



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Auditions et étude détaillée du projet de loi 120 - Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (3)

Le jeudi 21 mars 1991 - No 66

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Table des matières

Auditions	CAS-3689
Groupe représentatif des médecins du Québec	CAS-3689
Conférence des CRSSS du Québec	CAS-3701
Groupe représentatif des associations syndicales du réseau de la santé et des services sociaux	CAS-3713
Fédération des CLSC du Québec	CAS-3725
Association des hôpitaux du Québec	CAS-3738
Association des centres d'accueil du Québec	CAS-3748
Dépôt de commentaires	CAS-3754

Intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Henri-François Gauthrin, président suppléant

M. Marc-Yvan Côté

M. Rémy Trudel

Mme Jocelyne Caron

Mme Cécile Vermette

- * M. Augustin Roy, Groupe représentatif des médecins du Québec
- * M. Clément Richer, idem
- * M. André Aubry, idem
- * M. Jean-Hugues Brossard, idem
- * M. Robert Marier, idem
- * M. Michel L'Allier, idem

- * M. David Levine, Conférence des CRSSS du Québec
- * M. Réginald Grenier, idem
- * M. Gilles Fortin, idem
- * M. Norbert Rodrigue, idem
- * M. Hubert Gauthier, idem

- * Mme Céline Lamontagne, Groupe représentatif des associations
 syndicales du réseau de la santé et des services sociaux
- * Mme Sylvie Boulanger, idem
- * M. Jean-Guy Frenette, idem
- * Mme Cécile Côté, idem
- * Mme Astrid Gagnon, idem

- * M. Maurice Payette, Fédération des CLSC du Québec
- * Mme Lise Denis, idem
- * Mme Jeanne-d'Arc Vaillant, idem
- * M. Jean Rodrigue, idem
- * M. Marcel Sénéchal, idem
- * M. Jacques Perreault, idem

- * M. Henri Favre, Association des hôpitaux du Québec
- * M. Paul Landry, idem
- * M. Léandre Nadeau, idem
- * M. Jacques Brunet, idem

- * M. Michel Clair, Association des centres d'accueil du Québec
- * M. Gaston Robert, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Le jeudi 21 mars 1991

Auditions et étude détaillée du projet de loi 120

(Neuf heures quarante-quatre minutes)

Groupe représentatif des médecins du Québec

Le Président (M. Joly): Bonjour tout le monde. J'apprécierais si on pouvait prendre place, s'il vous plaît, de façon à ce que nous débutions. Je rappelle le mandat de la commission. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à l'étude détaillée du projet de loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.

Mme la secrétaire, est-ce que nous avons des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Chevrette (Joliette) sera remplacé par Mme Caron (Terrebonne).

Auditions

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la secrétaire. Je vais maintenant à l'ordre du jour amendé. Aujourd'hui, nous entendrons le groupe représentatif des médecins du Québec, la Conférence des CRSSS du Québec, le groupe représentatif des associations syndicales dont les membres oeuvrent dans le réseau de la santé et des services sociaux, la Fédération des CLSC du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec et finalement l'Association des centres d'accueil du Québec.

Je rappelle brièvement que l'ordre du jour est amendé à la suite nécessairement de l'article 244 du règlement qui prévoit qu'avant d'entreprendre l'étude détaillée du projet de loi, la commission peut décider de tenir des consultations particulières dans le cadre de son mandat. Alors, je vois des figures réjouies, ce matin. Partant de là, je vous rappelle les règles du jeu: vous avez une vingtaine de minutes pour livrer, en fait, ce que vous avez à livrer et, après, les membres de la commission ont, à loisir eux aussi, chacune des formations, une vingtaine de minutes pour en arriver à poser les questions qui peuvent être d'intérêt. Je vous rappelle que si vous prenez plus de 20 minutes, automatiquement ça écourte le temps des questions, autant de la part de M. le ministre que de la part, disons, de l'Opposition. Je vais essayer de tenir une cédule assez rigide de façon à ce qu'on puisse entendre tous les organismes à l'intérieur de la cédule qui nous est allouée.

Alors, je vois que, déjà, les membres du groupe représentatif des médecins du Québec sont avancés. J'apprécierais si le porte-parole pouvait s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent.

M. Roy (Augustin): Merci, M. le Président. Il y a plusieurs porte-parole pour notre groupe. Je suis le Dr Augustin Roy, président de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Je présente immédiatement les représentants du groupe des médecins. À ma droite, le Dr Clément Richer, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; à côté de lui, le Dr Robert Marier, le nouveau président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec; immédiatement à ma gauche, le Dr Jean-Hugues Brassard, président de la Fédération des médecins résidents du Québec; à sa gauche, le Dr Michel L'Allier, président de la Fédération des étudiants en médecine du Québec; et à sa gauche, le Dr André Aubry, président de l'Association des conseils des médecins et dentistes du Québec.

Je veux tout d'abord, M. le Président, remercier M. le ministre et les députés de l'Opposition de nous avoir donné l'occasion de nous présenter en commission parlementaire, un peu en catastrophe, mais quand même, nous avons l'occasion de dire, en termes succincts, ce qu'on a à dire sur le projet de loi 120. C'est évident que le laps de temps est extrêmement court. Nous allons tenter de résumer notre pensée. Aussi, il y a quelque chose qui nous dérange énormément, c'est le fait que les 309 amendements que le ministre a annoncés ne sont pas encore connus, ce qui nous empêche évidemment d'étayer notre argumentation. Sans plus tarder, je passe immédiatement la parole au Dr Clément Richer pour une introduction.

Le Président (M. Joly): Dr Richer, je vous reconnais.

M. Richer (Clément): Merci, M. le Président. Ce matin, nous allons faire un rapide retour sur trois thèmes principaux qui ont été élaborés dans nos différents mémoires. Bien sûr, il y aurait bien d'autres sujets à traiter, mais compte tenu du peu de temps que nous avons, nous allons nous limiter à ces thèmes-là. Tout d'abord, notre ami Augustin vous reviendra pour vous parler un petit peu de l'effritement de certaines libertés individuelles tant pour le citoyen que pour le médecin, et peut-être ajouter un petit mot sur la confidentialité du dossier qui pourrait être menacée à certains égards.

Ensuite, le Dr Aubry vous parlera un petit peu de l'organisation médicale et de l'organisation clinique dans les hôpitaux, c'est-à-dire ce qui a trait au CMDP, à la DSP et à la départementalisation dans les établissements. Par la

suite, le Dr Brassard - et, au besoin, interviendront les Drs L'Allier, Marier et moi-même - pourra vous dire un petit mot sur les effectifs médicaux. Je pense que c'est le clou de nos différents mémoires. Et le Dr Marier se chargera de faire la conclusion.

Bien sûr, on aurait aimé ça, peut-être, faire certains rappels sur la participation à la gestion. C'est une chose à laquelle on croit, les médecins. On ne veut pas en être éliminés complètement. On aurait aimé vous parler aussi du régime de négociation, de l'importance de préserver les organismes représentatifs, si vous voulez, au niveau du Québec, et peut-être de certaines tracasseries administratives - enfin, ce qu'on appelle les tracasseries administratives que vous connaissez bien - au niveau du projet de loi, mais on pourra y revenir un peu plus tard. Peut-être qu'on sera invités de nouveau d'ailleurs, dans un deuxième temps, en commission parlementaire un petit peu plus tard.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Richer: Alors, je passe la parole, sur cette introduction, au Dr Augustin Roy.

M. Roy: Merci. Les médecins du Québec, comme tout le monde, souscrivent aux grands objectifs poursuivis par le ministre de la Santé et des Services sociaux - je sais que ça lui fait plaisir qu'on le dise - particulièrement en ce qui concerne l'amélioration de l'état de santé de la population et la nécessité d'assurer l'accessibilité de services médicaux généraux de qualité à tous les citoyens, sur l'ensemble du territoire québécois. J'ai bien dit, donc, services médicaux accessibles, services médicaux de base, par ailleurs, de qualité, à tous les citoyens et partout. Les médecins ont à cœur le bien-être des malades. C'est pourquoi ils ont formulé des suggestions sur les améliorations à apporter au projet de loi, notamment en rapport avec l'organisation médicale en établissement, la liberté et l'autonomie des médecins ainsi que le sort réservé aux dossiers des malades.

La réforme projetée du système de santé annonce un virage technocratique sans précédent en Amérique du Nord. Tout en s'inspirant de louables objectifs d'équité, les changements radicaux appréhendés risquent de déstabiliser complètement la pratique de la médecine et de desservir les intérêts des malades à plus ou moins long terme, ceux-là mêmes qu'on veut protéger.

Le citoyen doit s'inquiéter d'un projet de loi qui impose des mesures exorbitantes à l'égard d'une catégorie de citoyens - les médecins - en limitant leur liberté d'installation, de mobilité et de choix de champ d'exercice. Que l'on ne parle pas de responsabilité collective, comme je l'ai entendu récemment. Les médecins sont des citoyens responsables, désirant travailler dans le

respect de leurs libertés fondamentales, comme tout citoyen.

On doit également s'inquiéter d'un projet de loi qui exclut les médecins de toute participation à l'organisation du système de santé, d'un projet de loi qui galvaude le droit fondamental du malade de choisir son médecin traitant, et également d'un projet de loi qui met en péril la relation médecin-patient, notamment au chapitre de la confidentialité, en permettant l'utilisation des dossiers des patients à des fins autres que médicales. Le dossier médical risque ainsi de devenir un outil de planification et de gestion du système.

Le projet de loi 120, à ce sujet de confidentialité, risque de permettre d'introduire imperceptiblement dans le système de santé un changement radical en ce qui concerne la confidentialité des informations sur les usagers et le respect du secret professionnel.

Si la réforme vise, à court terme, à replacer le citoyen au centre du réseau de la santé, il ne faudrait pas qu'à plus long terme, il y perde quant au respect d'une valeur chère, le secret professionnel et, partant, le respect de sa vie privée.

La lecture du livre blanc et du projet de loi 120, de même que la connaissance d'un certain nombre de projets en cours dans le réseau quant à l'informatisation des informations sur les usagers, nous amènent à conclure que le ministre se donne des moyens de gérer un système de santé en fonction des objectifs fixés par son ministère.

Pour fixer ces objectifs, le ministre se doit de connaître les besoins de la population en matière de santé et de services sociaux. Il peut parvenir à connaître ces besoins par le biais d'enquêtes, de sondages, ou par le biais d'un système d'informations cueillies à même les dossiers des usagers, ce qui serait évidemment beaucoup plus fiable. Certaines dispositions de la loi nous incitent à croire que le ministre est en train de lever les obstacles empêchant la mise en place éventuelle d'un système centralisé d'Informations. C'est un chèque en blanc que la loi semble lui donner. Le ministre doit profiter de cette commission pour déclarer solennellement que le caractère confidentiel du dossier médical sera respecté et qu'aucune information concernant la vie privée des citoyens ne sera à la disposition des fonctionnaires et des politiciens.

Alors, nous passons maintenant à l'organisation médicale des établissements, et je passe la parole au Dr André Aubry.

M. Aubry (André): M. le Président, M. le ministre, Mmes les députées et MM. les députés, le projet de loi 120 concernant l'organisation médicale en établissement comporte des changements majeurs par rapport à la loi actuelle sur les services de santé et les services sociaux. De plus, sur certains aspects, ce projet de loi risque

de modifier considérablement la relation médecin-malade. Visant le même objectif que vous, M. le ministre, nous désirons conserver la grande qualité des soins qui sont offerts aux citoyens du Québec. La structure actuelle ayant déjà fait ses preuves, nous nous étonnons qu'on veuille la modifier si profondément.

Vous ayant déjà fait parvenir notre mémoire, endossé par plus de 125 centres hospitaliers et CLSC et plus de 10 000 médecins, je me permets très brièvement de souligner ce que j'appellerais la substantifique moelle de nos commentaires. Je débute fort rapidement par l'article 99, qui détermine la composition du conseil d'administration d'un centre hospitalier ou d'un établissement de soins d'hébergement et de soins de longue durée disposant de plus de 50 lits de soins généraux spécialisés. L'Association estime que le médecin élu au conseil d'administration devrait l'être par l'assemblée générale du CMDP plutôt que par l'ensemble du personnel travaillant en établissement. À ce titre, nous suggérons que la disposition de la loi actuelle concernant l'élection du membre du CMDP au conseil d'administration soit maintenue et que l'article 99 soit modifié en conséquence. Nous ajoutons une petite suggestion. Nous croyons qu'un échange avec le conseil d'administration et les officiers du CMDP devrait être établi sur une base bisannuelle, ce qui, dans les dispositions actuelles, pourrait être indiqué et favoriserait les relations.

À l'article 140, sous la rubrique plan d'organisation, cet article stipule qu'un centre hospitalier doit prévoir la formation de départements et de services cliniques et établir un plan d'effectifs médicaux conformes au plan régional des effectifs médicaux approuvés par la régie régionale et le ministre. Nous pensons que le libellé est beaucoup trop sommaire et nous suggérons de reconduire les dispositions de la loi actuelle relative aux fonctions et aux responsabilités du chef du département clinique contenues aux articles 71.1, 71.2 et 71.3, ainsi que les dispositions pertinentes du règlement 6 concernant l'organisation des établissements.

À noter ici que, déjà en 1981, ces articles 71.1, 71.2 et 71.3 ont fait l'objet d'une entente entre l'AHQ et la profession qui, à ce moment-là, était représentée par la Corporation. Cette situation n'a semblé apporter que de bons éléments. On se demande pourquoi la changer.

