que certains CCPC qui ont avorté, aussi, historiquement parlant, ont relié de très près les préoccupations syndicales, les préoccupations de conditions de travail. Ça s'est déjà produit dans certains CSS.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça va, M. le Président, pour le moment.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Je vais reconnaître le leader de l'Opposition et député de Joliette, M. Chevette.

**M. Chevette:** Merci. Dans un premier temps, je voudrais faire un commentaire sur la composition des conseils d'administration. Autant on pourrait être porté à vouloir donner du

pouvoir, entre guillemets, aux bénéficiaires, sous prétexte qu'on tasse les professionnels, autant on pourrait débalancer ce même pouvoir-là en le donnant pratiquement totalement au D. G. C'est le seul qui transmettrait l'expertise à ceux qui ne l'ont pas nécessairement. A mon point de vue, on priverait même ceux à qui on veut donner du pouvoir d'une expertise plus globale, plus large. Je ne dis pas qu'il y a une formule miracle. Mais, moi, je suis personnellement ébranlé, même à la suite de ce que les médecins nous ont dit là-dessus, de ce que vous nous dites. Je pense qu'il faut trouver une formule où ceux qui ont à prendre des décisions auront l'expertise globale. Si c'est par la présence des professionnels, ils doivent être là, à mon point de vue, quitte à ce que, dans la loi, ce soit très explicite, à savoir que, si on traite d'un sujet spécifique à leur catégorie de personnel, ils sont momentanément exclus du conseil, si ça les touche.

On voit ça, par exemple, dans la loi sur les commissions scolaires, à un moment donné. Si on traite d'un personnel enseignant, on a le droit, pour des cas spécifiques, d'exclure des individus, de régler le cas et de revenir avec une décision sans pour autant qu'on ait touché à... Et ça m'apparaît être une formule à rechercher plutôt que l'exclusion. Parce que l'exclusion naïve pourrait avoir pour effet de donner un pouvoir illimité à un D. G. qui a une seule orientation.

J'ai des exemples à la tonne, présentement, surtout dans les centres de réadaptation, où un D. G. peut devenir omnipotent avec son conseil d'administration. Il peut exclure à peu près tous ces gens-là d'une expertise fondamentale, de ce qui se passe dans sa propre boîte. Il peut même cacher à son conseil d'administration les réalités vécues à l'intérieur de son centre et puis personne ne va s'en douter. Le pauvre gars qui arrive, un assistant dans une caisse populaire, un autre bonhomme plein de bonne foi, une femme qui travaille bénévolement et qui est au conseil, ils n'auront jamais le son de cloche, par exemple, des professionnels. Ils vont s'en référer exclusivement au D. G. Ce n'est pas parce que tu es D. G. que tu as toujours la science infuse et la vérité absolue. S'il y a des lacunes dans l'être humain, c'en est un, lui aussi. Donc, moi, personnellement, je pense que les arbitrages seraient mieux faits en présence des catégories de professionnels et ça, quitte à ce qu'on précise davantage, à mon point de vue, dans les législations, les statuts, quand ça les touche explicitement dans leur travail. Je vous suis très très bien.

(12 h 30)

Il y a une autre chose qui m'a amené à réfléchir, tout en vous écoutant, Mme Tremblay, au début. Vous devez être du Saguenay, Mme Tremblay?

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Chevette:** On a voulu, au ministère, depuis toujours, en tout cas depuis 1974 - je n'ai pas vu de courant divergent là-dessus, quelle que soit la formation politique qui était au pouvoir - garder bien en évidence les deux missions du ministère de la Santé et des Services sociaux, montrer qu'elles sont en complémentarité et qu'elles ne se dissocient pas l'une de l'autre. Il y a une interdépendance ou une interrelation du social versus santé, si bien que, par exemple, je regardais les centres d'accueil qui relevaient de la mission sociale du ministère indépendamment du fait qu'avec l'alourdissement des clientèles il y ait une forte portion santé. Mais, au moins, on a toujours senti cette complémentarité-là. Et ça n'a été remis en cause par aucune formation politique, même pas dans les audiences de la commission Rochon; je n'ai pas senti cela, si ce n'est que chacun dit: La santé, c'est bien important, mais le social, c'est bien important. C'est normal, dépendant du secteur où l'on est, qu'on prêche pour sa paroisse.

Tel que libellé, vous semblez mettre en doute - c'est là que je veux vous entendre - la volonté de mettre en évidence toute la dimension sociale par rapport à l'approche santé, parce que vous parlez souvent du médical, médical, médical. Comment verriez-vous concrètement, dans un établissement de santé, la présence de la dimension sociale des choses? Par exemple, en toxicomanie, en alcoolisme, il y a des professionnels cliniques qui travaillent énormément pour assurer une complémentarité précisément à la section médicale. Mais est-ce que vos gens vous disent qu'ils ont véritablement leur place? Sont-ils partie intégrante? Est-ce que les directions hospitalières, les administrations ont ce souci d'impliquer dans toutes les démarches du traitement global les professionnels que vous représentez?

**Mme Tremblay:** Dans le milieu hospitalier, dans la pratique, je pense que le travailleur social, dans les différents secteurs d'un hôpital, a sa place. Les travailleurs sociaux, dans les milieux hospitaliers en tout cas, sont très conscients et sont très préoccupés non seulement qu'on la reconnaisse, mais aussi de la prendre. Je pense qu'on est préoccupé... Quand on dit que l'accent est mis surtout sur... c'est au niveau des énoncés, c'est au niveau de la philosophie du projet de loi. On pense que c'est aussi important... On dit, à un moment donné, qu'évidemment c'est important qu'il y ait au niveau des ressources humaines... Ça implique qu'il devra y avoir des ressources humaines supplémentaires. Je pense qu'il n'y a qu'à regarder la lourdeur des dossiers qui est de plus en plus évidente dans les services sociaux.

Je ne voudrais pas qu'on mette en parallèle les hôpitaux par rapport aux services sociaux. On sait qu'il se fait des choses là, mais, quand on parle de services sociaux, on parle de prévention, de mettre l'accent du côté préventif au lieu

d'investir du côté curatif. En tout cas, nos nombreuses années de pratique nous amènent à réfléchir sur le fait que, quand on investit du côté de la prévention, quand on est capable de répondre aux besoins des gens, on peut constater qu'au bout de la ligne, finalement, les gens sont moins malades, les gens vont aller moins chercher les soins dans le milieu hospitalier. Ils sont plus autonomes, Je pense que, dans ce sens-là, on souhaite que l'accent soit mis sur des fonds, évidemment, mais aussi sur des moyens pour qu'on puisse davantage faire du travail de prévention.

**Mme Blais:** J'aimerais ajouter un commentaire supplémentaire. En milieu de santé, effectivement, les professionnels en service social prennent leur place dans des équipes multidisciplinaires. Ils prennent de plus en plus leur place, effectivement, et ce n'est pas nécessairement questionné. Les hôpitaux et les directeurs des services professionnels des hôpitaux tiennent compte de la présence et du point de vue des intervenants sociaux en milieu de santé. Quand on souligne que c'est un peu sous-estimé dans l'avant-projet de loi, c'est que, de façon globale, lorsqu'on parle de recherche, on parle davantage de recherche médicale et non pas de recherche sociale; lorsqu'on parle d'accès aux dossiers, on dit: On va tenir compte de l'opinion du médecin traitant. Chez nous, il n'y a pas de médecin traitant et le professionnel concerné devrait pouvoir avoir droit de parole de la même façon. En fait, dans les énoncés de principe, c'est comme si on mettait en veilleuse ou qu'on oubliait un peu la dimension de l'intervention psychosociale, en particulier en CSS. Ce n'est pas nécessairement en milieu de santé, puis je pense que, cet après-midi, vous allez avoir l'occasion de rencontrer l'Association des praticiens de service social en milieu de santé. Ils pourront vous donner plus de détails sur leur place en milieu hospitalier.

**M. Chevette:** Mais prenons la santé mentale.

**Mme Blais:** Oui.

**M. Chevette:** En santé mentale, on en a entendu, je pense, pendant quatre ou cinq semaines, je ne sais pas - ça ne fait pas tellement longtemps, il y a deux ans - sur le rapport Hamols. On a parié des équipes multidisciplinaires. Chaque groupe est venu dire, à toutes fins pratiques, qu'il ne savait pas quelle place il avait dans ça ou que ce n'était pas assez précis et puis ça risquait purement et simplement, s'il n'y avait pas de définition des tâches, de flopper, à toutes fins pratiques. Pourtant, ce sont des professionnels. Qu'est-ce que ça prend, là, pour déclencher le processus naturel de l'acceptation de la complémentarité par les groupes? Qu'est-ce

que ça prendrait, d'après vous?

**Mme Blais:** Pourtant, on a constaté des endroits où ça fonctionne bien; je pense, par exemple, aux collaborations qui sont établies - vous parlez en santé mentale - au centre hospitalier Robert-Giffard avec les équipes du centre de services sociaux. Il y a environ une trentaine de professionnels du centre de services sociaux de Québec qui sont au centre hospitalier Robert-Giffard et il y a une collaboration étroite d'établie parce qu'il y a eu des contrats de services qui se sont négociés entre le CSS et l'hôpital. Là, je parle encore des endroits où ça fonctionne bien.

On constate, par contre, aussi en santé mentale, lorsqu'on a des intervenants qui sont affectés au suivi des personnes majeures en perte d'autonomie, des personnes qui sont placées en famille d'accueil, que, lorsque cette personne-là est suivie dans une famille d'accueil du CSS et qu'il n'y avait pas de liens particuliers avec un hôpital psychiatrique, c'est très difficile d'obtenir une collaboration d'autres établissements lorsqu'il y a une situation de crise qui éclate pour un bénéficiaire en famille d'accueil. C'est dans ce sens-là qu'on vous a mentionné l'importance d'établir un mécanisme de coordination régionale et que ce mécanisme ait une réelle autorité pour régler des litiges interétablissements. Parce que, pour nous, quand on parle, on constate que la situation, par exemple, du suivi des personnes âgées et des personnes majeures, que ce soient d'ex-patients psychiatriques ou des déficients mentaux, qui se retrouvent en famille d'accueil est très lourde actuellement dans les centres de services sociaux parce que les intervenants sont surchargés. La qualité des services offerts est même questionnée. Qu'est-ce qu'on voit comme solution? Évidemment, il pourrait y avoir un ajout d'effectifs, mais on voit aussi une meilleure collaboration interétablissements qui est particulièrement déficiente.

**M. Chevette:** Une question de tout autre ordre. Comment voyez-vous l'arrimage entre les CSS et l'action communautaire?

**Mme Tremblay:** Je vous dirais que les CSS et l'action communautaire ont déjà été arrimés. Lorsque j'ai commencé à travailler au centre de services sociaux, il y avait du personnel embauché par les centres de services sociaux qui était affecté strictement au communautaire. Il y avait des postes d'animateurs communautaires qui sont tous disparus. Et, bon, je pense qu'il y a déjà eu des préoccupations. Il y a...

**M. Chevette:** Est-ce à dire qu'il n'y en a plus à cause du manque d'effectifs ou s'il devrait y en avoir? C'est un peu ça.

**Mme Brousseau:** Je pense que la mission des

centres de services sociaux, depuis le partage des effectifs entre les CSS et CLSC... Effectivement, les services communautaires ont été transférés pour ce qui existait dans les services sociaux dans les CLSC. De fait, on peut le comprendre, puisque les CLSC sont plus des services de première ligne, alors que nous, on est des services plus spécialisés et de deuxième ligne. Alors, dans ce sens-là, on ne dit pas que ce n'est pas important. Je pense qu'il peut y avoir des collaborations intéressantes pour certaines clientèles, mais peut-être via aussi les CLSC.

**M. Chevette:** Je vais y aller sur un exemple précis. On sait qu'il y a des ressources communautaires qui offrent, par exemple, la possibilité d'hébergement, puis c'est complètement indépendant. Dans certains cas, c'est même indépendant des CLSC. C'est une ressource qui est née du milieu, puis qui se subventionne à la va comme je te pousse parce qu'il n'y a pas de politique de financement pour les organismes communautaires. C'est du discrétionnaire ou, en tout cas, décidé annuellement ou à peu près. Ça a toujours été de même depuis bon nombre d'années. Cela dit, il y a beaucoup de travailleurs sociaux qui suivent les bénéficiaires. Est-ce qu'il y a des discussions qui se font assez facilement avec les organismes du milieu? Est-ce que c'est vu d'un bon oeil qu'il y ait des parties de prévention qui soient faites par ces ressources alternatives?

**Mme Brousseau:** Lorsqu'on arrive à la clientèle des services sociaux, qu'il s'agisse de l'enfance ou qu'il s'agisse des adultes ou des personnes âgées, on parle rarement de prévention ou, en tout cas, de prévention à un troisième niveau. Lorsqu'il y a des collaborations, parce qu'il y en a... Je pense à des ressources comme la maison hébergement jeunesse ou, encore, à différentes ressources de popotes roulantes ou à des choses comme ça pour les personnes âgées. Je pense qu'il y a effectivement des collaborations, mais ce n'est pas à un niveau de prévention. Si c'est de la prévention, c'est prévenir une détérioration plus grande des conditions des gens avec lesquels on travaille à cause de nos clientèles spécifiques. Mais, je pense qu'il y a des collaborations compte tenu des ressources existantes et compte tenu, peut-être aussi, des ressources limitées des organismes dans lesquels on oeuvre.

**M. Chevette:** Au niveau scolaire, du fait qu'il y ait eu partage des effectifs entre les CSS et les CLSC, est-ce que les postes ont été maintenus depuis quelques années pour les personnes-ressources en milieu scolaire?

**Mme Tremblay:** En service social scolaire?

**M. Chevette:** Oui.

**Mme Tremblay:** Les postes sont encore là, oui.

**Mme Blais:** La réalité n'est pas pareille partout. A Montréal, oui; à Québec, non. Toutes les ressources en service social en milieu scolaire ont été transférées aux CLSC au niveau de la région 03. Je sais que, pour la région de Montréal, c'est différent. Pour les autres CSS, je ne pourrais pas vous donner de précisions sur comment ça a été fait exactement.

**M. Chevette:** Pour le moment, je vais laisser mon ami, M. Holden, y aller. Il n'a pas abusé du temps de la commission.

**M. Holden:** Merci, M. le Président, et merci, M. le leader de l'Opposition. Mesdames, il y a une recommandation, que vous faites au tout début, qui m'intrigue. Vous recommandez "au législateur de tenir davantage compte des services à rendre auprès des clientèles des différentes communautés culturelles." Ça m'intrigue parce qu'à mon point de vue, si jamais le ministre a le courage ou l'insensibilité de faire revenir cet avant-projet comme loi tel que rédigé actuellement, les grands perdants vont être les institutions minoritaires de langue anglaise et des communautés culturelles. J'aimerais bien que vous nous expliquiez un peu pourquoi vous avez fait cette recommandation et, au Juste, comment vous voyez le traitement des communautés culturelles à l'intérieur de cette loi.

**Mme Blais:** Quand on se réfère aux communautés culturelles, c'est, je pense qu'on constatait qu'il y avait en particulier dans la région de Montréal, une très grande diversité ethnique. On nous soulignait, entre autres, que, quand des jeunes se retrouvent en centre d'accueil, via le CSS Ville-Marie, une unité de vie dans un centre d'accueil pour adolescents, c'est à peu près la Société des nations tant il y a de diversité culturelle.

Il y a cette réalité et il y a aussi la réalité du milieu autochtone. Quand on se retrouve dans la région de la Gaspésie, sur la Côte-Nord, dans l'arrière-pays, au centre-Québec et en Abitibi, les intervenants sociaux ont à composer avec le milieu autochtone. Ce sont ces deux dimensions, le pluriculturalisme de la région de Montréal et le multiculturalisme aussi, compte tenu des autochtones, qu'on a voulu rappeler à ce niveau.

**M. Holden:** Est-ce que vous verriez un traitement différent des communautés culturelles surtout, disons, à Montréal qu'à d'autres endroits à travers la province?

**Mme Tremblay:** L'aspect sur lequel on s'est arrêté concernant les communautés culturelles, je pense que c'est de nous assurer qu'elles soient

desservies, mais aussi qu'on soit sensible à répondre adéquatement à leurs besoins. Évidemment, on n'a pas... Je pense que l'aspect des ressources du côté anglophone, francophone... En tout cas, on a évité d'aller très loin dans cet aspect-là parce que c'est un aspect qui est très politique, finalement, et on n'a pas voulu entrer dans ce débat-là.

**M. Holden:** Il y a déjà eu des discussions politiques là-dessus. C'est vrai, madame. Merci.

**M. Chevette:** Oui, et il va y en avoir encore aujourd'hui.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député de Westmount. Je vais reconnaître le député de Joliette et leader de l'Opposition, M. Chevette.

**M. Chevette:** Moi, je sais que vous avez peut-être refusé de faire la discussion, mais le député vient de me donner une occasion d'en faire un petit bout de discussion. Je ne voudrais pas que les propos du député qui m'a précédé soient interprétés comme étant exacts. Je vais vous dire pourquoi. Quand il dit que c'est au détriment de la minorité, au niveau des CSS, je m'excuse, mais, s'il prend comme exemple Montréal, avec tout le respect que je dois au député et à son parti, c'est faux. Tellement faux que c'est disproportionné par rapport à la majorité. Regardez les budgets du CSSVM par rapport à ceux du CSSMM et vous allez voir qu'il y a une surbudgétisation et que ça n'a pas changé depuis 1985. Il y a une surbudgétisation au CSSVM par rapport au CSSMM, précisément parce que la notion territoriale a joué énormément. VM s'est donné une mission non seulement montréalaise, mais périphérique et le gouvernement, quel qu'il soit, péquiste comme libéral, a toujours accepté que cette, dimension soit considérée et conservée. Mais, par rapport aux besoins, MM est sous-budgétisé par rapport à VM. Plus que ça, on a même conservé sur l'île de Montréal... Il faut arrêter de dire, là... Moi, je ne veux pas avoir l'air "québécois" vis-à-vis des minorités. Même, dans le partage, le CSS juif a été gardé intact sous prétexte qu'il y avait la dimension religieuse culturelle dedans.

Arrêtons de diminuer la collectivité face à ces minorités, bon Dieu! Il n'y a pas un pays, il n'y a pas un gouvernement qui a affiché par tradition autant de générosité dans tous les secteurs: éducation, santé, services sociaux. Il faut toujours bien arrêter de se faire accuser! On a l'air de "quêtâmes". On se laisse dire ça à une table ici, alors que la réalité est tout autre. Moi, je ne veux pas engager une polémique et une engeulade. Mais il y a au moins des choses que le peuple a le droit de savoir et si on veut projeter l'image d'un Québec "québécois", "cheap" vis-à-vis de ses minorités, je regrette, mais moi, je ne le tolérerai pas deux minutes, de qui que

ce soit. Au contraire, je pense qu'on a fait la preuve par le passé... Et ça, j'ai pris la peine de le dire, non seulement d'une formation politique, de toutes les formations politiques... On a toujours eu énormément de sensibilité là-dessus et je vous avoue, surtout parce que j'ai vécu... Comme ministre de la Santé, je sais ce qu'on a attribué aux CSS, je sais ce qu'on a attribué à certains CLSC, je sais ce qu'on a attribué aux centres hospitaliers et dans le domaine de l'éducation. Quand on a été sur un Conseil des ministres, on sait ce qu'on consacre. Il faut arrêter de dire qu'on n'est pas généreux; c'est le contraire. On est un peuple généreux et on doit en être fier de notre générosité. Mais, de grâce, ne nous minons pas par l'intérieur.

**M. Holden:** Si vous me le permettez, M. le Président...

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député de Joliette. M. le député de Westmount, vous avez un droit de réplique de quelques minutes seulement.

**M. Holden:** Oui, oui. Ce ne sera pas long, M. le Président. C'est toujours la même question qui est posée de façon un peu, si je peux dire, mesquine, parce qu'on parie toujours de la générosité de la collectivité envers la communauté anglophone. On n'admet jamais que la communauté anglophone et les communautés culturelles ont créé leurs propres institutions et ont financé leurs propres institutions. On n'a rien demandé au gouvernement pour créer notre système public de santé et de services sociaux. Quand le gouvernement a décidé que c'était l'État qui allait mener ça, on avait déjà notre réseau d'institutions. On continue à les financer avec nos propres impôts et on les finance en dehors des impôts.

Quand vous dites - c'est toujours la même rengaine - on est la communauté ou le pays, ou si on veut en parler, la nation qui est la plus généreuse envers sa minorité, la minorité ici, on n'a pas demandé de donations. On paie nos impôts, on a créé nos institutions. On a fait une élection là-dessus récemment, M. le leader de l'Opposition, et on a eu entre 150 000 et 200 000 votes là-dessus. Alors, on ne traite pas la majorité de "cheap" ou de pas généreuse; on n'a pas demandé la générosité. On veut notre part, on veut être traités comme des égaux, c'est tout ce qu'on demande.

Les dames parlent ici de tenir compte davantage des différentes communautés culturelles. C'est vrai, avec la régionalisation et les "super boards", on va oublier les communautés culturelles. Il y aura des "boards" avec une quinzaine de membres et un représentant de la communauté minoritaire. On ne demande pas de générosité, M. le leader; on demande nos droits. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Les différents points de vue ayant été exprimés, je crois comprendre...

**M. Chevette:** Ce n'était pas relatif à votre mémoire.

**Le Président (M. Joly):** Comme mot de la fin, je me dois de remercier les membres qui se sont présentés ici, devant nous. Nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 15 heures pour entendre l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec. Mesdames, merci beaucoup, bon retour.

**Une voix:** À tantôt.

**Le Président (M. Joly):** À tantôt. C'est ça.

(Suspension de la séance à 12 h 52)

(Reprise à 15 h 9)

**Le Président (M. Joly):** Nous allons maintenant reprendre nos travaux. Je demanderais aux représentants de l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. Bonjour, mesdames.

**Une voix:** Bonjour.

**Le Président (M. Joly):** Je demanderais à la personne responsable d'identifier les gens qui l'accompagnent et de s'identifier elle-même, s'il vous plaît.

#### **Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec**

**Mme Saint-Denis (Johanne):** Bonjour, mesdames et messieurs de la commission. Nous serons trois aujourd'hui à vous présenter notre mémoire. Je suis Johanne Saint-Denis, présidente de l'Association et chef de service social hospitalier aux hôpitaux Charles-LeMoine et Pierre-Boucher. À ma droite, Mme Colette Lambert, qui est vice-présidente de l'Association et praticienne sociale en psychiatrie externe à l'hôpital Saint-Luc, et, à ma gauche, Mme Maude Mercier, qui est membre de notre association et qui est praticienne sociale en milieu de santé, en psychiatrie, à l'Hôtel-Dieu de Lévis à Québec.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Je vais répéter pour le bénéfice de tout le monde. C'est que vous avez une vingtaine de minutes, plus ou moins, pour présenter votre mémoire. Par après, on se réserve une période de questions. Le temps est dévolu en parts égales aux deux formations tant du côté ministériel que de l'Opposition. Alors, à vous, madame, la parole et à celles qui

vous accompagnent.

**Mme Saint-Denis:** Pour débiter, nous voudrions témoigner notre reconnaissance à la commission qui accepte de nous entendre comme praticien qui oeuvre comme professionnel social dans le milieu de santé au Québec. Comme on vous l'a dit dans notre mémoire, notre association existe depuis 20 ans. Nos membres sont présents dans l'ensemble des hôpitaux de la province de Québec et nos membres sont au service de la personne, de la famille et du milieu significatif de cette personne en situation de perte d'autonomie due à la maladie. C'est donc dire que notre action en tant que praticien social porte, depuis fort longtemps, sur l'individu et sur son milieu. En d'autres mots, notre créneau, comme praticien, se situe à la Jonction du médical et du social. Que ce soit en amont ou en aval de la maladie, nous sommes là pour promouvoir, restaurer, maintenir l'équilibre dynamique entre l'individu et son environnement dans un contexte de maladie physique et dans un contexte de maladie mentale aussi.

A titre d'exemple pour vous expliquer quel est notre créneau, notre jonction, on a pris comme exemple un foyer, une famille dans laquelle il y a des problèmes d'alimentation. L'alimentation est déficiente à cause de l'alcoolisme du père ou de la mère ou à cause d'une situation de pauvreté dans laquelle cette famille-là se retrouve. On sait que cette personne peut se prévaloir des services de santé, éventuellement, pour ses enfants, pour des problèmes de croissance ou encore de rachitisme. Alors, à ce moment-là, quand l'enfant arrive à l'hôpital, nous sommes là pour identifier les facteurs précipitants expliquant la maladie. Ce sont des facteurs psychosociaux qui ont créé la situation actuelle dans laquelle l'enfant se retrouve, ou encore, dans le cas de la sclérose en plaques, la maladie elle-même produit un changement et nous avons à intervenir à cause de ces changements, concernant la situation financière, la situation conjugale, la situation familiale, l'organisation de vie de cette personne-là.

S'il est vrai que notre intervention porte sur l'individu, sa famille, son milieu, il est aussi vrai que notre intervention porte sur le milieu hospitalier, comme tel, parce que le milieu hospitalier est l'endroit où le bénéficiaire est en interaction pendant le temps où il est en perte d'autonomie. À un autre niveau, on est aussi présents en ce qui concerne l'équipe multidisciplinaire, et notre intervention va dans le sens de représenter le social dans l'équipe multidisciplinaire. Nous pouvons dire aujourd'hui qu'en termes de primauté de la personne, de partenariat ou de complémentarité nous avons, de par notre position, depuis une bonne dizaine d'années, la pratique de ce contexte et de cette philosophie.

Notre association est présente, aujourd'hui,

pour vous parler des besoins de la clientèle aux prises avec la maladie et des besoins des praticiens sociaux qui travaillent dans un contexte, dans une structure, avec des ressources pour répondre à cette clientèle avec les standards de qualité requis.

Dans notre mémoire, on vous dit que nous sommes d'accord avec vos objectifs, d'autant plus que le dénominateur commun, pour l'ensemble du réseau, est la personne et que les objectifs confirment que ceux qui composent le réseau, les différents établissements, les différents partenaires ont raison d'être là, à la condition que ce soit dans une perspective de continuité et/ou de complémentarité. Alors, nos objectifs et vos objectifs sont très compatibles.

Au niveau de la protection des droits, par contre, on assiste, depuis plusieurs années, à ce phénomène qui est visible à travers les "ombudsperson", les représentants des usagers, les comités de bénéficiaires, les CCPC, les comités d'éthique. On a vu que cette préoccupation s'était déjà installée depuis quelques années. C'est un principe louable, mais on voit deux types d'embûche possibles à ce qu'on confirme cette protection des droits. Un, c'est que les établissements deviennent légalistes dans leur application à cause de plaintes portées contre eux, contre leurs professionnels. On peut peut-être vous citer un exemple dans notre pratique. Un an auparavant, une signature d'un des deux parents était manquante, à une demande de placement d'enfant... Maintenant, on en fait une règle: si les deux parents ne signent pas le document, on ne peut pas procéder. Alors, on dit: Il faut faire attention pour ne pas tomber dans cette embûche.

Ensuite, on parle de l'autre type d'embûche qui est dû davantage à la situation dans laquelle, nous, comme praticiens, on se retrouve. On est aux prises avec une clientèle qui, dans les faits, a une bonne relation avec nous, nous confirme dans l'aide possible qu'on peut lui apporter. Mais nous sommes confrontés, la clientèle et nous, à une difficulté d'accessibilité et à un manque de ressources. Alors, c'est irritant pour la personne qui se voit, en fin de compte, sans réponse à ses besoins.

Au niveau de l'accessibilité et du manque de ressources, nous avons remarqué, comme association, que depuis, je dirais, cinq ans nous assistons à la création de différents comités: les comités de placement, les comités d'orientation et d'admission pour les gens qui doivent s'en aller en ressources institutionnelles, les comités pour les transports adaptés et les comités pour les fonds auxquels les praticiens doivent s'adresser pour recevoir l'autorisation d'obtenir ce type de services.

Nous trouvons que le projet de loi... Il est important pour nous qu'il y ait un palliatif au manque de ressources et que les services auxquels a droit la population soient priorisés et

soient donnés dans des délais décents pour eux, ce qui viendrait peut-être éviter une surcharge au niveau de plaintes, qui, dans le fond, sont irrecevables parce que ce n'est pas en fonction d'une mauvaise pratique.

Le projet de loi propose aussi des objectifs qui mettent la personne au centre des préoccupations et qui ont comme philosophie l'amélioration et l'augmentation des services donnés. Toutefois, les moyens proposés sont surtout de l'ordre d'une restructuration organisationnelle. Si, pour améliorer et augmenter les services, il faut réformer la structure, on est d'accord, mais il faut aussi s'assurer que cette nouvelle structure n'empêche pas l'opérationnel ou encore n'augmente pas les paliers décisionnels en plus d'augmenter très souvent les frais indirects et nous pensons à la CTMSP qui est le système de placement en milieu institutionnel. Auparavant, les CSS géraient ce type d'admission, maintenant ce sont les conseils régionaux, on a changé de structure. Nous avions deux intervenants techniciens à l'époque, trois ans après, on se retrouve avec quatre universitaires qui, maintenant, utilisent des professionnels de différents établissements pour former leur comité. Ce sont des frais que les établissements doivent payer indirectement pour opérationnaliser un service.

On vous parle aussi du plan de services individualisé. Ce n'est pas une nouveauté, on en a parlé lors de la politique en santé mentale. Ce qu'on voudrait surtout dire aujourd'hui, c'est que ce moyen, on y croit, pour une clientèle ciblée, pas pour l'ensemble de la clientèle, comme un moyen d'intervenir et d'être partenaires concertés avec les gens. Ce qu'on veut aussi dire, c'est que le PSI, ce n'est pas une mesure d'économie. Au contraire, à l'heure actuelle, on manque d'effectifs pour donner les services réguliers, je dirais. Il faut donc s'assurer, avant d'implanter un tel type d'outil, qu'on a les ressources financières et les ressources humaines suffisantes.

Au niveau de l'organisation de l'ensemble des établissements, on voudrait surtout insister sur l'importance pour nous que le ministère prenne des risques, fasse confiance et voie les résultats plutôt que de systématiser à outrance. Alors, quelquefois pour des solutions locales, régionales ou sous-régionales dans lesquelles des partenaires s'avancent à l'intérieur d'un projet, il ne faudrait pas que la systématisation empêche l'opérationnalisation.

On voudrait aussi constater que l'avant-projet de loi oblige un changement de mentalité et force la synergie. Et je dois vous dire ce que ça me rappelait, en thérapie familiale, à un moment donné, une mère s'est adressée à moi en me disant: Je voudrais que vous nous aidiez et je souhaiterais que mon fils soit spontané. J'ai dit: Madame, la spontanéité, ça ne se commande pas. Si vous me disiez: Est-ce que mon fils pourrait être attentif, pourrait être intéressé à, je

pourrais travailler avec vous et, à court terme, je pense qu'on pourrait avoir des résultats. Mais, si vous me demandez de commander la spontanéité de votre fils, on va en avoir pour 20 ans et on va en parler encore dans 20 ans.

On a aussi relevé le danger à l'intérieur de l'avant-projet de loi que les rassemblements d'établissements à un même conseil d'administration coupent les communications entre les directeurs généraux d'un établissement qui vont être présents au conseil d'administration, en tant que secrétaires, qu'une fois par quatre, cinq ou six ans, dépendamment du nombre d'établissements regroupés. Nous, on voudrait vous suggérer davantage d'amplifier les communications entre les conseils d'administration et les directeurs généraux plutôt que de les contourner. On voudrait aussi dire que les employés du réseau devraient, à notre avis, être présents dans d'autres établissements que les leurs, aux conseils d'administration de leur région. On trouve très restrictifs les articles qui enlèvent la possibilité aux employés de réseau d'être présents aux conseils d'administration.