L'Association est d'ailleurs d'avis que le chef d'un département clinique joue un rôle crucial dans la bonne marche d'un établissement et que ce rôle doit être non seulement maintenu mais étendu. Afin de faciliter la préparation des plans régionaux d'effectifs médicaux, il nous apparaît intéressant de considérer la formation d'une structure régionale dont la base serait constituée par les CMDP des différents établissements de la région qui pourraient, en collaboration avec la régie régionale, établir des

plans d'effectifs médicaux basés sur l'établissement des plans de services.

Notons que les plans de services constituent la pierre angulaire de toute planification des soins et devraient d'ailleurs s'intégrer à une politique globale de santé. À notre avis - nous parlons du DSP - la loi avait, dans sa sagesse, des provisions claires concernant les qualifications et le mandat du directeur des services professionnels, notamment sa qualité de médecin. Est-il utile de rappeler que ce poste est une charnière importante dans la mécanique médico-administrative? Nous ne comprenons pas les raisons qui ont pu justifier le retrait des prescriptions relatives au directeur des services professionnels dans le projet de loi et nous pensons que le législateur devrait reconduire les dispositions de la loi actuelle qui ont trait à la direction des services professionnels.

À l'article 153, nous disons qu'un conseil des médecins et dentistes devrait être obligatoirement institué dans les établissements suivants du réseau, à savoir: centres hospitaliers, centres d'hébergement et de longue durée et centres locaux de services communautaires, dès que cinq membres ou plus oeuvrent dans ce centre. Par ailleurs, le projet de loi ne devrait pas exclure la possibilité de former un CMDP s'il existe moins de ces cinq médecins, dentistes ou pharmaciens dans l'établissement. À ce titre, nous suggérons de reconduire les dispositions de l'article 111 de la loi actuelle.

À 154 - et ceci est très important - cet article **édicte** les responsabilités du CMDP sous l'autorité du directeur général ou de son représentant. Le fait qu'un CMDP soit responsable vis-à-vis de la personne morale du conseil d'administration nous apparaît préférable au fait d'être sous l'autorité de la personne du directeur général ou de son représentant. Même si le représentant du directeur général était un médecin, par exemple un DSP qui pourrait être prévu au plan d'organisation, la nature même des obligations telle que libellée au premier, deuxième et troisième alinéas de l'article 154 pourrait être entravée par une ingérence administrative de la part du directeur général. (10 heures)

Par la suite, dans ce même article extrêmement important, l'Association continue de s'étonner quand elle remarque que le sixième alinéa de l'article 112 de la loi actuelle concernant la responsabilité d'établir les modalités d'un système de garde permanent dans l'établissement n'est plus sous la responsabilité du CMDP, mais a plutôt été déplacée sous l'autorité du conseil d'administration. Il faut comprendre ici "sous la responsabilité du directeur général ou de son représentant".

Nous sommes d'avis que le système de garde est une responsabilité éminemment clinique déterminée par un examen approfondi de plusieurs paramètres professionnels individuels

comme, par exemple, la compétence particulière dans un champ d'activité, l'âge et l'état de santé, pour ne mentionner que ceux-là. Nous considérons vexatoire vis-à-vis du CMDP le retrait de cette responsabilité et ne comprenons pas quels sont les motifs qui ont poussé le législateur à envisager cette mesure. Enfin, nous sommes convaincus que les dispositions précitées permettent au CMDP d'exercer pleinement son rôle en ce qui a trait à l'organisation scientifique et technique de l'établissement et permet d'assurer une bonne distribution de services médicaux, dentaires et pharmaceutiques.

Pour terminer avec l'article 154 tel que proposé, nous nous interrogeons sur le libellé de l'alinéa 4^e, où il est mentionné que le CMDP aura comme interlocuteur le directeur général ou son représentant. Se pourrait-il que certains directeurs généraux considèrent que leur présence au comité exécutif du CMDP n'est pas une nécessité et qu'ils désirent avoir le loisir d'y déléguer une personne de leur choix? S'il en est ainsi, l'avenir de la pratique hospitalière est sombre. On ne saurait trop insister sur le fait que le CMDP, pour jouer pleinement son rôle à l'intérieur d'un établissement, doit demeurer sous la responsabilité du conseil d'administration. Nous pensons également que la présence du directeur général est essentielle au bon fonctionnement du comité exécutif, tout comme celle d'un directeur des services professionnels.

Enfin, l'article 170. Nous voyons dans cet article que l'attribution de privilèges à un membre par le conseil d'administration devrait être assortie d'obligations. Je néglige la deuxième portion, assortie d'obligations, qui sera vraisemblablement évaluée par mes confrères. Le petit point sur lequel nous voulons faire une parenthèse importante, ici, c'est que l'Association, après examen du libellé de cet article, estime qu'il semble exister, dans l'esprit du législateur, une notion erronée de ce que sont les privilèges hospitaliers. On a, en effet, l'impression que le mot clé qu'on rattache aux privilèges est "jouissance". Cette idée est d'ailleurs renforcée par la consultation de la définition du terme dans le **Larousse**. Il faut rétablir les faits.

Le terme "privilège" nous a été légué par les Anglo-saxons et s'est intégré dans l'histoire de la médecine hospitalière québécoise. Dans les faits et dans la loi et ses règlements, il comporte des obligations et, surtout, une restriction du champ d'activité qui correspond, en fait, au champ de pratique du médecin. En effet, nul membre des CMDP n'a de privilège illimité, et ceux dont il jouit sont limités à sa compétence reconnue. Cependant, cette jouissance comporte, en pratique, des obligations et des responsabilités.

Le dernier article de tout, l'article 306, pour nous, contient des dispositions qui s'appliquent à la composition du conseil d'administration de la régie régionale et est complété par la

stipulation que l'on retrouve aux articles 329 et 332, qui exclue certains citoyens de sa composition. Force est d'admettre, à l'analyse de ces dispositions du projet de loi, que le législateur a cru bon d'exclure totalement le médecin du niveau décisionnel qu'est le conseil d'administration d'une régie régionale. Pour être quotidiennement confrontés avec la maladie en établissement, les membres de l'Association sont carrément outrés du fait qu'on ne les considère pas comme des citoyens à part entière, mais plutôt comme des incapables, des personnes dangereuses pour raison de maladie mentale, voire des criminels **sentencés**. Est-il utile de rappeler que les médecins, dentistes et pharmaciens sont également des citoyens payeurs de taxes et ont le droit de prendre une part active aux décisions d'une régie régionale? Ils possèdent, en outre, une expertise précieuse dont il serait excessivement nuisible de se priver.

Finalement, afin que le conseil d'administration d'une régie puisse se doter d'une expertise médicale, dentaire et pharmaceutique valable, nous suggérons de maintenir l'élection de représentants du corps médical au niveau du conseil d'administration et d'instaurer le même processus au niveau des commissions administratives, en utilisant comme collège électoral un **regroupement** régional des CMDP, ce qui existe déjà au **Lac-Saint-Jean**, en Abitibi et à Québec aussi bien qu'à **Hull**. L'Association espère qu'un dialogue est toujours possible avec le ministre et demeure convaincue que les médecins, dentistes et pharmaciens, de par leur formation et leur expertise, sont encore les meilleurs gardiens de la qualité de leur pratique, puisqu'ils s'y consacrent quotidiennement. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, Dr Aubry. Je vous rappelle qu'il y a déjà 18 minutes d'écouées.

M. Roy: Merci. Avant de passer la parole au Dr Jean-Hugues Brossard, il va sans dire, je le répète, que les propos du Dr Aubry sont des propos représentant l'opinion unanime de la profession médicale en ce qui concerne l'organisation médicale dans les établissements. Dr Jean-Hugues Brossard.

Le Président (M. Joly): Dr Brossard.

M. Brossard (Jean-Hugues): J'ai l'ambitieux mandat de discuter en deux minutes des effectifs médicaux. Je serai donc bref, comme d'habitude. Le projet de loi 120 limite énormément les libertés d'installation et les libertés de pratique des médecins, particulièrement des jeunes médecins. La raison évoquée, c'est que c'est le seul moyen d'améliorer l'accessibilité des soins et des services pour les usagers dans certaines régions du Québec et qu'il faut donc limiter les libertés. Évidemment, nous sommes tous convaincus ici, la

profession médicale est convaincue que ce n'est pas nécessaire, ce n'est pas souhaitable de limiter ces libertés-là, et les libertés d'installation, et les libertés de pratique.

Et ce n'est surtout pas souhaitable d'embrigader les médecins dans un ensemble de mesures punitives comme celles qui sont énumérées dans la loi 120. Des mesures punitives - et le mot est tout à fait juste - que sont des plans d'effectifs médicaux souvent arbitraires, incontournables, qui font en sorte que les jeunes médecins ne choisissent plus leur lieu de pratique, des rémunérations différentes, à la baisse, pour des périodes indéterminées, qui touchent des jeunes médecins, sans considération de leur compétence, qui est égale à celle des autres, l'agrément des cabinets privés, les lettres d'entente entre les médecins et les centres hospitaliers, tout un ensemble de mesures punitives qui affectent les médecins bien au-delà de l'ampleur réelle que représente le problème des effectifs médicaux, le problème de répartition. On en fait beaucoup pour le problème réel.

La profession médicale propose un projet de solution, un ensemble de solutions qui cible et qui est appelé à régler les inégalités, les inéquités de répartition des effectifs médicaux au Québec. La première étape de ce projet de solution là est la prise en charge par la profession elle-même de ce problème-là, en remettant à des instances régionales médicales - la commission médicale régionale - la responsabilité d'assurer l'adéquation des services dans chaque région. Et pour permettre à ces commissions de le faire, nous proposons deux outils: la capacité pour ces commissions d'exiger des médecins omnipraticiens dans chaque région d'effectuer certaines tâches qui seraient délaissées afin que l'omnipraticien et les services d'omnipraticien soient complets dans chaque région. Deuxième outil, la capacité pour ces commissions de mettre sur pied des programmes de complémentarité de services, pour faire en sorte que, dans les disciplines spécialisées, on puisse organiser une complémentarité interrégionale faisant en sorte que chaque région bénéficie de services spécialisés.

Peut-être que ces outils-là ne seraient pas entièrement suffisants pour solutionner l'ensemble de l'inégalité des services. Il y a les incitatifs, aussi. Les divers incitatifs, qui ont commencé à être instaurés depuis 1985, commencent à porter fruit, et particulièrement pour les spécialistes qui s'installent de plus en plus en région. C'est normal que ça commence à porter fruit, puisque ces gens-là ont commencé leur formation en 1985 et finissent actuellement leur formation.

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, Dr Brassard, nous avons déjà dépassé le temps. Avec le consentement des membres de cette commission, nous débordons. Merci.

M. Brassard: Merci. Nous pensons que les incitatifs sont l'outil de base qui doit permettre de répartir les médecins sur le territoire et qu'il faut réévaluer régulièrement, réanalyser les incitatifs régulièrement, et les moduler en fonction de chaque spécialité. Peut-être que les incitatifs nécessaires pour arriver à nos fins ne doivent pas être les mêmes pour chaque spécialité, pour chaque discipline médicale, pour chaque groupe de médecins, et que, à appliquer à tout le monde une même médecine, on n'obtient pas nécessairement les résultats souhaités. Il faut faire un diagnostic juste avant de poser un remède, et là, on a fait un diagnostic général qui manque de nuance. Il y a quelques spécialités - trois, quatre, cinq, je ne sais pas - qui sont en pénurie régionale et il n'y a peut-être pas assez de médecins installés dans les régions périphériques. Pour ces groupes-là, il faudrait peut-être prévoir des incitatifs particuliers plutôt que de leur appliquer la solution de tous.

Mais la profession médicale va plus loin que les incitatifs. Au-delà de ça, les médecins québécois sont prêts à faire plus que ça. Nous sommes prêts, pour certaines spécialités, certaines disciplines médicales pour lesquelles il y aurait des problèmes plus criants et pour lesquelles on pourrait faire la preuve que les incitatifs n'ont été d'aucune utilité, d'aucune efficacité, et que ce n'est pas une avenue de solution, nous sommes prêts à discuter, à envisager, à appliquer toute autre solution, tout autre outil de répartition qui serait négocié et réglé par entente pour solutionner les problèmes de répartition.

Nous n'accepterons pas des mesures qui touchent tout le monde sans discrimination - et enchaînées dans la loi - et qui limitent au-delà de toute raison nos libertés d'installation et de pratique. Mais nous sommes prêts, et c'est un engagement comme groupe, à négocier, à nous asseoir et à négocier tous les outils nécessaires avec tous les leviers qu'ils comporteront pour solutionner les problèmes sectoriels et les problèmes qui touchent certaines spécialités. Nous avons la volonté de le solutionner, ce problème-là. Nous sommes les seuls en mesure de le faire et nous vous proposons les moyens pour le solutionner. Mais, non, on n'est pas prêts à se laisser embrigader dans un ensemble de mesures technocratiques qui nous enlèvent nos libertés d'installation et de pratique au-delà de toute raison. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, Dr Brassard. Je vous rappelle que le temps débordant, c'est automatiquement coupé sur les périodes de questions. Merci. Dr Richer.

M. Richer: Ça va.

M. Roy: Ça va. Alors, Dr Robert Marier...

Le Président (M. Joly): Dr Marier.

M. Roy: ...qui est le nouveau président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et qui, donc, n'était pas membre de notre groupe quand on a établi notre position sur les effectifs médicaux, va clore la période.

M. Marier (Robert): Alors donc, ce qui a été dit par notre compagnon, le Dr Brossard, nous l'endossons entièrement, comme médecins spécialistes, et je passerai immédiatement à la conclusion. Alors, M. le Président, M. le ministre, membres de la commission, vous avez devant vous tous les représentants de la profession médicale ce matin qui, unanimement, sont venus vous rappeler que leur préoccupation principale, comme médecins, a été et demeurera le patient. Non seulement voulons-nous préserver la confidentialité et la qualité du lien patient-médecin, mais encore nous sommes prêts à nous compromettre via les ententes pour collaborer avec le ministère pour s'assurer d'une distribution optimale des soins médicaux, tant en omnipratique qu'en spécialité.

M. le ministre, actuellement, si on peut se vanter d'avoir un des systèmes de santé parmi les **meilleurs** au monde, c'est en grande partie grâce à des citoyens québécois qui ont su faire fructifier leurs talents et ont pu acquérir une formation et des connaissances leur permettant d'offrir une qualité excellente de services médicaux. Ces femmes et ces hommes du Québec souhaitent retrouver leur fierté en cessant d'être traités comme des citoyens de seconde zone, entre guillemets, qui ne peuvent participer à la gestion de notre système de santé. Si on a un des meilleurs systèmes de santé, pourquoi faudrait-il le remplacer par de nouvelles approches? Maintenons plutôt les acquis, réajustons le tir et **bonifions-le**.

M. le ministre, nous voulons vous dire que tous nos amendements proposés ont pour objectif de maintenir les acquis. Mais, après 20 ans, notre système de santé, comme vous l'**avez** constaté, a besoin d'une vraie réforme, une vraie réforme qui s'appuiera sur une réflexion en profondeur de notre système de santé, qui n'escamotera pas les problèmes de fond et n'exclura pas les experts du système de santé, comme l'a malheureusement fait le rapport Rochon. Nous devons connaître quels sont les services de santé dont la population a besoin, en évaluer les coûts et prendre les décisions qui s'imposent. Avant de légiférer, nous devons établir une politique de santé au Québec. Pour ce faire, la profession médicale, avec ses représentants unis ici ce matin, vous dit qu'elle est prête à vivre un véritable partenariat avec le ministère.

Dans cette optique et en terminant, on vous pose la question: Compte tenu que le dernier projet de loi, avec ses 500 articles, nécessite de

votre part des amendements sur 309 articles, est-ce qu'il serait temps ou est-ce que ce serait opportun qu'on fasse un moratoire pour faire une véritable mise au point? Ou bien le dossier de la santé, qui est tellement important pour les Québécois, pourrait-il utiliser une formule connue actuellement, une commission style Bélanger-Campeau, où les syndicats, les hommes d'affaires et les membres du gouvernement pourraient s'asseoir et essayer d'avoir un consensus élargi sur le type de système de santé que les Québécois souhaitent vraiment? Merci.
(10 h 15)

Le Président (M. Joly): Merci, Dr Marier. Est-ce qu'il y a d'autres intervenants?

M. Roy: Non, ça conclut notre présentation, très brève, malheureusement.

Le Président (M. Joly): Merci, Dr Roy. M. le ministre, je vous reconnais.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. À ce moment-ci, comme c'est un peu la journée de l'Opposition et qu'on a voulu entendre différents intervenants au choix de l'Opposition, je pense que la délicatesse voudrait que les premières questions, pour toute la journée, viennent aussi de l'**Opposition**, en partageant le temps. Je prendrai la relève par la suite. Donc, je laisse la parole à mon collègue.

Le Président (M. Joly): Merci. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et aussi porteur de dossier.

M. Trudel: Le ministre a une délicatesse stratégique consommée. Il serait de bon **aloi**, et ces gens-là ne nous en voudront pas, que je prenne quand même 30 secondes pour faire les choses correctement et remercier le ministre d'avoir déposé cette offre sur la table. On pourrait allonger le discours et dire que c'est insuffisant, etc., sauf qu'il y aura six heures où les gens pourront s'exprimer sur les enjeux publics de cette réforme, comme nous venons de l'entendre. Et ça, je veux que, dans un esprit de collaboration, des parlementaires puissent le reconnaître ici, de un. Deuxièmement, quant à la délicatesse de laisser poser les questions à l'**Opposition**, vous pouvez être **sûr** qu'on accepte tout de suite, M. le ministre, cette délicatesse. Et je comprends qu'on va partager en deux le temps qui reste, ou enfin, ce sont les arrangements habituels. Et je dis aussi au ministre que, oui, mardi matin, 9 h 30, nous respecterons notre entente. À la Fédération des résidents du Québec, les questions vont être brèves et vont être directes.

M. le Président de la Corporation professionnelle des médecins l'a mentionné et dit souhaiter que nous ayons devant nous, ce matin, les amendements que le ministre a annoncé qu'il

déposerait. Cependant, disons clairement que le ministre a quand même - c'est à lui de faire ses commentaires - expliqué et donné les dimensions sur lesquelles il va déposer des amendements.

Votre présentation au niveau de la répartition des effectifs médicaux, tout le rôle de la commission médicale régionale, est-ce que vous pensez que ce n'est pas là un mécanisme qui nous permettrait éventuellement, je risquerais de dire, quasiment de recouvrir toutes les dimensions de vos réclamations en matière des **PROS**, des programmes régionaux d'organisation de services et des plans d'effectifs, tel que c'est prévu actuellement, puisqu'il serait rattaché éventuellement, je le suppose, à la région régionale? Est-ce que ce n'est pas là un mécanisme-clé qui nous permettrait de discuter et de régler un bon nombre de questions quant à la répartition des effectifs médicaux au Québec?

M. Brassard: C'est en effet un mécanisme, une partie, en tout cas, du plan qu'on propose, qui est très importante. Importante, parce qu'elle implique les médecins dans la solution et leur remet le rôle de gérer la solution de la mauvaise répartition des effectifs. Cette structure-là, oui, est intégrée à la région régionale et dépend de la région régionale, et, oui, elle a le pouvoir de répartir les tâches pour les **omnipraticiens** et de structurer des programmes de complémentarité de services. Et aussi, elle a comme tâche de travailler à l'élaboration des plans de services. Le mot "plan d'effectifs médicaux" comme on le conçoit est quelque chose que nous, nous ne concevons pas. Les plans de services devraient être la base de la répartition des effectifs. Les centres hospitaliers qui sont les plus proches de leurs usagers et les plus proches des besoins régionaux, des besoins locaux, doivent élaborer leurs plans de services et les besoins qu'ils ont en effectifs. Il faut laisser les médecins se répartir librement sur le territoire et faire en sorte d'identifier les problèmes précis. En **omnipraticque**, les médecins sont bien répartis, mais certaines tâches sont des fois négligées ou ne sont pas satisfaites de façon satisfaisante. Répartissons les tâches plus adéquatement. Puisque ce sont les médecins qui sont bien répartis, travaillons sur les tâches.

Les spécialistes: Il y a diverses sortes de spécialités, il y en a 32. Il n'y a pas un problème de répartition des spécialistes, ce sont 32 réalités différentes. Alors, pourquoi appliquer une solution, un plan d'effectifs qui touche tout le monde, une solution avec des incitatifs financiers qui touchent tout le monde, alors qu'il n'y a pas de raison de toucher tout le monde, puisque le problème n'est pas pour toutes ces spécialités-là?

Une voix: Est-ce que...

M. Roy: Je voudrais juste ajouter un complément.

Une voix: O.K.

M. Roy: Dans le système décentralisé qui est suggéré dans le projet de loi, la commission médicale régionale devient un organisme essentiel. À l'heure actuelle, les plans d'effectifs médicaux ont été faits unilatéralement par le grand manitou du ministère de la Santé à Québec, sans consultation avec les organismes médicaux, sans aucune discussion avec la table de planification qui siège depuis cinq ans, sans aucune consultation, je le répète. C'est un modèle mathématique, un modèle arithmétique, où on a voulu habiller Pierre en déshabillant Jacques. On a voulu faire une certaine équité dans le Québec. On a pris Montréal - il y a évidemment plus de médecins à Montréal par tête de population qu'il y en a sur la **Côte-Nord** - et on a établi un prorata à partir de ça. On est arrivé avec des erreurs monumentales, par exemple un surplus d'omnipraticiens sur la Côte-Nord, alors qu'on sait fort bien qu'il n'y en a pas trop. Mais il reste que c'est un modèle mathématique, un modèle technocratique, sans consultation avec les médecins.

Si on veut que ça fonctionne, il faut que les médecins soient impliqués à la base, dans la région. Ce sont eux qui connaissent les besoins de la population, et il faut encore, avant d'établir des plans d'effectifs, savoir quels services on va donner. Comme le Dr Brossard le dit, il faut établir dans chaque région le genre de services qui va être disponible à la population, savoir le plan d'organisation des établissements, et, ensuite, on établit le nombre de médecins requis. Et ce sont les médecins eux-mêmes qui sont les mieux disposés pour en discuter avec les conseils régionaux, les régions régionales, et tous les administrateurs des régions avec, évidemment, la collaboration des autorités de Québec.

M. Trudel: Est-ce que vous êtes en train de nous dire, Dr Roy et Dr Brossard, que du moment où on aurait installé, défini dans la loi l'obligation de la création d'une commission médicale régionale au sein des régions régionales, si on est suffisamment précieux au niveau des objets sur lesquels on peut travailler... Parce que vous venez d'employer les mots: Nous, de la pratique médicale, on connaît les besoins de la population, on est capables de les définir. Je comprends aussi que vous êtes capables de les discuter, d'échanger avec d'autres personnes qui sont responsables au niveau de la planification. Dans ce sens-là... Et je veux que l'idée soit assez claire, parce que, écoutez, quand on va arriver au niveau de la discussion des articles de ce projet de loi, précisément là-dessus, avec les amendements que le ministre a annoncés, n'avez-vous pas l'impression qu'on pourra, dans ce lieu, discuter effectivement de la définition des plans d'effectifs médicaux, et que vous pourrez avoir votre mot à dire dans un lieu strictement défini

par la loi. Et, est-ce que ça vous apparaît suffisant?

M. Roy: Écoutez, on veut être impliqués. On veut collaborer avec les établissements...

M. Trudel: O.K.

M. Roy: ...faire ça en communauté. Il y a déjà eu une très bonne expérience dans la région de Trois-Rivières, avec les hôpitaux, avec les CLSC, pour savoir combien de médecins ils ont besoin. Mais il faut que les médecins soient impliqués. On ne veut pas se faire distribuer les tâches sans être là.

M. Brassard: La commission médicale est un lieu de rencontre, oui, un lieu de décisions dans ce qu'on propose quant au problème des effectifs. Une fois qu'on a déterminé quels sont les besoins dans la région, qu'on a déterminé ce dont on a besoin comme plan de services pour satisfaire ces besoins-là, maintenant, il faut faire en sorte que les effectifs s'installent, et là, ça prend des outils. Et cette commission médicale là, en plus de déterminer les besoins, en plus d'évaluer les besoins en services, les besoins de la population de participer à l'élaboration des plans, elle doit avoir des outils pour les réaliser. Et là, on énumère un certain type d'outils: les outils qui sont la capacité d'exiger des tâches pour les **omnipraticiens**; les outils qui sont de pouvoir mettre sur pied des programmes de complémentarité de services spécialisés; des outils qui sont des incitatifs qui pourraient être ciblés sur certaines spécialités ou sur certains besoins spécifiques dans une région; et des outils qui pourraient, si tout ça ne fonctionne pas - et c'est déjà beaucoup - être d'autres solutions négociées entre les fédérations et le gouvernement pour des problèmes spécifiques et ponctuels. Des outils, on en offre beaucoup, mais non des outils qui sont des plans d'effectifs médicaux qui touchent tout le monde, et **arbitraires**, et aveugles; des rémunérations différenciées qui touchent tout le monde de façon arbitraire et aveugle. Non. **Ça**, ce n'est pas possible. Il faut moduler les choses.

Une voix: Il y a quelqu'un qui veut ajouter à la réponse parmi les étudiants.

Le Président (M. Joly): Oui. M. L'Allier.

M. L'Allier (Michel): Ce qu'on veut bien répondre à ce qui a été dit ici, c'est que c'est des outils différents qui vont être discutés par la commission et non pas les outils actuels qui vont être amenés à la commission, puis dire que la commission médicale va discuter toutes les solutions qui viennent du ministère et dire: On accepte tout si la commission médicale est mise en place.

Le Président (M. Joly): Merci. M. le député.

M. Trudel: Soyons très précis, il y a là, je pense, quelque chose d'extrêmement intéressant, c'est votre suggestion. Nous, ce qu'on a toujours dit de ce côté-ci, c'est: Il ne nous semble pas qu'il faut entrer dans une réforme en excluant nos professionnels, en particulier les professionnels de la médecine. Il nous semble important que ce lieu soit formellement créé au sein des régions régionales - et pour l'instant, je pense, qu'on pourrait dire - et d'avoir un article assez précis sur les pouvoirs d'échanges que vous aurez avec les partenaires au sein de la région régionale. Or Brassard, très rapidement, vous n'avez **pas** l'impression, justement, qu'on va pouvoir moduler les tâches à l'intérieur de la discussion à la région régionale avec sa commission médicale?

M. Brassard: C'est certain que chaque région a des réalités différentes et chaque région a des besoins différents. Si cette commission médicale là, qui a pour tâche d'appréter ces besoins-là et de faire en sorte d'associer les tâches médicales réalisées aux besoins de la population, si cette commission ne peut pas discuter ces tâches-là, ne peut pas discuter la modulation des tâches et ne peut pas faire que cette commission soit un lieu de rencontre entre les gens qui les décident et qui les organisent, elle aura été un échec. Donc, oui, certes, cette commission-là devra être un lieu qui va permettre de réaliser tout ça.

M. Trudel: Nous serons très attentifs là-dessus au niveau, donc, de la définition de cet instrument pour en arriver à non seulement que ce soit permis à la profession médicale d'être dans la réalisation des plans d'effectifs, mais qu'elle sente également qu'elle est concernée, qu'elle ait la perception et le sentiment qu'elle est considérée dans ce réseau et dans cette réforme de la santé et des services sociaux. Je pense qu'on pourrait en discuter sur cette base-là. Le ministre, bien sûr, donnera sa vision des choses comme ministre responsable.