Il y a aussi une question concernant l'organisation des établissements que l'Association s'est posée. Elle est plutôt de l'ordre de l'attribution des budgets. Alors, on se dit: À l'heure actuelle, on veut décentraliser, ce sera les régies régionales. Est-ce que l'attribution des budgets par les régies sera donnée aux établissements par enveloppe réservée? Déjà, nous vous donnons tant d'argent pour liquider tels problèmes que vous avez identifiés, dans tant de temps, on révisé, etc. On trouve que, si oui, ça enlève une latitude opérationnelle d'autant plus que la structure fond plusieurs établissements ensemble. Alors, ça serait, je pense, dangereux que les régies régionales gèrent directement les établissements et que le directeur général se retrouve à avoir déjà tout décidé d'avance comment il va allouer ses budgets.

On a aussi, en termes d'organisation, relevé dans notre mémoire un vide pour les services sociaux aux adultes et aux personnes âgées. Nous parlons, à ce moment-ci, des services sociaux spécialisés. On a connu, en termes d'appartenance, avant la réforme Castonguay-Nepveu, l'emprise du médical sur le social. On appartenait à la structure hospitalière et, à ce moment-là, on relevait d'elle. Depuis la réforme, en vertu de notre appartenance aux CSS, nous sommes maintenant des partenaires du réseau à l'intérieur des hôpitaux et nous sommes des services sociaux spécialisés davantage régionaux que locaux. Il est important pour nous que nous soyons regroupés à l'intérieur d'un établissement à vocation régionale et que cet établissement soit clairement mandaté en ce qui concerne les personnes âgées et les adultes. Nous tenons à maintenir des standards de qualité et nous tenons aussi à ne pas être morcelés dans différentes structures.

Au niveau de la privatisation, nous avançons dans notre mémoire notre accord à l'ouverture vers la privatisation des hébergements pour personnes âgées, mais nous voulons protéger la clientèle la plus vulnérable et nous assurer qu'une réglementation suivra et que les personnes les plus vulnérables ne se retrouvent pas dans un secteur privé pour rapporter temporairement des fonds aux ressources privées et, quand elles deviendront davantage malades, qu'on les renvoie au public via les urgences.

En termes de privatisation aussi, nous voudrions éviter que soient réservés les services privés à l'élite et que les services publics se retrouvent avec une pénurie de spécialistes ou de gens dits de services sociaux spécialisés. Pour ce qui est du ticket modérateur, on pense aussi que l'accessibilité à la clientèle la plus démunie qui vit dans des conditions environnementales précaires peut faire que cette personne se retrouve dans le réseau de santé seulement au moment où elle est en situation aiguë et peut-être même précaire pour elle à ce moment.

Au niveau des organismes communautaires, on est contents que l'avant-projet de loi confirme la complémentarité et reconnaisse les organismes communautaires dans la vocation de support à la communauté et d'entraide à la clientèle qui est en première ligne.

En termes de conclusion, le ministère de la Santé et des Services sociaux est, à notre avis, de bonne foi et vise vraiment l'amélioration du système actuel. Toutefois, comme praticiens sociaux de l'extérieur, nous nous interrogeons quelquefois à savoir si la main gauche sait ce que la main droite fait. En effet, il y a deux ans, nous étions ici pour parler de la politique en santé mentale et on avait identifié, à ce moment, que la santé mentale était le secteur le plus névralgique. On parlait du phénomène de la porte tournante. On parlait des engorgements des hôpitaux. Et, depuis, il y a différents comités qui travaillent au POS. On sait que l'opérationnel s'en vient d'ici peu. Mais, en attendant, on assiste, pendant que les gens travaillent à bonifier le système, à un autre discours. Nous disons maintenant que ce qui engorge les hôpitaux, ce sont les personnes âgées, et nous sommes en train d'assister au démantèlement du réseau des pavillons, au moratoire des familles d'accueil, et on se ramasse à la fois avec la clientèle psychiatrique et la clientèle des personnes âgées qui sont en besoin et qui n'ont pas encore reçu les services qu'il faut.

Il nous reste à espérer, comme association, que les régies régionales auront l'avantage d'être vraiment proches des besoins tant de la clientèle que des praticiens, des intervenants en milieu de santé, qu'elles pourront répondre de façon concertée avec les établissements et qu'elles sauront dépasser un simple rôle de limitation des services.

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme Saint-Denis. Contrairement à nos habitudes où, normalement, M. le ministre commence à poser des questions, dû à un petit contretemps, un téléphone important, je vais demander au leader de l'Opposition et député de Joliette, M. Chevrette, de bien vouloir débiter, s'il vous plaît.

(15 h 30)

**M. Chevrette:** Mesdames, je voudrais, dans un premier temps, vous féliciter pour le courage que vous avez de dire ce que vous pensez. Souvent, les groupes sont plutôt flatteurs dans leur présentation; je ne sais pas pourquoi. Mais vous avez été claires en disant qu'il y a une différence entre le discours et la réalité politique et ça m'apparaît dénoter de votre côté une volonté de dire clairement ce que vous pensez. Effectivement, sur plusieurs points des exemples que vous donnez, c'est vrai. Je me souviens, j'ai assisté au même débat que vous il y a deux ans sur le rapport Harnois, j'ai entendu les engagements électoraux, j'ai vécu la campagne électorale, puis je vis la réalité comme vous autres et il y a un monde entre les deux, effectivement. D'ailleurs, j'ai même prétendu dans mon exposé de départ... Je me demandais si ce n'était pas une façon de gagner du temps, de refaire une commission parlementaire sur un avant-projet qui avait fait l'objet d'une longue commission d'étude, au coût de 6 000 000 \$, par M. Rochon, une tournée régionale par Mme Lavoie-Roux et un avant-projet qui, lui, subira un autre projet avant de devenir quelque chose qui ressemblerait à une réalité. Effectivement, donc, je partage votre point de vue là-dessus.

Une deuxième chose, sur les questions des ressources également - c'est un commentaire que je veux faire - je pense que vous avez aussi raison. Le partage entre les CLSC et les CSS a démontré, on peut le voir après deux, trois ou quatre ans maintenant, qu'effectivement il manque beaucoup de ressources sur le plan social à peu près à tous les niveaux. On n'a pas injecté énormément de fonds depuis quelques années dans le social. On a suivi l'escalade des coûts en santé, on n'a peut-être pas injecté suffisamment dans le domaine social, niant ainsi l'interdépendance du social et de la santé, et ça je pense que c'est une vision passablement juste, ce que vous avancez.

Je suis content de voir que vous parlez d'une véritable décentralisation. J'ai hâte d'ailleurs que le ministre se mouille là-dessus pour voir si ses régies régionales, c'est de la déconcentration ou de la décentralisation, parce que c'est facile de parler de régionalisation et de dire qu'on n'a fait que transposer l'autorité nationale au niveau régional, sans qu'il puisse prendre de décision. On en a des ministères qui sont déconcentrés, mais qui ne sont pas décentralisés. Décentraliser suppose laisser aux gens de la région le pouvoir de décider, la latitude de décision. Là-dessus, sans doute que le ministre

fera connaître plus à fond sa pensée. Il s'est prononcé pour les régies régionales; j'ai hâte de voir si c'est une décentralisation ou une déconcentration et je partage personnellement votre point de vue de la déconcentration. Si on ne laisse pas localement le soin de décider, je me demande: Est-ce que ce n'est pas déconcentrer pour le plaisir de déconcentrer? Donner l'illusion aux gens qu'ils viennent d'acquérir des pouvoirs, alors qu'ils n'en ont pas acquis du tout? Je pense que c'est un point sensible que vous touchez.

Je voudrais vous demander de vous expliquer davantage en ce qui regarde les conseils d'administration. Vous semblez être contre la disparition des conseils d'administration, tel que proposé. Par contre, en tout cas, je ne sais pas au complet votre vision personnelle, comme groupe, quant aux conseils d'administration et j'aimerais vous entendre.

**Mme Saint-Denis:** En termes de conseils d'administration, le regroupement qu'en fait l'avant-projet de loi, c'est au niveau des hôpitaux et rappelons-nous que nous sommes des praticiens de services sociaux à contrat de services dans les hôpitaux. Les hôpitaux ont un découpage de conseil d'administration avec les CLSC tandis que les CSS ont un découpage de conseil d'administration avec les centres d'accueil pour les jeunes. Alors, nous, on travaille avec les enfants, on travaille avec les adultes et on travaille avec les personnes âgées, autant pour le social que pour la santé. Or, on se retrouve dans un établissement ou dans un autre avec une mission dans laquelle on ne trouvera pas notre appartenance. Alors, c'était davantage là-dessus.

**M. Chevette:** Il y a une chose qui me surprend. Vous parlez de privatisation comme si vous acceptiez qu'il y ait privatisation au niveau des centres d'accueil pour personnes âgées. Mais, tout en disant que vous êtes en faveur d'une privatisation, vous avez une crainte. Comment dirais-je, est-ce que vous seriez d'accord avec des centres privés mais conventionnés où le gouvernement a entière responsabilité sur les faits et gestes à l'intérieur ou si... Parce qu'on dirait que vous êtes contre le privé privé, mais vous seriez d'accord à ce qu'il y ait du privé. J'aimerais que vous m'expliquiez parce qu'il y a trois types de...

**Mme Saint-Denis:** Oui.

**M. Chevette:** Vous connaissez les structures privées, privées conventionnées et publiques.

**Mme Lambert (Colette):** Ce que je connais surtout, ce sont les ressources d'hébergement où il y a des ressources d'hébergement strict, il y a des ressources d'hébergement avec services de

soins connexes et ce qui s'appelle les ressources d'hébergement de longue durée ou institutionnel bout de ligne, si on peut dire.

**M. Chevette:** Oui.

**Mme Lambert:** Les ressources hébergement hébergement sont là, au fond, une fois que la maladie est installée et que la perte d'autonomie est ou chronique ou irréversible: les gens ne peuvent plus retourner dans leur milieu naturel même avec l'aide qui est mise en place et doivent s'offrir des services d'aide ménagère, des services d'alimentation, des services d'hygiène. Et ça m'apparaît des choses qui sont au niveau de la perte des acquis quotidiens et une ressource d'hébergement strict pourrait être ce que le CSS appelle les familles d'accueil. Ça, c'est le réseau public qui offre ce... Évidemment, il y a un parallèle à ça. Tout le monde le sait. On a parlé des foyers clandestins, il y a une quinzaine d'années. On parle encore des foyers de la ville. Je viens de la région métropolitaine et ça existe, des foyers de la ville, c'est-à-dire où il y a un permis de la ville, mais où il n'y a pas un contrôle qui est effectué par les centres de services sociaux au niveau de la qualité des services offerts. Mais on sait bien qu'à partir du moment où les familles d'accueil ne peuvent pas répondre, pour toutes sortes de raisons, soit légales ou autres, à tel type de clientèle les pensions de la ville peuvent peut-être pallier. Ça, c'est comme un service et c'est privé parce que ce sont des gens qui font ça comme gagne-pain. Évidemment, ce ne sont pas les centres des services sociaux qui ont actuellement le contrôle des services de qualité, s'il y a abus ou enfin...

**M. Chevette:** C'est de l'hôtellerie, à toutes fins utiles. Ça commence sous forme d'hôtellerie.

**Mme Lambert:** Ce sont des permis d'hébergement comme ils les appellent au niveau de la ville, en tout cas, pour ce qui est de la région métropolitaine. Je ne voudrais pas faire une généralité à la grandeur de la province, je ne sais pas. Ça doit exister aussi. Peut-être que les CLSC peuvent davantage en parler au niveau de la province, mais chez nous, comme ces programmes personnes adultes sont encore l'affaire des services sociaux, je parle plus de ça parce que c'est ce que je connais. Les services plus publics d'hébergement avec soins font référence à tout ce qui est l'institutionnel, c'est-à-dire avec la formule de placement, de commissions d'allocation, CTMSP et ça, ce sont des services publics. À partir du moment où ces tables d'allocation ou, enfin, les délais deviennent beaucoup trop longs, on assiste aussi à un hébergement parallèle où on s'assure, chez des personnes, que les services médicaux seront assurés puisqu'il en est question, mais que, pour ce qui est de la fonction hébergement, ce sera fait avec la bonne volonté des

gens et des familles qui y consentent, au fond, et ça, c'est privé aussi. Ça pallie finalement à la carence ou au délai qu'impose la structure actuelle. Les services qui seraient de bout de ligne ou de longue durée, on n'y échappe pas. Alors, à partir du moment où la personne ne peut même plus être hébergée, avec les soins médicaux appropriés, dans un milieu privé d'hébergement, c'est sûr qu'elle retourne à l'urgence, et là on enclenche toute la procédure d'hébergement irréversible, soit dans les centres hospitaliers de longue durée ou, enfin, dans la structure du réseau.

Alors, ce qu'on dit, c'est que, évidemment, à cause de la carence, il y a des gens qui sont d'accord pour vouloir héberger des gens, dans la mesure où la majeure n'est pas trop impliquante, en termes de soins de santé. On n'est pas contre ce principe-là. Ce qu'on dit, c'est qu'il faut que ce soit beaucoup mieux réglementé, autant pour les centres d'accueil, par exemple, aussi, que ce soit mieux représenté et qu'à ce moment-là les critères de qualité de services hôteliers autant que de soins soient mieux contrôlés.

**M. Chevette:** Oui. Vous touchez à un problème qui n'est pas facile à résoudre, d'autre part. Ça part souvent, j'ai cru m'en rendre compte, surtout en 1984... Avec toutes sortes de bons principes, on part en faisant de l'hôtellerie. L'état de santé de la personne se détériore. Ça devient un A-1, ce n'est pas long. Et quand elle est rendue A-3 ou A-4, c'est le corridor de l'hôpital qui en hérite parce qu'il n'y a pas de place, supposément, en centres d'accueil publics ou conventionnés. Publics ou conventionnés, ils sont soumis au dossier médical, pour l'admission. C'est tout le dilemme. Il y a peut-être de la clandestinité dans ça, mais il y a aussi, de bonne foi, des gens qui ont fait de l'hôtellerie et qui ont pris les ressources financières et les ressources humaines pour donner des services. Je reconnais qu'il y a peut-être deux types de foyers ambigus. Mais comment verriez-vous une solution à ça? Est-ce que vous avez des suggestions à faire pour régler ce problème-là?

**Mme Lambert:** Par exemple, la régie régionale pourrait, hypothétiquement, avoir un mandat sur les permis de la ville: À quelles conditions émet-on des permis, à la ville? Quels sont les critères d'hôtellerie acceptables? Ça, c'est pour les services strictement hôteliers. Mais les gens qui sont en services hôteliers, pour reprendre cette expression-là, ont aussi besoin de soins. Autrement, ils seraient chez eux, et c'est souvent ce biais qui est une lacune. À ce moment-là, quand on parle de partenariat ou quand on parle de complémentarité de services, je pense qu'on peut y voir là un mandat communautaire.

**M. Chevette:** Un droit de regard, par

exemple, d'une régie régionale ou de la structure responsable des services à domicile, je pensais à ça aussi. Ça pourrait être une façon d'avoir au moins un professionnel qui puisse aller visiter de temps en temps les conditions de salubrité, aussi. Effectivement, je trouve que c'est...

**Mme Lambert:** C'est que l'articulation est aussi délicate, parce qu'on assiste souvent à une surcharge d'un service, qu'on veut voir déchargé sur un autre service qui, lui-même, est surchargé. Vous me parlez du maintien à domicile. Ce qu'on réalise, c'est que le phénomène de la désinstitutionnalisation qu'on connaît bien offre un retour au milieu naturel de la population qui, certainement, a un problème d'autonomie important. Bien sûr qu'on s'est fiés sur les CLSC, par exemple, que je ne blâme pas, pour voir, au niveau du concret, à ce qu'il y ait des services d'aide à domicile, où, par exemple, se trouve une jeune mère, qui est monoparentale, qui a toutes sortes de problèmes, qui est aux prises avec la toxicomanie, ou une femme battue, ou peu importe, et qu'on retourne avec l'enfant dans son milieu naturel, parce qu'on pense que le CLSC peut être garant d'un minimum de services à domicile. Et on se rend compte, au bout de la ligne, après évaluation, qu'avec toute la meilleure volonté du monde l'auxiliaire familiale peut se présenter une demi-heure par semaine. Est-ce que, pour nous, c'est une garantie comme des services de soins? Je pense que la régie régionale ou une régionalisation, ou une déconcentration des services pourrait offrir ce type de collaboration, dans la mesure où il y a une volonté commune aussi et que l'un ne vient pas en compétition avec l'autre, pour que l'on décharge l'un au détriment de l'autre, finalement. Là-dessus, on peut y voir un avantage.

**M. Chevette:** En tant que praticiennes sociales dans le milieu de la santé, est-ce que vous considérez que cette dimension, qui fait partie intégrante de tout le traitement santé-services sociaux, a sa place et qu'on doit continuer à investir et qu'on doit surtout investir davantage de ce côté? Parce qu'il y a un accès préventif, aussi bien qu'un accès suivi ou post-traitement-santé. Est-ce que vous considérez qu'il y a suffisamment d'argent injecté à ce niveau, ou s'il y a une disproportion qui doit être corrigée dans les meilleurs délais?

**Mme Saint-Denis:** Au niveau social, à l'heure actuelle, je pense qu'il est clair que les effectifs psychosociaux en milieu de santé n'ont à peu près pas bougé depuis dix ans, mis à part les situations de crise, comme les engorgements des urgences. On a pris des mesures, à ce moment-là, qui ont injecté des postes qui étaient nécessaires, je pense, depuis fort longtemps. À l'heure actuelle - je vous donnerai un exemple très récent - j'ai six praticiens sociaux en

psychiatrie adulte, depuis quatorze ans. Il entre six nouveaux médecins parce qu'il y a une pénurie de psychiatres à l'heure actuelle en périphérie de Montréal, alors il entre six nouveaux psychiatres. Si les psychiatres entrent, les besoins sont là dans la population, sauf que les psychiatres qui entrent évaluent davantage la liste d'attente. Une fois qu'on les a évalués et qu'on les a ciblés comme étant vraiment des gens en besoin de soins, il y a, pour un certain pourcentage de cette clientèle, des besoins psychosociaux pour lesquels on n'est pas à même de répondre.

(15 h 45)

Quand on vous parle de services courants, selon la norme minimale du nombre de cas qu'un praticien social doit prendre, chacun des praticiens avait une fois et un tiers, avant l'entrée des six nouveaux. Là, les six nouveaux sont là. La clientèle, il faut y répondre. On ne peut pas leur dire... Je pense que, nettement, ce n'est pas un luxe, mais c'est un investissement. Parce que si on ne répond pas à cette clientèle, de façon équilibrée, qu'on investit trop d'un côté et pas assez de l'autre, ou qu'on essaie d'économiser en faisant faire à tout le monde la même articulation, on se retrouve avec des gens qui se promènent et utilisent différents services.

**M. Chevette:** Pour l'instant, je vais laisser la parole au ministre.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le leader de l'Opposition. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci. D'abord, je voudrais m'excuser d'avoir dû m'absenter; le ministère fonctionne pareil pendant ce temps-là et il y a des urgences qu'il faut tenter d'aller régler.

Sur le même sujet, évidemment, on peut toujours dire qu'il n'y a pas suffisamment de ressources. Je pense qu'il y a des évidences qui crèvent les yeux vis-à-vis de certaines clientèles. Peut-être qu'à l'occasion aussi, dans certaines décisions, on a mis la charrue devant les boeufs, et je m'interroge tout haut. Il y a des choses sur lesquelles il va falloir se questionner l'un de ces bons jours. Ce n'est pas vrai que, dans certains cas, lorsqu'on désinstitutionnalise... On peut se "péter" les bretelles sur la place publique, qu'on a désinstitutionnalisé et qu'on a rendu un beau grand service et qu'on n'a pas prévu toutes les conséquences jusqu'au support... On en a eu un exemple, vendredi après-midi, avec les Messagères de l'espoir qui sont venues témoigner devant la commission des problèmes qu'elles rencontrent et, effectivement, elles ont des problèmes de ressources, même dans le communautaire, au niveau de la santé mentale. Donc, il faut prévoir à la chaîne tout le proces-

sus et, évidemment, aller jusqu'au bout de notre exercice pour qu'on se dote du personnel suffisant pour y arriver. J'ai un frère qui était en institution en Gaspésie et qui est allé en famille d'accueil. Ça n'a pas coûté moins d'argent, le gouvernement a mis plus d'argent, parce que tout le monde est resté à son poste dans l'institution où il était auparavant et, au lieu de donner les services dans l'institution, on va les donner dans la familles d'accueil. Ça a coûté comme ressources sur le plan financier beaucoup plus d'argent au gouvernement, parce qu'à l'époque j'avais posé la question, étant personnellement intéressé. Et au bout de la ligne, là où il est, il est bien traité, bien encadré, les gens le suivent très bien, mais évidemment ça a nécessité plus d'argent dans le système. Je ne suis pas sûr qu'on ait mesuré toutes les étapes et tout le support qu'il fallait pour être capable de mener ça à terme.

Vous donnez des expériences de Montréal; je pourrais vous donner l'expérience de l'Auberivière à Québec où ça nous oblige à nous interroger sur ce qu'on va faire demain matin. Dans la politique de désinstitutionnalisation au niveau de la santé mentale, il y aura une étape importante, en mars et avril 1990, pour évaluer où on est rendu, et il va falloir la faire de manière très sérieuse. Évidemment, on parle de ça, on parle d'autre chose et c'est là que ça me ramène à une question très précise parce que ma jeune expérience dans le réseau - ça fait quatre mois - fait que je me pose toute une série de questions. Aussi bien qu'on se les pose entre nous, compte tenu de votre expérience. Depuis la réforme Castonguay-Nepveu, vous êtes du personnel des CSS, mais vous êtes dans des institutions et vous relevez toujours des CSS. Si je voulais être négatif, je poserais la question suivante: Quels sont les malheurs qui vont vous frapper demain matin si on décidait que, dorénavant, vous allez relever des centres hospitaliers? Si je veux être positif, je vais vous poser la question suivante: Quels sont les avantages à maintenir la situation dans laquelle on est maintenant qui paraît, à tout le moins, un peu bizarre comme structure, pour bien se comprendre, en termes de duplication?

**Mme Saint-Denis:** Je ne sais pas si c'est si bizarre que ça, mais dans notre présentation de tantôt, ce qu'on disait, c'est qu'avant la réforme Castonguay-Nepveu on était dans les hôpitaux et le médical avait présence sur le psychosocial, notre pratique était commandée par le médical. Après la réforme, on a été directement reliés au CSS et prêts à contrat de services. Là, en étant prêts à contrat de services, on se retrouve dans une position de partenaire dans le réseau, travaillant dans l'hôpital pour une clientèle qui a des besoins médicaux et psychosociaux. On a des avantages à l'heure actuelle. Les avantages c'est d'être, d'une part, regroupés, parce que vous

savez, M. le ministre, que dans l'ensemble des hôpitaux de la province... Très souvent, le réflexe qu'on a c'est qu'on regarde Montréal, on regarde Québec, on regarde les grosses régions et on fait une caricature pour l'ensemble de la province. Mais beaucoup d'hôpitaux n'ont qu'un intervenant psychosocial à l'intérieur de l'hôpital. Ce n'est pas parce qu'ils n'en ont pas besoin autant qu'à Montréal, ou, je veux dire, en termes de diversité de problèmes. C'est parce qu'à ces endroits-là... Et cette personne-là, à l'heure actuelle, a l'avantage d'être à l'intérieur d'un établissement régional et d'avoir des standards de qualité à rencontrer, un programme à appliquer et les avantages.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, si je comprends, la problématique antérieure était une domination du médical, en termes clairs là.

**Mme Saint-Denis:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que vous avez recherché...

**Mme Mercier (Maude):** Je dirais que l'autonomie professionnelle, en tout cas au niveau du service social dans le cadre hospitalier, pour ma part, comme expérience depuis 20 ans, y a gagné beaucoup depuis le rattachement aux CSS. Moi, je travaille dans une équipe de secteur, en psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de Lévis, et si je regarde dans - comment je dirais - les rapports interprofessionnels, à la limite, lorsqu'on ne se rejoint pas, je veux dire, d'autres professionnels à côté, si je prends, par exemple, les psychologues, relèvent, sont des employés de l'hôpital. Moi, en tout cas, j'ai toujours ressenti, comme professionnelle, l'avantage d'avoir une certaine autonomie au niveau de m'autodéterminer aussi dans ma profession et d'essayer de faire valoir ma complémentarité et non pas de me faire définir par quelqu'un d'autre. Mais tout ça, ce n'est pas tellement dans le contexte - comment dirais-je - suggestif de domination mais plus en termes de reconnaissance professionnelle de partenaires égaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je comprends c'est que la situation actuelle vous l'avez, mais vous l'avez par un contrat de services, et c'est le contrat de services qui vous amène à dire: On est véritablement des partenaires. Du côté des mentalités, est-ce que ça a évolué aussi, parce que bien des fois il y a des résistances à partir du moment où il y a une cohabitation, les mentalités évoluent? Est-ce que de ce côté-là, depuis ces changements-là, on peut dire que, dans le milieu hospitalier, la mentalité a évolué? On peut accepter parce qu'on est mis devant le fait ou on peut accepter parce que c'est une nécessité et on peut comprendre la complémentarité. Est-ce qu'on en est rendu là, aujourd'hui?

Est-ce que les mentalités ont suffisamment évolué ou si c'est véritablement un contrat de services qui fait que vous êtes plus autonomes?

**Mme Mercier:** Moi, je dirais que le fait d'avoir été - en tout cas, je parle bien sûr pour ma part - rattachés aux CSS, ça a fait qu'on avait une plus grande latitude. Bien sûr, quand on ne se rejoint pas, c'est sûr que ça va discuter, etc., mais le fait d'être à contrat de services comme tel, le niveau, en tout cas, était plus horizontal, puis on avait comme une certaine - comment dirais-je donc - marge de manoeuvre aussi au niveau de l'insistance qu'on pouvait avoir pour persister dans des positions surtout par rapport à des services à donner à la clientèle et surtout aussi, je dirais, en termes philosophiques, par rapport à une approche globale qui couvre les différents aspects de la personne. Mais ça, c'est du travail quotidien. Moi, je pense aussi que d'avoir été rattachés à un organisme où, déjà, la pensée était à majeure psychosociale, ça donne une chance en termes de services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'aimerais peut-être revenir à Mme Saint-Denis, sur l'exemple que vous avez choisi tantôt, pour que je comprenne bien. Vous êtes dans un milieu où les efforts de recrutement ont fait en sorte que vous avez eu plus de psychiatres.

**Mme Saint-Denis:** Les besoins étaient là, tant mieux!

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce qui m'inquiétait un peu tantôt, c'est que je m'apercevais que la dynamique du système faisait en sorte qu'en ayant des psychiatres il y avait plus de besoins. Ce que...

**Mme Saint-Denis:** Non. Les besoins étaient là. Ils étaient documentés par une liste d'attente. Je pense, que, dans l'ensemble du réseau, si on parle de partenariat, de complémentarité, il faut comprendre aussi que c'est un système, et un système, si ça bloque quelque part, ça s'en va. Alors, tout le système est, à l'heure actuelle, comme une coche à côté.

On parlait tantôt des ressources avec Colette. On parlait aussi de l'appartenance des services sociaux. Les besoins sont là. Les gens qui étaient là et qui attendaient trois, quatre ou six mois avant d'être vus par un psychiatre étaient malades. Ils venaient consulter à l'urgence, en état de crise, ou ils étaient supportés par un organisme communautaire en attendant, ou, très souvent, supportés par la famille.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, il faudrait voir. Je ne dis pas que, dans tous les cas, c'est évident, parce qu'on travaille sur des dossiers de CSS de ce temps-ci: familles d'accueil

au niveau de la DPJ. Il y a des choses qui, aujourd'hui, font en sorte que les gens sont plus ouverts à communiquer leur problème et, au plan du signalement, il y a une évolution absolument phénoménale. Forcément, s'il y a plus de signalements, vous allez retenir en bout de piste plus de cas qui doivent être traités. C'est vrai dans le domaine que vous évoquiez tantôt; c'est vrai dans d'autres domaines au niveau de la jeunesse qui créent des problèmes au niveau des CSS, que vous connaissez très certainement et sur lesquels on travaille actuellement.

À la page 8 de votre mémoire, au dernier paragraphe en bas, vous dites: "Par souci de protection des intérêts de la population desservie par les services sociaux en milieu de santé, l'Association trouve important, pour garder l'expertise, assurer les standards de qualité et éviter le morcellement, qu'un établissement régional se voie confier le mandat d'organisation et de distribution de services sociaux spécialisés auprès des adultes et personnes âgées. De ce fait, cet établissement devra assumer le leadership dans ce domaine et sa région en complémentarité avec les autres établissements du territoire." Est-ce que je comprends qu'on crée une nouvelle structure?

**Mm» Saint-Denis:** Je m'excuse. Si vous?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, est-ce qu'on doit comprendre que, par cette proposition, on crée une nouvelle structure régionale?

**Mme Saint-Denis:** Non. Non, non, non, non.

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon, alors pouvez-vous nous identifier, si on n'en crée pas une, laquelle est-ce? Si c'est la régie régionale, on comprendra vite. J'ai compris de votre document que vous êtes pour la régie régionale qui peut jouer un certain rôle à certaines conditions, évidemment. Mais...

**Une voix:** ...régie décentralisée.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est ça.

**Une voix:** Une régie décentralisée.

**M. Côté (Charlesbourg):** Une régie décentralisée. Oui, oui. Tel que vous le souhaitez. Alors, dans ce cas-ci, quelle structure est-ce?

**Mme Saint-Denis:** En clair, on voulait dire qu'à l'heure actuelle les CSS répondent à l'aspect social de notre expertise qui est un service spécialisé. Elle pourrait recevoir un mandat clair pour s'occuper des personnes âgées et des adultes en perte d'autonomie et en besoins psychosociaux. Je ne parle pas d'un système de signalement et de protection, à ce moment-là, mais d'un mandat.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, je comprends qu'avant moi il y a eu, à un moment donné, des décisions qui ont fait passer une partie de la clientèle aux CLSC.

**Une voix:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...préoccupations. Est-ce qu'il s'agit, dans ce cas-là, de récupérer... Par exemple, les placements, est-ce qu'il s'agit de récupérer une partie de ces pouvoirs qui ont été délégués aux CLSC? Expliquez-moi de quelle manière ça fonctionnerait et ce qu'on donne à ce niveau d'établissement, aux CSS, comme responsabilités. Quand on dit personnes âgées en perte d'autonomie, ça fait du monde demain matin, hein? Alors, qu'est-ce qu'ils vont faire? (16 heures)

**Mme Saint-Denis:** À l'heure actuelle, je pense qu'on peut respecter les missions que les autres établissements ont. Les CLSC ont la mission du maintien à domicile et on verrait mal que ce soit le CSS qui reçoive ce mandat. Mais ce dont on parle, à l'heure actuelle, il y a des services, entre autres, les services sociaux ou hospitaliers qui desservent l'ensemble de la clientèle. Nous autres, on les prend avant même qu'ils naissent jusqu'à temps qu'ils meurent, en termes d'âge. Avec l'organisation actuelle aussi, on a le secteur des adultes et des personnes âgées versus le placement en familles d'accueil.

**M. Côté (Charlesbourg):** Familles d'accueil. Donc, ce que je comprends, c'est que le maintien à domicile resterait aux CLSC...

**Mme Saint-Denis:** Absolument.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...alors que familles d'accueil et autres ressources alternatives en placement d'hébergement de personnes âgées, peu importent les niveaux de déficience ou d'autonomie, seraient sous la responsabilité du CSS.

**Mme Saint-Denis:** Ça pourrait avoir des avantages, en tout cas, en termes d'efficacité, d'être régionalisé et non localisé. Et pouvoir être aussi regroupés en termes de dynamique de professionnels qui sont autres que des services sociaux courants.

**M. Chevette:** Vous venez de parler de familles d'accueil. J'aimerais savoir les conséquences des décisions du Trésor sur le moratoire du placement en familles d'accueil. Quelles conséquences vivez-vous concrètement?

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce n'est pas une décision du Trésor. Il ne faut pas imputer au Trésor des choses qui...

**M. Chevette:** Bien, c'est un gel croisé qui

a été demandé.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Ce n'est pas une décision du Trésor. C'est une décision du...

**M. Chevette:** Les décisions du ministre, d'abord.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Il faut être bien conscient dans tout ça. Quand on parle de choses comme ça, c'est que le budget est défoncé uniquement de 17 000 000 \$! Donc, 17 000 000 \$, il faut quand même être prudent.

**M. Chevette:** Non, mais la question demeure entière. Quelles sont les conséquences?

**M. Côté (Charlesbourg):** Il n'y a pas de gel. Il faut bien se comprendre. Les CSS peuvent venir demander des places additionnelles, mais avec justification.

**M. Chevette:** Bon. Quelles sont les conséquences - moi, je l'appelle gel - de la décision de ne pas faire du placement en familles d'accueil automatiquement comme c'était le cas avant? Est-ce que ça crée des malaises au niveau des institutions? C'est ça que je veux savoir.

**Mme Saint-Denis:** Au niveau des institutions, des hôpitaux, oui, certainement.

**M. Chevette:** Quelle est la conséquence directe sur un centre hospitalier? Est-ce que c'est l'engorgement des lits de soins de courte durée?

**Mme Saint-Denis:** Absolument.

**Une voix:** La personne qui n'est pas à sa bonne place, finalement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous allez m'expliquer ça comme il faut parce que je veux...

**M. Chevette:** Je ne sais pas, mais est-ce que je peux continuer ma question?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, c'est parce que, évidemment...

**Le Président (M. Joly):** Si on prend une entente entre les deux parties.

**M. Côté (Charlesbourg):** Si c'était mon droit de parole. Je ne veux pas qu'on se chicane pour rien.

**Le Président (M. Joly):** Il reste cinq minutes de droit de parole à M. le ministre.

**M. Chevette:** Je me reprendrai après.

**M. Côté (Charlesbourg):** La question est bonne. Je ne veux pas l'éviter. Je pense que la question est très bonne. Mais, de là à tirer une conclusion aujourd'hui d'une décision qui était prise le 21 décembre, dans une lettre qui était adressée aux CSS, et de venir nous affirmer aujourd'hui qu'il y a des conséquences directes, maintenant, sur les lits dans les hôpitaux par rapport aux familles d'accueil, vous allez m'en faire la démonstration.

**Mme Lambert:** C'est une conséquence, je crois, entre autres qu'on ne peut pas retourner... D'ailleurs, la loi dit en termes clairs que si on ne peut pas, devant l'état du patient, retourner dans un milieu où on peut assurer le minimum de sa protection - ce n'est pas le verbatim là, mais c'est l'essence, je pense, de ce qui est dit - il peut rester en hébergement jusqu'à ce qu'on ait trouvé une solution palliative.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, mais...

**Mme Lambert:** C'est une des conséquences. Je pense qu'il ne faut pas tirer une conséquence directe et unique. Ce que ça peut faire aussi, c'est comme par hasard un très grand alourdissement des principes bureaucratiques. J'ai un exemple assez récent, justement, qui est conséquent au moratoire, d'un patient psychiatrique qui est dans la région de Montréal, dans une chambre subventionnée, et qui est en perte d'autonomie, avec toutes les caractéristiques d'un patient chronique irréversible, qui veut retourner en famille d'accueil dans sa région natale qui est Lac-Mégantic. Or, évidemment qu'il a été facile que ce monsieur se présente au CLSC de Lac-Mégantic en faisant une demande en famille d'accueil, et, bon, le CLSC a répondu: Écoutez, il faudrait qu'il passe par l'instance des services sociaux du Montréal métropolitain. Non pas qu'une famille d'accueil n'avait pas été pointée, mais elle n'était pas disponible à cause du moratoire. Conséquence directe: C'est sûr que ce que ça fait, mais il y a, sans vouloir m'allonger davantage, qu'on dit: Évaluez donc mieux les besoins de ce patient-là pour voir s'il ne pourrait pas aller dans une autre ressource et, conséquemment, la CTMSP, le comité d'allocation, le conseil régional de Montréal transfère, s'il y a lieu, au conseil régional de l'Estrie, enfin, bref, je pense que ça peut offrir ce type d'alourdissement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, je vais porter un jugement que j'ai porté le 21 décembre, et qui n'a pas changé d'un iota depuis. Lorsqu'on défonce un budget au niveau provincial de 17 000 000 \$, il y a des problèmes quelque part. C'est sur ces éléments-là qu'on a dû se pencher au mois de décembre. Il n'est pas du tout normal qu'on défonce des budgets de cette ampleur-là, de 17 000 000 \$. La décision qui a

été prise, c'est de mettre un petit peu d'ordre dans la cabane, parce que les principes dans un CSS ou les guides d'intervention n'étaient pas les mêmes dans l'un comme dans l'autre. Ce qu'il a donc fallu, c'est asséoir tout le monde autour de la table et c'est en cours actuellement avec les représentants supérieurs - il y a une rencontre la semaine prochaine, d'ailleurs - pour faire en sorte qu'on en arrive à une gestion qui se ressemble, tout en respectant l'autonomie de chacun.

A partir de ce moment-ci, on dit qu'il y a exactement le même nombre de places qu'il y avait - il n'y en a pas une qui a été enlevée - avec les montants d'argent. Le problème, évidemment, c'est que certains CSS étalent beaucoup plus généreux que d'autres sur le plan de l'allocation pour être capables de placer des clientèles ailleurs et qu'il y avait du maraudage inter CSS, sur le plan des territoires, pour placer des gens, par exemple, de VM sur le territoire des Laurentides, en payant plus cher que le CSS des Laurentides payait, donc enlevant littéralement la famille d'accueil, ce qui est totalement inacceptable. Donc, évidemment ce que ça avait pour but, c'était de ne pénaliser personne, mais de commencer à avoir des règles qui sont un petit peu plus acceptables dans ce domaine-là, malgré toute la bonne volonté de tout le monde. Je ne mets pas en doute la bonne volonté, il y a des cas d'exception qu'on traitera, mais de là à tirer la conclusion aujourd'hui qu'on a des problèmes au niveau des lits d'hôpitaux par rapport à ça, vous me permettrez de vous dire que c'est étirer l'élastique passablement.

**Mme Saint-Denis:** On en avait des problèmes d'engorgement, de patients qui attendaient des ressources de n'importe quel type, pas juste familles d'accueil, des ressources institutionnelles et d'autres types de ressources, de convalescence ou quoi que ce soit, qui prenaient les lits de courte durée mais, à l'heure actuelle, on doit faire preuve d'encore plus d'ingéniosité, de mobilisation extraordinaire de familles, d'environnement. Un patient suicidaire qu'on décide de ne pas garder à l'urgence parce qu'on n'a pas d'endroit encadrant à lui fournir, peut-être que pour deux ou trois semaines il est recevable et qu'il pourrait être placé dans une famille d'accueil. Eh bien, là, il faut prendre le risque.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Maintenant, je vais reconnaître M. le leader de l'Opposition.

**M. Chevette:** Vous voulez parler, je pense?

**Mme Mercier:** Je voulais dire, moi...

**Le Président (M. Joly):** Je m'excuse, le temps de M. le ministre est fini. C'est en addition à ce que vous avez dit?

**Une voix:** Oui, oui, on va la laisser dire.

**Mme Mercier:** Je voudrais juste ajouter qu'au-delà de la question du moratoire, déjà, antérieurement à ça, la situation, le contexte, pour nous autres intervenants, je le qualifie de difficile, dans le sens que, comme réalité au niveau des besoins, il y a un manque de ressources multiples. Il y a aussi, que, même sans tenir compte du moratoire, même dans un contexte où on peut développer des ressources, si je pense à la famille d'accueil - moi je suis sur la rive sud, - même malgré des efforts de personnel engagé pour ça dans la création, la recherche et tout, les gens ne répondent pas à ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Savez-vous pourquoi? Je vais vous le dire très honnêtement.

**Mme Mercier:** J'ai eu des petites hypothèses, peut-être pas toutes, mais...

**M. Côté (Charlesbourg):** Les hypothèses, c'est qu'on n'a pas suffisamment fait pour reconnaître la famille d'accueil comme un intermédiaire très valable et c'est ce qui est après se régler au moment où on se parle.

**Mme Mercier:** C'est cela. Quelqu'un qui a un peu une tête sur les épaules ne s'engagerait pas dans un contrat comme ça, je pense, avec les responsabilités, la charge, les 24 heures, les séjours, pas de vacances, un per diem, etc., pas toujours avec des garanties de services complémentaires.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est ça.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. M. leader de l'Opposition.

**M. Chevette:** Merci, M. le Président. J'ai posé la question et j'y tenais parce que je considère que depuis cinq ans ça devait tout être réglé. C'est pour ça que j'ai posé la question. Ça fait quatre ans et ça devait être une des priorités de régler ce phénomène-là. Ce matin, je disais à un groupe, je ne me souviens pas duquel, sur les coûts, le dilemme dans ces histoires-là, c'est qu'il y a des personnes qui demeurent dans une situation où ça coûte plus cher. Je prends un exemple: Si on garde une personne qui devrait être en famille d'accueil dans un lit de soins de courte durée, si ma mémoire est fidèle, un lit de courte durée coûte 350 \$ à l'État, contrairement à une place dans une famille d'accueil qui coûte 15 \$, au moment où on se parle. Je sais que ça va être amélioré. J'ai lu une lettre du ministre dans laquelle il disait qu'il voulait réviser ça. Mais, imaginez-vous, une personne qui, par sécurité, par son médecin, garde un lit de soins de courte durée à 350 \$, alors qu'il en coûterait 15 \$ ou 70 \$, si vous

voulez, dans un centre d'accueil; c'est différent en "mosus". Et on se plaint d'un sous-financement du régime globalement. C'est là qu'est l'aberration du système actuel. Quand tu regardes les ressources, 350 \$ pour un lit de soins de courte durée, 120 \$ pour un lit de soins de longue durée, 70 \$ pour un lit dans un centre d'accueil, 15 \$ dans une famille d'accueil et que tu te rends compte qu'au niveau des soins de courte durée il y a plus ou moins de places - dans certains milieux, ça va jusqu'à 25 % des lits occupés par des soins de longue durée ou de toute autre nature que ceux de courte durée - qu'est-ce qui arrive? Le système manque déjà d'argent et, dans le système qu'on traverse, on se retrouve avec une situation aberrante. C'est ça qu'il va falloir... Je ne dis pas qu'il ne faut pas de préparation, qu'il ne faut pas de formation au niveau des gens qui s'engagent dans une famille d'accueil. Si on ne veut pas qu'il y ait du "parking", comme on le disait durant l'étude du rapport Harnois, par exemple, précisément, il faut former les gens, ça prend du personnel d'encadrement et tout le kit. Mais, dans la conjoncture actuelle, on utilise une ressource qui coûte plus cher à l'État et dans des conditions qu'on a peine à corriger. C'est un peu ça que j'ai voulu soulever comme problème. Je vous remercie de votre mémoire. Je le trouve clair et limpide.

**Le Président (M. Joly):** M. le ministre, le mot de la fin.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, 350 \$ par jour par rapport à 20 \$, ça tombe sous le sens que c'est un système qui a besoin d'être viré. Mais il faut prendre le temps de le faire et il ne faut pas faire en sorte qu'on puisse confier à des familles d'accueil, à des gens de bonne foi, des individus qui ont besoin d'un encadrement et d'un suivi sur le plan professionnel qu'on ne leur donnera pas non plus. Les familles d'accueil ont des choses à dire aussi. On les a écoutées. Elles ont beaucoup de choses à dire. Donc, je pense que c'est un rééquilibrage du système et ça tombe sous le sens que 20 \$ ou 25 \$ par jour, comparés à 350 \$, vous allez pouvoir en faire davantage. Merci beaucoup. Évidemment, vous allez certainement avoir des choses, des décisions qui vont venir, à court terme et à moyen terme, vous concernant, en souhaitant qu'on atteigne les objectifs qu'on se fixe tous, vous autres comme nous autres: le bénéficiaire avant tout. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Mesdames, au nom des membres de cette commission, je vous remercie de votre participation. Bon retour. Merci beaucoup.

**Une voix:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Je demanderais aux

membres de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec de bien vouloir s'approcher, s'il vous plaît.

J'aimerais profiter du petit temps qui m'est dévolu pour confirmer que, selon l'entente dont nous avons convenu ce matin, nous permettons la venue de Mme Blackburn, députée de Chicoutimi pour remplacer le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, M. Trudel. Alors, bienvenue à cette commission, Mme la députée.

J'apprécierais beaucoup que la personne responsable puisse s'identifier et présenter la personne qui l'accompagne.

**Mme Picard-Greffe (Huguette):** Bonjour.

**Le Président (M. Joly):** Bonjour, madame.

#### Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec

**Mme Picard-Greffe:** Mon nom est Huguette Picard-Greffe. Je suis la présidente de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec. Permettez-moi de vous présenter M. Pierre-Yves Thériault qui est administrateur et secrétaire de notre corporation.

**Le Président (M. Joly):** Merci, madame. Alors, comme vous le savez, selon les règles de procédure, vous avez une vingtaine de minutes, plus ou moins, pour présenter votre mémoire et après, les deux formations s'engagent à vous questionner et à aller chercher la lumière nécessaire. Merci.

**Mme Picard-Greffe:** La Corporation vous remercie de votre invitation et a le plaisir de partager avec vous quelques réflexions sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux, et de participer ainsi à cette démarche collective sur l'organisation des services de santé.

Afin de bien orienter les membres de la commission, nous aimerions vous préciser le rôle que tiennent les ergothérapeutes dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui intervient au niveau du quotidien des personnes éprouvant des difficultés physiques, psychologiques et sociales. L'exercice de l'ergothérapie comprend, notamment, l'évaluation du potentiel fonctionnel d'une personne, la planification de l'intervention, l'application du traitement et le suivi.

(16 h 15)

Rejoignant diverses clientèles de tout âge et oeuvrant dans la plupart des institutions du réseau, l'ergothérapeute utilise principalement l'activité dans le but d'aider l'individu à trouver ou à retrouver une capacité d'action dans toutes les sphères du quotidien. C'est donc une profession qui trouve dans l'activité même de la

personne les moyens de promouvoir la santé et l'autonomie fonctionnelle sur les plans physique, psychologique, professionnel et social. L'originalité de notre pratique professionnelle tient, bien sûr, au fait que nous utilisons l'activité comme médium thérapeutique, mais aussi aux valeurs qui sous-tendent son exercice. Depuis toujours, les ergothérapeutes ont une pratique qui tient compte de l'interaction des composantes biopsychosociales des individus et des différents aspects de son environnement. Ainsi donc, l'ergothérapie vise à améliorer la condition des personnes pour ensuite les aider à s'actualiser de la façon la plus indépendante possible et y trouver une satisfaction.

Les lignes directrices de la pratique ergothérapeutique sont axées sur la primauté de la personne. Quelques exemples de problèmes pouvant affecter les clients qui consultent en ergothérapie. Ce peut être un accident, une maladie, des troubles de comportement, des problèmes d'apprentissage, des handicaps, des limites dues à l'environnement ou au processus du vieillissement. Actuellement, nous sommes plus de 1100 ergothérapeutes qui pratiquons au Québec. Nous sommes une profession majoritairement féminine, à 92 %, et une portion importante, soit 80 %, travaille dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Notre présence, aujourd'hui, se situe à l'intérieur de notre mandat de protection du public et de la qualité des services fournis aux bénéficiaires. La législation accordée au Code des professions est celle d'une profession à titre réservé. Bien que nous croyions que le mécanisme de titre réservé peut protéger adéquatement le public, il sera efficace uniquement dans la mesure où il permet au pouvoir réel de vérifier la compétence professionnelle de tous les ergothérapeutes. Si un professionnel veut se soustraire à la surveillance de ses pairs, par exemple, à l'inspection professionnelle ou à la discipline qui sont nos mécanismes de contrôle de la pratique, il n'a qu'à se retirer de la Corporation. La Corporation, alors, n'aura aucun pouvoir, advenant que ce professionnel offre des services inadéquats. Cette personne pourra continuer à occuper son poste et ses mêmes fonctions, mais n'utilisera plus le titre d'ergothérapeute.

Cette situation est des plus déplorable et il est décevant de constater que le législateur s'en rend complice. En effet, en acceptant l'équivalence des titres au niveau des conventions collectives dans le réseau des établissements de santé, le gouvernement permet aux ergothérapeutes, comme à d'autres professionnels, de se soustraire aux mécanismes de protection du public, tel que souhaité par ce même gouvernement. Heureusement, les modifications apportées au Code des professions, en octobre 1988, qui resserrent davantage le statut des professions à titre réservé, nous laissent croire à l'abolition des titres équivalents dans les conventions col-

lectives.

Nous aborderons maintenant, de façon plus précise, nos commentaires sur l'avant-projet de loi. Concernant les objectifs du système de services sociaux et de la santé, nous notons avec satisfaction que les rédacteurs de l'avant-projet de loi font de la réadaptation des personnes l'un des objectifs que doit poursuivre notre système de santé. En plus d'ajouter de la qualité à la vie, la réadaptation a des enjeux économiques. Si l'on songe qu'une personne dépendante, devenue active et productive, non seulement évite des déboursés à l'État, mais peut devenir un "payeur de taxes", la valeur financière de sa réadaptation prend des proportions encore plus importantes.

Les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux préconisent de plus en plus une approche axée sur le développement et le maintien des capacités d'agir de la personne, lui permettant une plus grande autonomie et une meilleure qualité de vie. Or, pour concrétiser une telle orientation, il importe que les services aux bénéficiaires soient rendus au moment opportun afin de prévenir toute détérioration précoce de l'état de santé. De plus, l'approche de réadaptation ne peut s'actualiser sans la collaboration de tous les intervenants. C'est pourquoi nous privilégions le travail en multidisciplinarité, qu'il ne faut pas confondre avec l'intervention parallèle de plusieurs professionnels oeuvrant auprès d'un même bénéficiaire. Pour nous, un membre important de l'équipe multidisciplinaire est le client lui-même. La multidisciplinarité implique que l'intervenant, tout en gardant son identité professionnelle, doit respecter les orientations de l'équipe de soins et intervenir en fonction des priorités établies. Cette façon de procéder nous apparaît comme le moyen par excellence de faire des choix qui ne se limitent pas à l'intervention ou à la connaissance d'une seule personne.

Il nous apparaît essentiel de privilégier le développement du concept de responsabilité du public en ce qui concerne sa santé. Mettre de l'avant ce principe implique la diffusion et l'acquisition de connaissances relatives à la santé. Le citoyen pourra alors avoir un impact réel sur le maintien de la santé. Notre système doit se doter de mécanismes d'information et de sensibilisation de façon à rejoindre le public en général et certaines populations cibles, comme, par exemple, il a été fait avec le port de la ceinture de sécurité et les programmes de sensibilisation à l'égard de la violence faite aux femmes. De plus, on ne saurait trop souligner l'importance de l'établissement d'une véritable politique coordonnée de prévention.

Conscients des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux pouvant favoriser la santé, on doit investir autant au plan de l'étude de l'interaction de ces différents facteurs qu'au niveau du développement de nouvelles approches théoriques reflétant ces précoc-

cupations.

Les programmes de prévention doivent être favorisés au même titre que l'aspect curatif, tout en considérant que les méthodes d'évaluation ne sont pas comparables.

**Le Président (M. Joly):** Je m'excuse, madame, est-ce que le texte que vous avez en main est le même texte que vous avez donné aux membres de la commission? Est-ce que vous avez modifié votre texte?

**Mme Picard-Grefre:** Nous avons ajouté cette partie pour bien situer où nous étions, mais, tout de suite après, nous venons aux "items" proposés dans le mémoire.

**Le Président (M. Joly):** On pensait qu'on était vraiment hors d'ordre.

**Mme Picard-Grefre:** Excusez-moi. C'est parce qu'on a l'habitude que les gens nous demandent qui on est, les ergothérapeutes. Habituellement, personne ne nous connaît; alors, nous avons cru bon de vous expliquer qui nous étions. Si nos propos, tantôt, sur la réadaptation... On sait que, maintenant, on parle beaucoup de réadaptation, mais on voulait vous donner notre vision globale de la réadaptation.

**Le Président (M. Joly):** Parfait. Allez, madame. Merci.

**Mme Picard-Grefre:** Nous voulions aussi dire, dans l'approche réadaptation, que nous devions développer, à tous les niveaux, une préoccupation en fonction d'une vision humanisante et globalisante des services de santé, qui utilise le réseau social, familial et professionnel de l'individu. L'approche communautaire, le travail des groupes d'entraide, les ressources alternatives ou intermédiaires doivent être privilégiés et bien articulés, si l'on veut enrichir et rendre plus efficace notre réseau de santé.

Concernant la primauté des droits de la personne, nous trouvons excellent que le législateur ait choisi de centrer son projet de réforme du système de santé en fonction des droits de la personne. Nous souscrivons à l'établissement de mécanismes de protection des droits des bénéficiaires. Nous croyons que les principes d'universalité et d'accessibilité doivent être maintenus.

Au chapitre III, intitulé "Confidentialité du dossier médical ou social", nous avons été surpris de la terminologie utilisée dans le titre même de ce chapitre. Pourquoi l'emploi de l'adjectif "médical" dans l'expression "confidentialité du dossier médical ou social"? Pourquoi ne pas parler simplement de "confidentialité du dossier du bénéficiaire", tel qu'employé au point 349 de l'avant-projet de loi? Il est à noter que l'expression "dossier du bénéficiaire" est d'usage courant

dans d'autres textes de loi, comme le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Quoi qu'il en soit, si l'on tient compte de l'approche globale du système de santé, nous trouvons que le terme "médical" est restrictif, puisqu'il ne reflète pas totalement la réalité. "Dossier du bénéficiaire" serait plus approprié.

De plus, on devrait ajouter "ou à un autre professionnel", à l'article 15, lorsque l'on dit qu'un bénéficiaire a droit d'obtenir que l'établissement fasse parvenir une copie, un extrait ou un résumé de son dossier à un autre établissement ou à un médecin ou à un dentiste.

Concernant l'accès au dossier par le bénéficiaire, à l'article 16, premier paragraphe, nous nous étonnons que seule l'autorisation du médecin traitant soit requise. Une telle mesure, si elle s'appliquait, serait inquiétante. Qu'advient-il de la confidentialité des notations au dossier faites par les autres professionnels des services de santé? Pourquoi leur consentement n'est-il pas requis également? On peut se demander si, à la limite, ils auraient consigné aussi librement leurs réflexions au dossier s'ils avaient su que l'autorité d'une seule personne, le médecin traitant, pouvait décider si les renseignements doivent ou non être transmis au patient.

Il ne faut pas comprendre ici que nous nous opposons à l'accès par le bénéficiaire à son dossier. Nous nous interrogeons sur le moment opportun pour lui de prendre connaissance des renseignements et, surtout, des explications qui vont avec les notes qui sont inscrites au dossier.

L'organisation et l'administration peuvent avoir un impact sur la qualité des services offerts à la population. Pour cette raison, nous recommandons l'élaboration de structures administratives susceptibles de permettre un encadrement optimal de la pratique des professionnels pour offrir à la population des services adéquats et complets, compte tenu des ressources.

Comme les conditions administratives ont une conséquence directe sur la qualité des services, il nous semble essentiel d'associer et d'intégrer à l'administration toutes les personnes qui oeuvrent dans les établissements. C'est pourquoi nous regrettons, à l'article 57, l'exclusion automatique de toute personne qui reçoit une rémunération d'un établissement dispensant des services reliés au domaine de la santé ou des services sociaux. À ce sujet, nous estimons que les conseils d'administration se privent d'une expertise importante.

À l'article 75, nous apprenons que le conseil d'administration, qui siège au moins dix fois par année, "doit inviter, au moins deux fois par année, le conseil consultatif du personnel clinique à le rencontrer." Nous regrettons que les rencontres soient si peu nombreuses, surtout si l'on tient compte de l'importance de son mandat que nous avons trouvé, par ailleurs, bien défini et fort complet, à l'article 106.

À l'article 107, nous avons été fort étonnés que les pouvoirs du conseil consultatif du personnel clinique sont exercés par un comité exécutif formé de cinq personnes faisant partie du personnel clinique, du directeur général, du directeur des services professionnels, plus un médecin ou un dentiste désigné par un conseil des médecins, dentistes ou pharmaciens. Pourquoi inclure un médecin dans le conseil exécutif du personnel clinique, alors qu'il n'est aucunement question d'inclure un représentant du personnel clinique au sein du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens?

À l'article 104 concernant la nomination des directeurs des services hospitaliers et des services administratifs, nous estimons qu'il serait plus qu'utile de prévoir la nomination de ces personnes en vue d'un meilleur fonctionnement des établissements de santé. Ce directeur nous semble absolument essentiel au bon fonctionnement d'un centre hospitalier. Les services hospitaliers constituent la structure administrative qui responsabilise à la fois les professionnels à l'emploi de l'établissement et l'établissement lui-même par rapport à la protection du public.

Nous croyons que tous les professionnels, qui ne sont ni médecins, pharmaciens, dentistes ou infirmiers, qui fournissent des soins dans un centre hospitalier ont le droit de relever d'un directeur qui coordonne strictement les activités de ces derniers. Le présent avant-projet de loi est muet sur ce droit aux professionnels en ne prévoyant que ce qui concerne les médecins, dentistes, pharmaciens et infirmiers. À notre avis, les fonctions et responsabilités de ces directeurs doivent être clairement établies afin d'obtenir, pour les professionnels qui fournissent des soins, un modèle de fonctionnement aussi efficace que celui des médecins, pharmaciens, dentistes et infirmiers.

La réglementation devrait reconnaître, sur le plan administratif, que tous les professionnels soient clairement regroupés dans des unités administratives distinctes des départements cliniques médicaux, la gestion professionnelle et administrative de ces unités devant alors être assurée par une personne responsable de la même profession.

(16 h 30)

Les données recueillies par notre comité d'inspection professionnelle démontrent que les ergothérapeutes regroupés dans un service dirigé par un ergothérapeute ont un rendement supérieur tant au niveau de la qualité que de la quantité des actes, qu'ils organisent mieux leurs interventions en fonction des besoins des bénéficiaires et des priorités de l'établissement. Nous notons également chez eux une plus grande motivation à actualiser leurs connaissances.

L'article 159 traite de l'évaluation périodique de la qualité des services. Nous apprécions que l'on ait songé à inclure une telle mesure. Il est évident que les établissements doivent

s'assurer d'offrir des services de qualité aux bénéficiaires. Pour arriver à cette fin, ils doivent, notamment, instaurer des programmes d'appréciation de la qualité.

Par nos commentaires et recommandations, nous exprimons notre souci concernant la santé des Québécois et notre désir de participer à l'amélioration du système de santé. Nous vous remercions de la considération que vous accordez à ces quelques commentaires et demeurons disponibles pour répondre à vos questions.

Veuillez recevoir, M. le Président, M. le ministre, MM. et Mmes les députés, le témoignage de notre grande considération.

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme Greffe. Maintenant, je vais reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci beaucoup. Si je fais une bonne lecture de votre mémoire, il y a un aspect fondamental de changement de mentalité que vous interpellez. C'est fait de manière très habile et ça pourrait changer une bonne partie de l'économie de la loi. Cela semble découler du reste, d'ailleurs de votre présentation. Ce n'est plus un malade, mais c'est un bénéficiaire par rapport à un dossier médical. Ce faisant, effectivement, ça ouvre la porte à une série d'ajustements sur le plan législatif qui feraient reconnaître d'autres professionnels que les médecins. Ça me paraît un élément essentiel de votre présentation, très habile, d'ailleurs. À ce moment-là, ça permet, si j'ai bien saisi, de faire en sorte qu'à la fois le médical, la santé et le social trouvent chacun leur place dans le système et soient complémentaires davantage que l'un dominé par l'autre. Est-ce que j'ai bien saisi?

**Mme Picard-Greffe:** Vous avez très bien saisi que nous considérons que les clients ou les bénéficiaires ont des besoins multiples qui sont d'ordre médical, social et professionnel. Nous croyons que l'expertise d'une seule personne ne peut pas répondre aux besoins de tous les bénéficiaires et à tous leurs besoins. Effectivement, nous croyons qu'une équipe multidisciplinaire est plus habilitée à répondre aux besoins réels du client.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'aimerais vous entendre davantage sur un cas pratique d'un centre hospitalier, sur la situation vécue actuellement par rapport à ce qu'on vivrait si, effectivement, sur le plan de la loi, dans l'économie de la loi, on parlait dorénavant du dossier du bénéficiaire avec des services professionnels. Ça se passe comment, demain matin, entre le CMDP, le CCPC et le conseil d'administration? Comment est-ce qu'on articule tout ça et comment est-ce que ça peut être viable à l'intérieur d'un établissement?

**Mme Picard-Grefre:** Je pense qu'effectivement ça peut être très bien viable. La difficulté qu'on éprouve quand on travaille, par exemple, en équipe multidisciplinaire où une seule personne peut prendre des décisions, c'est que le client est privé de services dont il a besoin. Vous parliez tantôt de votre frère qui avait été en centre hospitalier, qui avait dû être transféré. Pour nous, il faut s'assurer que le client... Quand nous disions tantôt qu'il devait avoir les services au moment opportun, c'est ce qu'on veut dire. Est-ce qu'une personne qui est hospitalisée en soins aigus et qui a besoin des services de réadaptation... Parce que, pour nous, la réadaptation, ce n'est pas quelque chose en bout de ligne; c'est quelque chose qui commence dès l'apparition du handicap ou dès l'apparition de la maladie. Si on pouvait offrir des services complets et adéquats à l'individu, dans certains cas, on éviterait probablement le placement de cette personne-là ou cette personne-là serait référée à une ressource qui serait plus adéquate.

La preuve de ça, c'est qu'il y a des clients qui sont hospitalisés en soins aigus, qui vont en soins prolongés pendant plusieurs mois, et on a vu quelques années, que l'on place en centre d'hébergement et qui, là, parce qu'ils reçoivent des services de réadaptation, eh bien, s'améliorent. Pour nous, l'amélioration aurait dû arriver au tout début, parce que ça a coûté cher à l'État que cette personne soit maintenue avec des soins lourds alors que, si on était intervenus au tout début, on aurait prévenu des détériorations et le bénéficiaire aurait pu devenir actif plus rapidement.

La difficulté pour un bénéficiaire d'obtenir des services complets de tous les professionnels dans un centre hospitalier vient du fait que, pour être admis ou inscrit à l'intérieur d'un établissement, c'est sur recommandation du médecin. Qu'il y ait recommandation, très bien, pour l'hospitalisation d'un bénéficiaire et que la demande soit adressée par un médecin, sans contredit, nous sommes d'accord avec ça. Par contre, au niveau des services ambulatoires et des cliniques externes, nous croyons que l'accès aux services de réadaptation devrait être fait directement. Il ne faut pas dissocier trop, je pense, services médicaux et services de réadaptation en bout de ligne.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, comme je suis un jeune ministre dans ce domaine, je me fais instruire en même temps. C'est une bonne formation au plan de la mécanique. Effectivement, on me confirme un certain nombre de choses en même temps. Ce n'est pas parce qu'on doutait de votre vécu, mais je me le fais confirmer en cours de route. C'est une facette du système et je comprends que vous l'abordiez compte tenu de ce que vous défendez comme préoccupations. Évidemment, vous n'avez pas à

défendre les autres aujourd'hui, vous avez à défendre les ergothérapeutes.

**Mme Picard-Grefre:** Et les bénéficiaires.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et les bénéficiaires, oui, aussi, définitivement.

**Mme Picard-Grefre:** Surtout les bénéficiaires, parce que vous savez, pour nous, quand on vous parle de la protection du public, les clients qu'on voit en ergothérapie, M. le ministre, c'est une clientèle multihandicapée, une clientèle qui a des problèmes multiples. Ce ne sont pas des gens qui sont revendicateurs de leurs services. C'est pour ça qu'aujourd'hui, on a voulu venir.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je trouve ça très heureux, parce qu'on a toujours dit qu'on placerait le bénéficiaire au centre de nos préoccupations, que vous le mentionniez et c'est très important.