Question rapide aussi, forcément, au Dr Marier de la Fédération des médecins spécialistes. Dr Marier, il y a eu quelques allusions, hier, au changement de direction démocratique au sein de la Fédération. Est-ce que les ententes du 3 décembre 1990 - dans une circulaire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec qui a été expédiée à tous vos membres - tiennent encore? J'en cite une. Votre Fédération disait: Suite aux représentations de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le ministre retirera du projet de réforme la formule des contrats spécifiques entre les médecins spécialistes et les centres hospitaliers, contrats qui auraient accompagné l'obligatoire octroi des statuts et privilèges. Est-ce que cette entente avec le ministre tient toujours?

M. Marier: Je n'ai pas eu l'occasion de discuter avec le ministre sur ce sujet précis là. J'ai cru comprendre, dans les formulations, les intentions du ministre. Comme vous en avez pris connaissance hier, il y aurait une modification dans cette voie-là. Mais il est clair que, nous, de notre côté, nous souhaitons ardemment qu'il y ait un retrait de cette approche ministérielle ou gouvernementale.

(10 h 30)

M. Trudel: Nous sommes un peu surpris, c'est le moins que l'on puisse dire, que le 3 décembre 1990, avant le dépôt de la réforme, nous ayons pu prendre connaissance - dans quelque chose qui n'est pas confidentiel, c'est une circulaire à vos membres, un bulletin d'information - qu'il y avait des ententes avec le ministre et que ce qui a été déposé à l'Assemblée nationale, à ce chapitre, avait déjà fait l'objet d'ententes avec le ministre et que ce serait retiré du projet de loi. Est-ce que ça vaut aussi... Une autre dimension de cette information qui a été diffusée le 3 décembre: les médecins qui pratiquent en laboratoire, les pathologistes, les microbiologistes, les biochimistes et les hématologistes ne seront pas rémunérés à salaire. En parlant de catégories de spécialistes qui ont des médecins pour clients, le ministre faisait référence à ces spécialistes. Est-ce que ça tient toujours aussi, à votre connaissance, cette entente, telle que libellée et expédiée à vos membres le 3 décembre 1990?

M. Marier: Les rencontres de consultation qui ont été faites avec le ministre et mon prédécesseur étaient dans la préparation du projet de loi qui devait être soumis, ou du livre blanc et du projet de loi. Je pense qu'actuellement, je suis en train de prendre connaissance des dossiers de la Fédération. Vous me laisserez au moins le minimum qu'on confère à un ministre pour prendre en charge un ministère pour refaire le point sur tous ces dossiers-là. Pour l'instant, je pense que le communiqué qui a été émis demeure le communiqué qui a été émis. Et la Fédération se réserve le loisir de réajuster le tir en temps et lieu.

M. Trudel: Remarquez que mes questions ne visaient pas à vous ligoter.

Le Président (M. Joly): En conclusion, s'il vous plaît, M. le député.

M. Trudel: Conclusion au Dr Desjardins, des CMDP...

Une voix: Aubry.

M. Trudel: Aubry, pardon. Lapsus.

M. Côté (Charlesbourg): Vous êtes dans le passé.

M. Trudel: Vous pensez que le rattachement des CMDP au conseil d'administration plutôt qu'au directeur général de l'établissement serait de nature à maintenir les responsabilités et l'exercice de ces responsabilités, de façon correcte dans l'établissement, et vous y voyez, encore une fois, de grands dangers d'être attachés au directeur général de l'établissement?

M. Aubry: Absolument. Et à ce niveau-là, je puis parler d'une double expérience, puisque je suis président d'un conseil d'administration depuis deux ans et membre du conseil d'administration depuis 17 ans. C'est à la face même de l'activité médicale que le Conseil des médecins et dentistes, qui a la charge d'évaluer la qualité des soins, la pertinence des soins, doit relever de l'instance qui, elle-même, relève du ministre, à savoir le conseil d'administration, et non pas d'un directeur médical qui aura, évidemment, des objectifs et des impératifs. Je pense que cette attache, qui a été présente dans le passé et a été garante de bonne qualité de soins, il m'apparaît essentiel qu'elle demeure.

Le Président (M. Joly): On va essayer de la garder. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre, pour 16 minutes.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Moi aussi, malgré mon recul, ce qu'on qualifiait de recul, ce matin dans les journaux, c'est toujours un plaisir renouvelé de pouvoir échanger en privé, et même en public - parce que mon discours ne sera pas différent en public qu'en privé - avec le corps médical. Et, évidemment, de vous voir tous là ce matin, il y aura au moins une action bénéfique que j'aurai pu faire dans ma vie, c'est de vous avoir regroupés ensemble autour d'une table, y compris le futur, d'après ce que j'ai compris, puisque les étudiants et les résidents sont à cette même table.

D'entrée de jeu, pour qu'il n'y ait pas d'équivoque, et comme ça va être enregistré, ça pourra toujours servir ultimement... Alors, pour me glorifier, pour m'encenser ou pour faire autre chose que vous souhaitez faire, puisque vous aurez toujours la liberté totale, pleine et entière de le faire, je vais répéter ce que j'ai dit à plusieurs reprises et qui n'a pas semblé vous atteindre comme profession. Je l'espère bien, en vous le disant directement, puisque c'est enregistré à l'Assemblée nationale, que ce sera aussi de nature à se diffuser un peu partout parmi les 15 000 ou 16 000 membres, puisque vous avez des bons moyens de diffusion.

J'ai dit à plusieurs reprises, premièrement, qu'il n'y avait personne de plus qualifié - et ça, c'est le Dr Desjardins qui m'a appris ça, et M. Marier ne se sera pas surpris, je le lui ai dit ce matin à notre très bref déjeuner - c'est le Dr Desjardins qui, à un moment donné, m'a rappelé un certain nombre d'éléments de base qu'un

simple petit professeur n'ayant fait que trois ans d'université - et surtout beaucoup plus de politique que d'enseignement - avait eu probablement tendance à oublier, ou ne l'a jamais su. Un médecin qui a fait 6 ans d'université, ou qui en a fait 10 pour une spécialité, a été, est et sera toujours la personne la plus qualifiée pour diagnostiquer, pour prescrire, pour soigner, pour guérir. C'est-y clair? Je pense que ça ne peut pas être plus clair que ça. Et quand je le dis, je ne le dis pas avec des arrière-pensées, je le dis parce que je le pense, et parce que c'est aussi la réalité d'hier, c'est la réalité d'aujourd'hui, et quel que soit le biais par lequel on analyse la réforme, c'est aussi la réalité de demain. C'est clair.

Donc, pour avoir été malade moi-même à quelques reprises - et j'imagine que les étudiants se rappellent d'une fois, au moment où je les ai rencontrés - j'ai eu affaire au corps médical, aux professionnels qui m'ont toujours très bien soigné. La plus belle preuve: je suis encore là. Et si j'avais essayé de me soigner moi-même, ou de me faire soigner par un directeur général d'hôpital qui n'est pas un médecin, j'aurais eu des problèmes. Ce n'est pas ça qui est le système au moment où on se parle, et ce n'est pas là qu'on envoie le système non plus. Donc, cette profession de foi, elle est publique, et elle est sincère aussi de la part de l'appareil gouvernemental.

Ayant dit cela, **est-ce** que, pour autant - et on va se poser la vraie question - avec cette auréole bien méritée, qui est là aujourd'hui, est-ce que vous devez tout mener, tout décider? C'est non, c'est clair, c'est non. Est-ce que, pour autant, ça veut dire que le pouvoir suprême qu'on impute parfois aux technocrates du ministère... J'entends ça souvent: Le meilleur moyen de ne pas trop blesser le ministre, pour se le garder, pour qu'on soit capables de continuer à se parler, c'est de **parler des technocrates**, qu'ils soient régionaux, dans les établissements ou au ministère. Évidemment, on n'affronte pas le ministre directement, mais on parle de ceux qui le conseillent, pensant que le ministre n'est pas capable de faire la distinction entre ce que ces technocrates, qui ont un mandat et un rôle extrêmement important à jouer, parce que la loi confie au ministère des responsabilités qu'il doit assumer, et la responsabilité ultime est entre les mains du ministre, elle est entre ses mains, et il y a effectivement un appareil pour le conseiller. **Est-ce** que ça veut dire pour autant que l'appareil qui le conseille a une emprise totale et absolue sur le ministre? Ce serait le "fun" de laisser répondre les fonctionnaires de temps en temps. Je pense qu'ils pourraient peut-être vous en apprendre des petits bouts.

Donc, à partir de ce moment-là, il faut que les choses soient claires. Je porterai le poids politique des décisions que je fais prendre à mon gouvernement, de la même manière que vous les

portez par des élections auxquelles vous faites face. Et dans ce sens-là, je dois vous dire que ce que j'ai entendu ce matin, pour moi, il n'y a pas de grandes surprises, évidemment, mais, il y a des ouvertures. **Peut-être** que je me fais des illusions, mais en tout cas, on est aussi bien de s'en faire pour le temps qu'on **peut**. Ce matin, il y a des ouvertures.

Et je vais vous dire tout simplement que, pour moi, l'un des beaux moments de la réforme avec les médecins, c'est quand vous êtes revenus au mois de janvier, changeant d'orientation. J'aime autant vous le dire tel que je le pense, parce que vous savez que je n'irai pas à côté, ça va être direct. Vous avez senti le besoin d'admettre qu'il y avait un problème majeur d'effectifs médicaux à travers les régions du Québec, qui ne se réglait pas nécessairement par des primes, et qui ne se réglait pas nécessairement par de la coercition - et ça a été répété par M. Brossard tantôt, parce qu'il n'y avait par seulement de la coercition, il y a du "candy" de temps en temps aussi, et il faut aussi en parler - que ça ne se réglait pas uniquement de cette manière-là, et vous avez senti le besoin de travailler ensemble pour venir faire une proposition qui allait dans le bon sens. Chapeau! Je l'ai dit publiquement, et je le répète, et je l'ai dit d'entrée de jeu à la commission parlementaire: Chapeau! Vous avez réuni la Corporation, la Fédération des médecins **omnipraticiens**, des spécialistes, des résidents et des étudiants. Et vous avez fait une proposition commune qui allait dans le bon sens.

Mais laissez-moi vous dire une chose: J'ai la ferme conviction que s'il n'y avait pas eu, à l'intérieur du projet de loi, certains éléments qui pouvaient amener des mesures un peu plus sévères, est-ce que vous auriez eu la même proposition? Si oui, pourquoi n'est-elle pas venue avant pour être capable de combler les besoins que les régions du Québec ont à combler? Parce qu'ils sont là, les besoins. On pourrait pérorer pendant cinq heures de temps sur le sujet.

Je regarde un article du journal d'hier, parce qu'il y en a d'autres qui écrivent aussi. Peut-être qu'il a le malheur d'être écrit par des technocrates aussi, mais des **régionalistes**, ceux-là, du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie, qui parlent des effectifs médicaux en régions périphériques, puis qui donnent des chiffres qui sont là très évidents. Il y a des problèmes. Oui, on a un bon système, le Dr Marier le disait tantôt, je l'ai dit aussi, je l'ai dit partout, puis je vais continuer à le dire: On a un maudit bon système, qui se compare très avantageusement à ce qui passe aux États-Unis puis dans le reste du Canada, à des coûts nettement comparables. Oui, c'est vrai, mais je ne veux pas arrêter là, moi, je veux qu'on continue. Et je suis convaincu que tous les médecins veulent la même chose aussi, bien sûr, pour le bénéfice du citoyen consommateur qui n'a pas le choix d'être un citoyen consommateur. À

partir de ça, oui, ça m'intéresse. Chaque fois qu'il y aura une ouverture de votre part, vous trouverez le miroir chez nous. C'est clair: chaque fois qu'il va y en avoir une.

Et des exemples de ça, c'est que, les amendements qui vont être déposés, les 309, ils ne viennent pas seulement des technocrates, pour être capables de renforcer un pouvoir qu'on aurait pu échapper dans la rédaction de certains articles, ils viennent de rencontres que j'ai eues avec le corps médical, avec les différentes associations, pour tenter de bonifier et de faire en sorte qu'on atteigne l'objectif qu'on souhaitait.

Ce tour de piste étant fait, je pense que, de part et d'autre, à l'occasion, on peut reconnaître qu'on a fait des bons coups. Ma question va s'adresser à mon bon ami Augustin. D'abord, merci pour les bons mots d'hier, j'ai pu dormir plus facilement. La première question, c'est: Vous avez évoqué, M. Roy, tantôt, que des plans d'effectifs médicaux étaient faits par des technocrates. Vous êtes comme moi, j'ai l'impression des fois, à l'occasion sur le plan public, nos propos dépassent nettement notre pensée. Je vais essayer de vous donner la chance de vous rattraper parce que ce n'est pas vrai que les plans d'effectifs médicaux sont faits uniquement par des technocrates. Il y a des consultations, elles ne sont peut-être pas suffisantes à votre point de vue, mais il y a des consultations.

Je vais prendre l'exemple que vous m'avez donné. Vous avez dit: On a mené une expérience très intéressante dans la région de Trois-Rivières, où la Corporation a dit: Voici ce que ça prendrait sur le plan des effectifs médicaux. À votre point de vue, je ne sais pas si vous avez comparé avec des plans d'effectifs médicaux faits par les technocrates, puis qu'est-ce que ça donne. Je vais vous donner la réponse tout de suite, pour que ça n'ait pas l'air d'un piège de fou. La réponse, c'est: sept dixièmes d'un médecin de différence entre votre méthode puis celle des technocrates, qu'on décrit. Ce n'est pas si mai comme expérience.