Je vais vous poser une question plus générale. Le système a des ratés. On a des problèmes dans le système. Ces problèmes, d'après moi - on l'a abordé au début de la commission parlementaire - dans certains cas, sont dus à une dynamique du système. C'est un système curatif, où on est dans le curatif. Évidemment, on paie la note et on paie le prix. Si vous étiez à la place du ministre demain matin, pour être capable de changer des choses, qu'est-ce que vous feriez en premier?

**Mme Picard-Grefre:** Je ne sais pas ce que je ferais en premier parce que je ne suis pas ministre, mais...

**M. Côté (Charlesbourg):** Révez. Révez pour une journée. D'ailleurs, on rêve seulement une journée dans ces postes-là.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Chevette:** Ne faites pas de cauchemar, madame.

**Mme Picard-Grefre:** Écoutez! On n'est pas des spécialistes en évaluation des coûts, sauf qu'on peut constater, par exemple, avec la clientèle avec laquelle on travaille, que, quand on n'offre que des services curatifs, la santé de ces personnes se détériore et il y a des acquis qu'elles ne font jamais. Ça coûte cher, des programmes de prévention. Ça coûte peut-être cher, l'intervention précoce. Je ne le sais pas, mais je pense que ça vaudrait la peine qu'on fasse clairement la démonstration du coût d'une intervention précoce et des programmes de prévention par rapport au coût des soins uniquement curatifs.

Un exemple qu'on pourrait prendre, c'est le port de la ceinture de sécurité. Je pense qu'il a

été démontré qu'il y a moins d'accidents d'automobile... Je ne sais pas si on a des données présentement concernant, par exemple, ce que je mentionnais tantôt, le programme de sensibilisation à l'égard de la violence faite aux femmes et ce dont on parle aussi maintenant, la violence faite aux personnes âgées. Est-ce que le ministère ne pourrait pas mettre sur pied des programmes d'évaluation de ces campagnes de sensibilisation? Ça coûte cher, la prévention, mais, si on la repousse tout le temps, à un moment donné, on ne sera plus capables de payer. Je suis peut-être une intervenante, mais je suis aussi une "payeuse de taxes". Alors, je pense qu'à un moment donné, je sais que vous avez des choix à faire. La population n'est pas capable de payer sans arrêt. En tout cas, ce qu'on a remarqué par l'intervention précoce, par la réadaptation dès le début de l'apparition des maladies, c'est que ça évite des déboursés à l'État. Si vous pensez, par exemple, à un jeune paraplégique à qui on offre tous les services et qui peut aller sur le marché du travail après, si on avait calculé ce que ça nous aurait coûté pour le garder dépendant en institution par rapport à ce que ça nous coûte...

Sauf que vous avez des choix à faire à ce moment-là. Quand, par exemple, pour ce bénéficiaire, on demande un fauteuil roulant spécialisé qui coûte plus cher, il faut bien penser que ce n'est pas juste parce qu'il coûte plus cher. C'est que ce sont ses jambes qu'on lui redonne. Si un individu n'a qu'à rester chez lui, il n'a pas besoin d'un fauteuil roulant supersophistiqué. Par exemple, s'il doit aller au travail, il a besoin d'un fauteuil qui soit léger afin qu'il puisse le mettre dans sa voiture lui-même.

Par exemple, au niveau des jeunes adultes psychotiques, ça coûte très cher à l'État, et on voit les problème d'itinérance qui arrivent maintenant. Est-ce que ça coûte moins cher, le développement de l'itinérance par rapport au développement, par exemple, de plateaux de travail. On sait qu'une grande majorité de ces clients ne pourront peut-être pas aller sur le marché compétitif du travail. Mais est-ce qu'on ne peut pas créer des plateaux de travail, des ateliers de travail protégés? Je pense qu'il faudrait peut-être nous démontrer que ça coûte moins cher, faire juste du curatif que de la prévention. Faut-il beaucoup de courage, par exemple, peut-être pour aller à la prévention.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'ailleurs, vous nous en donnez déjà un exemple dans votre mémoire en parlant davantage du bénéficiaire avec tout ce que ça comporte. C'est peut-être la voie qu'on sera appelés à suivre éventuellement. Mais une chose est certaine, c'est que vous mettriez l'accent sur la prévention. Disons qu'on prendrait la chance ou le risque d'aller du côté de la prévention par rapport au curatif. Évidemment, ce sont des équilibres à faire, qui ne sont

pas toujours faciles. Vous l'avez dit, vous payez des taxes. Mais il y a des limites à payer aussi. Donc, ce n'est pas toujours facile de trouver la solution. On va tenter de s'inspirer de quelques-unes de vos recommandations pour tenter de trouver les bonnes solutions. Merci.

**Mme Picard-Greffe:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette, M. Chevrette.

M. Chevrette: Merci, M. le Président. Moi aussi, madame, d'entrée de jeu, je vous dirai que je trouve ça intéressant que vous parliez de la prévention. Le ministre dit qu'il est un jeune ministre; ça fait quatre mois. Moi, j'ai fait à peine douze mois à ce poste-là, mais c'est suffisamment long pour comprendre la disproportion entre le curatif et le préventif. Ce n'est pas croyable combien on peut injecter et de force, on est obligés, parce que c'est toujours pathétique des cas flagrants qui exigent de mettre des sommes immédiatement. Et tu oublies précisément que, si tu en avais mis... Ça, c'est un débat de société qu'il aurait fallu faire probablement il y a longtemps.

Mais je suis entièrement d'accord avec l'approche. On en a eu la preuve avec la sécurité et santé au travail quand Pierre Marois, à l'époque, avait pris le taureau par les cornes, il faut le dire, et avait décidé qu'on miserait dorénavant, au niveau de la santé et de la sécurité au travail, sur le système de prévention avec les comités d'usine, avec une prime maintenant, je pense, qui est même basée sur le dossier de l'entreprise. Et, dans plusieurs entreprises, on a institué toutes sortes de campagnes de prévention, de promotion de la sécurité et puis ça a porté des fruits.

Je suis convaincu que c'est la même chose au niveau de la santé. Je prends les personnes âgées, en particulier, où votre profession joue un rôle assez extraordinaire. Des personnes qui, il y a 20 ans, auraient été vouées au lit et aux plaies de lit, à toutes fins pratiques, aujourd'hui, réussissent à se déplacer pour aller prendre leurs propres repas et sont toutes fières de faire quelques pas devant leurs enfants. Et moi, personnellement, je trouve ça extraordinaire. Je trouve qu'il y a de l'humain dans votre mémoire et je tenais à souligner la justesse de vos propos.

(16 h 45)

Vous posez une question au ministre. Il n'y a pas répondu, mais je vais la reprendre pour vous et je vais lui dire qu'il prenne ça sur mon temps pour qu'il réponde. À la page 8 du mémoire, vous demandez au ministre pourquoi il y a un médecin qui siège sur le comité; moi aussi, ça m'a frappé, puis ma collègue des Chutes-de-la-Chaudière aussi. Donc, je vais demander au

ministre de répondre à la question, parce que je me demandais, moi aussi, pourquoi un médecin viendrait arbitrer l'acte professionnel qu'il ne connaît peut-être même pas. Donc, j'aimerais entendre le ministre.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Chevette:** Ce n'est pas un traquenard, c'est vraiment pour savoir.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, je comprends. Je ris parce que j'ai posé la même question. Ce n'est pas moi qui l'ai rédigé et, évidemment, c'a été fait de bonne foi de la part de tout le monde. L'objectif visé par cela était effectivement qu'il y ait échange d'informations, complémentarité entre les différents services, mais, évidemment, après, ça pose une autre question...

**M. Chevette:** Le dilemme à l'inverse, oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...l'ascenseur est monté, est-ce qu'il redescend? Alors, s'il n'y avait pas cette prévision au niveau de la loi? Donc, l'idée première était, bien sûr, de rendre complémentaire et de faire circuler l'information de la meilleure manière possible. Évidemment, ça se fait dans un sens, à ce que j'ai compris, ça ne se fait pas dans l'autre. J'ai vu le trou.

**Mme Picard-Greffe:** Merci.

**M. Chevette:** Bon, bien, vous repartez enrichie, madame.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Chevette:** Et monsieur. Sur le conseil d'administration unifié, j'ai difficilement compris votre position. On sait qu'il y aura une régie régionale. D'abord, est-ce que vous acceptez ce type de régie régionale de façon claire?

**Mme Picard-Greffe:** Dans notre mémoire, on n'en a pas parlé.

**M. Chevette:** Non, c'est pour ça que je vous pose la question.

**Mme Picard-Greffe:** Bon!

**M. Chevette:** Après ça, je reviendrai au conseil d'administration. Commençons par la régie régionale.

**Mme Picard-Greffe:** Nous croyons à la régie régionale. Si nous croyons, par exemple, comme on l'a démontré tantôt, que les bénéficiaires ont des besoins spécifiques, il faut bien croire que, dans les diverses régions de la province, les besoins peuvent être différents. Je pense qu'on

ne vit pas sur la Côte-Nord comme on vit dans un centre urbain. C'est pour ça que nous croyons effectivement que des décisions au niveau des régions doivent être prises au niveau de comment on va dispenser des services de santé et des services sociaux. Nous croyons effectivement que la couleur régionale est importante dans la distribution des services de santé.

Pour ce qui est des conseils d'administration qui seraient regroupés, nous nous sommes fortement interrogés sur ce sujet-là et présentement on voit difficilement, en éloignant les décideurs du milieu où se fait l'intervention, que ça va nécessairement être dans le sens d'un meilleur service aux bénéficiaires. Pour nous, nous croyons à la gestion plus participative des gens quand on s'interrogeait sur le fait que le comité consultatif ne devienne maintenant vraiment qu'un comité consultatif, puisqu'il ne siège nulle part. Ce n'est pas que l'on ne reconnaisse pas l'importance pour le bénéficiaire ou pour la population de siéger dans les conseils d'administration, sauf qu'on pense qu'on est, nous aussi, partie de la population et qu'on devrait aussi être là, et qu'on a une expertise peut-être importante à donner. Et, en faisant des superstructures administratives, un des objectifs, en tout cas, qu'on avait cru comprendre, d'abord, était d'avoir une structure plus de la base. On a comme de la difficulté à comprendre qu'une superstructure va aller davantage vers la base.

**M. Chevette:** O.K. Je vais laisser ma collègue de Chicoutimi poser une question.

**Le Président (M. Joly):** Mme la députée de Chicoutimi.

**Mme Blackburn:** Merci, M. le Président. Madame, j'avais quasiment le goût d'une demi-réponse tout à l'heure à votre question. Je me rappelle les difficultés que ça a posées juste d'ajouter au conseil des médecins et dentistes la présence d'un biochimiste et de l'autoriser à diriger un département de biochimie à l'hôpital. Ça a fait tout un débat. Finalement, on a passé à travers, mais ça explique que ça va dans un sens où l'ascenseur ne redescend pas tout le temps.

Dans votre mémoire, vous nous parlez, à la page 6, de l'accès au dossier, en rappelant que le bénéficiaire est malade. D'abord, je dois vous dire mon étonnement. D'abord, que le patient, ou le bénéficiaire, ou le malade n'ait pas accès à son dossier, ça m'étonne. J'avais toujours cru naïvement que, si je demandais mon dossier médical, je l'avais. Alors, là, on voit que ça demande l'autorisation du médecin ou, selon vous, du professionnel impliqué.

Que dites-vous, en parlant de l'accès au dossier, du projet qui est en train de mijoter au ministère à l'effet de mettre sur le marché une

carte-santé avec une puce qui donnerait des informations sur le dossier médical, ce qu'ils appellent la carte à puce, une petite mémoire qui donnerait le dossier médical des personnes concernées? Vous, comme professionnels, qu'est-ce que vous en pensez?

**Mme Picard-Greffe:** En réadaptation, nous avons peu affaire avec une clientèle de super-utilisateurs de services. Cette carte-là, j'ai cru comprendre, bon, qu'elle donnait le dossier médical, mais qu'elle pouvait donner aussi un portrait du type de consultation des clients envers les services. Je pense qu'on voulait identifier un peu s'il y avait des surutilisateurs de services. Pour ce qui a trait à la réadaptation, ça ne s'applique pas. D'abord, l'accès direct aux services d'ergothérapie est difficile. En plus, les clients qu'on a n'ont pas nécessairement une accessibilité si grande que ça. On vous a dit tantôt que la réadaptation commençait à être reconnue, mais peut-être pas suffisante. Quand on parle d'accessibilité, on parle d'être suffisants aussi pour donner les services requis. Présentement, nous sommes encore en pénurie d'ergothérapeutes au Québec, malgré que nous ayons été très heureux récemment que le ministère ait pris, quand même, concernant l'ergothérapie, des décisions concernant l'élargissement des contingents universitaires. Alors, les clients qui consultent en ergothérapie ne sont pas des surutilisateurs de services. L'accessibilité à nos services est encore assez difficile.

**Mme Blackburn:** Mais, ce n'était pas tant sur l'idée à savoir si vous, ça vous rendrait service, mais au plan de l'éthique, est-ce qu'il est souhaitable qu'au Québec on mette sur le marché une telle carte pour vérifier s'il y a surconsommation des services médicaux? Pour contrer une certaine surconsommation, est-ce qu'on ne pourrait pas mieux envisager, vous savez, quand lorsqu'ils passent la "castonguette", là, qu'on ait, comme pour nos cartes de crédit, un truc là-dessus? Si le médecin mettait deux ou trois mots par rapport à l'examen auquel il vient de procéder puis le prix au bout? Évidemment, je suis en train d'essayer de toucher à l'autre bout de la...

**Mme Picard-Greffe:** Effectivement...

**Le Président (M. Joly):** Je m'excuse, là. J'aimerais peut-être juste me servir de mon droit de parole de parlementaire aussi pour ajouter que ce n'est pas dans le but de limiter des services, mais plutôt dans...

**Mme Blackburn:** Non, non, ce n'est pas ça que j'ai dit.

**Le Président (M. Joly):** ...le but de donner un meilleur service aussi et, par la même

occasion, nécessairement, c'est bien sûr, de découvrir s'il y a des abus en établissant un profil de l'utilisateur.

**Mme Blackburn:** Mais simplement, M. le Président, je voulais avoir l'avis de madame ou de monsieur au plan de l'éthique. Ce nouveau "Big Brother" qu'on met en marché, qui va regarder combien de consommations ou combien de consultations vous avez faites, qui risque de traîner dans le dossier les préjugés des médecins - parce qu'il y en a qui en ont, peut-être à raison aussi - est-ce que c'est normal, est-ce que c'est souhaitable? Et si on veut contrôler, est-ce qu'il ne serait pas préférable de s'assurer que les gens réalisent bien ce que coûte une consultation et d'obliger le médecin à dire quel type d'examen il a fait lorsqu'il a pris trois minutes et que ça a coûté 35 \$? Je ne déteste pas ça.

**Mme Picard-Greffe:** Bon. Face à ce que les clients soient plus conscients de leur santé et des services parce qu'ils vont demander les coûts de leurs services, nous sommes tout à fait d'accord. Quel moyen prendre pour que les gens deviennent plus conscients? Ça, c'est peut-être à déterminer. Une chose qui est certaine, par exemple, la confidentialité des renseignements doit être à tout prix maintenue.

**M. Chevette:** Est-ce que tu me permets une suggestion?

**Mme Blackburn:** Oui, vas-y.

**M. Chevette:** Je vous suis sur votre dernière remarque. Moi, c'est un danger, puis de nature autre que celle de ma collègue. Je prends, par exemple, quelqu'un qui aurait des doutes sur une maladie éventuelle. Sachant qu'avec la puce c'est affiché, puis que la carte fait le tour de plusieurs mains et non pas d'une seule, est-ce que ça ne serait pas même un incitatif à ne pas se prémunir? Ça peut aller jusque-là. Moi, je crains cette dimension-là. Également, prenez, par exemple, à partir de cartes, il y a toutes sortes d'ententes qui se font, d'échanges de renseignements. En tout cas, j'ai de fortes réticences là-dessus par rapport à l'individu parce que la puce... Un coup sur la carte, n'oubliez pas une chose, c'est dans les mains de tous ceux à qui elle va passer. Le dossier devient public et entre plusieurs mains. Est-ce que vous l'avez réalisé dans ce sens-là, aussi?

**Mme Picard-Greffe:** Comme je vous le dis, les principes de confidentialité, pour nous, sont très importants.

**Le Président (M. Joly):** Écoutez...

**M. Chevette:** Il nous reste du temps.

**Mme Blackburn:** Oui.

**Le Président (M. Joly):** Est-ce que je peux me permettre une intervention? J'avais peut-être les mêmes appréhensions, mais là où je perds ces appréhensions, c'est que, O.K., on se dit que c'est la confidentialité qui peut peut-être en prendre un coup, sauf que ce sont tous des professionnels qui auront le même système et qui auront, comme on dit, le mot de passe pour entrer dans la puce et aller chercher les informations. Sachant que ces professionnels sont tous liés par le même secret, à ce moment-là, je suis pas mal moins inquiet. À ce moment-là, on est en train de mettre en doute le secret que les professionnels de la santé nous ont garanti. Alors, partant de là, je pense que l'argument de Mme la députée perd de la valeur.

**Mme Blackburn:** M. le Président...

**Le Président (M. Joly):** Allez, madame, vous avez du temps.

**Mme Blackburn:** Bien! Alors, vous oubliez le piratage. On perce les codes d'à peu près tous les services informatiques...

**Le Président (M. Joly):** Où est l'avantage de pirater?

**Mme Blackburn:** ...y compris ceux de la NASA. Alors, vous savez, ce n'est pas très, très sûr. Mais au-delà de ça, la question que je poserais simplement c'est: Si vous, vous saviez, demain matin, qu'il y a une puce sur votre carte d'assurance-maladie, qui vous suit n'importe où, même si on ne va pas souvent... C'est peut-être moins grave parce que je ne fréquente pas souvent les cabinets de médecin, mais, même à ça, dites-moi que vous, personnellement, ça ne vous dérangerait pas un peu. Là, on le voit parce qu'on semble vouloir viser les surconsommateurs. On va les étiqueter et on va leur donner une carte, à eux autres. Ils sont supposés surconsommer parce qu'ils font un peu de paranoïa - je ne sais pas - qu'ils sont un peu des malades imaginaires. Tantôt, comment allez-vous les distinguer? Il faudra les donner à tout le monde. Et vous, est-ce que vous accepteriez d'avoir ce type de carte là, sachant que n'importe qui qui met la main sur votre carte - pas n'importe qui, mais n'importe quel professionnel - pourra avoir accès à votre dossier médical? Prenons-le autrement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce n'est pas n'importe quel professionnel qui y aurait accès.

**Mme Picard-Grefte:** C'est ce que j'allais demander: Est-ce que ce sont tous les professionnels qui y auraient accès et quel type d'information serait accessible et par qui? Nous

ne sommes pas des spécialistes en informatique. Je ne peux pas vous dire le niveau de sécurité d'un système comme celui-là. La seule chose, c'est que le principe de confidentialité, pour nous, par exemple...

**Le Président (M. Joly):** Excusez, madame!

**Mme Picard-Grefte:** ...doit être très important.

**Mme Blackburn:** Si on veut...

**Le Président (M. Joly):** Est-ce que, pour le bénéfice de cette commission, les gens de l'Opposition permettraient au ministre d'apporter peut-être un élément qui pourrait rassurer?

**M. Chevette:** Ah! Pas question de...

**Mme Blackburn:** Non, ce n'était pas...

**M. Chevette:** Ce n'est pas de rassurer, c'est d'expliquer comment ça marche, mais...

**Mme Blackburn:** C'est sur le principe...

**M. Chevette:** Ça n'enlèvera pas, sur le principe...

**Mme Blackburn:** Sur le principe, j'aurais des difficultés à...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je me bornerai tout simplement à dire, à ce moment-ci, que ce ne sont pas tous les professionnels qui vont y avoir accès.

**Mme Blackburn:** Non, ce sont les médecins.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, pas tous les professionnels.

**Mme Blackburn:** Tous les médecins. Non?

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce ne sont pas tous les professionnels et ça ne veut pas dire nécessairement tous les médecins. Ce ne sont pas tous les professionnels qui vont avoir accès à la carte, à certaines données de la carte. Évidemment, de la manière dont c'est parti, la carte est devenue un instrument de contrôle. Ça va servir à ça, mais c'est accessoire par rapport à la flexibilité du dossier. Et ce n'est pas tout le dossier médical qui va être sur la carte, ça paraît déjà très évident. C'est de l'information de base qui va permettre de suivre le dossier, question d'efficacité dans le système, évidemment, vis-à-vis des professionnels. Mais ce ne sont pas tous les professionnels qui vont avoir accès à la carte, ça m'apparaît extrêmement important. Donc, l'aspect confidentialité, ce n'est pas un dossier d'aujourd'hui. C'est un dossier

qui a toujours été questionné. Évidemment, à partir du moment où on réfléchit plus avant et où on veut aller en expérience-pilote, c'est pour vérifier un certain nombre de choses, pour bien s'assurer que la confidentialité des informations soit respectée en tout point.  
(17 heures)

**M. Chevrette:** En ce qui me concerne, M. le Président, si c'est pour des notions de contrôle, je trouve que c'est extrêmement risqué de prendre des chances pour que ne serait-ce que peu d'individus voient leurs droits affectés. À mon point de vue, si ce sont des contrôles, je pense qu'il faut s'organiser pour que les droits fondamentaux des individus, qui sont protégés par la Charte des droits et libertés, ne soient nullement en cause. Ça pourrait risquer...

**M. Côté (Charlesbourg):** Sinon, ils seraient attequés...

**M. Chevrette:** Parce que je sais qu'on reçoit des appels, des fois - c'est ça que je voulais dire tantôt - dans des circonstances... On sait très bien, par exemple, qu'il y a des moments précis où ça... Dans les négos, par exemple, un individu, qui est en fusil après, quel qu'il soit, le gouvernement en place, divulgue certaines informations. Les politiciens ne s'en servent pas précisément de ce type d'informations, parce que c'est une attaque aux droits et aux libertés fondamentales d'une personne, surtout quand on parle de dossier médical. Je pense qu'avec ma consœur on trouve ça sacré comme principe fondamental à respecter.

**Mme Blackburn:** Je ramène la question que j'avais posée tout à l'heure. Si on veut vraiment faire des contrôles, est-ce qu'il ne serait pas plus souhaitable et plus efficace que le médecin, à la suite d'une visite qu'il facture, présente, en une phrase, en quelques mots, l'essentiel de l'examen auquel il a procédé et le coût de la visite? À mon avis, ce serait intéressant pour le patient qui vient de se présenter, parce qu'il saurait combien ça a coûté et, en plus, parce que le médecin serait obligé de dire ce qu'il a fait pour 35 \$, quand vous êtes deux minutes dans son cabinet. Si c'est un psychiatre, c'est un peu plus long et c'est un peu plus cher aussi. Est-ce que ça ne serait pas une façon d'éviter les abus si les gens réalisaient bien ce que ça coûte chaque fois qu'ils s'en vont dans un cabinet de médecin? Ça éviterait ce qu'on est en train d'envisager. Je trouve ça effrayant. Parce que ce genre de choses n'est pas facile à contrôler, même si j'admets avec le ministre que ce ne sera pas tous les professionnels qui y auront accès. Si j'ai laissé penser que ça pourrait être tous les professionnels, je pense que non. J'avais cru comprendre que c'était les médecins. Mais le médecin spécialiste, autant que le médecin généraliste, du moment où vous vous présenterez

dans son cabinet, j'imagine qu'il y aura accès; sinon, ce serait inutile. J'imagine que tous ceux qui seraient susceptibles d'être consultés par cette personne, du moment qu'il y a un code sur sa carte, pourraient avoir accès à son dossier. Je ne vois pas trop comment ça pourrait fonctionner autrement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, il y a encore des étapes à franchir. Vous aurez compris que, la semaine dernière, c'est le Dr Richer qui a évoqué l'hypothèse de la carte à puce, mais vous n'arrivez pas avec une carte à puce du jour au lendemain sur la place publique. Évidemment, si on a senti le besoin de se faire autoriser par la Conseil des ministres pour aller vérifier sur place comment ça pourrait se passer, c'est qu'il y a quand même des problèmes sur le plan de la confidentialité, sur le plan de l'accessibilité. Il faut, bien sûr, vérifier pour la rendre optimale. Le but de ça n'est pas le contrôle... Non, non.

**Mme Blackburn:** Non?

**M. Côté (Charlesbourg):** Le but premier n'est pas le contrôle. C'est parti comme ça, évidemment, mais ce n'est pas le contrôle.

Vous évoquez un autre mécanisme selon lequel les gens devraient éventuellement signer ou prendre connaissance des actes qu'a posés le médecin et de ce qu'il a pu facturer. Ça a un rôle d'éducation aussi. Évidemment, ça a un effet de contrôle aussi. La personne, constatant qu'effectivement, selon la consommation d'actes, des montants s'additionnent, va prendre conscience de ce que ça coûte. Évidemment, c'est un autre élément extrêmement important qui est analysé de manière aussi sérieuse que les autres, sur le plan de l'information, de l'éducation des gens aux coûts inhérents à la consommation. Dans ce cas-là, ça fera l'objet de discussions éventuellement - déjà, comme c'est sur la place publique, tout le monde en discute et je trouve ça sain - de façon que, sur la place publique, on puisse voir, dès maintenant, les embûches et tenter de solutionner les embûches dans la mesure où il y en a. Mais ce n'était pas d'abord prévu pour être un moyen de contrôle. On a parlé de médication; 450 000 000 \$ par année de médicaments. Si quelqu'un vient me faire la démonstration qu'il n'y a pas d'abus, vous allez avoir de l'ouvrage à faire de côté-là. Il y a des abus, de...

**Mme Blackburn:** Du côté des spécialistes.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, aussi, de la même manière. Quand on parle de la carte à puce, ce n'est pas uniquement pour les personnes âgées. Quand on parle de la carte à puce, c'est pour tout le monde qui va éventuellement utiliser le système de santé.

J'ai dit que, pour qu'il y ait des abus, ça prend des abuseurs dans la consommation et ça prend des abuseurs dans la dispensation des services. Évidemment, un client tout seul n'abusera pas et un médecin tout seul n'abusera pas non plus. Il faut au moins qu'ils soient deux, donc un bénéficiaire et un dispensateur de services. Évidemment, on verra au bout de la ligne ce que ça donne, mais on va tenter de tenir compte de toutes les inquiétudes qu'il y a sur la place publique et il faut les prendre au sérieux parce que la confidentialité, ça m'apparaît un élément absolument déterminant dans le processus et on va en tenir compte.

**Le Président (M. Joly):** Y a-t-il autre chose à ajouter?

**Une voix:** Merci beaucoup.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Au nom des membres de la commission, je vous remercie. J'invisiterais maintenant les représentants de l'Ordre des chiropraticiens du Québec à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. Bienvenue à cette commission. J'apprécierais si la personne responsable pouvait s'identifier et identifier les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

#### Ordre des chiropraticiens du Québec

**M. Denis (Normand):** Dr Normand Denis. À mon extrême gauche, le Dr Daniel Boisvert, 2<sup>e</sup> vice-président de l'Ordre; Me Louise Taché-Piette; à mon extrême droite, le Dr Yves Roy, secrétaire-trésorier de la Corporation et le Dr André-Marie Gonthier, 1<sup>er</sup> vice-président.

**Le Président (M. Joly):** Alors, vous connaissez la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous livrer votre mémoire et, par après, les membres de chacune de deux formations auront le loisir de vous poser des questions.

**M. Denis (Normand):** D'accord, merci. M. le Président, M. le ministre, mesdames, messieurs de la commission. Dans le mémoire que nous avons présenté à cette commission, nous avons exposé les principales caractéristiques de ce que nous avons appelé, à l'instar des membres de la commission Rochon, une nouvelle culture de la santé. Cette nouvelle culture de la santé a émergé des transformations que nos valeurs ont subies au cours des deux dernières décennies. Elle a donné naissance à des changements d'attitudes et de comportements au sein de la population qui ont eu des répercussions dans le domaine de la santé. À la lumière de ces caractéristiques, nous nous sommes demandé si

l'avant-projet de loi que l'on nous présentait reflétait bien les nouvelles attentes de la population et répondait à ses besoins. Après une étude attentive de cet avant-projet de loi, nous en sommes venus à la conclusion qu'il ignorait tout bonnement l'émergence de cette nouvelle culture de la santé et qu'il perpétuait le système qu'il voulait transformer pour solutionner les problèmes qu'il ne cesse de générer.

Pourtant, la population a recours, de plus en plus, aux soins de santé naturelle. Elle se préoccupe de prévention en matière de santé; elle cherche à conserver son autonomie physique le plus longtemps possible; elle demande que l'on fasse la promotion de la santé. Or, le système de santé que nous avons et, par ricochet, celui qu'on nous propose est d'abord et avant tout un système de maladie. Tout y concourt, y compris l'approche thérapeutique qu'il préconise. Les soins naturels en sont absents; la prévention y est encore au stade embryonnaire; par l'utilisation massive des médicaments, bon nombre de patients perdent graduellement leur autonomie physique, principalement chez les personnes âgées.

La promotion de la santé y est ponctuelle. Le temps d'une campagne publicitaire et la responsabilisation du citoyen face à sa santé est toujours l'apanage d'un très petit groupe de professionnels de la santé à l'intérieur du système. Le problème de l'engorgement des urgences et des hôpitaux ne se réglera pas par le simple apport d'argent neuf, que ce soit pour accroître les ressources humaines ou pour allonger les couloirs des hôpitaux. Ce qu'il faut avoir le courage d'amorcer comme changement, c'est la philosophie même qui sous-tend toute l'approche des soins de santé. Elle est une des principales causes du problème. Ce refus de modifier cette approche a depuis toujours maintenu à l'écart du système toutes les professions de la santé qui préconisent une approche naturelle des soins de santé. Et c'est le cas des chiropraticiens. Cette situation a eu pour conséquence et continue de priver toute une population de soins naturels, ce qui a eu pour corollaire de perpétuer souvent la surconsommation de médicaments, de soins médicaux et de soins hospitaliers. Actuellement, tout concourt à pénaliser le citoyen qui opte pour une approche de soins de santé naturels. D'abord, il doit assumer les coûts des soins qu'il privilégie, puis toute déduction fiscale lui est refusée s'il n'a pas dépensé 3 % de son revenu brut en soins de santé et, enfin, il est tenu par ses impôts à financer pour un montant de 1800 \$ par année le système dont la préoccupation première est d'abord la maladie, ensuite la santé.

Or, pour celui dont le revenu annuel est de 30 000 \$, ses déboursés en soins de santé devront être supérieurs à 900 \$ avant d'espérer bénéficier de toute déduction fiscale. Lorsque la prévention est au centre des soins de santé, la

maladie n'est pas omniprésente et des milliers de dollars ne sont pas nécessairement dépensés chaque année en traitement de maladie. Cette situation entraîne une pénalité pour celui qui favorise la santé, contrairement à celui qui demeure dépendant d'un système axé sur la maladie.

Pour illustrer de façon encore plus précise cette pénalité, nous rappellerons ici un fait que nous mentionnions dans notre mémoire, à savoir l'obligation pour un citoyen hospitalisé désireux de recevoir des soins chiropratiques de faire appel à un avocat afin d'obtenir de la cour une ordonnance l'autorisant à recevoir des soins chiropratiques à l'hôpital en acquittant, bien sûr, les honoraires du chiropraticien et de l'avocat, sans oublier les frais de la cour. Comme on peut le constater, rien n'est épargné pour décourager le Québécois et la Québécoise qui désire recourir à des soins de santé naturels qui ont pour effet de le maintenir en santé, le garder physiquement autonome, le responsabiliser face à sa santé, l'inciter à privilégier la prévention, et par surcroît, permettre au système de santé d'économiser à plus d'un égard.