Alors, à partir de ça, des plans d'effectifs médicaux, s'ils devaient être faits - puis là, j'en arrive à ma question précise - comme vous le souhaitez, à partir des plans de services et de soins que l'hôpital va se donner, dites-moi comment tout ça va se faire pour réussir à se mettre ensemble, éventuellement, pour faire quelque chose qui a de l'allure, contrairement à ce qu'on fait aujourd'hui lorsqu'on additionne l'ensemble des plans de services que les centres hospitaliers et tous les établissements à travers le Québec font? On aurait besoin à peu près du double de médecins qu'on a actuellement. C'est ça, le problème. Comment ça se fait, cette chimie-là, autour, cet arbitrage?

Le Président (M. Joly): Dr Roy.

(10 h 45)

M. Roy: Je répète que le cadre de référence qui a donné lieu à l'ensemble de la planification des effectifs médicaux au Québec a été fait uniquement par des fonctionnaires du ministère, selon un modèle mathématique, pour avoir une certaine équité dans la distribution des médecins au Québec. À partir de ça, les régions ont fait des plans. Évidemment, dans la région de Trois-Rivières, après une étude qui a duré deux ans, avec la collaboration du conseil régional et des établissements, on en est arrivé à une distribution semblable, ou à peu près pareille, de la nécessité d'effectifs médicaux.

Sauf que, si le nombre est semblable, il y a des changements importants d'établissement en établissement parce que, là, on a établi la complémentarité des établissements. Il y avait des guerres importantes, dans la région de Trois-Rivières - le député de Trois-Rivières le sait très bien, dans toute la grande région de la **Mauricie** - des chicanes importantes dans des établissements. Et là, après entente des groupes qui se sont assis ensemble, on a réussi à ce que les gens s'entendent sur le genre de complémentarité des services qui devaient être donnés, mais on en arrive, par ailleurs, au même nombre approximatif de médecins nécessaires.

Mais c'est une opération qui doit avoir lieu dans chaque région du Québec. Il ne faut pas que les régions exagèrent non plus le besoin en médecins parce qu'on dit que le besoin en effectifs médicaux n'est pas très grand dans les régions qui en ont vraiment besoin. On parle de 160 **omnipraticiens**, à peu près, et de 125, 150 spécialistes. Ce n'est pas un très grand nombre de médecins, ça, mais il faut quand même les former.

Et là, il y a une question importante. C'est qu'en même temps que les régions ont besoin de médecins, en même temps, les facultés de médecine forment moins de médecins parce que le gouvernement contingente l'entrée à l'admission en médecine, et il y a également un contingentement à l'entrée en spécialités. Alors, il va falloir articuler tout ça ensemble, le gouvernement, les facultés de médecine, les fédérations et la Corporation pour qu'on forme les médecins pour la population, pour répondre aux besoins de la population.

On est conscients qu'il faut des médecins, mais il faut aussi des complémentarités de services. Il faut aussi des contrats entre hôpitaux, entre les régions. Par exemple, il faut que les hôpitaux universitaires, les hôpitaux des grandes villes aident les hôpitaux de la périphérie, les hôpitaux des régions excentriques. Il n'est pas question d'avoir toute la gamme de chirurgies sur la Côte-Nord ou même en **Abitibi**, dépendant du besoin de la population, parce que pour être bon chirurgien...

Le Président (M. Joly): En conclusion, s'il vous plaît.

M. Roy:... s'il n'y a pas de malades, on perd sa compétence. Il faut aussi penser à tout l'équipement requis. Alors, ce qu'on dit, c'est qu'on est prêts à travailler avec les gens du ministère, avec le gouvernement, pour établir le meilleur système de santé possible.

Il faut penser qu'un ministre, malheureusement, ça passe, alors que les fonctionnaires, ça reste. Alors, le ministre est important pour distribuer les effectifs médicaux correctement. Il n'y a pas de système idéal dans le monde. Il n'y en a pas. Le Québec est peut-être la province où H y a la meilleure distribution à l'heure actuelle. On ne peut pas penser que c'est idéal, cette affaire-là, mais ce n'est pas par la coercition qu'on va la régler. On dit: À l'heure actuelle, il y a une volonté très nette des résidents et des étudiants en médecine de servir les régions du Québec, à condition - et le ministre a annoncé ses couleurs - qu'on leur permette de revenir en ville quand ils le veulent, à condition qu'on tienne compte de leurs capacités personnelles de s'adapter à la...

Le Président (M. Joly): Dr Roy, je vous arrête. Merci beaucoup. Le mot de la fin, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière question. Je vais m'en servir pour une question, M. le Président. Évidemment, je voudrais échanger avec Augustin; ça serait trop beau, parce que c'est vrai que les ministres passent, mais...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: Heureusement ou malheureusement!

M. Côté (Charlesbourg): Ce que j'ai compris, c'est que ça commence au niveau des fédérations, là aussi.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): On va peut-être finir par atteindre la Corporation.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Mais tout ça est dit en bonne amitié. Ma question serait peut-être au Dr Marier. Sachant que le Dr Marier est tout frais émoulu, d'une semaine, dans son rôle, mais qu'il est quelqu'un qui a oeuvré en région pendant - si ma mémoire est fidèle - sept ou huit ans en Abitibi-Témiscamingue. Le problème des spécialités de base au niveau du Québec, dans les régions du Québec, c'est un problème qui est crucial. Si vous étiez le ministre, demain - parce qu'on ne sait jamais où ça mène ce genre d'exercice que vous avez mené - si vous étiez ministre, demain, comment réussiriez-vous,

en prenant pour acquis qu'au niveau des omnipraticiens, on a un certain équilibre à travers les régions du Québec? "Intrarégionalement", c'est une autre affaire, mais au niveau des régions du Québec, c'est un équilibre qui n'est pas si mauvais et je remercie ceux qui ont contribué à le faire au niveau des spécialités de base, et les régions ne demandent pas d'ultrasécialités. Il y a le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue qui dépose des pétitions de temps en temps sur la radio-oncologie pour l'Abitibi-Témiscamingue, mais c'est son rôle de député de le faire. Il y a des services qui peuvent se donner en complémentarité, c'est un peu ça qui peut se faire. Dr Marier, deux problèmes assez importants auxquels on doit faire face maintenant et dans les prochaines années: chirurgie, médecins de médecine interne; deux problèmes assez importants dans les régions du Québec. Si vous étiez ministre, demain matin, vous régleriez ça de quelle manière, ces problèmes?

M. Marier: Je ne pensais pas que vous m'en vouliez tant que ça en me laissant penser que je pourrais devenir ministre un jour. J'en ai assez avec la Fédération, actuellement.

M. Côté (Charlesbourg): Vous trouvez que c'est une dure tâche.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marier: Écoutez, je pense que, dans un premier temps, il faut dire, M. le ministre, que les politiques que le ministère a mises en place actuellement n'ont peut-être pas encore porté tous les fruits qu'elles devraient porter étant donné le caractère de la formation des médecins spécialistes qui s'échelonne tout au long de plusieurs années. Donc, les politiques incitatives vont sûrement donner des fruits. Ça a commencé, mais ça devrait s'accroître. Je pense que c'est le secret - d'autres endroits comme l'Ontario l'ont démontré - les politiques incitatives, ça donne définitivement des résultats.

Mais, de façon plus précise, je pense qu'actuellement, il est temps de s'asseoir pour cibler les besoins réels et non pas faire des politiques incitatives pour tous les médecins spécialistes, mais pour ceux dont on a vraiment besoin, selon les plans de services qui pourraient être établis, des plans de services rationalisés, évidemment. Vous l'avez bien dit tout à l'heure, on va avoir besoin de beaucoup trop de médecins si on s'en tient seulement à cela.

Mais, comme je ne suis pas ministre et que je suis président de la Fédération des médecins spécialistes, j'ai un avantage. C'est que, moi, j'ai les gens pour solutionner les problèmes, dans le sens que j'ai des chirurgiens généraux, j'ai des internistes pour régler les problèmes des régions, tandis que la machine gouvernementale bureaucratique n'en a pas.

M. Côté (Charlesbourg): Là-dessus, c'est vrai, vous avez raison, la machine gouvernementale bureaucratique n'en a pas. Je ne suis pas convaincu qu'on n'est pas en pénurie, au moment où on se parle, de chirurgiens généraux et de médecins de médecine interne. Je pense qu'il y a des problèmes assez importants. Il y a des problèmes de nombre. Vous en avez un certain nombre, mais je pense qu'il en manque encore quelques-uns. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. À mon tour, je remercie le groupe représentatif des médecins du Québec d'avoir comparu devant nous. Alors, merci beaucoup, au nom...

Une voix: On aurait intérêt à se rencontrer beaucoup plus souvent, parce qu'on a encore beaucoup de choses à dire. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup. Je demanderais maintenant aux gens représentant la Conférence des CRSSS du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. Alors, bonjour à vous tous. J'apprécierais que la personne responsable du groupe puisse s'identifier et nous présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît. S'il vous plaît! Ceux qui se doivent de tenir de petits caucus ou des comités d'organisation, s'il vous plaît! Merci. Alors, je vous laisse la parole.

Conférence des CRSSS du Québec

M. Levine (David): David Levine, président de l'Association des D.G. Il a été convenu que, pendant la première demi-heure, l'Association des D.G. parlerait pendant 10 minutes, et 20 minutes de questions, si je ne me trompe pas. Par la suite, pour le conseil régional, M. Rodrigue pourra parler.

Le Président (M. Joly): On vous laisse une quinzaine de minutes, si vous voulez, pour pouvoir exposer.

M. Levine: À ma droite, il y a M. Réginald Grenier, directeur général de l'hôpital de Val-d'Or et M. Michel Denis, directeur général de l'Association des D.G.

M. le Président, M. le ministre, membres de la commission, merci de votre invitation qui permet aux 744 D.G. du réseau de la santé et des services sociaux de vous présenter quelques-unes de leurs opinions et leurs commentaires concernant le projet de loi. C'est les 744 D.G. qui gèrent quotidiennement le réseau...

Le Président (M. Joly): Je m'excuse. Là, vous êtes l'Association des D.G. et, après, c'est les CRSSS.

M. Levine: C'est ça.

Le Président (M. Joly): Écoutez, je veux être bien clair. Vous avez seulement une dizaine de minutes.

M. Levine: C'est ça.

Le Président (M. Joly): C'est correct.

M. Levine: Donc, les D.G. qui gèrent quotidiennement le réseau de la santé et qui sont confrontés à l'ensemble des problèmes, qui sera le groupe qui sera impliqué dans l'implantation de cette loi.

Dans un premier temps, on aimerait dire au ministre et, disons, à l'ensemble des technocrates: Bravo à une réforme qui a du courage, une réforme d'envergure, le courage d'avoir abordé la question du rôle du médecin dans notre réseau, son impact sur les coûts, son impact sur la gestion de nos institutions et son impact sur les services qu'on offre aux requérants; le courage de vouloir décloisonner les établissements et de s'orienter vers le client et non pas vers des structures, ce qu'on fait depuis 20 ans maintenant; le courage de vouloir réduire les coûts en supportant les mesures préventives, les soins à domicile, le premier "link" et les services proches du requérant; le courage et le désir, je souligne le mot "désir", de décentraliser le réseau, de donner l'autonomie aux établissements et conseils d'administration pour nous donner la marge de manoeuvre dans nos établissements; la déréglementation, donner un souffle d'innovation et d'"entrepreneurship"; le courage de laisser le directeur général gérer l'établissement et de clarifier la "bicéphalie" qui existe entre l'administration et le corps médical dans nos institutions. Notre système est un système où le médecin est, à toutes fins pratiques, un entrepreneur libre dans nos établissements, qui peut générer des services sans être préoccupé de leurs coûts, ce qui est la responsabilité du conseil d'administration. En étant directeur général, on est le premier mandataire du conseil d'administration responsable d'administrer les fonds publics. Mais, des fois, il est difficile de trouver dans la loi cette réforme et j'aimerais parler de quatre chapitres en particulier. La Régie, les regroupements, les conseils d'administration des établissements et le rôle du directeur général. En ce qui concerne la Régie, l'ensemble du concept de la décentralisation est supporté par l'ensemble des directeurs généraux. On travaille chacun dans nos établissements, dans nos régions, et quand on est capables de se regrouper avec le conseil régional de la Régie, on arrive à des solutions. Mais on sent que le gouvernement, dans le désir de décentraliser, avait peur. Il avait peur de donner trop de pouvoirs à des régies et que la Régie et les établissements ne soient pas capables de gérer localement. En conséquence, il y a

plusieurs exigences dans la loi où on doit chercher une approbation de la part de la Régie plus exigeante que celle existant actuellement, ce qui va, à toutes fins pratiques, lier les mains des établissements, créer une bureaucratie régionale et nous mettre dans une position plus difficile, plus compliquée que celle qu'on vit aujourd'hui. On souhaite ardemment qu'à l'intérieur de ces 309 amendements il y ait plusieurs éléments qui allègent ce fardeau et qu'on arrive à un système qui permette cette autonomie aux établissements.

Deux mots très brefs sur le conseil d'administration de la Régie. J'ai déjà mentionné ça, M. le ministre, autant on juge qu'il est nécessaire d'avoir des professionnels au conseil d'administration des établissements pour aider à gérer les établissements, autant on pense qu'un organisme aussi important que la Régie doit avoir un certain nombre de professionnels du réseau sur le conseil d'administration pour aider à la prise des décisions.