La question essentielle à se poser est de savoir si nous voulons uniquement traiter la maladie ou travailler à garder la population en bonne santé? Nous savons tous que la médecine traditionnelle a toujours orienté ses efforts par le traitement de la maladie. Ne serait-il pas temps d'adjoindre à l'intervention médicale traditionnelle une nouvelle approche? Celle des soins de santé naturels qui permettrait non seulement de répondre aux attentes et aux besoins qui émergent de la nouvelle culture de la santé, mais également d'apporter un élément de solution aux problèmes de notre système de santé. Les seuls professionnels de la santé légalement reconnus aptes à prodiguer des soins de santé naturels et dont la formation universitaire est égale à celle du médecin, comme le démontre d'ailleurs le document de l'Université du Québec sur le projet de doctorat en chiropratique que nous avons transmis en annexe de notre mémoire, ce sont les chiropraticiens. Il est clair que, sans la chiropratique notre système demeure sans soins de santé naturels et que le législateur, s'il donne suite à son avant-projet de loi, tel qu'il est formulé, perpétuera cette situation de fait.

Nous ne sommes pas venus ici en promoteurs inconditionnels de l'insertion des soins chiropratiques à l'intérieur du système de santé. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Nous sommes 750 chiropraticiens au Québec. Il s'effectue environ 4 000 000 de visites par année dans nos bureaux, ce qui représente une dépense de la part de Québécois et de Québécoises de 100 000 000 \$ par année. Seulement, nous sommes conscients que le système de santé au Québec traverse une crise majeure et, selon notre diagnostic, nous savons que nous détenons

un des éléments importants de la solution. Si on facilitait l'accès aux soins de santé naturels que représente la chiropratique, la population serait en meilleure santé car elle aurait à coeur la prévention de la maladie, également, le maintien de sa santé et de son autonomie à tout âge. Et comme corollaire, elle consommerait moins de médicaments, séjournerait moins dans les hôpitaux, n'aurait plus tendance à abuser de soins médicaux car elle serait en santé et pourvue d'une éducation en la matière qui la responsabiliserait.

Pour qu'une véritable réforme du système de santé se réalise, il faudrait faire appel aux soins naturels et aux professionnels reconnus qui les dispensent et s'assurer qu'ils prennent leur place dans les institutions comme dans l'ensemble des autres structures et organismes afin que soit promue la santé d'abord. Il va sans dire que les transformations que nous proposons ne pourront pas s'effectuer du jour au lendemain, mais devront certainement s'amorcer dans un proche avenir. Il faudra en arriver à modifier, comme nous le recommandons dans notre mémoire, la composition du Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens qui contrôle à toutes fins pratiques la vie professionnelle de nos établissements dits de santé. Tant qu'un chiropraticien ne siègera pas à ce conseil la population sera privée de tout accès en milieu hospitalier à des soins de santé naturels.

(17 h 15)

Plusieurs de ceux qui nous ont précédés à cette table ont préconisé de nouvelles injections d'argent pour répondre à la congestion du système. Nous sommes d'avis, et les expériences passées que le système a vécues semblent nous le démontrer, que l'apport pur et simple de nouveaux fonds ne ferait que prolonger le marasme de ce système. Nous n'affirmons pas qu'il faille rejeter toute révision du système de financement. Ce que nous suggérons est l'amorce d'un virage à 180 degrés qui s'imposera d'ailleurs dans un avenir peut-être pas si lointain.

D'autres avant nous ont parlé du besoin d'une révision de fond au cours de laquelle il faudrait avoir le courage de s'attaquer aux problèmes réels. Nous sommes d'accord. Sauf que, pour beaucoup de gens, les seuls problèmes réels sont financiers. Ils répugnent à questionner la philosophie et les approches thérapeutiques d'un système qui a conduit un nombre trop grand de personnes à la surconsommation de médicaments et qui s'entête à se préoccuper presque exclusivement de maladies et non de santé. Ce qui est troublant dans le discours qui se tient présentement sur le système de santé et ses malaises, c'est l'absence d'une préoccupation d'offrir aux gens l'accès aux soins de santé naturels et de les percevoir comme un des éléments de la solution. Toutes les recherches effectuées au cours de la dernière décennie ont constaté l'émergence d'une nouvelle culture de la

santé et ont identifié comme l'un des traits dominants le recours, par une portion de plus en plus grande de la population, aux soins de santé naturels et, en particulier, à la chiropratique.

On dit que si les personnes âgées n'occupaient pas les lits d'hôpitaux, l'encombrement des salles d'urgence serait réglé. Mais il semblerait qu'on ne se soit jamais posé la question sur la façon de réduire l'occupation des lits d'hôpitaux par les personnes âgées, sauf par des moyens extérieurs aux personnes elles-mêmes. Certains ont répondu qu'il faudrait construire de nouveaux centres d'accueil adaptés aux nouveaux besoins. D'autres ont préconisé un accroissement des soins à domicile. Ces approches ne font que déplacer le besoin des ressources et le mal de place. Ce qu'il faut viser comme objectif est une plus grande autonomie physique de nos aînés afin d'éviter d'enclencher une dépendance aux médicaments qui détériore souvent cette autonomie, ce qui entraîne la dépendance aux services hospitaliers et à l'usage assidu de soins médicaux.

Si nous travaillons dès maintenant à maintenir les gens en santé, à les responsabiliser face à elle et à les aider à conserver leur autonomie physique, nous pourrions utiliser les ressources que nous devons consacrer à d'autres tâches et ainsi rentabiliser notre système de santé. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est d'avis qu'il importe de dénoncer les objectifs qui devront donner lieu à des résultats concrets. Nous appuyons entièrement le ministre sur ce point et nous croyons que cette voie sera créatrice d'avenir pour notre système. Par ailleurs, nous lui demandons de s'assurer que les moyens pour réaliser ces objectifs passeront, entre autres, par les soins de santé naturels qui, seuls, pourront véritablement apporter le changement de cap tant désiré par la population.

En terminant, je dirai aux membres de cette commission que les problèmes de congestion des hôpitaux, de ceux qui entraînent la perte d'autonomie physique de nos aînés et de la surconsommation de médicaments, s'atténueront de façon significative lorsqu'on favorisera les soins de santé naturels. Nous n'avons pas la prétention de dire qu'ils ont réponse à tout, mais ils pourraient participer à la solution de nombreux problèmes de santé et à leurs conséquences pour la population. L'accès à des soins de santé naturels signifie à la fois une population en santé et un système de santé qui en bénéficierait financièrement. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Denis. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, j'ai tenté de suivre avec le mémoire, mais j'ai l'impression que vous aviez un autre texte.

**M. Denis:** Je vous ai pris par surprise.

**M. Côté (Charlesbourg):** Complètement par surprise. J'ai eu de la difficulté à vous suivre, tout en vous écoutant, à l'intérieur de votre texte. C'est un petit peu... Évidemment on fait l'analyse du document qui était là.

Ma première question est la suivante. Très honnêtement, je pense que, partout dans nos familles, il y a des exemples où l'on a effectivement mis la main dans notre poche pour aller voir un chiro, à un moment ou à un autre, pour tenter de solutionner un de nos problèmes de chasse ou après avoir forcé de mauvaise manière, et en revenant très satisfait sur le plan des services offerts et bien d'autres. Ce que vous proposez là, bien sûr, est le virage, et vous l'avez qualifié à 180 degrés en allant dans le sens de la prévention. Je pense qu'il va falloir en faire davantage de ce côté-là. Évidemment, il s'agit de savoir comment on fait pour le faire. Après l'avoir dit, ça va bien, mais le réaliser demande une bonne dose de courage et d'habileté, à tout le moins. Lorsqu'on parle de la présence des chiros un peu partout, parce que les trois recommandations dans le mémoire font appel à une présence plus officielle des chiros au CMDP qui pourrait être un CMDPC, ainsi de suite, avec tout ce que ça concerne au niveau de l'appareil, est-ce qu'il existe dans d'autres provinces ou dans d'autres pays des situations qui pourraient être comparables à celle que vous proposez?

**M. Denis:** Aux États-Unis, il y a plusieurs expériences qui ont cours depuis des années où cohabitent médecins et chiropraticiens.

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans le privé là.

**M. Denis:** Pardon?

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans le privé.

**M. Denis:** Aux États-Unis. Alors, j'imagine que c'est dans le...

**M. Côté (Charlesbourg):** En tout cas, c'est parce que la dynamique n'est pas la même si on est dans une situation où c'est privé, où la complémentarité...

**M. Denis:** Ça diffère quelque peu.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est ça. Pardon?

**M. Denis:** Ça diffère quelque peu, le système hospitalier.

**M. Côté (Charlesbourg):** Avec un système comme celui qu'on a, financé par le public presque en totalité, il n'y a pas de ces expériences qui ont été vécues nulle part ailleurs. On me

dit qu'en Ontario, il y a une assurance, semble-t-il. L'Ontario paie des frais de chiro.

**M. Denis:** Il y a huit provinces canadiennes où les soins chiropratiques sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais dans les centres hospitaliers, comment est-ce que ça se passe?

**M. Denis:** Bon. Dans les centres hospitaliers, c'est en négociation présentement. Il n'y a pas encore d'expérience vécue, à ce moment-ci.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce qu'on comprend, c'est que dans le cas des actes par des chiropraticiens, c'est payé par l'État, mais dans des cabinets privés.

**M. Denis:** C'est ça. Ce qu'il faut bien comprendre dans cette approche... Nous, quand on dit que c'est un virage à 180°, c'est nouveau, c'est difficile de l'imposer dans un système maladie. Par contre, ce qu'on dit, c'est: laissons le choix aux patients, aux bénéficiaires. S'ils se présentent et demandent des soins chiropratiques, ils sont disponibles. Alors, selon nous, le choix premier appartient aux bénéficiaires et non à une structure hospitalière préétablie et qui date de plusieurs années. Alors, les temps changent et ces structures devraient changer. Je crois et nous croyons que c'est le bénéficiaire qui a un premier droit de regard sur les soins de santé qu'il veut recevoir.

**M. Côté (Charlesbourg):** On me distrait par toutes sortes de bonnes informations qu'on me transmet. Évidemment, demain, si on décidait de vous inclure dans des centres hospitaliers, est-ce que, dans votre esprit à vous, quand on a cette reconnaissance-là, c'est qu'on va jusqu'au bout de notre raisonnement. Ça veut dire aussi, probablement, en centre d'hébergement pour personnes âgées. On va manquer de chiros tantôt parce que, si vous êtes 750, je pense qu'on va avoir des problèmes tantôt.

**M. Denis:** Oui. Et je pense que c'est exactement notre point, ici, qu'il faut commencer quelque part. Bon. Alors, on ne vous dira pas que demain matin, soudainement, nous avons un système de santé versus un système de maladie. Il y a un problème existant, présentement, mais pour amorcer l'avenir, à un moment donné, il faut arrêter et dire: À partir d'aujourd'hui, nous allons essayer d'implanter une nouvelle philosophie qui va amener un chiropraticien à consulter dans des institutions et essayer de promouvoir la santé plus que la surconsommation de médicaments.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Donc, si je

comprends, si on faisait le virage de la prévention, je comprends qu'on ne vous retrouverait pas nécessairement en centres hospitaliers ou dans les centres d'hébergement parce que ça, c'est du curatif. D'ailleurs, c'est ce que vous dénoncez un peu. On est dans le curatif.

**M. Denis:** Selon le spectre du système actuel, c'est difficile de s'en sortir.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je comprends, mais c'est parce que quand on va à l'hôpital, en règle générale, c'est parce qu'on est malade.

**M. Denis:** Par contre, considérez le nombre de gens qui se promènent avec des lombalgies aiguës à l'urgence.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je pourrais vous en parler facilement. Je pourrais vous en parler facilement par une expérience personnelle. Mais une chose est certaine, c'est que si on faisait le virage on mettrait davantage l'accent sur la prévention. Dans ces conditions-là, je vous verrais - c'est purement personnel. On échange - pas dans un centre hospitalier, pas dans un centre d'hébergement, mais peut-être davantage dans un niveau de service sur le plan gouvernemental qui peut être offert à la collectivité.

Première ligne, CLSC, par exemple, est-ce que ce ne serait pas au niveau d'un CLSC qu'on devrait retrouver des chiros sur le plan de la prévention au lieu de les retrouver en centre hospitalier ou en centre d'hébergement, au moment où on est dans le curatif au complet?

**M. Denis:** Encore là, si on prend... Il faut bien comprendre. Quand on parle de 180 degrés, il faut essayer d'éliminer les préconcepts que l'on a d'un centre d'hébergement et de l'hôpital. L'hôpital, on pourrait en discuter longtemps mais on ne tombera pas dans les "technicalités", n'est pas obligatoirement un endroit où les gens reçoivent des médicaments à haute dose. Bon, il peut y avoir une intervention d'un spécialiste quelconque, suivi d'un autre par la suite pour qu'en termes de santé, la santé revienne plus rapidement. C'est la première des choses. Et c'est sûr que, dans ce contexte-là, ce n'est pas uniquement le chiropraticien qui va changer l'approche ou une philosophie sociale. Il va falloir qu'il y ait des efforts de faits qui entourent l'éducation. Pour vous donner un exemple, on a fait un sondage dernièrement: un chiropraticien donne, en moyenne, 22 minutes d'éducation à un nouveau patient. Alors, nous évoluons dans le système privé. Je vous entendais parler de la puce tantôt. Nous, on n'a pas ce problème-là parce qu'ils paient et ils savent combien, faites-vous en pas! En donnant l'éducation de 22 minutes, le patient considère que c'est inclus dans le prix de son examen, mais cette éducation-là - et c'est là qu'il faut bien com-

prendre - elle est requise pour que le patient puisse comprendre que les soins naturels, on y adhère uniquement lorsqu'on devient actif dans notre thérapie. On ne peut plus être passif, c'est-à-dire: donnez-moi des choses. Alors, notre intervention en est d'abord une d'éducation pour que le patient comprenne comment fonctionne le corps humain et, dans un deuxième temps, l'intervention se fait sans médicament. Mais toute cette philosophie-là, on ne peut pas la centraliser et dire: Non pas dans un centre d'hébergement mais dans un CLSC, parce que là, on joue le jeu de l'ancien système de santé. Je ne sais pas si je me fais clair, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** En tout cas, je comprends, mais je ne suis pas sûr de partager votre point de vue, parce qu'il va falloir commencer quelque part, sur le plan de la prévention. Il y en a qui se fait un peu. On dit modestement: Il faut en faire davantage. Les CLSC sont là pour demeurer. Ils ont une vocation qui est extrêmement importante. C'est pour ça que j'essayais de voir comment est-ce que ça peut se faire. L'idéal, ce serait qu'il n'y ait pas un seul patient dans les centres hospitaliers, au Québec. C'est ça, l'idéal. Si on n'avait pas un patient dans les centres hospitaliers, on aurait réglé une grosse partie de nos problèmes mais, évidemment, du curatif, il y en aura toujours. Ce qu'on vise, c'est de faire en sorte que les gens ajoutent des années à leur vie et de la qualité aux années de leur vie. D'ailleurs, il en est question dans votre mémoire aussi. Ça, je pense qu'il faut le prendre de manière plutôt sur le plan de l'éducation. À l'intérieur de l'éducation, il y a aussi de la prévention. C'est pour ça que mon éclair s'est allumé en disant: Oui, effectivement, peut-être qu'au niveau des CLSC, ce serait là que ça devrait arriver en commençant le virage, parce que ce sont des virages de générations, hein? Il faut bien se le dire. La cigarette a fini par à peu près disparaître totalement. Il reste encore quelques irréductibles, mais ça finit par presque complètement disparaître, mais ça a pris des générations à faire l'évolution. Alors, si on pense que, demain matin, on va faire le virage, mettez 90, 180 ou 360, ce n'est pas vrai, on ne pourra pas le faire de cette manière-là. Il va falloir enclencher un processus qui va nous mener irrémédiablement vers cette... et je pense qu'on aurait peut-être davantage à aller vers la prévention et l'éducation de la population vers les CLSC. Si c'était le cas, à ce moment-là, est-ce que vous pensez qu'il y a un certain nombre de chiros qui seraient intéressés sur le plan de la dispensation de ces services-là et quel serait le mode de rémunération qu'il faudrait accorder?

**M. Denis:** À ce chapitre-là, je vous avouerais qu'en tant que corporation, notre mandat premier est la protection du public. Je sais que le syndicat professionnel a présenté un mémoire.

Vous aurez peut-être l'occasion de discuter avec eux de façon plus approfondie sur le sujet. Quant à nous, on préfère leur laisser ça entre les mains parce que c'est vraiment leur mandat.  
(17 h 30)

Juste pour revenir sur votre commentaire concernant les centres d'hébergement, vu de notre côté, nous, on se posait la question suivante: Pourquoi priver les patients des hôpitaux et de centres d'hébergement de soins chiropratiques? Vu de notre côté, mais je comprends le vôtre également?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, évidemment, je comprends, c'est un échange. Évidemment, quand on parle de CLSC, on parle de maintien à domicile. Évidemment, c'est là qu'on doit ajouter des efforts pour faire en sorte que les gens... Ce n'est pas normal qu'on institutionnalise autant nos personnes âgées et on est dans une situation où on devra encore en institutionnaliser davantage, d'où l'obligation pour nous de dire: Notre priorité est, bien sûr, les personnes âgées, mais en faisant en sorte qu'on puisse les maintenir à domicile. À ce moment-là, il y a toute une panoplie de professionnels de la santé qui pourraient effectivement apporter une nouvelle culture à la santé qui ferait en sorte qu'on puisse maintenir les gens à domicile de manière plus importante.

Évidemment, à partir de ça, tu ne coupes pas la ligne en disant: Dorénavant, c'est uniquement dans le cas des CLSC, maintien à domicile et, dans les centres d'hébergement, maintenant que vous êtes dedans et que vous êtes en perte d'autonomie presque totale, on vous laisse là et on vous parque là sans service additionnel. Mais il y a une évolution à faire sur le plan des mentalités. De ce côté-là, je pense que la prévention et l'éducation devraient davantage commencer là où on est en première ligne, un peu partout sur le territoire. Évidemment, je connais les combats que vous avez menés au fil des années pour être capables d'être reconnus et de dispenser les services, mais ça m'apparaît assez important de faire les virages prévention. Jusqu'où on pourrait aller? Jusqu'où on nous laissera aller parce que, évidemment, on va s'attaquer à des pouvoirs assez bien établis et il faudra être capable de se défendre aussi. Donc, ça prendra du courage et du support. Merci.

**Le Prékient (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le leader de l'Opposition et député de Joliette, M. Chevrette.

**M. Chevrette:** Merci. Je suppose que vous vous définissez comme un groupe axé sur la prévention. C'est ce que j'ai compris.

**M. Denis:** Principalement, oui.

**M. Chevette:** Il m'apparaît, d'autre part, qu'on requiert vos services quand on a des malaises, pour se faire guérir. Donc, c'est curatif. La démarche du bénéficiaire, pour utiliser la même expression que les ergothérapeutes avant vous, le bénéficiaire qui va vous voir, c'est parce qu'il a un tour de reins, il a mal quelque part, il a joué au tennis, il revient de la chasse et, je ne sais pas, il a un mal de dos chronique, mais il va vous voir parce qu'il a un bobo. Donc, il s'en va pour se faire guérir, guérir sans médication, sans injection de cortisone, je comprends tout ça, mais il y a un aspect curatif au malaise qui se traite à partir de méthodes autres que les méthodes médicales, quoiqu'un médecin pourrait très bien utiliser les mêmes méthodes que vous s'il croyait que ça puisse se faire. Il y a trois catégories, par exemple, qui oeuvrent au niveau de la prévention comme vous: les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les chiropraticiens. Vous allez me dire: Les acupuncteurs vont peut-être nous dire la même chose. Comment nous démêleriez-vous tout ça, moi qui ne connais rien dans ça? Vous me diriez: Comment vous situez-vous dans tout ça?

**M. Denis:** D'abord, concernant votre premier commentaire, il est vrai que bon nombre de patients, la première fois qu'ils consultent un chiropraticien, c'est à cause d'un problème, d'un bobo, comme vous l'avez dit. On serait très étonnés que, demain matin, les gens cognent à notre porte et insistent pour être vus pour faire de la prévention parce qu'ils sont habitués dans un système maladie. Bon, ceci dit, une fois que le patient entre, il y a une éducation qui se fait et je peux vous dire par expérience et les patients peuvent le dire, c'est que les gens reviennent de façon périodique, souvent pour des examens de contrôle. La chiropratique n'est pas uniquement une profession musculo-squelettique, c'est une profession de premier contact qui pose un diagnostic et qui, par des méthodes naturelles, rétablit l'homéostasie des organes via le système nerveux, principalement. Alors, les gens ne consultent pas seulement pour des algies, mais ils nous consultent également pour des problèmes somatiques. Alors, le chiropraticien, son diagnostic premier est de déterminer si la condition du patient, physiologiquement, est réversible de façon naturelle ou si elle demande un contrôle médicamenteux ou chirurgical. Une fois qu'il est établi que le contrôle médicamenteux ou chirurgical n'est pas nécessaire et qu'il peut y avoir un retour à la normale de façon naturelle, à ce moment-là, il y a des conseils alimentaires, des exercices, des manipulations, si c'est indiqué, ou d'autres traitements de la sorte. Mais il faut bien comprendre que la chiropractie, ce n'est pas uniquement une profession qui traite des algies.

**M. Chevette:** Au cours des années, je me souviens, quand je négociais pour les enseignants

dans les années 1970, 1972, on a réussi à négocier, dans le plan d'assurance, la reconnaissance, pour fins de paiement par les compagnies d'assurances, des soins de la chiropractie, soit par des déductibles - on en parlait avec M. Joly, tantôt - soit par un genre de ticket modérateur à la fois, peu importe, et limité à tant de visites par année. Ce que je voudrais savoir: À partir de ces faits-là, connus par les médecins, est-ce qu'il y a des médecins qui prescrivent des soins de chiropractie à leurs clients? Si oui, pourriez-vous me donner une idée de la proportion pour voir si ça a commencé à faire son chemin par rapport à 1976, par exemple? Je parle d'une façon plus expresse.

**M. Denis:** En ce moment?

**M. Chevette:** Oui.

**M. Denis:** Je dirais moins de 1 % des médecins.

**M. Chevette:** Moins de 1 %. Et est-ce que la majorité de vos clients - ce n'est pas un secret, j'espère, que je vous demande - sont issus des secteurs où ils sont couverts par des polices d'assurance ou bien si c'est vraiment l'inverse, c'est la majorité des gens qui paient de leurs poches?

**M. Denis:** Environ 50 % ont une couverture partielle ou totale, surtout partielle, avec les contrats qui existent en ce moment, pour les soins chiropratiques.

**M. Chevette:** Est-ce que les démarches ont continué - je sais que vous en avez fait - auprès de la Corporation des médecins du Québec, les échanges en vue de voir qu'ils ne vous considèrent pas, par exemple, comme des concurrents, mais bien comme des gens qui pourraient éviter, précisément, certaines choses?

**M. Denis:** C'est sûr que la Corporation des médecins et nous...

**M. Chevette:** C'est peut-être naïf sur...

**M. Denis:**... sommes de bons amis.

**M. Chevette:** Oui.

**M. Denis:** Mais je ne crois pas que ce sujet-là soit discuté très fréquemment parce que, pour eux, il est clair que c'est une compétition et que, dans certains domaines, il y a quelques "confrontements" philosophiques chez certains patients. Si vous voulez un exemple bien terre à terre: Un patient qui se présente chez nous et qui prend du valium depuis sept ans, on va sûrement lui recommander une bonne alimentation, un programme d'exercices et des méthodes

de relaxation. Alors, c'est un peu ça qui crée le "confrontement". Mais U faut bien comprendre que les temps changent et devant la nouvelle culture de la santé, je crois que, de plus en plus, les médecins et nous allons bien nous entendre.

**Une voix:**...

**M. Chevette:** Oui, j'ai compris ça aussi. Est-ce que vous avez chiffré le coût social ou l'économie quant au coût social de vos 100 000 000 \$? Étant donné qu'il y a 4 000 000 de visites, je suppose que si vous n'existiez pas il y aurait 4 000 000 de visites chez les médecins, chez les spécialistes ou je ne sais pas trop où. Est-ce que vous avez des données qui vous permettent de chiffrer l'économie du coût social? Les 100 000 000 \$ représenteraient quoi, par exemple, si vous n'existiez pas? Je suppose que ce serait plus de 100 000 000 \$.

**M. Denis:** Juste au niveau de la CSST, il y a une étude, qui a été rendue publique Il y a trois ans, des cas chroniques qui représentent uniquement 7 % des travailleurs blessés. S'ils étaient traités en chiropratique - et l'étude a été faite à l'hôpital de Saskatoon par un orthopédiste et un chiropraticien - il y aurait une économie, par année, de 70 000 000 \$...

**Une voix:** Par le gouvernement.

**M. Denis:** ...qui serait faite à la CSST.

**M. Chevette:** Exclusivement pour les travailleurs accidentés?

**M. Denis:** Exclusivement pour les cas chroniques lombaires d'accidents du travail. Et la CSST a ce document-là depuis trois ans. Le problème, c'est qu'encore une fois on passe par la fameuse prescription médicale pour aller voir un chiropraticien, ce qui crée un dédoublement des dépenses. Et nous, nous sommes convaincus que, dans certains cas, la CSST se prive d'une économie.

**M. Chevette:** Combien ça coûte? Juste pour mon information, est-ce qu'il est possible d'avoir le coût d'une visite chez le médecin pour aller chercher une prescription? Est-ce qu'il y a un tarif pour ça? Est-ce qu'il y a moyen de me trouver ça, parce que j'aimerais faire des chiffres, moi aussi, à l'heure du souper?

Est-ce que vous avez, d'autre part, comment dirais-je, des chiffres qui nous permettraient d'évaluer, par exemple, ce que serait le coût social dans l'élimination des 100 000 000 \$? Demain matin, il y a 4 000 000 de visites qui ne se font pas chez vous, qui se font dans le système. Je suppose qu'elles sont soumises au tarif - et, là, ma question s'adresse peut-être

encore plus au ministre - d'une visite avec un diagnostic partiel, complet ou général. Est-ce que le glissement des visites, pour les médecins... Je me souviens qu'on avait négocié à l'époque des tarifs pour un examen complet, un examen partiel et un examen général. Après avoir mis des tarifs différents, au lieu de se faire 60 % d'examen partiels contre 20 % de complets et 20 % de général, il s'est fait, comme par hasard, 60 % d'examen complets et 20 % de partiels. On appelle ça le glissement, ou le vice du système. Est-ce que les statistiques sont à portée de vue encore? Est-ce qu'on pourrait avoir ça éventuellement, pour notre bénéficiaire personnel, pour comprendre comment on pourrait évaluer le coût social? J'aimerais évaluer véritablement le coût social de ça.

**M. Denis:** Je crois qu'il ne faudrait pas juste regarder l'aspect de ce que ça coûte, mais comme Je vous le dis, juste à la CSST, on a fait une étude qu'il y aurait une économie de 70 %. Il faudrait calculer l'économie, si vous voulez, à court terme, mais également à long terme...

**M. Chevette:** Ah oui, mais...

**M. Denis:** ...au niveau de l'éducation du patient qui est faite.

**M. Chevette:** Je comprends que vous ne vouliez pas que j'oublie un seul "item" ou un seul aspect, mais je dois vous avouer qu'il y a des chiffres, des fois, qui influencent des décisions politiques.

**M. Denis:** Oui, je n'en doute pas.

**Une voix:** 17 \$.

**M. Chevette:** 17 \$ qui s'ajoutent aux 25 \$ que l'individu paie de sa poche. Si j'ai bien compris, 4 000 000 de visites, 100 000 000 \$ de dépenses, ça veut dire 25 \$ en moyenne la visite.

**M. Denis:** Environ.

**M. Chevette:** Ah oui! Je comprends que ce n'est pas tout le monde, cependant, qui a besoin de la prescription. D'accord. Ce sont seulement ceux qui sont référés pour les fins d'accidents du travail. O.K.

**M. Denis:** C'est ça, la Régie de l'assurance-maladie également.

**M. Chevette:** O.K.

**M. Denis:** D'ailleurs, c'est un phénomène unique pour le Québec. Toutes les autres provinces ne demandent pas de prescription médicale.

**M. Chevette:** Quand vous dites, maintenant,

que vous ne détesteriez pas être présents sur les CMDP, les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens, ça présuppose que vous voudriez être intégrés au système global de santé et de services sociaux? Et ce n'est pas contraire à votre philosophie, à partir du fait que vous vouliez être axés seulement sur la prévention? Ce bout-là, j'aimerais le comprendre.

**M. Denis:** Encore une fois, c'est que nous, si on conceptualise le nouveau système santé, on voit la part qu'on pourrait apporter. Maintenant, si vous me dites: Demain matin, tu vas dans le système maladie; essaie de faire de la prévention; on te regarde aller, ça va être difficile. Il faut toujours revenir... C'est un peu comme avoir la première approche, le premier pas, dans ce sens-là, et qui va être minime au début, parce que, là, et encore une fois je le répète, on demanderait au patient de choisir. Il y aurait un choix du bénéficiaire: Pour telle chose, j'aimerais mieux que ce soient des soins naturels, j'aimerais mieux recevoir des soins naturels. En ce moment, dans le système maladie, ça n'existe pas. Alors, c'est très difficile de vous dire: On s'insère demain matin, voici comment on fonctionne.

**M. Chevrette:** Mais toute la base de votre argumentation - je veux bien comprendre; je pense que j'ai saisi, en tout cas, je vais m'essayer et vous me direz si j'ai compris - est axée sur un nouveau concept de traitement et le concept de traitement d'un bobo ou d'un malaise, appelez ça comme vous voudrez, c'est à partir ou bien de manipulations ou bien d'exercices ou bien de réchauffement, mais c'est naturel. C'est correct?

**Une voix:** Oui.

**M. Chevrette:** Vous n'auriez pas peur d'être assimilés vite, et rapidement, si vous étiez dans un centre hospitalier? Il y a une différence entre reconnaître le paiement d'un acte et oeuvrer dans un système. N'auriez-vous pas peur d'être assimilés, le fait de faire partie d'un centre hospitalier où on aurait imposé, par voie législative, la présence de chiropraticiens en institution et là, comme par hasard, le fait que vous êtes reconnus, que vous êtes en institution, on n'hésite plus à vous repasser les patients? Vous n'auriez pas peur de perdre cette dimension de vouloir transformer les mentalités d'une façon profonde et que vous ne deviendriez pas, à toutes fins pratiques, un exécutant de la pratique médicale actuelle qui considérerait que vous êtes un sous-traitant à la médecine actuelle? C'est peut-être charrié un peu, mais ça...

**M. Denis:** Non. Je comprends très bien votre commentaire. Dans un premier temps, je ne vois pas un chiropraticien qui serait là à plein temps, je le verrais sans doute moitié-moitié ou

trois quarts-un quart. Dans un deuxième temps, il faut, quant à nous, bien comprendre que - et c'est notre expérience - quand une personne a un bobo, donc une maladie, et qu'elle a le choix entre la cortisone et les soins naturels, il faut qu'il y ait une éducation qui se fasse lorsqu'elle choisit les soins naturels parce qu'il faut qu'elle comprenne que la disparition de la douleur ne sera pas instantanée, mais que, par contre, la physiologie va redevenir normale et il n'y aura pas d'effets secondaires. Pour que la personne comprenne ça, il faut qu'il y ait une éducation. Quand vous me dites: Est-ce qu'on va perdre ça, cette philosophie d'éducation que l'on a en ce moment, parce qu'il faut que les gens comprennent pourquoi ils viennent nous voir? Quant à moi, c'est difficile à imaginer parce qu'il y aura toujours l'option cortisone ou les soins naturels. Il va falloir qu'ils comprennent la démarche pour choisir.

**M. Chevrette:** Monsieur veut ajouter...

**M. Gonthier (André-Marie):** J'aimerais juste éclairer les gens ici sur les nouveaux concepts dont on parle. C'est un peu difficile quand on regarde ça les premières fois; les concepts de santé. On parle ici d'une approche positive de santé. C'est tout à fait différent d'une approche axée sur la maladie ou sur la solution de problèmes particuliers. Juste pour revenir à ce dont on parlait tantôt, nos gens qui consultent en crise aiguë. Si on regarde ce qui se faisait au niveau de l'équipe olympique américaine il y a dix ans, sur les motifs de consultations, les gens consultaient souvent pour de simples blessures. Aujourd'hui, le temps a fait son cours; les concepts ont été amenés et les athlètes olympiques américains sont suivis de façon régulière et préventive par les chiropraticiens pas nécessairement pour les soulager de bobos, mais pour leur permettre d'atteindre un niveau de performance physique meilleur et prévenir l'apparition de problèmes. Le même exemple peut se situer par exemple, au niveau d'une clinique ou d'un hôpital où le patient est dirigé automatiquement vers une approche axée sur la solution momentanée d'un problème: injection de cortisone quand tu fais une bursite, par exemple, point à la ligne; repos; on le retourne à la maison après quelque temps. Nous, on arrive, on peut arriver avec de nouveaux outils ou de nouvelles options pour éviter, justement, une médication qui, souvent, devient excessive, un repos qui est souvent maintenant contre-indiqué après trois jours, alors qu'avant c'était la règle de mettre quelqu'un au repos pendant au moins deux semaines. On amène de nouveaux outils, de nouveaux moyens qui vont permettre au gouvernement d'économiser des sous. C'est un "challenge" pour nous. C'est sûr que ça amène de notre part l'obligation de travailler avec de nouvelles idées puis de se confronter aussi à des résistances énormes qu'on

connaît très bien. Moi, personnellement, j'ai eu beaucoup de plaisir à développer le dossier à l'Université du Québec parce que j'ai fait face à des pressions de ce genre-là. Il y avait des gens, au début, qui étaient très résistants et négatifs face aux nouvelles approches qu'on expliquait parce que les gens ne connaissaient pas du tout la chiropratique. Avec les discussions qu'on a eues ils ont compris puis ils ont dit: Mon Dieu, c'est intéressant. Et puis les chiffres arrivent, les recherches arrivent. La recherche qui a été faite à l'Université de Saskatoon, ce sont des chiffres qui ont été étudiés de bas en haut, de long en large par plusieurs actuaire et, c'est tout à fait juste, ça amènerait une économie énorme. Et il y a des résistances par le système...

**M. Chevette:** Le changement...

**M. Gonthier:** ...actuellement. On dit: Non, c'est des recherches qu'on n'accepte pas.

**M. Chevette:** Moi, je pense que l'approche du changement de mentalité vers des moyens naturels, il me semble qu'on ne peut pas se reposer à ça, surtout quand on voit du monde se bidonner en disant: On donne des petites pilules de farine puis on leur fait accroire que c'est des Valium puis ça dort bien. Tu saisi Puis ça se bidonne. C'est pour montrer comment et jusqu'à quel point on peut devenir dépendants à la fois de la médication mais aussi dépendant de l'institution, soit dit en passant, parce que ça aussi, c'est un réflexe qu'on a développé. Il y a des personnes qui, pour toutes sortes de raisons... Notre système a fait qu'il y a eu un glissement à l'effet que, quand tu atteins un certain âge, c'est comme par hasard, tu demandes: Je "vais-tu" pouvoir rentrer au centre d'accueil? Puis il y en a qui sont en parfaite santé au moment où ils nous demandent s'ils peuvent rentrer au centre d'accueil parce que, il y a à peu près 30 ans, il y a du monde qui rentrait en parfaite santé dans les centres d'accueil. Il y a des gens qui ont vécu 30 ans dans les centres d'accueil puis ils sont encore pas pire, alors qu'on sait très bien qu'il y en a qui sont chez eux, en attente ou dans les corridors de certains centres hospitaliers et qui attendent leur place.

Sur l'objectif, on ne peut pas être en désaccord avec ça, loin de là, mais je pense qu'il va falloir continuer à pousser parce qu'il y a d'autres mouvement qui partent. Ce que je crains, cependant, puis je vous manifeste une crainte en réfléchissant tout haut, c'est la multiplicité des groupes qui parlent de médecine naturelle. C'est le Groupe des ressources alternatives en santé, c'est vous autres, c'est d'autres. Je me demande si un jour ça ne sera pas ramassé, ça, dans quelque chose d'unique puis quelque chose qui va constituer une force tellement forte, qui va créer ce nouvel élan, ce nouvel

objectif puis qui va contribuer à changer des mentalités. Mais lâchez pas! Je vous félicite et bonne chance!

**M. Denis:** Merci. Juste sur votre dernier commentaire, j'aimerais ajouter que notre position à nous, elle est claire. Quand on parle de d'autres groupes comme PAPSI et puis tout ça, bon, ces médecines douces-là, s'il y a une formation académique valable, ça va amener automatiquement une légalisation, une reconnaissance légale. En ce moment, il n'y a rien qui démontre que c'est vrai dans certains cas, et dans plusieurs cas même. Alors, quant à nous, ce mouvement-là, on l'évite un petit peu parce que entre un doctorat universitaire et une formation douteuse...

**Le Président (M. Joly):** Mme la députée de Chicoutimi.

**Mme Blackburn:** Merci, M. le Président. Brièvement parce que je sais qu'il reste peu de temps. Je me demandais, vous nous avez remis la copie d'un projet, d'un programme de doctorat en chiropratique et qui a été présenté au décanat des études de premier cycle de l'Université de Trois-Rivières, en mai 1989. Deux questions: Est-ce que ce document a dépassé l'université? Est-ce qu'il est rendu au ministère et au Conseil des universités? Quelle a été la réponse? Ma deuxième question: ne croyez-vous pas, avant de demander une reconnaissance officielle et l'accès pour les patients ou les bénéficiaires aux services de santé par le biais de la carte d'assurance-maladie, est-ce qu'il ne faudrait pas d'abord qu'on reconnaisse une formation au Québec? Je m'étonne toujours que ce ne soit pas fait; je ne serais pas la seule qui bloque ça, mais...

**M. Denis:** Dans un premier temps...

**Mme Blackburn:** ...la situation, c'est celle qu'on connaît.

**M. Denis:** ...le document est présentement devant la CREPUQ.

**Mme Blackburn:** Pardon?

**M. Denis:** Le document est présentement devant la CREPUQ.

**Mme Blackburn:** La CREPUQ? Le Conseil des universités.

**M. Denis:** Oui. La Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec. C'est la première étape avant le Conseil des universités parce que la CREPUQ doit se prononcer sur la qualité du programme et le Conseil des universités se prononce sur l'opportunité du program-

me. Il y a deux étapes bien distinctes à suivre. La CREPUQ est à l'étude présentement.

Dans un deuxième temps, quand vous me dites: Ah bien, ce n'est pas encore reconnu, le doctorat en chiropratique est reconnu par le gouvernement du Québec.

**Mme Blackburn:** Il est dispensé à l'étranger.

**M. Denis:** Étant donné... Oui, voilà. Il était dispensé à l'étranger, donc il n'avait pas le choix.

**Mme Taché-Piette (Louise):** Mais le diplôme est reconnu par règlement du gouvernement du Québec depuis 1974.

**Mme Blackburn:** Oui, mais la question est-ce qu'il ne serait pas plus urgent si jamais... Je ne veux pas parler au nom du ministre, Dieu m'en garde, mais si jamais nous avions accès, avec la carte d'assurance-maladie, à vos services, il faudrait plus que 750 chiropraticiens au Québec. Alors est-ce qu'il ne serait pas plus urgent qu'on offre une formation, ici au Québec?

**M. Denis:** C'est souhaité par la corporation, je peux vous l'assurer. Par contre, il y a quand même un bon nombre de nouveaux chiropraticiens qui entrent chaque année, venant des États-Unis et de Toronto. Alors de ce côté-là, si on regarde ce qui est proposé par l'Université du Québec à Trois-Rivières, on répond en ce moment au nombre de finissants qu'elle propose.

**Mme Blackburn:** Très bien, je vous remercie.

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme la députée de Chicoutimi...

**Mme Taché-Piette:** Je pourrais peut-être, ajouter, Mme la députée, qu'en ce qui concerne la protection du public, le gouvernement s'est assuré, au moment de la légalisation, que la formation des chiropraticiens répondait aux critères nécessaires.

**Mme Blackburn:** Je sais comment ça...

**Le Président (M. Joly):** Très brièvement, je voudrais aussi profiter du court temps qu'il me reste pour vous poser une question. Remarquez bien, M. Denis, que je ne voudrais pas me faire, comme on dit, le grain de sable dans la grande roue, mais j'ai suivi avec beaucoup d'attention tous les chiffres que vous avez mentionnés dont les 4 000 000 de visites, les 750 chiropraticiens à travers la province, et j'en arrive avec une moyenne de 5366 visites annuelles par chiro, ce qui veut dire qu'il y en a qui en font plus et d'autres moins. Si on prend ce que vous avez mentionné tantôt comme autre chiffre qui disait que vous faisiez 22 minutes d'éducation par

patient, à ce moment-là, j'en arrive avec dix heures d'éducation par jour juste à ce niveau. Ça ne comprend pas les radiographies, ça ne comprend pas le temps de rhabillage, ça ne comprend pas tout ça. Alors, est-ce que, physiquement, c'est vraiment possible de faire une moyenne de 22 minutes d'éducation par jour sur une quantité telle que celle que vous nous avez mentionnée?

**M. Denis:** C'était 22 minutes par nouveau patient. C'est-à-dire la première fois. Alors, c'est 22 minutes par patient et non pas à chaque visite.

**Le Président (M. Joly):** Merveilleux. Ça répond à ma question. Merci.

**M. Denis:** Ça va. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Alors, je vous remercie d'avoir participé à cette commission. Nous allons maintenant suspendre nos travaux jusqu'à 20 heures pour entendre la Corporation des établissements privés pour personnes âgées. Merci, à 20 heures.

(Suspension de la séance à 17 h 56)

(Reprise à 20 h 10)

**Le Président (M. Joly):** Nous allons reprendre nos travaux. Alors, je demanderais aux personnes représentant la Corporation des établissements privés pour personnes âgées de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

S'il vous plaît! Si vous voulez prendre place. J'apprécierais si la personne responsable du groupe pouvait se présenter et présenter aussi les gens qui l'accompagnent.

#### Corporation des établissements privés pour personnes âgées du Québec

**M. Pageau (Raymond):** Raymond Pageau. Je suis le président de la Corporation des établissements privés pour personnes âgées du Québec. À ma gauche, le vice-président, Gilles Lavigne, et, à ma droite, notre conseiller légal, Me Jacques Lamoureux.

**Le Président (M. Joly):** Je vous rappelle que vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire, plus ou moins, et que, après, les membres des deux formations auront le loisir de vous poser les questions d'usage. Merci. Allez.

**M. Pageau:** M. le Président, M. le ministre, MM. les députés, je tiens à remercier la commission des affaires sociales d'avoir invité la Corporation des établissements privés pour personnes âgées du Québec, que je vais appeler à

partir de maintenant CEPAQ, à venir présenter ses réflexions sur l'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux.

La présentation comporte deux grandes sections. La première présente l'association et traite brièvement des caractéristiques des centres d'accueil privés autofinancés, décrit les objectifs de la CEPAQ et, enfin, aborde l'interaction qui peut exister entre le réseau privé autofinancé de l'hébergement pour personnes âgées et le réseau public de la santé. La deuxième partie traite plus spécifiquement des réactions de la CEPAQ vis-à-vis de l'avant-projet de loi.

La Corporation des établissements privés pour personnes âgées du Québec est une association qui représente des centres d'accueil privés autofinancés opérant avec un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux, selon les exigences de la présente Loi sur la santé et les services sociaux. En janvier 1990, la CEPAQ représente plus de 900 lits de centres d'accueil privés autofinancés.

Il me semble important de souligner ici que la CEPAQ est dirigée par un conseil de neuf membres dont sept doivent être, par règlement, des représentants provenant de différentes régions administratives du Québec.

Un centre d'accueil privé autofinancé type est un établissement qui, d'une façon générale, est bien implanté dans le milieu naturel des bénéficiaires qu'il héberge. L'autonomie de ces bénéficiaires présente habituellement des niveaux qui varient d'un établissement à l'autre. C'est un sujet qui pourrait être repris durant la discussion, après la présentation. La caractéristique prédominante d'un établissement privé autofinancé est l'ambiance familiale qu'on y trouve habituellement. J'ai personnellement été en mesure de remarquer ce trait dominant dans presque tous les centres que j'ai eu l'occasion de visiter.

Je vais maintenant présenter et commenter chacun des trois objectifs qui sous-tendent les activités de la CEPAQ. Le premier se rapporte aux bénéficiaires; quant au deuxième et au troisième, ils ont trait à la façon dont la CEPAQ entrevoit une collaboration harmonieuse entre le réseau privé autofinancé de l'hébergement et le réseau public de la santé.

L'objectif premier de la CEPAQ est d'améliorer la qualité des services et la qualité de vie pour les personnes âgées qui ont décidé de recourir à l'hébergement. Il arrive parfois que cette décision relève d'un choix personnel, mais plus souvent il s'agit d'une décision qui est forcée par les circonstances. Je dois souligner ici que le choix d'un établissement privé autofinancé, que ce choix soit fait par le bénéficiaire lui-même ou par ses proches, n'est habituellement pas le fruit du hasard. Ce choix est généralement basé sur la réputation locale de l'établissement, réputation qui est fondée à son tour sur la qualité de la direction et sur la qualité du

personnel.

Avec son deuxième objectif, la CEPAQ aborde directement la question des relations entre le réseau privé autofinancé de l'hébergement et le réseau public de la santé. L'association vise ainsi à établir une collaboration que j'aime appeler utile entre les deux réseaux, collaboration qui est envisagée comme pouvant profiter aux deux parties en cause. L'avantage pour le ministère consiste en une diminution de ses dépenses d'immobilisations, de ses dépenses d'entretien et de maintenance et une diminution des frais encourus dans le secteur des ressources humaines. Quant à l'avantage qui revient au réseau privé autofinancé de l'hébergement, la CEPAQ entrevoit une juste compensation pour des services rendus à une clientèle qui, autrement, serait nécessairement passée à la charge du réseau public. En pratique, cette collaboration avec le ministère et son réseau présente l'avantage de procurer une stabilité de revenus, de pouvoir réaliser ensemble, avec le réseau de la santé, une planification à moyen et long terme basée sur les besoins prévisibles et, troisièmement - il s'agit, bien sûr, d'un avantage qui n'est pas à négliger quand on est dans le secteur privé - de rendre possibles des négociations plus faciles que celles qu'on peut avoir présentement avec les institutions financières. Mais l'avantage majeur que va retirer le secteur privé d'une collaboration utile avec le ministère et son réseau consiste en la possibilité d'élaborer et de mettre sur pied des services et des soins de meilleure qualité, non plus sur une base temporaire et sporadique, comme on est forcé de le faire présentement, mais sur une base permanente.

Par son troisième objectif, la CEPAQ précise la façon dont elle entrevoit la collaboration avec le ministère et son réseau. Mais, cette fois, la collaboration est envisagée sur une base opérationnelle. La CEPAQ croit que cette collaboration doit se faire en tenant compte des besoins et des priorités de chaque région en matière de santé et de services sociaux. Cette collaboration doit donc passer par les conseils régionaux actuels ou, selon les termes de l'avant-projet de loi, par les régies régionales.

Dans l'esprit de cet objectif, la CEPAQ travaille présentement à mettre sur pied des organisations régionales de centres d'accueil privés autofinancés, organisations dont le fonctionnement sera intégré à celui de la corporation. La CEPAQ souhaite que ces organisations soient en communication fréquente avec les régies régionales de façon à pouvoir intégrer localement les ressources privées autofinancées de l'hébergement au réseau de la santé.

Je tiens à souligner ici que la réalisation des objectifs de la CEPAQ concernant une collaboration utile entre le réseau privé autofinancé de l'hébergement et le réseau public de la santé présuppose un réajustement dans la façon

de considérer le secteur privé autofinancé de l'hébergement par le ministère et plus précisément par ses hauts fonctionnaires ainsi que par ses représentants et ses intervenants locaux. Depuis trop longtemps, le réseau privé autofinancé de l'hébergement est considéré comme le dépanneur du réseau public. Ce manque de reconnaissance du rôle joué par le réseau privé autofinancé de l'hébergement non seulement pénalise les bénéficiaires, mais contribue à diminuer l'efficacité du fonctionnement du réseau public. L'une des conséquences la mieux couverte par les médias d'information et découlant de ce comportement est l'engorgement des urgences. Or, cet engorgement existe malgré un taux de vacance de plus de 10 % touchant les centres d'accueil privés autofinancés dans certaines régions.

Je vais passer maintenant aux réactions de la CEPAQ à l'avant-projet de loi. La CEPAQ voit l'avant-projet de loi comme une tentative sérieuse par le ministère de réorienter ses priorités en matière de santé et de services sociaux de façon à pouvoir faire face aux différents défis du moment. Ces défis concernent plus particulièrement le vieillissement de la population et la rationalisation des dépenses allouées à la santé et aux services sociaux.

La CEPAQ ne peut que voir d'un bon oeil l'ouverture du ministère à l'endroit du secteur privé. Elle espère que le réseau privé autofinancé de l'hébergement va enfin pouvoir devenir une partie intégrante du réseau de la santé. L'association espère que l'Intégration va dépasser, cette fois, le texte de loi pour atteindre le vécu quotidien des personnes âgées par l'intermédiaire des CLSC et des CSS.

La CEPAQ est consciente, toutefois, qu'un effort d'éducation doit être fait auprès de certains dirigeants de centres d'accueil privés autofinancés concernant la qualité des services, des soins, des installations matérielles et, peut-être pas la moindre des choses, concernant la qualité des relations avec les instances décisionnelles et avec les intervenants du ministère et de son réseau.

La CEPAQ est prête à relever ce défi. Elle croit, cependant, qu'elle va pouvoir le faire d'autant plus facilement que le ministère va rapidement faire connaître ses critères concernant - et là je reprends un titre d'une des parties de l'avant-projet de loi - "l'agrément de certaines ressources privées aux fins d'attribution d'allocations financières". Dans ce contexte, la CEPAQ considère l'agrément comme un moyen fonctionnel d'intégrer le secteur privé autofinancé de l'hébergement au réseau public de la santé.

La CEPAQ est d'accord avec le principe de l'accessibilité pour tous aux services de santé. Elle croit, de plus, qu'on doit laisser à une personne âgée le libre choix de l'endroit où elle veut aller demeurer, ce principe étant à la base de la qualité de vie de la personne âgée. On

peut ajouter ici que ce principe est aussi à la base d'une saine concurrence entre les centres, qu'ils soient privés ou publics, avec les répercussions prévisibles d'une telle concurrence sur la qualité des services et des soins.

La CEPAQ voit d'un bon oeil la création des régies régionales dont les fonctions et les pouvoirs touchant la coordination des services de santé et des services sociaux sont définis à l'article 244 de l'avant-projet de loi. Cet article laisse entendre que c'est la régie, dans chaque région, qui va voir à ce que toutes les ressources soient utilisées efficacement dans une ambiance de collaboration et de complémentarité. Compte tenu de l'importance du rôle décisionnel accordé à la régie, la CEPAQ regrette que le secteur privé ne soit pas représenté au sein des conseils d'administration des régies. Sans cette représentation à l'endroit où les besoins seront définis et les priorités seront décidées, la CEPAQ croit que le secteur privé autofinancé de l'hébergement ne pourra pas être complètement intégré au réseau de la santé. L'amendement à l'article 260 de l'avant-projet de loi visant à permettre au secteur privé de siéger au conseil d'administration d'une régie permettrait d'officialiser, mais cette fois en termes vraiment opérationnels, le rôle du secteur privé dans le réseau de la santé au Québec.

Avant de terminer, j'aimerais faire part de quelques réflexions que la CEPAQ a été amenée à faire en préparant son mémoire pour la commission des affaires sociales. Nous entendons beaucoup parler de l'amélioration de la santé et de l'augmentation de l'espérance de vie. Il est permis de se questionner sur la valeur de ces deux priorités si elles ne sont pas accompagnées du souci...

**M. Chevette:** On ne comprend plus rien là.

**M. Pageau:** À partir d'où?

**M. Chevette:** O.K. C'est revenu.

**M. Pageau:** Nous entendons beaucoup parler de l'amélioration de la santé et de l'augmentation de l'espérance de vie. Il est permis de se questionner sur la valeur de ces deux priorités si elles ne sont pas accompagnées du souci d'assurer une qualité de vie dans une ambiance de sécurité à des personnes pour qui il est maintenant possible de vivre plus longtemps. Une société qui n'est pas capable de relever ces deux derniers défis gaspille tout simplement ses énergies à tenter d'accroître l'espérance de vie.

Le réseau privé autofinancé de l'hébergement croit pouvoir jouer un rôle actif dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en leur fournissant un milieu de vie plaisant à l'intérieur duquel elles peuvent se sentir en sécurité.

En terminant, je tiens à préciser que, dans

et par ses interventions, la CEPAQ vise beaucoup plus loin que les simples compensations monétaires pour les services rendus par ses membres à la société québécoise. Elle tient, d'abord, à ce que ses membres, ainsi que l'ensemble du réseau privé autofinancé de l'hébergement soient intégrés au réseau de la santé du Québec en tant que partenaires à part entière.

Plus cette intégration se reflétera dans un vécu tangible et quotidien, plus les retombées seront importantes non seulement pour le secteur privé, mais surtout pour les bénéficiaires qu'il héberge et pour le réseau de la santé du Québec. Je vous remercie.

**Le Prékient (M. Joly):** Merci, M. Pageau. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci. Évidemment, on est devant un regroupement de centres d'accueil privés qui font face en bonne partie aux mêmes problèmes auxquels le réseau lui-même fait face.

J'ai pris un certain nombre de petites notes. Vous représentez 21 centres, 900 places au permis, et c'est de l'autofinancement à 100 %. Vous avez parlé d'un taux de vacance de 10 % dans vos institutions.

**M. Pageau:** Dans certaines régions.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est ça. Qu'est-ce qui explique un taux de vacance comme celui-là?

**M. Pageau:** Deux raisons. Une première raison, c'est la question financière. Il y a des gens qui ne peuvent pas se permettre de tout défrayer, même si nos coûts sont relativement peu élevés; d'une façon moyenne, c'est autour de 750 \$ à 800 \$. La deuxième raison, c'est ce que j'ai mentionné tout à l'heure, l'absence de collaboration de la part de la plupart des intervenants du réseau.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous expliquez cette absence de collaboration par quoi?

**M. Pageau:** Il y a des raisons historiques, il y a des raisons personnelles, il y a des raisons de philosophie un petit peu à l'opposé.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Les raisons historiques, quelles sont-elles?

**M. Pageau:** Les raisons historiques, c'est que, il y a 20 ans, on a mis en marche un réseau de la santé au Québec où l'esprit, à ce moment, était la gratuité de tout pour tous, en même temps qu'on avait une accessibilité. À cause de cet esprit, il y a eu des gens qui ont été engagés avec cet esprit, pour aller avec l'esprit de ce projet de loi, à ce moment-là, et c'est un

peu ce qui reste présentement. Je dois avouer que c'est en train légèrement de se modifier, mais avec difficulté.

L'interaction du réseau privé avec les intervenants ne se fait pas facilement, malgré la lettre du sous-ministre, Réjean Cantin, à cet effet, il y a quelque temps.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, ça, c'est les raisons historiques. Vous avez parlé de raisons plus fondamentales de philosophie. Je pense que ça, on...

**M. Pageau:** Ça revient à dire la même chose.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...se comprend. Vous aviez parlé d'un autre niveau de raisons.

**M. Pageau:** Oui, ce sont les relations humaines.

**M. Côté (Charlesbourg):** Pourtant, on a entendu parler cet après-midi que c'était extraordinaire, les relations humaines. Dans certaines institutions du réseau, c'était ça qui devait primer. Ce que je comprends, c'est que le réseau a des problèmes de relations humaines avec les intervenants de la CEPAQ.

**M. Pageau:** Le privé aussi.

**M. Côté (Charlesbourg):** Le privé.

**M. Pageau:** Je pariais d'éducation tout à l'heure.

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon. Historiquement parlant, vous dites: À peu près 750 \$, 800 \$ par personne, c'est ce que ça coûte en moyenne chez vous.

**M. Pageau:** Cela varie selon la région. Il y a des régions où c'est plutôt dans le bout de 550 \$ à 600 \$ et, dans la région de Montréal, ça monte facilement autour de 1000 \$.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'imagine que les moins chers, c'est en région.

**Une voix:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** De 1500 \$ à 1600 \$, j'imagine que les services vont avec aussi.

**M. Pageau:** Oui.  
(20 h 30)

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, ils ne réussissent pas tous à survivre non plus. Évidemment, vous devez faire face exactement au même problème que le réseau, un alourdissement de clientèles. Quel est le niveau d'heures-soins en moyenne dans vos établissements pour les

bénéficiaires?

**M. Pageau:** Présentement, sans aucune aide, on fonctionne entre .6 et .8, avec des pointes. Les pointes peuvent aller jusqu'à deux heures, temporairement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Lorsque vous parlez d'une reconnaissance de vos établissements, parce qu'on va devoir être ingénieux tout à l'heure, c'est dans le sens particulier où on devrait prendre une part de l'alourdissement de clientèles ou si c'est davantage?

**M. Pageau:** L'avant-projet de loi est très clair là-dessus. L'avant-projet de loi parle de l'agrément et d'allocations financières basées sur une évaluation qui, selon la CEPAQ, serait faite dans chaque région, selon les besoins et les priorités de chaque région.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. D'accord. Toute la mécanique... Je pense que, si jamais on devait aller dans ce sens-là, c'est clair que ça prendra, parce que ce n'est pas le cas actuellement, une référence par le ministère, donc, du temps des personnes qui seraient référées éventuellement. Si vous êtes agréés dans le programme, ce serait donc le ministère, par ses instances, qui ferait la référence de personnes, ce qui n'est pas le cas au moment où on se parle.

**M. Pageau:** Ce qui n'est pas le cas présentement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, évidemment, à ce moment-là, il y a, bien sûr, des cas où on devra traiter à une heure-soins par jour, une heure et demie, avec une moyenne de x. Ça présuppose que ce qu'on demande aujourd'hui, c'est une reconnaissance par le ministère de l'alourdissement des clientèles, puisque là où on en est rendu, si les personnes sont autonomes, règle générale, le ministère ne se montre pas beaucoup, beaucoup le bout du nez là-dedans. On est beaucoup plus dans une situation où on est en perte d'autonomie et où on sort les gens d'un centre hospitalier et on va les placer en centre d'accueil, au centre d'hébergement, qu'il soit privé ou pas, privé quand c'est possible, ou chez nous quand ce n'est pas possible. Donc, il y a un phénomène où c'est de l'alourdissement de clientèles. Ce dont on se parle, si vous aviez exactement les mêmes personnes que vous aviez au début, il y a cinq ans ou il y a dix ans, vous seriez capables d'arriver. Ce qui fait que votre problème s'amplifie, c'est que vos bénéficiaires s'alourdissent comme cas. Ils vont demander tantôt, vous dites, dans des périodes de pointe, deux heures-soins. A un moment donné, il est bien évident qu'avec les 700, 750 \$ tu finis par ne pas arriver si tu as une moyenne de deux

heures-soins par patient. Ce qui est recherché, donc...

**M. Pageau:** Ou la qualité en souffre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. C'est ça. Évidemment, votre clientèle s'alourdit. Vos problèmes aussi. Dans ce sens-là, lorsqu'on cherche la reconnaissance et l'agrément par le ministère, c'est afin d'avoir du support sur le plan financier qui éventuellement viendrait supporter cette charge d'alourdissement et de soins additionnels à donner à la clientèle.

**M. Pageau:** Ce qu'on recherche, c'est une collaboration, c'est une reconnaissance du rôle joué par le privé et une reconnaissance du fait qu'on peut aider le réseau public.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'accord avec ça, je pense que oui, mais...

**M. Pageau:** Le reste, c'est dans l'avant-projet de loi.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais ça se traduit par des piastres et cents, évidemment.

**M. Pageau:** Et une économie pour le réseau.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est clair qu'on ne reprendra pas la comparaison de cet après-midi. S'il est dans un centre hospitalier de courte durée, à 350 \$ par jour, il est bien évident que, lorsque tu vas en ressource alternative dans des pavillons ou dans des foyers privés, ce n'est pas ça que ça va te coûter. Bon.

Est-ce que vous seriez d'accord avec l'idée que, dans ces cas particuliers, on puisse développer une formule où l'argent ou la reconnaissance d'un montant, compte tenu de la lourdeur du cas, irait à la personne au lieu de l'institution?

**M. Pageau:** C'est ce qu'on a demandé depuis longtemps. À la personne plutôt qu'au centre?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Pageau:** C'est ce qu'on a demandé depuis longtemps.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, on était, semble-t-il, bien pourvus avant. Alors, on bâtissait nos propres équipements, puis ça nous coûtait un peu plus cher. Ce que je comprends, c'est que le privé peut nous apporter une alternative: vos 900 places, mais j'imagine que votre ambition ne se limitera pas à 900 places, compte tenu du vieillissement. Reconnaisant les 900 places, vous allez nous dire dans pas grand temps ou dès maintenant: On est capables d'en faire plus encore, compte tenu de notre expertise. Vous n'aurez pas tort.

**M. Pageau:** Présentement, il y a autour de 4000 lits. Il y a autour de 4000 lits de centres d'accueil privés autofinancés, opérant avec un permis présentement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, mais vous regroupez 21 centres pour 900 lits.

**M. Pageau:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est 900 sur 4000? Oui. Donc, on est...

**M. Pageau:** C'est un nombre variable, parce que, vous savez, il y a un taux de fluctuation là-dedans.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah, oui! Donc, dans ces conditions-là, si on allait vers une reconnaissance d'une allocation à donner à une personne qui, éventuellement, elle, pourrait choisir à partir d'une liste de gens agréés par le ministère, vous seriez donc d'accord pour suivre toutes les recommandations du ministère sur le plan de la qualité des soins à dispenser aux personnes, avec tout ce que ça comporte comme inspections, mais pour autant que l'argent suive. Parce que, évidemment, si on n'intervient pas demain matin, si, disons, demain matin, on n'est pas là, on dit: Parfait, on n'est pas capables d'y aller, vos problèmes vont en s'alourdissant pareil. Qu'est-ce qui arrive de vos cas les plus lourds? Est-ce qu'ils se retrouvent à l'hôpital? Règle générale, qu'est-ce qui arrive avec les cas qui sont chez vous, qui sont beaucoup plus lourds et que vous ne pouvez pas traiter?

**M. Pageau:** On fait face à des problèmes de ressources matérielles, de facilités matérielles. C'est qu'on a des corridors qui ne permettent pas de s'alourdir trop. Bon, on a des portes qui ne sont pas assez larges. Donc, on a besoin de faire des améliorations à l'immeuble.

C'est évident qu'on ne fera pas de planification dans ce sens-là si on n'a pas la certitude d'aller chercher des revenus supplémentaires qui vont justifier ces Investissements-là. Je mentionnais tout à l'heure les problèmes qu'on a avec les institutions financières... Ça ne répond pas à votre question, hein?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, c'est parce qu'il s'échange toutes sortes d'Informations en même temps qui me distraient. Mais une chose est certaine, c'est que vous faites face à des problèmes d'immobilisation, donc de réaménagement fonctionnel, de la même manière que le réseau y fait face aussi, parce que ce qu'on a construit à l'époque, c'est pour des cas beaucoup moins lourds que ceux d'aujourd'hui. Mais vous faites face, tout de même, à des cas qui nécessitent beaucoup plus d'attention. Ils sont plus lourds. Qu'est-ce qui arrive dans vos établisse-

ments à ce moment-ci lorsque... Si on était dans une situation où, par exemple, la moyenne d'heures-soins était de deux heures, ça veut dire que les gens ne seraient plus chez vous. Si je comprends, vous n'auriez pas la capacité financière de les supporter.

**M. Pageau:** Avec allocations ou pas?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, sans allocation.

**M. Pageau:** Sans allocation?

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans le contexte actuel, ces gens-là se retrouvent où? À l'hôpital?