Je parle aussi de la question du regroupement, un élément très important. Un **élément** qui, à toutes fins pratiques, va nettoyer le réseau et va arriver à rationaliser, dans les termes des administrateurs, notre système. Pour faire ce regroupement, il faut sûrement tenir compte de la diversité qui existe au Québec, même à l'intérieur d'une MRC, de la diversité entre deux types de centres d'accueil qui peuvent avoir deux **philosophies** complètement différentes. À ce **moment-là**, on suggère de laisser l'article 95 s'appliquer avant l'article **88**, c'est-à-dire laisser le conseil régional jouer un rôle de négociateur entre les établissements pour arriver à une solution locale, et pas l'article 88 qui crée une entité par MRC.
(11 heures)

En ce qui concerne les directeurs généraux dans le regroupement, on espère que les premiers gestionnaires du réseau auront une chance, dans ce regroupement, de continuer à gérer à l'intérieur de ces institutions-là, et c'est une préoccupation évidente de notre part. En ce qui concerne les conseils d'administration de nos établissements, vous savez, comme D.G., on siège sur les conseils d'administration, puis dans la loi on continue à siéger. Ces conseils d'administration, pour nous, sont fort importants, ce sont nos patrons, ça influence les établissements et le choix des membres est clé. Il y a un élément de la loi qui, pour nous, est **peut-être** l'élément le plus important, et j'aimerais le souligner. L'élection des représentants de la population par une assemblée générale dont les membres ne sont pas définis, aucunement. Ça veut dire que les gens de la Gaspésie peuvent arriver à Verdun et choisir les membres de mon conseil d'administration, s'ils ont intérêt à venir. Je pense que dans le système d'élections au Québec, on a un comté, chacun doit être enregistré d'une manière ou d'une autre, et quelqu'un d'un comté voisin ne

peut pas venir dans le comté et mettre son mot sur qui sera le député local. Je pense qu'il y a là une notion extrêmement importante dans notre système démocratique. On suggère à ce chapitre, parce qu'il est extrêmement important d'avoir cette participation de la population, parce que la qualité de la représentation de la population est aussi très importante, on recommande que les citoyens d'un territoire intéressés à participer à nos conseils d'administration soumettent leurs demandes au conseil régional, et que ce soit le conseil régional local, qui connaît les besoins particuliers de chaque établissement, qui joue un rôle important dans la nomination des représentants du **public** sur nos conseils d'administration. Vous avez les CLSC qui ont suggéré, par exemple - vous pouvez en parler cet après-midi - un type de suffrage universel, parce qu'Us sont dans un territoire où vous avez des commissions scolaires et un mécanisme d'élection qui peut permettre, par lieu géographique, de déterminer les électeurs.

En ce qui concerne les autres membres des conseils d'administration, pour les employés de nos établissements, j'espère - comme c'était demandé pour les médecins - que les groupes internes, médecins, infirmières ou autres, pourront, à l'intérieur de l'établissement, continuer à choisir leurs représentants. Je pense qu'il y a eu une réponse positive jusqu'à date, à ce sujet.

Le dernier point. En ce qui concerne non seulement nos membres mais l'ensemble des travailleurs dans le réseau, on demande que, comme citoyens du Québec, on ait le droit de siéger sur un conseil d'administration autre que notre propre conseil d'administration, et que mon expertise à titre de citoyen du Québec me permette de siéger au conseil d'administration d'un CLSC, par exemple, où mes enfants sont traités, même si je travaille comme directeur général d'un hôpital dans un autre comté.

Le dernier point que j'aimerais mentionner avant de terminer pour une petite période de questions concerne les directeurs généraux. Pour les directeurs généraux, il y a eu plusieurs changements dans les lois. Il y a un sentiment de la part du ministère qu'il faut d'une certaine manière encadrer, qu'il faut d'une certaine manière contrôler, et qu'il faut d'une certaine manière s'assurer que ces premiers gestionnaires du réseau ont la capacité de faire leur travail. On a dans la loi deux éléments, la reconduction de la loi 97, dans deux articles de la loi actuelle, qui exigent que le directeur général cherche l'approbation de son conseil d'administration ou du ministre chaque fois qu'il veut faire un autre travail non relié à son secteur, le secteur de la santé. Je pense qu'un certain assouplissement est nécessaire, je ne déborde pas, on en a déjà parlé assez longuement, et j'espère qu'on peut l'assouplir.

En ce qui concerne un élément qui n'est pas directement dans la loi, et je termine là-

dessus...

Le Président (M. Joly): Rapidement, s'il vous plaît.

M. Levine:... c'est la question de ce qu'on peut appeler la certification de compétence des D. G. dans le réseau. Je pense qu'il est important que les conseils d'administration qui ont la responsabilité d'engager les D. G. aient la responsabilité de les évaluer. Le gouvernement peut fournir les critères et les mécanismes de l'évaluation qui doit être faite annuellement, et si le D. G. ne fait pas l'affaire du conseil d'administration, c'est sa responsabilité de le remercier. Je ne pense pas que ça puisse être un autre type d'organisme que le conseil qui vit avec le D. G. quotidiennement et le rencontre au moins une fois par mois, sinon plus, qui soit capable de juger de sa compétence. En ce qui concerne le mécanisme de sélection des D. G., je pense qu'il n'apparaît pas comme tel dans la loi. On va avoir l'opportunité d'en discuter par après dans les modalités de sélection, et des critères qui seront choisis. Merci.

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

M. Côté (Charlesbourg): La même délicatesse est pour toute la journée, M. le Président.

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

M. Trudel: La même force sur les arguments jouera toute la journée.

Le Président (M. Joly):... de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Allons-y directement et franchement. Que vous ameniez en tout dernier lieu cette remarque sur ce qui est annoncé dans la réforme et qui n'est pas dans le projet de loi, c'est-à-dire la certification de la qualification, je dois bien vous avouer que, pour avoir rencontré des groupes de directeurs généraux d'établissements, j'ai reçu des remarques assez virulentes à cet égard, en particulier sur ce qui était apprécié de la position du ministère quant à la valeur des chefs d'établissements actuellement en fonction au Québec, quelque chose comme 950. De faire en sorte qu'on va maintenant devoir vous accoler un certificat de qualification pour que vous puissiez poursuivre votre carrière, est-ce que vous pensez...

M. Côté (Charlesbourg): C'est C. A.: "Côté Approved".

M. Trudel: Ah! "Côté Approved". Est-ce que

vous pensez que le "Côté Approval" a de bonnes chances d'augmenter la confiance, la compétence et la motivation au travail pour faire en sorte que, quand le ministre aura fait son travail au niveau de la réforme, et que vous autres, vous aurez à l'implanter partout au Québec, vous vous sentirez motivés pour le faire?

M. Levine: Si vous me posez cette question, je peux vous dire que l'objectif recherché est valable. Le moyen recherché est non recevable. L'objectif d'avoir des mécanismes qui puissent assurer la compétence de nos premiers gestionnaires est nécessaire, dans n'importe quel réseau. Je pense que le moyen suggéré de la part du ministre n'est pas tout à fait ce qu'on veut. Je suggère, pour les conseils d'administration, que pour l'évaluation du D. G., surtout pour le renouvellement du D. G., des 744 qui sont dans le réseau actuellement, il n'y ait pas d'examen, ni de certification, ni de rencontre avec un groupe qui, pendant deux heures, va évaluer si cette personne est ou n'est pas apte à gérer, si après six ans dans la boîte à laquelle elle rend compte, le conseil d'administration n'est pas capable de décider si c'est le bon D. G. ou pas. Le conseil ne devrait pas être là. Ça ne devrait pas être ces conseils-là qui gèrent notre système. Si on accepte que c'est ce type de conseil qui va gérer nos institutions de santé, au moins, qu'ils soient capables de juger de la compétence de leurs D. G. Ils sont avec eux tous les jours.

La deuxième question. Pour les nouveaux engagements, qu'on ouvre un concours et qu'on cherche un D. G. pour aller à ce nouveau concours. Oui, il y a probablement la nécessité d'avoir un mécanisme qui définit mieux les critères, qui définit mieux les exigences et que l'ensemble de la définition de ces exigences est l'assurance que ces exigences sont maintenues. Il peut y avoir un mécanisme qu'on détermine avec le ministre à ce sujet-là, qui, pour moi, n'est pas un examen qui dure deux heures, un jour, un mois, et tout est fini après ça.

M. Trudel: Vous, ce que vous dites, c'est: Faisons confiance aux citoyens décideurs sur toute la ligne, y compris dans son conseil d'administration, pour choisir et évaluer son directeur d'établissement. C'est bien ça?

M. Levine: En lui donnant les outils nécessaires et les professionnels qui peuvent aider les conseil d'administration à faire ce travail, oui, il faut laisser ça aux C. A.

M. Trudel: Est-ce que vous ne pensez pas que la plus belle garantie, la plus belle mécanique, la plus simple, la plus efficace et la plus ouverte, c'est un concours public avec un comité de sélection, et qu'on peut faire confiance aux citoyens décideurs et ne pas lui dire uniquement: Tu es au centre de la réforme, mais quand tu

arrives pour décider qui va conduire dans l'établissement, on va te mettre une ceinture et des bretelles?

M. Levine: Notre orientation est de dire oui à votre intervention, mais il faut trouver l'objectif recherché actuellement. On ne nie pas la nécessité d'avoir des critères de sélection et de bien définir les exigences de chaque poste. On ne nie pas, non plus, la nécessité d'une certaine aide pour l'ensemble de nos établissements. Ce ne sont pas tous des établissements de 120 000 000 \$ par année, avec des avocats, des experts. Ce sont des établissements qui peuvent bénéficier grandement d'une aide dans ce geste important. C'est ça qu'on suggère qui soit fait par le ministère à ce **sujet-là** pour assurer l'objectif.

M. Grenier (Réginald): Si vous me permettez, je pense qu'il faut situer la réponse aussi dans le **continuum** juridique. Il y a quelques années, il y a eu la loi 97 qui obligeait chaque directeur général à demander à son conseil d'administration pour exercer la moindre activité - et je dis bien la moindre des moindres - activités à caractère lucratif. Quelqu'un avait un condominium de huit appartements, il fallait qu'il demande à son conseil. C'était le secrétaire, puis s'il touchait des revenus, il fallait demander la permission et c'est encore comme ça dans la loi qui est reconduite devant vous, la loi 97 est reconduite. Donc ça, c'était là et c'est encore là. Lorsque Mme Lavoie-Roux est arrivée avec la question des mandats de huit ans, c'était la même chose, c'était un élément qui était uniquement pour les directeurs généraux du réseau de la santé. Ce n'est pas comme ça pour le réseau de l'éducation, ce n'est pas comme ça pour les commissions scolaires.

La certification, qui arrive en troisième lieu, c'est la même chose, c'est un examen qu'on veut faire passer aux directeurs généraux qui sont en fonction pour rester en fonction, qui n'a aucune commune mesure avec ce qui se passe dans le réseau de l'éducation. Le message qui - ce n'est peut-être pas celui qu'on veut envoyer, je sais que ce n'est pas ce que le ministre veut dire - mais le message qui est perçu, c'est que ces gens-là sont des gens incompetents, des gens qui font mal leur travail, d'une part, et que, d'autre part, les citoyens décideurs qu'on a placés là n'ont pas non plus la compétence qu'il faut pour trouver un directeur général capable de gérer le réseau. C'est ce qui est reçu comme message, et ça, les directeurs généraux trouvent que c'est vraiment unique.

M. Trudel: M. Grenier du centre hospitalier Saint-Sauveur à Val-d'Or, quand vous parlez de la mécanique des assemblées générales pour élire les représentants des citoyens au conseil d'administration, en clair, vous êtes en train de nous

lancer un avertissement que tout ça peut être une vaste machine paquetée.

M. Grenier: C'est ça, c'est ça.

M. Trudel: C'est à peu près ça? Moi, ce que je veux vous dire ou ce que je veux vous demander, c'est quand, par exemple - je prendrai l'exemple le plus proche de moi - à la MRC de Rouyn-Noranda, un citoyen d'un village qui s'appelle Cadillac est à plus de 100 kilomètres, probablement, inévitablement, d'où aura lieu l'assemblée générale, est-ce que ce citoyen-là a autant de chances d'être à l'assemblée générale le soir pour élire les représentants du public, et est-ce qu'il ne risque pas d'être noyauté par des groupes d'intérêt? Il faut parler clairement, et **là-dessus**, on pourrait sortir... Il y a même déjà des livres de recettes publiés sur comment la paqueter l'assemblée pour que les groupes d'intérêt jouent davantage que la représentation du citoyen.

M. Grenier: On pense effectivement que c'est ça qui peut arriver. On ne dit pas que ça va arriver, mais on place le citoyen décideur dans une drôle de position quand on **sait** que des groupes d'intérêt peuvent noyauter une assemblée générale où on élit un conseil d'administration ou des membres d'un conseil d'administration. Il nous semble que la démocratie, ce n'est pas nécessairement ça qu'on veut dire quand on parle de démocratie poussée jusque-là. On souhaiterait qu'un mécanisme, géré peut-être par la régie régionale, puisse favoriser le citoyen représentatif de son milieu à nos conseils d'administration.

M. Trudel: Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député, merci, M. Grenier. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je ne serais pas gentil si je ne vous disais pas merci pour toute votre entrée en matière, que je trouvais très juste.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: C'est la deuxième partie, sur laquelle il n'y a pas...

M. Côté (Charlesbourg): J'ai trouvé ça très à propos, je pense que vous aviez compris le sens de la réforme. Au delà de tout ça, mes questions ne seront peut-être pas nécessairement sur la dernière partie des échanges parce que vous connaissez une bonne partie de mon point de vue pour avoir répondu pendant quatre heures à 350, 400 personnes. Ça doit vous rappeler des souvenirs, en tout cas, moi, ça m'en rappelle. On réussit toujours à se passer ces messages inter-

nes, on continuera de le faire de cette manière-là sur des choses qui sont plus individuelles. Ce ne sont pas des choses collectives, des choses individuelles. Donc, pour le citoyen producteur que le D.G. est, on réglera ça en temps opportun, sur le plan des échanges.