**M. Pageau:** À l'hôpital.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est clair que, évidemment, ça crée le problème d'engorgement au niveau des hôpitaux et ça pose la question fondamentale. On a beau avoir des ressources alternatives, il reste qu'à un moment donné ces ressources-là ne suffisent plus et le meilleur moyen, c'est l'hôpital. Donc, c'est un peu ça qui fait que ça engorge les hôpitaux et c'est pour ça qu'il y a eu des décisions antérieures aussi, par exemple, qui doivent certainement faire votre envie: des privés conventionnés, en termes de nouveaux établissements beaucoup plus fonctionnels, capables d'accueillir des patients avec une moyenne d'heures-soins de deux heures et demie. Donc, c'est le problème fondamental. Tout le problème, par la suite, que vous soulevez des structures ou d'intégration aux structures présuppose qu'effectivement il y a agrément et qu'on participe à la vie intense du réseau, étant reconnues par le réseau, étant en partie financées, soit directement ou indirectement, par le ministère. Alors, je comprends que le reste suit sur le plan des accommodements de participation au conseil d'administration, aux régies régionales et ainsi de suite. Oui, oui, c'est ça, de toute façon. C'est conventionné d'une manière, ou ça peut être le patient...

**Une voix:** Il paie directement ou...?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, c'est ça. C'est conventionné d'une manière où ça peut être le patient, le bénéficiaire ou directement l'institution. O.K. Ça va pour le moment.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Maintenant, le chef de l'Opposition et député de Joliette.

**M. Chevette:** Non, je ne suis plus chef de l'Opposition, je suis leader.

**Le Président (M. Joly):** Excusez! Le leader

de l'Opposition. C'est peut-être un souvenir que je n'aurais pas voulu vous rappeler.

**M. Chevette:** J'aime qu'on m'attribue...

**Le Président (M. Joly):** C'est un souvenir que je n'aurais pas voulu vous rappeler.

**M. Chevette:** Je suis l'ex, futur, n'importe quoi.

**Une voix:** Juste leader?

**M. Chevette:** Et la Santé. M. le Président, je voudrais continuer dans la même foulée. Les centres d'accueil privés, vous recrutiez des gens, à ce moment-là, qui pouvaient entrer chez vous en parfaite santé.

**M. Pageau:** C'est ce qui se passe encore présentement.

**M. Chevette:** C'est ce qui se passe encore présentement, c'est ça. Et tant et aussi longtemps qu'elle paie la redevance, le temps où elle est en santé, ça ne vous crée pas de problème.

**M. Pageau:** C'est qu'on a un budget à balancer.

**M. Chevette:** Oui, mais vous allez me voir venir. C'est parce que je veux vous faire faire un cheminement. On se fait dire... Je voudrais le faire avec vous, si vous arrivez bien à... Vous m'avez vu venir, déjà, donc... Je viens de comprendre que vous avez compris, vous aussi, où je m'en vais. Je veux vous amener sur ce terrain-là. Vous les amenez avec vous. Ils sont en parfaite santé. Au bout de cinq ans ou dix ans, je ne sais pas, ils sont frappés d'une maladie. La redevance que vous demandiez au départ a évolué en cours de route.

**M. Pageau:** Je n'ai pas compris votre dernière question.

**M. Chevette:** L'allocation que vous lui demandez, la subvention que vous lui demandez mensuellement, est-ce qu'elle a évolué en cours de route? À partir du moment où vous avez pris une personne - je ne sais pas - à 500 \$, son état de santé se détériore un peu, ça n'a pas monté à 600 \$ ou 700 \$?

**M. Pageau:** Écoutez, je vais vous répondre d'une autre façon. Dans le réseau privé, les coûts vont de 550 \$ à 600 \$ pour une chambre simple privée, à 950 \$ ou 1000 \$ pour des soins d'infirmier à deux, trois ou quatre par chambre. C'est le niveau de prix, de taux que les gens peuvent supporter par eux-mêmes, les gens ou la famille.

**M. Chevette:** C'est-à-dire les gens que vous regroupez, les 23 %.

**M. Pageau:** Là, je parle du réseau privé autofinancé.

**M. Chevette:** O.K.

**M. Pageau:** Ils ne sont pas nécessairement membres de la CEPAQ.

**M. Chevette:** Non, mais vous n'avez pas de centres d'accueil autofinancés qui perçoivent plus que ça de la part de leurs bénéficiaires?

**M. Pageau:** Exceptionnellement. Là, vous vous référez peut-être au centre de Cap-Rouge.

**M. Chevette:** Oui, il y avait Cap-Rouge.

**M. Pageau:** Exceptionnellement, il y en a. Mais, là, je parle de la valeur moyenne.

**M. Chevette:** Le centre d'accueil Heather, à Rawdon. C'est parce qu'ils peuvent avoir les services, comme disait le ministre, tantôt, mais je pense... En tout cas, à ma connaissance, il y a des centres d'accueil privés qui perçoivent plus que ça, mais ils ont les services en conséquence. Ils peuvent avoir l'ergothérapie. Ils peuvent avoir la physiothérapie. Je ne mets pas en cause la relation du paiement, mais c'est ça qui me frappe, on s'en tient toujours en bas de 1000 \$. Il me semble que je connais au moins deux, trois centres d'accueil qui ont des cotisations plus fortes, mais qui ont une gamme de services probablement plus forte aussi. Peut-être qu'ils ne font pas partie de votre groupement, non plus.

**M. Pageau:** Non.

**M. Chevette:** O.K. Quand vous demandez de vous intégrer au réseau, vous savez que le réseau subventionne des lits dans le secteur privé, ce qu'on appelle les centres d'accueil conventionnés. Il les subventionne à partir, à ce moment-là, des mêmes critères que les centres d'accueils publics. En d'autres mots, un centre d'accueil privé qui devient conventionné devient assujéti à la norme du dossier médical pour l'admission d'un bénéficiaire. On s'entend bien? Il faut qu'il soit accepté par un comité de sélection comme bénéficiaire pour être dans un lit conventionné. Autrement dit, un propriétaire d'un centre d'accueil privé conventionné, qui aurait des lits d'autofinancés et des lits de conventionnés, devrait avoir, à ce moment-là, dans les 10, dans les 30 ou dans les 40 lits conventionnés qu'il a, nécessairement des personnes qui sont passées par le comité de sélection et qui, de par leur dossier médical, auraient eu une place en centre d'accueil public, par exemple, s'il y avait de la place, à l'époque. On se suit jusque-là?

**M. Chevette:** On se suit jusque-là?

(20 h 45)

**M. Pageau:** Oui.

**M. Chevette:** Quand vous demandez d'être intégrés au système et d'être compensés pour l'alourdissement ou compensés parce que les heures-soins-jour augmentent, est-ce que, à toutes fins pratiques, ce n'est pas devenir des centres d'accueil privés conventionnés que vous désirez?

**M. Pageau:** Ce que M. le ministre disait tout à l'heure, c'était qu'il parlait d'allocation aux bénéficiaires et non pas aux centres. C'est la différence.

**M. Chevette:** Oui, mais si j'insiste, M. Pageau, c'est parce que, si on veut conserver un système, quand vous demandez l'aide à la personne, la personne, de par son dossier médical, ne serait peut-être pas la personne qui serait dans votre centre; elle serait peut-être un A-1 qui aurait passé après un A-2 ou un A-3 ou un A-4. Je ne sais pas si on se comprend. Et le fait d'aller à la personne, je ne suis pas sûr que ça ne brise pas le système qui veut que ce soit la personne la plus malade en vertu de son statut médical, de son dossier médical. Comment répondez-vous à ça? Ça fait deux ou trois fois que l'objection me vient. Vous êtes dans le milieu, j'aimerais ça que vous nous donniez une réponse.

**M. Pageau:** J'aimerais vous répondre un peu par la bande. C'est que, quand je parlais de reconnaissance du privé autofinancé par le réseau, je parlais de la reconnaissance des capacités qui peuvent être spécifiques à différents centres. Si un centre ne peut pas donner plus d'une heure-soins par jour, c'est évident qu'on ne lui enverra pas de cas d'infirmier. Mais, par contre, d'autres centres vont pouvoir alourdir jusqu'à trois heures et, à ce moment-là, allons-y.

**M. Chevette:** Vous m'avez répondu par la bande. Je vais me reprendre directement sans bande. Vous avez du monde dans votre milieu, dans vos centres d'accueil, vous dites: Mme X, M. Y demande trois quarts d'heure de soins et Mme Z, elle, c'est une heure. Je vous dis que, si le ministre suivait la logique du "subventionnement" des centres, il devrait d'abord s'interroger dans le milieu pour voir si c'est bien une personne qui devrait être là. Sinon, si elle ne devait pas être là, le ministre n'aurait pas à verser une subvention dans notre système actuel. C'est ça que je veux bien vous faire comprendre. Dès qu'il se met à subventionner la personne, pourquoi ne subventionnerait-il pas d'abord une personne qui se paie, chez elle, une garde-malade privée et qui a besoin peut-être d'une heure et

demie de soins-jour? Suivons cette logique-là, elle le pourrait.

Moi, ce que je veux vous dire, c'est: Qu'est-ce qui vous empêche de prendre le taureau par les cornes dans ce cas-là, de faire faire l'évaluation des bénéficiaires et de demander d'être transposés en centres d'accueil conventionnés?

Mais, là, que vous le vouliez ou pas, vous êtes nécessairement intégrés dans la structure régionale, ce que vous souhaitez d'ailleurs, parce que, par la suite, par exemple, dès qu'il part un bénéficiaire, vous êtes assujettis à la règle de l'évaluation médicale pour la personne qui rentrerait chez vous par la suite, par exemple. Est-ce que ce n'est pas ça que vous recherchez?

**M. Pageau:** Le privé autofinancé serait ouvert à l'idée de conventionner une partie de ses lits.

**M. Chevette:** O.K.

**M. Pageau:** Ce serait facilement négociable.

**M. Chevette:** Donc, en d'autres mots, vous voudriez être compensés...

**M. Pageau:** ...pour les services rendus.

**M. Chevette:** Oui, je comprends, pour les services. Là, je vais y aller d'une autre façon. Quand vous décidez qu'il est trop malade et qu'il n'a pas assez d'argent, c'est l'hôpital qui en hérite. D'accord? Vous n'avez pas le choix. Si la personne ne paie pas, si vous n'êtes plus capables de lui donner les soins ou si elle dit: Je ne suis plus capable de vous payer plus que 600 \$, vous appelez les parents ou les enfants et vous dites: Ecoute, je ne peux plus garder ton père ou ta mère, moi. Et, s'ils n'ont pas de parents, bien, c'est l'urgence. C'est ça qui arrive.

**M. Pageau:** Oui.

**M. Chevette:** Vous l'avez dit tantôt. À ce moment-là, s'il y avait une offre de... Je comprends qu'il y a des alourdissements de clientèles et ça ne doit pas être un cadeau; je ne veux pas minimiser votre problème, au contraire. Je sais ce que c'est. Mais il m'apparaît difficile de subventionner la personne sans créer un précédent pour ne pas subventionner toute personne qui a besoin de soins. Je me demande si ce n'est pas mieux de s'enligner, au moins, sur un régime uniforme d'évaluation des personnes, puis chaque fois, à ce moment-là, qu'il se crée une vacance et que vous avez un nombre de lits conventionnés, bien, pour la partie lits conventionnés, les 15 ou les 20, ou je ne sais pas, là, dans ces lits-là, c'est le régime de subvention

gouvernementale avec obligation de les prendre en fonction du dossier médical et, dans la partie autofinancée, vous gardez l'autonomie de prendre qui vous voulez, quand vous voulez et comme vous le voulez.

**M. Pageau:** Je n'aurai même pas besoin de vous répondre par la bande, on s'en va dans la même direction. On parle la même langue.

**M. Chevrette:** Bon.

**M. Pageau:** On est entièrement d'accord avec une évaluation régionale pour les heures-soins. Bon, que ça se manifeste sous forme de lits conventionnés ou d'une autre façon.

**M. Chevrette:** Non, c'est parce que je cherche un moyen pour ne pas créer, non plus, une injustice envers ceux qui auraient des besoins et qui n'ont pas nécessairement la chance d'être déjà chez vous. Il y a du monde qui peut attendre sur des listes d'attente et ces personnes peuvent être des A-3, alors que, si on s'en allait dans un système où on subventionnait un centre privé comme tel, la personne pourrait être pénalisée, chez elle, être en attente, et l'autre qui a un dossier médical plus léger pourrait être subventionnée par le ministère. Ça m'apparaîtrait fausser le régime actuel, c'est juste ça que je veux souligner.

**M. Pageau:** D'habitude, ça ne se passe pas comme ça. Les gens n'entrent pas A-3. Ils entrent A-1 et graduellement ils deviennent A-2, A-2 1/2, A-3. Mais, s'ils entraient A-3, je serais d'accord avec vous, mais ça ne se passe pas comme ça. Donc, quand on ne peut pas les garder plus que A-2 ou A-2 1/2, ça les insécurise parce que là ils commencent à se dire ou la famille commence à se dire: Il faut qu'on trouve une place là.

**M. Chevrette:** Et là ils appellent les députés.

**M. Pageau:** La place d'habitude, c'est aux urgences.

**M. Chevrette:** O.K.

**M. Trudel:** M. Pageau.

**Le Président (M. Joly):** À vous, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, M. Trudel.

**M. Trudel:** Merci, M. le Président. Abordons un autre aspect de votre mémoire, M. le président, parce que je pense qu'on a bien fait la distinction de ce que ça va vouloir dire comme choix tantôt. Qui s'occupe des cas lourds? Est-ce que les cas lourds sont tous au public et les

autres chez vous? Il y a certaines responsabilités là-dedans. À la page 6 du mémoire, vous nous parlez des régies régionales. Vous voyez d'un bon oeil la création des régies régionales. Actuellement, il existe une certaine forme de régionalisation qui s'appelle les CRSSS. Est-ce que ça fonctionne bien avec les CRSSS ou si ça fonctionne mal? Ça ne marche pas?

**M. Pageau:** Le rôle des CRSSS n'est pas le même que celui qui est prévu pour les régies régionales. On donne beaucoup plus de pouvoir décisionnel aux régies qu'aux CRSSS, des décisions quant au budget. En tout cas, à moins que je ne sois vraiment à côté de la coche, les CRSSS sont très limités du côté décisionnel budgétaire.

**M. Trudel:** Et là vous avez l'impression qu'avec ce qui est proposé...

**M. Pageau:** Si j'ai bien lu l'avant-projet de loi, oui.

**M. Trudel:** C'est correct, vous avez bien lu. Vous avez l'impression que la forme que vont prendre les régies régionales, ça va être fort différent de ce qui se passe dans les CRSSS habituellement en termes d'administration, en termes de ceux et celles qui décideront autour de la table de la répartition des ressources et des allocations et des précisions qui seront apportées. Ça vous fait...

**M. Pageau:** C'est ma perception de ce que je lis de l'avant-projet de loi.

**M. Trudel:** Et vous, vous dites: Nous aimerions ça être autour de la table comme membres du conseil d'administration. Vous ne trouvez pas ça un peu difficile que tout le réseau du public fasse introduire dans son conseil d'administration des établissements privés qui ont leur pleine responsabilité, parce que j'imagine que vous n'accepteriez pas, en tant que privés, que le public, que le ministre puissent déléguer quelqu'un au conseil d'administration; c'est hors de question, c'est un établissement privé. Comment vous justifiez ça qu'un établissement privé soit assis à une régie publique qui administre les sous du public et un régime universel avec ce que vous êtes vous autres? Est-ce qu'il n'y aurait pas des problèmes de conflits d'intérêts en quelque sorte?

**M. Pageau:** Si l'on s'oriente vers une convention partielle d'un certain nombre de lits en privé, on parle d'un certain contrôle venant de la régie sur le fonctionnement quotidien du privé. On mentionne l'évaluation. Il y a des rapports qui vont être faits de nos activités.

**M. Trudel:** Et ça justifierait votre présence

à l'organisme régional par la partie qui serait conventionnée, pas nécessairement pour ceux et celles qui seraient strictement privés au sens de votre description.

**M. Pageau:** Au sens strictement privé, non, parce que ça n'a pas de rapport.

**M. Trudel:** Un autre aspect qui, je pense, devrait nous intéresser quant au type de clientèle avec laquelle vous travaillez. Vous êtes appelés à intervenir, j'imagine, assez fréquemment avec les CLSC. Est-ce que les rapports sont bons? Est-ce que les services que vous recevez sont satisfaisants? Est-ce que, somme toute, la relation de la responsabilité du CLSC vis-à-vis des regroupements de personnes que vous hébergez est satisfaisante en termes de suivi des gens qui sont avec vous en centres privés?

**M. Pageau:** Quand vous parlez de CLSC, j'imagine que vous parlez du réseau des CLSC; alors, je vais être obligé de vous dire non.

**M. Trudel:** Le CLSC est quelque part. Votre établissement...

**M. Pageau:** Avec certains CLSC, au niveau individuel, ça fonctionne bien. Mais, d'habitude, le bon fonctionnement se fait entre quelqu'un d'un centre d'accueil privé autofinancé avec une personne qui est intervenante dans le CLSC. Ça ne se fait pas au niveau de l'institution qui s'appelle le CLSC.

**M. Trudel:** Mais avec les personnes qui interviennent, les relations sont bonnes. Vous avez les services que vous voulez avoir.

**M. Pageau:** Des relations individuelles.

**M. Trudel:** Oui. Mais même à ça - on va le poser dans ce cadre-là, des relations individuelles - est-ce satisfaisant pour vous?

**M. Pageau:** Alors, là, ça dépend des individus. On est pris là. Ça va dépendre des individus. Il y a des individus qui sont prêts à collaborer et d'autres qui ne le sont pas. Ça me ramène un peu à ce que je disais au début.

**M. Trudel:** Oui, pour les raisons que vous exposez au ministre tantôt...

**M. Pageau:** C'est ça, oui.

**M. Trudel:** ...sur cet aspect-là. Un autre aspect aussi. Est-ce qu'il y a une certaine forme de comité de bénéficiaires que l'on retrouve dans vos établissements, généralement?

**M. Pageau:** Oui. Une certaine forme. Ce n'est généralement pas un comité de bénéficiaires

qui répond aux normes du ministère, mais il y a un comité de bénéficiaires fonctionnel.

**M. Trudel:** En se dirigeant peut-être, comme avenue, vers une certaine partie - oui, je prends votre hypothèse - qui serait conventionnée, vous seriez d'accord pour obéir aux règles générales prévues par le projet de formation des comités de bénéficiaires, avec tous les pouvoirs, etc. Seriez-vous pleinement d'accord avec cela?

**M. Pageau:** Oui, oui.

**M. Trudel:** Pour suivre les règles au complet, même avec seulement une partie qui serait conventionnée.

**M. Pageau:** Écoutez, c'est une question... Oui. On n'est pas contre le comité de bénéficiaires si ça peut nous aider à bien gérer notre centre d'accueil et surtout à accroître la qualité de vie du bénéficiaire.

**M. Trudel:** Juste une petite remarque là-dessus. Je pense que tous les membres de l'Assemblée nationale qui sont ici - et ce n'est pas une question de blâme ou de tirer sur le privé, sur le genre d'institution que vous dirigez - il nous arrive assez fréquemment de recevoir... Je ne dis pas que ce sont spécifiquement les centres qui sont dans votre association, dans votre regroupement provincial, mais on est l'espèce de déversoir pour faire valoir leurs droits et ce qu'ils devraient avoir dans ces centres-là compte tenu du coût qu'ils ont; on les a souvent dans nos bureaux de député et on est obligés de dire: Bien, vous êtes en matière privée. Vous êtes dans un centre privé et votre privilège, c'est de vous retirer.

**M. Pageau:** Est-ce que vous partez de centres d'accueil avec permis du ministère ou si vous parlez de résidences, de chambres et pension ou de n'importe quel système qui s'appelle privé?  
(21 heures)

**M. Trudel:** À mon avis, il y en a un peu partout, mais avec permis aussi, souvent. En tout cas, moi, j'en reçois dans le comté. Ce n'est pas pour jeter un blâme complet. C'est pour ça que je parle des comités de bénéficiaires, parce qu'il y a toujours un certain nombre de problèmes qui peuvent se présenter et une des bonnes façons - et ce n'est pas pour rien qu'on l'a institué au public - de gérer cela, c'est de donner un certain nombre de droits ou de créer des canaux pour faire valoir les droits dans le secteur public, pour autant que le secteur privé voudrait se plier à ça aussi parce que les services que vous donnez, on paie pour un certain type de services. Les bénéficiaires, je pense, auraient le droit, mais je sais qu'on est en matière privée, si on discute uniquement des

centres complètement autofinancés, mais, si on s'en va en termes de conventionnés, je ne pense pas que l'État devrait avoir la pensée de dire: On est en matière de moitié-moitié ou quelque chose du genre. Ça va être tout l'un ou tout l'autre. Si l'État intervient au niveau financier et au niveau des services...

**Le Président (M. Joly):** En conclusion, s'il vous plaît!

**M. Trudel:** ...en allouant des ressources, qu'on se plie également aux règles. Vous m'avez répondu oui là-dessus.

**M. Pageau:** Oui, oui.

**M. Trudel:** Ça va. Merci, M. Pageau.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député. Je pense que toutes les parties ont posé les questions nécessaires...

**M. Côté (Charlesbourg):** En terminant, j'aimerais dire à M. Pageau que, globalement, je ne m'inquiète pas plus qu'il ne faut de ses institutions qu'il représente. Étant au permis, les gens savent qu'il doit y avoir un minimum de respect. Ce sont davantage les foyers clandestins qui doivent être l'objet de notre inquiétude à ce moment-ci sur le plan du minimum de services à donner. Il s'agit de faire une campagne électorale pour s'apercevoir, en faisant du porte-à-porte ou en rencontrer à l'occasion, que c'est davantage ceux-là. Ce n'est pas chez vous que... C'est inquiétant pour vous autres sur le plan financier, compte tenu de l'alourdissement... Je comprends ça. Il y a des besoins aussi ailleurs au niveau, en particulier, des foyers clandestins. C'est là-dessus qu'il faudra porter notre attention. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Donc, au nom des membres de cette commission, je tiens à remercier les membres de la Corporation des établissements privés pour personnes âgées. Merci d'avoir été avec nous et nous avoir présenté votre mémoire.

Je demanderais aux représentants de l'Office des personnes handicapées du Québec de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Bonsoir, mesdames, bonsoir, M. Mercure. J'apprécierais si vous pouviez présenter les gens qui vous accompagnent.

#### Office des personnes handicapées du Québec

**M. Mercure (Paul):** Oui. À ma droite, vous avez Mme Christine Gourgue, qui est membre du conseil d'administration et du comité exécutif de l'Office, et, à ma gauche, Mme Lise Constantin, conseillère à la coordination nationale au service de la coordination et de la recherche.

**Le Président (M. Joly):** Même si je sais que vous êtes familier avec les procédures, M. Mercure, je me permets de vous rappeler que vous avez une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire et, par après, le temps... Même un peu plus, à ce qu'on me fait mention. Par après, la balance du temps demeure un temps privilégié pour les parlementaires des deux partis pour vous poser les questions nécessaires. Merci. Allez.

**M. Mercure:** Merci, M. le Président. L'OPHQ a participé à la réflexion menant aux orientations gouvernementales que le présent projet de loi veut traduire. C'est avec satisfaction que nous avons retrouvé dans les orientations gouvernementales les principes auxquels nous adhérons nous-mêmes. Notre principale préoccupation a été de vérifier si les modalités organisationnelles proposées dans le projet satisfaisaient bien aux conditions qui nous apparaissent nécessaires pour assurer l'accès aux services, la participation de la personne à la gestion des services qu'elle reçoit, la participation des clientèles à l'administration des systèmes et le respect du droit à des services de santé et des services sociaux adéquats pour toutes les personnes handicapées.

D'une façon générale, nous ne pouvons que souscrire aux objectifs et aux finalités inscrits dans le projet de loi. Nous sommes heureux de la formulation utilisée dans l'article 1. Cette notion de santé et de socialité dans un espace de liberté et d'équilibre correspond à ce que nous souhaitons pour tous les Québécois et que nous avons essayé de faire progresser dans nos interventions pour l'intégration sociale des personnes handicapées.

C'est d'abord pour celles-ci que nous voulons nous assurer que les objectifs généraux énoncés dans la loi trouveront à s'actualiser de la façon la plus harmonieuse possible. La politique d'ensemble "À part... égale" proposait à la société québécoise un modèle d'apparition du handicap, mais aussi un modèle d'intervention que l'on peut appliquer à la nouvelle loi.

Il existe un grand nombre d'agencements et de combinaisons possibles dans l'aménagement des systèmes de distribution de services de santé et de services sociaux. Aussi, importe-t-il de circonscrire le plus clairement possible les objectifs de ces systèmes. C'est pourquoi nous désirons attirer l'attention de la commission sur le premier paragraphe de l'article 2 de l'avant-projet de loi. On y dit que les services prévus seront dispensés en vue, entre autres, de favoriser la réadaptation des personnes. Nous savons que certaines personnes handicapées, atteintes dans leurs possibilités intellectuelles ou psychiques, requièrent non pas de la réadaptation, mais une aide particulière pour vivre en société de manière active et de la façon la plus autonome

possible. Aussi, nous proposons d'ajouter cette notion d'adaptation pour que le texte se lise: Favoriser l'adaptation et la réadaptation des personnes.

Permettez-nous d'attirer votre attention sur les conditions préalables à la participation des individus et des groupes à l'instauration, l'administration et au développement des services qui leur sont destinés. Pour les personnes handicapées, cela suppose des conditions particulières portant sur la compensation des limitations fonctionnelles. On devra donc s'attacher à mettre en place des moyens de communication adaptés à leurs incapacités.

Pour les personnes ayant des déficiences sensorielles, l'élimination des barrières consistera à utiliser des moyens de communication en médias substitués. Afin d'assurer un bon fonctionnement aux services et l'élimination d'un certain nombre d'obstacles à la pleine participation des personnes ayant des déficiences, nous recommandons qu'un cinquième paragraphe soit ajouté à l'article 2 de la loi. Les personnes handicapées, comme les personnes des différentes communautés culturelles du Québec, devraient recevoir une attention particulière. Voici le paragraphe que nous vous proposons d'ajouter: 5° Favoriser l'accès à des services de santé et des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes.

Le chapitre II du projet de loi nous apparaît très important. Le droit de l'information qu'assure à toute personne l'article 5 exige les adaptations des modes de communication. Il nous apparaît donc souhaitable que les régies régionales aient le devoir d'élaborer un programme portant sur l'accès à l'information, sur les services et les ressources aussi bien qu'un programme portant sur l'accès aux services eux-mêmes.

Le programme d'accès prévoirait des modes de communication entre professionnels et clients ayant des limitations fonctionnelles. Il prévoirait aussi les communications entre les établissements et la population, notamment, au moment de la séance annuelle d'information publique. Le règlement de la régie régionale, prévu à l'article 70, devrait refléter ce programme d'accès.

Nous sommes heureux de constater que le droit au plan de services individualisé est affirmé dans la loi. Nous proposons toutefois que l'article 9 soit plus spécifique à cet égard. Nous recommandons que soient ajoutés à l'article 9 les éléments suivants: Ce plan de services doit assurer la planification et la coordination des services et ressources requis pour la mise en oeuvre et être élaboré selon une évaluation globale des besoins du bénéficiaire. L'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause doit voir à son élaboration en collaboration avec le bénéficiaire ou son représen-

tant. Il doit, le cas échéant, tenir compte des ressources extérieures au système de services de santé et des services sociaux, parce que le plan de services doit déborder dans tous les domaines où une personne a des besoins.

L'article 8 établissant le droit de toute personne de participer à l'élaboration du plan d'intervention correspond à nos attentes. Toutefois, pour nous, l'article 149 ne reflète pas suffisamment ce droit. Il indique que l'établissement doit élaborer un plan d'intervention pour chaque bénéficiaire. Il ne lui crée cependant pas l'obligation d'impliquer ce dernier dans cette élaboration, ni de l'informer, sauf s'il survient un changement important. Le dernier paragraphe de cet article trahit encore plus le décalage entre l'article 8 et les devoirs que l'on attribue aux établissements. Il y est indiqué que l'établissement doit informer le bénéficiaire de tout changement important à son plan d'intervention. Si le bénéficiaire participait vraiment à la décision, aucun changement ne pourrait se produire sans qu'il en soit informé. Nous recommandons donc un ajout à l'article 149.

L'article 43 forme un conseil d'administration responsable d'un ensemble d'établissements où peuvent se trouver regroupés CLSC, centre hospitalier général, spécialisé ou psychiatrique, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation pour toxicomanes ou personnes ayant des déficiences intellectuelles ou physiques. Nous comprenons que ce mode d'organisation correspond à un souci d'intégration des services. Nous nous demandons cependant, et nous avons des inquiétudes, si ces conseils pourront arbitrer entre les demandes de leurs diverses composantes. Nous craignons de voir les centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle en particulier jouir d'une écoute amoindrie s'ils étaient juxtaposés à des établissements hospitaliers.

Des moyens spécifiques devraient être prévus pour assurer l'équilibre dans la réponse à l'ensemble des besoins. Dans la composition des comités de bénéficiaires, nous demandons une prépondérance accrue des bénéficiaires eux-mêmes. Nous demandons que l'on augmente à trois le nombre de leurs représentants en diminuant à un membre la représentation des bénévoles. Ces comités devraient être consultés par les établissements lorsque ceux-ci veulent édicter des règlements susceptibles d'avoir un impact sur les conditions de vie des bénéficiaires. Il importe que ces comités se voient garantir un minimum de moyens matériels et de conditions leur permettant de s'acquitter de leur mandat. Si c'était fait d'une façon statutaire, ça leur permettrait une véritable autonomie.

Par ailleurs, pour certains, la pratique ne leur a pas encore permis d'atteindre le niveau de maturité correspondant au mandat proposé. L'Office sera heureux de concourir au soutien de

ces comités selon leurs besoins.

Dans le même souci de participation, nous souhaitons que l'on retrouve au conseil d'administration au moins une personne représentant les personnes handicapées. Celle-ci devrait être nommée à la suite d'une consultation des organismes les plus représentatifs des personnes handicapées du territoire.

Nous sommes préoccupés par ailleurs par l'article 57 concernant la qualification des membres des conseils d'administration. À l'alinéa 2, il nous semble exclure une gamme trop étendue de personnes. Nous pensons que les employés des établissements devraient être admissibles au conseil d'administration d'établissements autres que celui avec lequel ils ont des liens contractuels.

L'office désire attirer l'attention de la commission sur l'article 230 du projet de loi qui traite des subventions aux organismes communautaires, notamment en ce qui concerne la promotion et la défense des droits et des intérêts des usagers. Étant donné les pouvoirs de l'Office concernant le financement des organismes de défense des droits et des intérêts des personnes handicapées, les articles 230, 232, 233 du projet de loi devraient faire l'objet de discussions entre l'Office et le ministère, afin d'arriver à des formulations reflétant les rôles que pourraient exercer la régie, l'Office et le ministère, respectivement.

Enfin, l'Office est persuadé de la nécessité de la coexistence de voies de recours et de révision interne et de mécanismes indépendants pour garantir les droits des bénéficiaires, sans exclure, bien sûr, la possibilité de recours judiciaires. Il faut se prémunir contre le risque que la consultation des organismes communautaires prévue au paragraphe 3 de l'article 238 ne devienne qu'une simple formalité. La régie régionale devra faire surgir de la communauté un consensus déterminant le choix de l'organisme chargé d'aider et d'accompagner le bénéficiaire qui désire porter plainte.

L'article 11 de l'avant-projet établit le droit qu'a toute personne de porter plainte. Nous voulons qu'il soit formulé de manière à préciser qu'un organisme communautaire ou une association intéressée aux services ou le représentant légal du bénéficiaire puisse porter plainte à la place du bénéficiaire.

Dans ses orientations, Mme la ministre Lavoie-Roux avait affirmé la nécessité d'un mécanisme de recours ultime, indépendant et doté de pouvoirs d'enquête et d'intervention pour l'application des lois et la prestation des services. Le projet de loi n'apporte pas, à cet égard, les changements que nous espérons. Compte tenu du diagnostic que posait la ministre et de notre propre réflexion sur la protection des droits des personnes handicapées, nous demandons que la future loi confie au Protecteur du citoyen les nouveaux mandats annoncés dans

le document "Orientations - Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec". Nous attendons avec confiance l'actualisation de cette mesure ainsi que la révision des statuts des corporations professionnelles.

(21 h 15)

Compte tenu de ses mandats, l'Office concourra à l'actualisation d'une réforme des services de santé et des services sociaux en priorisant les services de support à la famille, l'application du plan de services et un soutien accru au mouvement associatif des personnes handicapées.

Lorsqu'on juin 1978 l'Assemblée nationale adopta unanimement une loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, elle a ouvert une voie vers l'autonomie et l'égalité dans notre société. Elle mit à leur disposition une ressource pour leur faciliter ce cheminement: l'Office dont j'ai l'honneur d'être président. Malgré les progrès accomplis depuis 1978, nous sommes persuadés que notre concours reste encore nécessaire. Nos bureaux régionaux reçoivent encore beaucoup de demandes d'aide, motivées non pas uniquement par l'absence de ressources financières, mais aussi par les barrières que constituent l'incompréhension, la méconnaissance des problèmes, les pratiques bureaucratiques ou, même, le non-respect de la personne différente dans son corps ou dans son esprit.

Notre mission est toujours d'actualité. C'est pourquoi nous désirons assurer la commission de notre concours actif à un système renouvelé de distribution des services sociaux et de soins de santé. L'Office a été créé à la demande des personnes handicapées, principalement pour favoriser la coordination des services en vue de leur intégration sociale, professionnelle et scolaire. Ayant eu à intervenir dans différents systèmes de distribution de services, nous sommes bien au fait de l'implication de divers réseaux, de l'ensemble des ressources à mettre en oeuvre et de la dynamique menant à l'élaboration et à la réalisation des plans de services. Nous avons d'ailleurs été les promoteurs de cette approche, au Québec.

Au-delà de l'aide matérielle qu'il nous a été trop souvent contraint d'apporter pour pallier aux carences des programmes existants, l'Office souhaite que son expertise puisse être mise à profit là où elle est la plus nécessaire: dans la communauté. Nous souhaitons que le personnel de nos bureaux régionaux soit mis à contribution pour faciliter l'ouverture du système de distribution des services aux besoins des personnes handicapées et la réponse à ces besoins, dans le respect de la dignité, de l'autonomie et des choix des personnes handicapées, peu importe leur type de déficience.

Je remercie les membres de la commission de leur invitation et les assure de notre entière collaboration.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le président. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, s'il vous plaît.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci. Je veux souhaiter la bienvenue à M. Mercure, ainsi qu'aux gens du conseil qui l'accompagnent. Dans le mémoire qui nous a été remis, à la page 2, il est dit, au milieu du deuxième paragraphe: "Or, le document "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec" lui a paru - en parlant de l'Office, bien sûr - Ignorer trop facilement la politique "A part... égale" et le mouvement social qui la sous-tend." J'aimerais peut-être vous entendre un peu plus là-dessus. Je dois vous dire honnêtement que ce n'était pas l'impression des gens qui ont travaillé sur le document. Évidemment, étant dans le document, on n'a pas toujours la même perception que ceux qui sont à l'extérieur et qui peuvent l'analyser pas mal plus détachés. Alors, j'aimerais peut-être vous entendre davantage là-dessus puisque, effectivement, "À part... égale" est un document de référence tout à fait exceptionnel.

**M. Mercure:** Peut-être que je voudrais nuancer le sens premier de cette expression-là. C'est que c'est sûr qu'on a dit, à plusieurs reprises, que ce document-là s'inspirait de "À part... égale". La question peut-être un peu difficile, c'est que "À part... égale", évidemment, s'intéressait à tous les réseaux de services et aux responsabilités de l'ensemble des ministères. Aussi, l'approche "plan de services" est une approche globale sur l'ensemble des besoins de la personne handicapée. Je demanderai peut-être à Mme Constantin de préciser, mais c'est dans ce sens-là de la globalité des besoins et de la nécessité de la coordination interréseaux. Je pense que, dans un document spécifique à un ministère, on n'a pas retrouvé la préoccupation de rejoindre les autres réseaux, de se coordonner et de s'assurer que la réponse, par exemple, à des questions comme le transport ou l'éducation arrive en même temps que celles qui concernent la réadaptation, les besoins de santé et les besoins d'aide technologique, par exemple. Je ne sais pas si, Mme Constantin, vous voulez compléter.

**Le Président (M. Joly):** Madame.

**Mme Constantin (Lise):** Je crois que la référence est peut-être implicite, mais elle n'est pas explicite et c'est ce qui satisferait les personnes handicapées, le mouvement associatif des personnes handicapées et les gens qui croient en "À part... égale". Il aurait été peut-être intéressant de s'y référer. C'est pour ça que je dis que ça traverse sans doute les orientations et l'avant-projet de loi. Mais nous aurions aimé que ce soit peut-être davantage mis en évidence.

**M. Côté (Charlesbourg):** Plus explicite.

**Mme Constantin:** Plus explicite.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça va. Dans l'avant-projet de loi, on définit le droit de l'utilisateur. On le définit comme suit, à l'article 14: droit au service, droit à l'information, droit à l'intégrité physique, droit à un plan de services individualisé dans certaines circonstances, droit d'exercer un recours, droit à l'assistance, droit à la protection et, enfin, droit de recevoir des services dans sa langue, selon certaines dispositions. Évidemment, dans votre présentation, vous avez repris un certain nombre de droits à l'accessibilité, au plan de services, d'être informés. Est-ce que ça vous apparaît... Je l'ai posée à d'autres intervenants, la semaine dernière, compte tenu de votre niveau de représentativité, je vais aussi vous la poser. Est-ce que ça vous apparaissait complet? Est-ce que c'est suffisamment englobant pour qu'on puisse le maintenir tel qu'il est?

**M. Mercure:** Disons que c'est...

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est l'article 4.

**M. Mercure:** Excusez! Je pense que c'est une bonne nomenclature. Je pense que la définition des droits, évidemment, au début de la loi, c'est essentiel. Mais je pense que notre préoccupation, au-delà de la définition des droits, c'est l'assurance qu'il y a des mécanismes de révision et de recours internes et, en particulier, un mécanisme de recours indépendant qui peut permettre que les droits qui sont exprimés ici puissent, dans un cas particulier, vraiment se réaliser dans le concret. Mme Gourgue.

**Mme Gourgue (Christine):** Je ne sais pas si vous faites allusion aux différents endroits où on mentionne, entre autres, au niveau du plan de services, que la personne y participe. Ici, on parle de droit de recevoir des services. C'est bien dit, mais je crois que, lorsqu'on entre dans les détails, c'est très bien, au niveau des gestionnaires du réseau, que ce soit répété et que ce soit vraiment explicite. Malheureusement, au niveau des plans de services, lorsqu'on lit que c'est l'établissement qui est responsable de mettre en place des plans de services, je pense qu'il est important que la personne... Je pense qu'on tente de responsabiliser des gens face à leur propre santé, mais je pense qu'il est peut-être temps de les impliquer aussi dans les différents mécanismes. Déjà, au départ, lorsqu'on parle de plan de services, j'entends une autre version où on parle de plan de soins. Je trouve très malheureux d'entendre ça dans le réseau, actuellement, parce que, pour moi, le plan de soins, c'est vraiment au niveau médical et infirmier. Mais je pense que, lorsqu'on essaie

d'amener un nouveau concept, on se doit aussi de changer les termes. Je pense que la personne doit être beaucoup plus considérée dans le système, actuellement, et dans tout le processus, entre autres, dans les plans de services.

**M. Mercure:** Peut-être, M. le ministre, si vous me le permettez.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Mercure:** Je voudrais aussi signaler qu'il y a une phrase, ici... C'est l'expression: "Compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services..." Dans un article comme celui-là...

**M. Côté (Charlesbourg):** M. Mercure, à quel article?

**M. Mercure:** À l'article 4.

**M. Côté (Charlesbourg):** L'article 4? O.K.

**M. Mercure:** Un article comme celui-là, évidemment, c'est bien sûr que ça a pour effet d'atténuer sensiblement la définition du droit. Disons que...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Évidemment, ce que je comprends, c'est: Libellé comme il est, il peut être limitatif...

**M. Mercure:** Oui, il peut être limitatif.

**M. Côté (Charlesbourg):** Il peut être limitatif. Mais j'ai l'impression que le législateur, à tout le moins le concepteur de cette législation, inspiré probablement par certaines orientations, a décidé que c'était bon de le mettre là pour ne pas qu'on se retrouve devant une situation où on demande n'importe quoi n'importe où n'importe quand. Je comprends un peu l'interprétation que vous en faites un peu avec inquiétude parce que ça pourrait être restrictif et, évidemment, je comprends très bien aussi la notion de plan de services que vous évoquez ou de plan de soins. J'espère que ce n'est pas trop répandu dans le réseau parce que vous avez dit tantôt: On entend ça davantage dans le réseau maintenant en termes de plan de soins au lieu de plan de services. Vous avez raison d'être inquiet et, en me le communiquant, vous m'inquiétez un peu aussi. On aura certainement l'occasion d'en rediscuter dans d'autres forums.

Je voudrais revenir au support des comités de bénéficiaires. Vous le voyez comment? Une expérience est en cours actuellement au niveau de la santé mentale. Comme c'est quand même très jeune, je pense qu'on peut se servir de cette expérience-là pour tenter d'éviter les erreurs, s'il y en a, dans ce cas-là. Le comité de

bénéficiaires en centre hospitalier de courte durée, je ne suis pas sûr qu'il serait très utile parce que, le temps de revendiquer, possiblement que le patient, le bénéficiaire sera déjà sorti de l'hôpital. C'est peut-être dans des établissements de plus longue durée. Mais j'aimerais vous entendre là-dessus davantage, sur le support à apporter aux comités de bénéficiaires.

**M. Mercure:** C'est une question qui, personnellement, m'intéresse beaucoup. J'ai moi-même participé pendant un certain temps au travail d'un comité de bénéficiaires dans un centre d'accueil pour déficience intellectuelle. Je pense que c'est très important que le support aux comités de bénéficiaires provienne de l'extérieur, au moins en partie, pour assurer une certaine indépendance de fonctionnement. Ce que je verrais, c'est qu'un organisme comme le nôtre ou un organisme comme le Comité provincial des malades, qui s'intéresse beaucoup à cette question-là, ou d'autres associations, ou même qu'éventuellement une fédération des comités de bénéficiaires apporte un certain support pour donner de la formation et pour expliquer aux comités de bénéficiaires différentes méthodes pour obtenir le respect de leurs droits. Je pense que c'est très intéressant et très important. Je verrais même que l'on ait un mode... Il y a un certain financement peut-être très minimal qui est nécessaire et je verrais très bien qu'on ait un programme de subventions statutaire, à condition qu'il soit statutaire, pour empêcher... Parce que, dans le moment, on sait que les comités de bénéficiaires sont déjà là, en principe, dans la loi, qu'ils ont déjà une définition assez précise et qu'ils ont la responsabilité d'intervenir dans le domaine des droits. Mais on sait très bien - et je dis ça en toute connaissance de cause parce que j'ai discuté avec d'autres organismes de défense des droits sur cette question-là - et dans beaucoup de cas, qu'ils sont récupérés par les administrations et ils sont orientés vers des activités comme les loisirs, des activités un peu moins dérangeantes.

Moi, je crois beaucoup à la vie active des comités de bénéficiaires supportés par un mode de subventions statutaire et un support externe pour leur animation et pour leur formation. Moi, je crois plus à ça qu'à l'ombudsman dans les établissements. Je pense que l'ombudsman peut plus facilement être récupéré et ça arrive. Il peut plus facilement se sentir solidaire de l'ensemble de l'établissement que le comité de bénéficiaires.

**M. Côté (Charlesbourg):** Si je comprends, c'est pour s'assurer qu'il ait les moyens de travailler, il faut qu'il soit indépendant, indépendant de fortune. Ce que vous nous dites, c'est que...

**M. Mercure:** Ce ne sont pas des montants

considérables tout de même, mais...  
(21 h 30)

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non d'accord. Je comprends, mais ce que vous nous dites, c'est que dans la mesure où l'ombudsman vient de l'institution il est récupéré règle générale par l'institution - bon, c'est normal - et que, dans ce cas-là, on devrait avoir une structure de support sur le plan financier, quelque chose de léger qui nous permettrait de supporter le comité des bénéficiaires mais qui s'occuperait d'autres choses que le loisir.

**M. Mercure:** C'est ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Gourgue:** Il y a peut-être un autre point. On parle de financement mais je pense qu'il y a un point qui est très important. Pour avoir été dans l'implantation du Comité des résidents de Robert-Giffard, il est évident que, pendant un certain temps, on tentait de les garder au niveau du loisir. Déjà, d'aller chercher le financement auprès de l'établissement, il a fallu manoeuvrer et louvoyer assez subtilement. D'autre part, ce qui se produit, c'est que dans tout le mécanisme de demandes, ne serait-ce que d'essayer de se trouver un bureau etc., les gens, il y en a qui ont été un peu pris en charge par les gens qui y travaillent. On a pensé pour eux et là, tout à coup, bon bien, c'est quoi vos besoins?

En plus du financement, je pense qu'il y a énormément d'éducation à faire pour passer à travers toute la bureaucratie, pour réussir à se faire entendre parce qu'avant les mécanismes n'étaient même pas là. Donc, c'est de développer des mécanismes au sein de ces comités pour qu'il y ait vraiment une écoute en bout de ligne. Et je pense que ça, c'est très important. Je veux dire, ça peut s'appeler politiser ce comité de résidents.

Et je reviens un peu à ce que vous avez mentionné par rapport à des centres qui ont des permis de moyenne durée et de longue durée, pourquoi pas de courte durée? Je pense que, lorsqu'on parle de personnes qui utilisent des services, on peut peut-être aussi parler des utilisateurs de services. Je ne vois pas pourquoi, dans un établissement de courte durée, il n'y aurait pas un comité de bénéficiaires qui soit là pour s'assurer que des services sont adéquats aussi. J'ai de la difficulté à concevoir que c'est strictement dans la moyenne et la longue durée qu'il faut que les gens résident pendant un certain temps et que c'est dans ces établissements-là qu'il y a les services ou les qualités de vie; je pense qu'il y a peut-être aussi dans la courte durée...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je m'interrogeais parce que, effectivement, si la moyenne de

séjour est de sept ou huit jours par bénéficiaire dans la courte durée, évidemment, l'idée étant qu'on doit offrir certains services, il y a une rotation quand même assez importante. Évidemment, vous soulevez un point qui a... Vous avez tout à fait raison, peu importe que ce soit Pierre, Jean ou Jacques, il faut bien sûr s'assurer que le centre de courte durée donne des services à ses bénéficiaires. Alors, pris sous cet angle-là, c'est sûr que ça pourrait être le cas aussi. Je pensais que c'était peut-être d'abord prioritaire pour ceux qui sont là à moyen et long termes. Évidemment, tout est question de mesure là-dedans. Alors, ça va, M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

**M. Chevette:** Merci, M. le Président. Je voudrais demander au président si c'est lui ou un de ses collaborateurs qui, dernièrement, écrivait une lettre à certains bénéficiaires pour leur dire: Si vous avez des revendications, allez voir vos députés!

**M. Mercure:** Ce n'est pas moi.

**M. Chevette:** C'est qui?

**M. Mercure:** Ça peut être certains employés de l'Office et ça peut arriver que, et ce n'est pas une excuse que je veux faire, dans certaines situations budgétaires difficiles les employés, en première ligne, arrivent à poser des gestes qu'on ne poserait pas à tête reposée, dans des circonstances très confortables. Donc, il peut arriver que ce genre de lettre soit envoyée mais ce n'est pas moi...

**M. Chevette:** Êtes-vous au courant s'il y en a eu?

**M. Mercure:** Pardon?

**M. Chevette:** Êtes-vous au courant qu'il y en a eu?

**M. Mercure:** Oui.

**M. Chevette:** Êtes-vous au courant qu'il y a eu des appels téléphoniques aussi?

**M. Mercure:** Bon, disons que j'ai moins de contrôle sur les appels téléphoniques, M. le député.

**M. Chevette:** Vous avez des contrôles sur les lettres?

**M. Mercure:** Oui, les lettres, je les vois. Oui, j'en vois un certain nombre mais probablement que je vois...

**M. Chevette:** Qu'est-ce qui manque présentement à l'Office pour que celui-ci puisse exercer pleinement son travail pour réussir à passer son test de civilisation?

**M. Mercure:** Bon, je pense que peut-être on peut dire qu'il manque des budgets, on ne serait pas tout seul à dire ça.

**M. Chevette:** Mais là je ne le demande pas aux autres, je le demande à vous.

**M. Mercure:** Il manque une définition claire aussi du rôle principal de l'Office dans le sens que moi j'ai souvent tenu ce langage-là, et je pense qu'on va devoir demander au gouvernement de se prononcer à nouveau sur le transfert des programmes de soutien direct. Je pense qu'on ne peut pas être en même temps un organisme de défense de droits, de coordination, un organisme horizontal de collaboration avec tous les réseaux de services et, en même temps, intervenir directement, en première ligne, dans le financement des services.

**M. Chevette:** Vous savez qu'il existe certains organismes - je ne sais pas combien il y en a, il y en a peut-être qui se sont ajoutés - comme Le Bouclier et, à Hull, je ne me souviens pas du nom, qui négocient des contrats de services avec les établissements existants pour ne pas créer de duplication et qui, je pense, jouent un rôle de complémentarité au point de vue de l'accessibilité des personnes handicapées.

**M. Mercure:** Le Bouclier est un centre d'accueil qui n'est pas institutionnel, qui n'a pas de ressources d'institution.

**M. Chevette:** Exact.

**M. Mercure:** Je pense que vous faites allusion à une idée nouvelle qui est expérimentée aux États-Unis et, en particulier, au Canada, à Vancouver, où on conçoit un système de services beaucoup plus souple - on appelle ça le courtage de services - et où on apporte le financement, non pas à l'établissement, mais à une corporation, et le financement est apporté pour un individu, pour chaque individu. On achète des services dans la communauté à moindre coût et à l'endroit où c'est le plus efficace. Je pense que c'est quelque chose d'intéressant. Ce n'est pas très compatible avec notre structure très complète d'établissements et de mandat, mais il serait certainement très utile de continuer l'expérimentation dans ce domaine-là.

**M. Chevette:** Est-ce que l'OPHQ suit de près ces... Il me semble que ce sont deux ou trois groupes au maximum qui vivent ce genre d'expérience de courtage de services. Est-ce que vous suivez ça de près, vous autres?

**M. Mercure:** Disons qu'on les suit moyennement de près. On est au courant et il y a des expériences qui sont promues par des associations avec lesquelles on est en contact constant. Je pense que c'est peut-être une solution à la difficulté de fonctionner avec l'idée du plan de services, parce que le plan de services, évidemment, dans un contexte comme ça, il est l'outil tout indiqué pour vraiment évaluer l'ensemble des besoins et trouver des solutions à l'ensemble des besoins au même instant et dans un contexte très peu structuré et, je le pense, avec des avantages au plan financier aussi.

**M. Chevette:** Je pense exactement la même chose. C'est pour ça que je souhaite qu'on puisse peut-être, à moyen terme, comme commission en tout cas, questionner cette formule parce qu'il m'apparaît que ça favorise l'accessibilité à des services que, autrement, des gens n'auraient même pas le loisir d'aller chercher et, par l'intermédiaire de leurs structures, ils ont accès à certains services et il y a une intégration sociale que vous recherchez, plus facile, plus correcte et plus décente à par ça.

Une dernière petite question que je vous poserais. Il y a énormément de demandes financières - il n'y a pas de cachette - auprès de l'OPHQ et, si ma mémoire est fidèle, à peine deux ou trois mois après la parution du budget, déjà, on se butait - en tout cas dans nos bureaux de comté, à ce qu'on nous disait, et je pense que ce devait être la même chose partout - à la réponse suivante: Il n'y a plus aucune disponibilité financière. À quoi attribuez-vous ce court laps de temps, tout de suite après, et qu'il n'y ait plus rien? Est-ce dû au fait que vous traitez... Il faudrait peut-être que vous m'informiez comment vous traitez les dossiers, parce qu'on dit aux gens, nous autres, aux mois de janvier, février, mars: Attendez, le 1er avril s'en vient. Il va y avoir un budget. Rendu au mois de mai, les gens nous disent: Ça ne donne plus rien de le demander, il n'y en a plus. Comment traitez-vous vos dossiers pour qu'on puisse peut-être s'ajuster?

**M. Mercure:** Disons que parfois c'est dit, alors que ça devrait être explicité davantage, ce qu'on veut dire par là. Même actuellement, il n'y a pas carence de budget à l'Office. On continue à fonctionner à partir de budgets additionnels qui nous ont été attribués.

Le problème, c'est qu'on a des listes d'attente et, quand quelqu'un arrive et qu'il n'est même pas sur la liste d'attente, on lui dit qu'il n'y a pas disponibilité budgétaire. On lui dit ça dans les bureaux régionaux.

**M. Chevette:** Je vous arrête, M. le président, parce que, là-dessus, dans ce cas-là, on serait beaucoup mieux, comme élus, nous, de savoir exactement ces faits parce qu'on leur

donne - et je vous avoue... ils ne doivent pas tous être des menteurs, ils nous disent tous la même chose - la réponse suivante: Il n'y a pas de crédits. Si c'est parce que vous traitez des listes d'attente qui n'ont pas été vidées les années antérieures, on serait bien mieux de répondre ça parce que nous passons pour des gens qui ne connaissons pas nos dossiers.

Je pourrais vous donner des noms d'individus qui s'en vont voir des personnes-ressources dans le milieu et qui répondent à nos bénéficiaires: Oui, il y en a de l'argent. Exactement ce que vous venez de dire. Puis, quand ils arrivent à l'Office pour faire la demande, ils disent qu'il n'y a plus d'argent. À l'intérieur même de la structure, il y a contradiction sur ce fait et nous avons l'air joliment mal pris dans ça. On répond quoi? On a une réponse de vous autres dans certains cas où il n'y a pas d'argent et de personnes du milieu du réseau qui connaissent les budgets et les programmes de l'Office qui disent: Pourtant, il y en a de l'argent, je suis allé à l'Office la semaine passée et ils m'ont dit qu'il y en avait. Il y a un ajustement à faire au niveau de l'information. Je ne le dis pas pour vous accabler de bêtises, je vous le dis parce que c'est important, je pense, que les vraies raisons sortent. On a à renseigner le public, nous, et c'est drôlement important.

La réponse que vous m'avez donnée, il y a un monsieur de Sainte-Julienne, qui est du comté de Rousseau, qui me l'a donnée. C'est exactement la même réponse que vous me donnez. Par contre, quand mon personnel appelle pour certaines demandes, on nous répond à l'Office qu'il n'y a plus d'argent. Il y aurait un réajustement dans l'information à donner. Je vous le dis comme conseil. Puis, ça nous servirait, nous aussi, comme élus du peuple qui recevons chaque lundi matin des personnes à qui on doit donner des informations justes. Après ça, il nous disent: Coudon, est-ce qu'il y en a ou non? T'es-tu renseigné ou si tu voulais te débarrasser de moi? Il y en a peut-être quelques-uns qui ont le goût de nous liquider vite. Êtes-vous conscients de ça?

**M. Mercure:** Oui, je suis conscient de ça. Je dois peut-être compléter ma réponse en disant qu'il y a quand même des secteurs comme l'intégration scolaire, cette année, où on a eu des difficultés budgétaires qui persistent encore, qui sont très importantes. À ce moment-là, si ce sont des cas qui sont en instance d'intégration scolaire, la réponse, étant donné qu'on aura des budgets limités à l'intérieur de l'enveloppe pour cette activité, la réponse "on n'a pas d'argent cette année" était valable.

**M. Chevette:** Non, mais les gros refus, nous, c'est vraiment de l'aménagement pour accessibilité aux maisons. C'est vraiment sur ce

programme, je pense. Les grosses demandes et les plus grandes déceptions de la part des personnes handicapées, c'est vraiment au niveau de ce programme: pas d'argent pour une rampe d'accès suite à un accident, suite à beaucoup de problèmes.

**M. Mercure:** Pourtant, toutes les semaines, on émet des chèques et on paie des cas, seulement dans certaines régions, ce sont des cas qui sont en attente depuis douze mois. Si quelqu'un nous arrive maintenant, on va devoir lui dire: On ne pourra pas traiter votre demande avant X mois.

**M. Chevette:** Oui, mais c'est peut-être mieux de le dire de même, d'être très franc que de créer l'attente et l'espoir et, à ce moment, il y a une déception très profonde. Sans doute que vous serez d'accord avec moi, M. Mercure, le jour où on fait miroiter à la personne handicapée qu'elle doit se prendre en main, qu'elle doit s'intégrer socialement, qu'on va lui donner les moyens et qu'elle embarque dans des comités, qu'elle se motive et, le jour où elle veut se donner un service elle ne l'a pas, vous admettez que c'est encore pire pour une personne du genre qui est sortie de son milieu renfermé, qui a voulu participer. La frustration a des effets très négatifs.

**M. Mercure:** Oui, c'est vrai ça, mais je vais revenir encore sur le conflit des rôles. On forme notre personnel, nous autres, pour être des personnes qui sont du côté des personnes handicapées. On forme notre personnel pour les habituer à défendre leurs droits, à se prendre en main, à faire de la représentation. Il arrive que notre personnel qui ne peut pas donner une solution suggère à la personne de faire de la représentation. C'est normal. Mais nous, on n'est pas une structure de services. Ce qui n'est pas normal...

**M. Chevette:** On ne vous dit pas qu'on ne veut pas avoir de pression. On vous dit qu'on veut avoir les bonnes réponses.

**Mme Marois:** Si vous permettez, M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Mme la députée de Taillon et présidente de la commission, oui.

**Mme Marois:** Vous nous dites: Dans le fond, il y a un conflit de rôles, il y a un conflit de vocations, il serait bon qu'on se penche sur cette réalité. Est-ce que vous croyez que le rôle fondamental de l'Office - quitte à ce qu'on le change de nom, ce n'est pas grave - ça devrait être la promotion des droits, l'éducation, le travail sur les changements de mentalité et laisser à l'ensemble du réseau, comme c'est

généralement le cas, sauf quelques programmes précis, laisser l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux distribuer les services?

(21 h 45)

**M. Mercure:** Oui, c'est ma conviction, moi. J'ajoute, par exemple, que notre rôle veut aussi, est en fait aussi de conseiller le gouvernement en matière de législation et de réglementation, conseiller les ministères dans l'organisation des services en ce qui concerne les personnes handicapées et s'assurer une coordination interministérielle. C'est ça notre rôle fondamental. C'est assez clair dans la loi et c'est clair dans "À part... égale" aussi. Ce qu'on voudrait, c'est que les services...

**Mme Marois:** Revenir à cette vocation fondamentale.

**M. Mercure:** Exactement.

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme la députée. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, M. Trudel, et aussi critique en matière d'affaires sociales pour sa formation.

**M. Trudel:** À la page 11 de votre mémoire, vous touchez un aspect intéressant au niveau de la régionalisation, les conseils d'administration des régions régionales et les conseils d'administration unifiés. On peut vous comprendre, compte tenu de la position dans laquelle vous êtes. Ce que vous êtes en train de nous dire, et j'aimerais ça vous entendre un peu plus là-dessus si c'est possible, avec les conseils d'administration unifiés qui nous sont proposés, vous dites qu'on est en très grand danger que les hôpitaux mettent la main sur les CLSC, les services sociaux, les services de réadaptation et les services d'adaptation. C'est clairement ça que vous dites?

**M. Mercure:** Disons pas mettre la main peut-être, mais ce qu'on veut dire c'est que dans un même conseil d'administration, quand il y a des problèmes concernant des grosses structures, des gros budgets, des gros équipements, la préoccupation risque d'être monopolisée autour de ce genre de problème. Dans les centres d'accueil de réadaptation où, disons, les aspects proprement techniques sont moins importants, mais où il y a une nécessité de qualité de relations interpersonnelles, on pense que ce genre de problème risque d'être difficile à expliquer et difficile pour les représentants. On espère qu'il va y avoir quand même dans ces conseils d'administration suffisamment de représentants des centres de réadaptation pour la déficience intellectuelle, mais aussi pour la déficience du psychisme et la réadaptation physique. Mais on pense que les grosses structures, dans les conseils qui auront des gros hôpitaux, ça va prendre une partie importante de

la préoccupation du conseil. On a vécu ça aussi au niveau des CRSSS, l'importance des hôpitaux dans les conseils régionaux, alors on se dit: Bon, dans des structures, même au niveau des CLSC, où il y aura un ou deux gros centres hospitaliers, on pense que beaucoup de la discussion, beaucoup de l'orientation va tourner autour de ces deux gros établissements.

**M. Trudel:** Là-dessus, nous pensons pas mal la même chose. Vous voyez, depuis le début des travaux de cette commission, le rouleau compresseur de la santé et des spécialistes intervenants dans le secteur de la santé par rapport aux services d'adaptation et de réadaptation est très très clair y compris... Non, pas y compris cela. Ha, ha, ha!

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** C'est clair de l'autre côté aussi, cette semaine on en a parlé. Voyez, la réflexion qui est faite, c'est qu'il y a des gens qui sont dans ce système, en partie dans le système hospitalier, des professionnels qui ont comme lieu de travail l'hôpital et dont l'instrument est également l'hôpital. À cet égard, il y a comme une mainmise sur le système qui serait comme prolongée. Il y a des dangers réels qui sont présents, compte tenu de l'expérience et compte tenu aussi peut-être de l'expérience que vous avez, vous autres, à l'Office, quand vous transférez des programmes et que ça se retrouve dans un autre ministère ou direction qui, effectivement, direction ou ministère ou service, n'a pas la même préoccupation première. Donc, on se comprend vite là-dessus, c'est ce qu'on veut dire et je pense qu'on va vivre ça également, de façon assez aiguë, dans des conseils d'administration unifiés, en particulier, au niveau de nouveaux organismes qui sont apparus dans le décor relativement récemment et qui s'appellent les CLSC. Ils sont encore - je pense que tout le monde va en convenir - des instruments relativement fragiles au niveau de la prévention. Avez-vous quelques réflexions là-dessus, aussi?

**M. Mercure:** Disons que pour nous les CLSC sont la ligne d'entrée pour beaucoup des services dont les personnes handicapées ont besoin. C'est sûr que dans beaucoup de milieux, comme vous dites, les CLSC se sont formés récemment et n'ont pas le prestige et la capacité professionnelle qu'ont les grands centres hospitaliers. Mais, je parlais surtout... parce que notre préoccupation principale, c'est peut-être les centres d'accueil. Mais c'est aussi vrai pour d'autres ressources plus légères, effectivement.

**M. Trudel:** Merci, merci beaucoup.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député. Je pense que nous avons accompli ce que nous

avions à faire.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, je pense qu'il apparaît extrêmement important à ce moment-ci de dire un mot à... M. Mercure avait raison de l'évoquer, il faut requestionner le rôle et bien cibler ce que l'on doit demander à l'OPHQ. En lui demandant dans le passé et encore aujourd'hui d'être entre l'arbre et l'écorce, je pense que c'était très mal servir l'OPHQ à ce niveau-là. Dans ce sens-là, il y aura des rencontres très prochaines qui vont nous permettre d'élaborer un retour normal des choses, avec un calendrier. Ça, je pense que ce serait rendre justice à l'OPHQ, le rôle qu'on voulait lui donner étant un rôle de promotion, d'éducation et de défense des intérêts. Je pense que ce sera un rôle un peu plus confortable que celui que vous avez au moment où on se parle. Je tenais au moins à le dire parce qu'on l'a évoqué. Ça m'apparaît extrêmement important pour les gens qui s'occupent très activement de l'OPHQ. Merci.

**M. Mercure:** Mais l'inconfort, ça peut être utile parfois, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Bien, ça va faire comprendre l'inconfort de ceux qui vont prendre la relève au niveau des programmes. Merci.

**Une voix:** Appelez votre député!

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Je tiens à remercier les membres de l'Office des personnes handicapées du Québec et je vous souhaite bon retour. Je vous remercie d'avoir été avec nous.

**M. Mercure:** Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Alors, nous ajournons les travaux à demain matin, 10 heures.

(Fin de la séance à 21 h 53)