Ma première question va porter sur les CMDP. Pas sur les CMDP, parce que c'est toujours de compétence, au niveau des médecins en particulier. Vous l'avez dit tantôt, d'entrée de jeu, que, pour vous, c'était un élément assez important que le CMDP puisse être en ligne directe avec le conseil d'administration. J'y crois aussi, je n'ai pas changé d'idée encore et j'y crois toujours, il est dans la réforme, il y a la volonté de le faire. J'aimerais ça vous entendre davantage sur cet élément-là, et aussi répondre à certaines inquiétudes qui ont été véhiculées, et qui sont réelles.

(11 h 15)

On peut toujours prendre un cas d'espèce. Bon, un des exemples, sans le nommer, on m'a dit: T'imagines-tu que tel directeur général de tel CLSC est habilité à dire au médecin du CMDP ce qu'il va faire, ou ce qu'il doit faire? Par l'exemple, j'étais pas mal "shaké", sans faire de personnalité. J'ai aussi proposé la contrepartie. J'ai dit: Est-ce qu'un CMDP sous la direction d'un D.G. qui serait un médecin est plus acceptable? J'ai eu des réponses oui. Dans votre esprit à vous qui avez la responsabilité d'une administration actuellement, quels seraient les avantages qu'un D.G. soit aussi responsable de l'ensemble de l'administration, et comment est-ce que voyez un D.G. qui n'est pas médecin, qui est le D.G. d'un hôpital, fonctionner avec un CMDP?

M. Levine: Je pense qu'il faut regarder l'ensemble de cette question-là. Pour les D.G., c'est une ouverture en matière. Ça veut dire que, depuis fort longtemps, il y avait cette "biciphalie" de gestion. Il y avait le médecin entrepreneur libre. Je prends, par exemple, la pose des lentilles, les prothèses, les pacemakers, n'importe quelle chose. Un D.G. ne va jamais intervenir sur le plan médical. On n'a aucune compétence à le faire et on ne prétend jamais vouloir le faire. Mais on doit être responsable du nombre de chacune de ces prothèses qu'on pose, parce que chacune coûte quelque chose. Il faut qu'il y ait un dialogue qui s'ouvre, où le médecin sent une certaine responsabilité de participer à ce dialogue. Actuellement, il n'y a rien qui impose cette responsabilité, sauf la bonne volonté. Il y a des fois où la bonne volonté est là, et d'autres fois où la bonne volonté n'est pas là. Quand la bonne volonté n'est pas là, le directeur général et le conseil d'administration se trouvent dans des situations difficiles. Moi, je pense que la demande pour que les représentants au Conseil des médecins et dentistes soient élus par le Conseil des médecins et dentistes est une excellente suggestion. Il faut qu'il y ait un

membre du conseil d'administration qui vienne directement du corps médical et qui siège à l'exécutif du CMDP avec le D.G., que toutes les recommandations du CMDP aillent au conseil d'administration, le D.G. ne peut pas les "screenner" pour éviter, disons, que quelque chose arrive, mais que cette ouverture en matière en disant que le CMDP relève du D.G., c'était une manière de dire: Les médecins et l'administration doivent participer ensemble maintenant, et ça donne le cadre légal pour le faire. Avant, on n'avait pas ce cadre-là.

M. Côté (Charlesbourg): Votre expérience vous démontre que c'est donc possible qu'il puisse y avoir cette complémentarité parce que c'est une complémentarité des rôles aussi. Le D.G. respectant finalement le corps médical dans son intégrité sur le plan des choix qu'il a à faire, et en contrepartie, le médecin respectant qu'il y a des balises sur le plan financier qui sont la responsabilité d'un D.G., qui lui-même, doit se rapporter au conseil d'administration, auquel siège, d'ailleurs un médecin, et où il y aura les débats qu'il faudra à ce moment-là. Donc, c'est une situation qui est vivable, qui est viable, c'est une remarque qu'on a souvent entendue, qui n'est pas justifiée, je pense. Mais elle est là, et il y a certaines appréhensions. À l'occasion, des médecins nous disent, et vous devez être à même, vous autres les directeurs généraux de comprendre ça, compte tenu de ce qu'on a entendu sur la dernière partie, la crainte des médecins, c'est d'être inféodés par des directeurs généraux qui ne sont pas des médecins. C'est la crainte.

M. Levine: La crainte, je la comprends bien, mais on n'intervient pas au niveau de l'acte médical. La responsabilité de qualité de l'acte est clairement donnée par le conseil d'administration au CMDP, et si le CMDP n'exécute pas cette activité-là, il faut qu'il y ait quelqu'un qui le suive et qui dise: *Aïe!* Ce n'est pas bien exécuté. Ça c'est le rôle administratif du D.G., mais pas au niveau de la qualité de l'acte.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Oui?

M. Grenier: Si vous me permettez, dans le même sens, M. le ministre, les pouvoirs du CMDP, si je lis bien l'article 155 du projet, sont exercés par un comité exécutif composé de trois médecins, du directeur général et d'un représentant du Conseil des infirmiers. Donc, encore là, ils sont en majorité...

M. Côté (Charlesbourg): Jusqu'à maintenant.

M. Grenier: Jusqu'à maintenant. Ils sont en majorité et je pense que ce qui est important c'est - comme l'ensemble des professionnels, même si ce sont des professionnels très par-

ticuliers - que le directeur général puisse avoir la latitude de faire respecter les objectifs d'ensemble de l'établissement même si c'est un groupe extrêmement particulier et particulièrement utile, y compris les médecins comme n'importe quel autre corps professionnel.

M. Côté (Charlesbourg): O. K. Juste pour clarifier ce que j'ai dit tantôt: Jusqu'à maintenant. C'est qu'il y a des papillons qui ont été annoncés sur le croisement des présidents de CI et de CMDP qui va être éliminé. Donc, c'est pour ça qu'il y avait une représentation de trop, là. Dernière question. Comment?

M. Trudel: Il serait plus simple de déposer ça ces papillons-là, on ne parlerait pas pour rien.

M. Côté (Charlesbourg): On va vous échanger ça pour les vôtres. Alors...

M. Trudel: Très bien.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Il y a une série de structures - DSP, DSI, chefs de département - qui n'apparaissent plus comme définies dans la loi et la volonté du législateur. À tout le moins, notre parti à nous était de laisser plus de souplesse à l'établissement pour être capable de gérer le quotidien. Est-ce que, là-dessus, c'est une orientation qui est bien comprise, qui est bien connue et qui est gérable?

M. Levine: De la part des D. G., on a eu plusieurs discussions là-dessus, je pense que l'orientation est claire. Si un établissement est bien géré, on va nommer notre DSP, on va nommer notre DSI, on va nommer les gestionnaires parce que c'est un conseil d'administration qui doit bien gérer une institution. Pourquoi? On arrive dans une loi qui définit une partie du plan d'organisation pour créer un certain niveau de protection en disant que le conseil d'administration n'est pas capable d'en arriver à ces mêmes conclusions. Si on sent la nécessité de cette protection, on va mettre ça dans la loi. Si on sent que le conseil d'administration peut gérer adéquatement, je peux vous dire qu'il n'y aura pas un CH au Québec qui n'aura pas un DSP. Mais il y a peut-être des petits petits centres qui auraient un demi-temps, un quart de temps qui partagent ou d'autres centres qui peuvent juger qu'ils n'en ont pas besoin. Ce sont les médecins eux-mêmes qui peuvent s'autogérer parce que vous en avez juste cinq, six dans la boîte. Mais si la loi exige un DSP, il faut en nommer un et le payer en conséquence.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière petite question, parce que je sais que mon temps...

Le Président (M. Joly): Est déjà largement débordé, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Ah! Bien vous allez voir qu'elle ne sera pas longue parce que comme... Vous avez parié de circonscription. Ça va faire plaisir au député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, s'il m'écoute. Vous reprendrez ça tantôt. Mon temps, je vous le donnerai. Vous avez évoqué l'idée de la possibilité de paquetage d'assemblée. Ça peut se faire des deux bords.

M. Levine: Oui, oui.

M. Côté (Charlesbourg): Il faut bien se comprendre?

M. Levine: Oui, oui.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, à l'occasion... Je ne dis pas ça pour vous autres, je dis ça pour l'ensemble du réseau. Quand on a paqueté dans le passé, on sait comment ça se fait. On a peut-être peur que d'autres le fassent.

M. Levine: Oui, ouf.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, il faut bien se comprendre...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je l'ai dit pour moi-même aussi parce que je l'ai fait. Si tu ne paquettes pas des élections, tu te fais battre. "C'est-tu" clair là? Dans le sens qu'il faut que tu t'organises.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Avec les mêmes moyens.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Trudel: Avec les mêmes moyens.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, je comprends.

M. Trudel: T'as fait pareil.

M. Côté (Charlesbourg): Avec les variantes et les variantes, mais il ne faut pas tenter de se compter des peurs avec les histoires de paquetage, d'appréhension de paquetage de groupes. Voyons donc! Il n'y a pas d'autobus de loué encore. En tout cas, je n'ai pas été informé. Donc, à partir de ce moment-ci, lorsque vous évoquez la possibilité de circonscription, on dit que, quand on fait l'élection d'un député, sur le plan géographique, c'est délimité. Je vais vous en poser une petite. Je la trouve bonne. L'hôpital Notre-Dame à Montréal, avec toutes ses spéciali-

tés, va représenter quelle circonscription?

M. Levine: Exactement. Voilà le problème et la raison pour laquelle on dit: Les citoyens intéressés à être sur le conseil d'administration de l'hôpital Notre-Dame doivent, à la limite, déposer une demande au conseil régional parce que Notre-Dame est différent de Verdun et c'est différent du petit CLSC. L'individu qui se trouve à aider la gestion de Notre-Dame n'est peut-être pas nécessairement le même type d'individu. De laisser la porte ouverte à l'hôpital Notre-Dame aux groupes communautaires de Saint-Louis du Parc aux groupes communautaires du Centre-Sud ou au syndicat pour venir nommer les quatre personnes qu'ils veulent nommer, simplement parce qu'ils paquent l'assemblée, ce n'est pas juste.

Une voix: Bien, M. le ministre, là-dessus...

M. Côté (Charlesbourg): Non, un instant. Je ne veux pas laisser passer des affaires parce qu'il ne faut pas prêter des intentions au syndicat...

M. Levine: Non, non. J'ai dit les groupes communautaires ou autres, là.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Mais vous savez qu'à votre suggestion, les employés des établissements n'ont pas droit de vote. Il faut faire attention. Ils peuvent toujours aller chercher la belle-mère puis le beau-père...

M. Levine: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): ...la belle-mère puis le beau-père...

M. Levine: Mais je ne parle pas du syndicat de la boîte en question. Je fais référence au groupe des anglophones, Montréal, 1985, où c'était clairement identifié dans les établissements de Montréal qu'on voulait avoir des anglophones sur les conseils d'administration. C'était organisé par ce groupe-là, à Montréal, et ils ont réussi à le faire. Je ne pense pas que ce soit une façon correcte de gérer nos établissements de santé.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Levine, merci M. le ministre. Merci beaucoup. Alors, M. Rodrigue, le responsable du groupe? M. Fortin.

M. Fortin (Gilles): Bonjour, mon nom est Gilles Fortin, président de la Conférence. Je tiens tout d'abord à vous présenter M. Norbert Rodrigue, qui est directeur général de la Conférence et M. Hubert Gauthier qui est vice-président de la Conférence.

Tout d'abord, je tiens bien simplement à remercier les membres de la commission pour

cette invitation à venir participer à vos travaux. Je tiens aussi à préciser que les conseillers régionaux, de façon historique, traitent beaucoup des concepts d'intersectorialité, de collaboration, de complémentarité. On tient à préciser que, malgré tout ça, ce matin, l'organisation de l'audience a fait en sorte qu'on a dû partager notre temps, qui devait être d'une heure au départ, avec nos collaborateurs, les directeurs généraux, et qu'à ce titre-là, on souhaite avoir à tout le moins notre demi-heure pour présenter notre message.

Alors, au fond, M. le Président, on n'est pas ici aujourd'hui pour reprendre toute notre position sur la réforme, qui est somme toute connue, mais bien pour vous rappeler l'essentiel de notre position qui réside, d'abord et avant tout, dans le fait qu'on est en accord avec la réforme qui est présentée, qui vise au fond une meilleure gestion et une meilleure accessibilité aux services de santé et aux services sociaux. Du fait qu'on y croit, à cette réforme, on voit l'importance que la loi soit adoptée le plus vite possible pour rester dans le momentum actuel. Notre crainte, c'est que des délais trop longs pourraient impliquer que soient dilués certains éléments majeurs, certains éléments fondamentaux de la réforme. Ça pourrait avoir aussi une implication extrêmement négative en termes de démobilisation, non seulement des acteurs du réseau, mais aussi de la population en général. Il y a eu beaucoup d'attentes de créées depuis de nombreuses années, et, à ce titre-là aussi, on croit à l'importance que la loi soit adoptée le plus correctement possible, c'est bien sûr, mais le plus rapidement possible.

Donc, l'esprit de la réforme, pour nous autres, il est formidable. Par contre, on est bien conscients qu'il y a certains assouplissements qui sont nécessaires pour garantir - un terme qui a été utilisé depuis un certain temps - de l'oxygène au milieu. Là-dessus, on fait confiance aux membres de la commission, aux travaux de la commission, pour que les amendements qui s'avéreront nécessaires soient réalisés au cours de vos travaux.

Ce qu'on veut dire simplement ce matin, ce que je souhaite dire, c'est qu'il ne faut pas sous-estimer la capacité de gestion des intervenants régionaux. À la base d'ailleurs de toute action de planification, quand on parle de gestion du réseau de la santé et des services sociaux, on parle de planification. C'est un terme qui est bien connu et qui est utilisé à de nombreuses sauces. Quand on parle de planification, c'est donc dire que pour faire de la planification, il faut avoir une bonne connaissance de ce qu'on a à planifier. Il faut avoir une bonne connaissance du milieu, il faut avoir une bonne connaissance des problèmes, et qui de mieux que les régions du Québec, que chacune des régions du Québec, pour avoir une bonne connaissance de ce qui se passe, puis pour pouvoir planifier correctement.

La réforme prend donc comme base, bien simplement, l'intérêt premier du citoyen, qu'il soit payeur, consommateur ou décideur, concepts qui ont été largement utilisés au cours des dernières semaines. Si on veut que la réforme prenne vraiment son **envol**, il faut absolument s'assurer de la participation des citoyens. Pour avoir cette participation au sein des nombreuses instances du réseau, qu'on **parle** du collège électoral, qu'on parle des nombreux conseils d'administration, il faut absolument attirer ce citoyen-là pour qu'il puisse vraiment prendre part au processus décisionnel. Sans ça, la participation serait non seulement compromise, mais ce qui va arriver, c'est que la participation du citoyen serait non seulement réelle, mais surtout intéressée. Il faut non seulement qu'il ait participé, mais il faut faire attention aussi à ce que le citoyen soit intéressé à participer. Le fait que la décentralisation se fasse dans les faits apparaît comme un élément majeur.

(11 h 30)

Alors, la réussite de la réforme passe par le fait qu'on donne aux régions une réelle marge de manoeuvre au niveau de la planification et de la gestion du réseau. C'est simplement ça que je voulais dire pour l'instant. Là-dessus, je céderai la parole à M. Rodrigue.

Le Président (M. Joly): M. Rodrigue.

M. Rodrigue (Norbert): Très brièvement, M. le Président, M. le ministre, membres de l'Opposition. M. le ministre, vous disiez tout à l'heure qu'on parle de choses collectives. Je ne m'occuperai pas des questions individuelles, on va parler des choses collectives pendant trois ou quatre minutes.

À ma connaissance, on est en processus depuis sept ans, **minimalement**, sur des changements de perspective dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous avons atteint, depuis le début de l'année, un momentum extraordinaire, quoi qu'en disent les acteurs - et j'en suis un - pour certains, trop de décentralisation, pour d'autres, pas de décentralisation. Il n'en demeure pas moins qu'à mon avis, on est dans un momentum. S'il souffrait, éventuellement, de délais supplémentaires, la qualité de cette réforme en dépendrait. C'est pourquoi, on vient insister ce matin. Dans la vie, on m'a appris qu'il fallait répéter. Comme organisateur, vous devez savoir qu'il faut répéter constamment.

M. Côté (Charlesbourg): Chez les organisateurs.

M. Rodrigue (Norbert): Donc, on vient répéter, ce matin, notre conviction que dans la loi actuelle qui est sur la table, en termes d'esprit, en termes de volonté, nous retrouvons la volonté de décentraliser le système de la santé et des services sociaux. Nous y retrouvons

aussi la volonté de reconnaître, je dirais, la réalité régionale. Je voudrais dire en passant, pour ceux qui disaient que la commission Rochon avait escamoté un certain nombre de choses précédemment, que la commission Rochon, notamment, a découvert, au cours de sa tournée, cette réalité régionale, et elle l'a affirmée dans son rapport, parce que plusieurs l'ignoraient. La Commission Bélanger-Campeau, hier, a encore découvert cette réalité régionale et plusieurs de ses membres l'ignoraient parce que, parfois, il faut aller dans les régions pour savoir ce qui se passe. Quand on reste dans les grands centres, on manque notre coup. Donc, c'est une réalité qui existe. C'est une réalité, M. le ministre, qu'il faut accélérer à part ça en termes d'appropriation par les communautés régionales de leur devenir, de leurs besoins et des réponses à ces besoins-là.

Bien sûr, il y a des ajustements qui sont probablement nécessaires. Bien sûr, il y a une souplesse supplémentaire qu'il faudrait probablement ajouter. Je voudrais, à ce propos, tout simplement souligner quelques exemples. En termes de souci régional - parce qu'on n'est pas des régies, il faut bien se le dire, on se l'est fait dire, on n'est pas des régies, on est des CRSSS, on verra ce que l'avenir nous réserve - mais en termes de souplesse et d'ajustement, je voudrais souligner qu'il me semble que ce n'est pas à négliger les leviers d'action ou les leviers que nous pourrions avoir au niveau régional, en termes de financement, par exemple. Certains disent: Ce n'est pas une décentralisation. Moi, je dis qu'il y a de la décentralisation, et, bien sûr, le pouvoir central ne délaisse pas tous ses pouvoirs d'un coup sec. Ça m'apparaît comme un processus progressif, et je pense qu'on en est là. Ce qu'on dit, nous, c'est peut-être que... Pardon?

M. Côté (Charlesbourg): C'est une souveraineté par étapes.

M. Rodrigue (Norbert): Peut-être que ça pourrait être souverain un peu plus vite et un peu plus fort.

M. Côté (Charlesbourg): Avec la taxation et le suffrage universel.

M. Rodrigue (Norbert): Même sans ça que je dirais, M. le ministre, et je vais vous dire pourquoi. Il me semble que la loi, on pourrait la regarder et j'invite la commission à la regarder dans cet esprit-là. Possiblement qu'on pourrait élarger ou déléster plus de marge de manoeuvre au niveau régional, à mon avis. Vous l'avez d'ailleurs annoncé en termes d'oxygène, mais on ne connaît pas, nous non plus, les 309 amendements ou papillons. Mais on pense qu'il faut, effectivement, donner un peu plus d'oxygène. Pourquoi donner un peu plus d'oxygène? Hier,

encore, j'étais à une conférence, à Montréal, avec un groupe qui est responsable des achats en commun, une commission donnée, et j'écoutais les expériences qui étaient racontées. Bien, dans une négociation pour l'approvisionnement du gaz dans la région de Montréal, des négociations de deux ans avec toutes sortes d'entreprises ont fait en sorte qu'on a économisé 2 000 000 \$ sur les achats qu'on avait à faire en termes de gaz. Mais ce n'est pas négligeable, ça. À ce titre-là, je dirais: Faites attention dans la loi pour ne pas vous départir des leviers ou de ceux qui ont les leviers d'action de ces réalisations-là en permettant, par exemple, une sectorialisation trop forte des établissements qui ferait en sorte qu'on perdrait notre pouvoir d'achat au niveau régional. Je vous donne cet exemple-là simplement pour ne pas être...

Le Président (M. Joly): En conclusion, M. Rodrigue, s'il vous plaît.

M. Rodrigue (Norbert): Pardon?

Le Président (M. Joly): En conclusion.

M. Rodrigue (Norbert): ...trop long. Je vous dis, par ailleurs, que sur les autres questions, on est prêts à répondre. Mais, notamment, sur la question médicale, je voudrais juste souligner une affaire concernant les médecins. Moi, je suis très souple vis-à-vis des médecins. Je connais leur pouvoir, d'abord. Je suis très conscient de leur pouvoir, alors, souple ou pas souple, ils ont leur pouvoir. Je suis très souple vis-à-vis des médecins. Je dis: Oui, les médecins doivent être dans les processus décisionnels, oui, ils doivent être impliqués, mais pas exclusivement. Ce n'est pas parce qu'on est médecin qu'on possède toutes les sciences, qu'on est capable de se substituer à n'importe quel gestionnaire. Je connais beaucoup de gestionnaires médecins qui n'ont jamais été capables d'arriver à leurs fins, même s'ils étaient médecins. M. le ministre, parce qu'ils n'avaient pas les leviers nécessaires pour s'opposer à certains comportements ou à certaines décisions.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Rodrigue. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Il faut que je réconcilie une couple de choses avec vos déclarations. L'esprit est bon, mais vous nous demandez de corriger la lettre du projet de loi. Vous voulez qu'on fasse vite, mais en même temps, qu'on mette tout l'oxygène dedans. Je regardais vos déclarations, en particulier celle du 18 février, où vous disiez, grosso modo: Attention, ce n'est pas fait, et il nous faut beaucoup plus de précisions et davantage de garanties. Là, comment va-t-on réconcilier tout ça et, plus précisément, à quel endroit souhaitez-vous que, dans la loi, on détermine et on inscrive le

véritable pouvoir de régionalisation ou les véritables pouvoirs régionaux, sans trop de bretelles, de ceinture, de tutelle, d'interventionnisme venant du haut.

M. Rodrigue (Norbert): Écoutez, je pense qu'effectivement, je l'ai dit et je le répéterai ce matin, ce ne sera pas simple avec ce qu'on a sur la table. Je ne connais pas, encore une fois, les 309 papillons. J'espère les connaître bientôt, mais ce que je peux vous dire, c'est qu'on a un départ, on a une amorce, et c'est dans ce sens-là que je trouve que l'esprit est important, que le temps est important. Deuxièmement, en termes de clarification pour l'appropriation éventuelle par les régions de ces réels pouvoirs, je pense que dans l'allocation des ressources, notamment, il me semble qu'une fois que le gouvernement, par le biais du ministère, a décidé d'allouer les ressources au niveau régional, une fois qu'il a décidé ça, il me semble qu'il doit considérer que ce levier-là est assez important pour éviter d'avoir à se mêler lui-même de l'intrarégional. Autrement dit: Allouez les ressources au niveau des régions, oui, et rendez-nous imputables. D'ailleurs, c'est prévu, les conditions d'imputabilité. Laissez-nous gérer ces affaires-là à l'intérieur de la région, et on reviendra devant la commission parlementaire des affaires sociales pour préciser et rendre compte de nos gestes. Dans ce sens-là je dis: Oui, un peu plus de souplesse, probablement, pour éviter que le central ne descende jusqu'à l'intrarégional. Je considère que les leviers du central au plan de l'allocation des ressources, sont de même nature que les leviers régionaux, en termes d'importance. Si on a ces leviers-là, par exemple, comme on nous l'a annoncé en vertu de la loi sur l'allocation des ressources en fonction des programmes, il me semble que les régions ayant ces leviers-là devront en tenir compte aussi. Comme le central tient compte du régional, les régions doivent tenir compte de l'intrarégional, du local, etc. Dans cet esprit-là, je vous dirais: C'est cette souplesse dont on parle pour l'instant, mais ça ne diminue en rien pour nous l'importance de procéder. Je pense que l'Opposition, si elle avait cette loi-là comme base dans l'avenir, si jamais elle prenait le pouvoir, probablement qu'elle serait plus à l'aise pour les réformes futures. Si le gouvernement actuel garde le pouvoir, bien il y aura ça de fait, on pourra progresser et accélérer le processus.

M. Trudel: Je dois vous dire là-dessus qu'on serait beaucoup plus à l'aise dans l'Opposition, si, au chapitre de la régionalisation, on passait de l'intention aux mots dans la loi, effectivement. Ça m'amène à ma question, M. Fortin. C'est très juste, vous touchez, à mon avis, l'élément essentiel de la volonté manifestée à la pratique dans le texte, si l'on peut faire ce passage de la théorie à la pratique. Vous dites:

Ne sous-estimez pas la capacité de planification dans les régions. Mais là, vous êtes bien conscients qu'à 260, vous n'êtes pas dans la planification. C'est clair. On peut dire ce qu'on voudra de l'intention, de la volonté, les régies régionales vont organiser, mettre en oeuvre et évaluer les programmes décidés par le ministre. "Period". C'est ça, la définition. Alors, la planification, est-ce que vous en faites un élément essentiel du pouvoir de délégation et du pouvoir de décentralisation pour qu'on puisse véritablement parler de régie régionale?

M. Fortin: Pour ma part, bien sûr. Il est bien certain, quand on parle de décentraliser, quand on parle de gérer les choses, de gérer les problèmes régionaux, il est bien certain qu'il faut laisser l'opportunité aux gens des régions de pouvoir décider eux-mêmes quels services devront s'appliquer aux citoyens de la région. L'importance à donner à tel service, diminuer tel autre service. Est-ce que c'est plus important le maintien à domicile? Est-ce que c'est plus important les personnes âgées? Est-ce que c'est plus important les dossiers jeunesse? D'une région à l'autre du Québec, les problèmes sont différents. C'est ça qui fait que c'est important que les projets soient gérés en région. Bien sûr que le ministère garde - et c'est normal - toute la planification provinciale; il est responsable des budgets régionaux, de l'équité interrégionale et de l'élaboration des priorités nationales. Mais en dedans de tout ça, je crois que c'est à chacune des régions du Québec de préciser le contenu même de chacun des programmes - j'irais même plus loin - et de donner de l'importance à un programme plutôt qu'à un autre, dépendamment du type de clientèle et du type de problème qu'on a dans chacune des régions. D'ailleurs, toute la question des objectifs santé et bien-être au Québec va nous permettre d'asseoir la planification sur une bonne connaissance de la problématique du Québec. Mais il faut que ça se fasse par région.

Une voix: M. Gauthier voudrait ajouter à cette réponse.

M. Gauthier (Hubert): Si vous permettez, à l'article 260, on pourrait comprendre que programme - et on l'a compris comme ça en ce qui nous concerne - signifie sept ou huit grands pans de mur sur lesquels l'État aura à dire quel accent met-on sur l'un ou sur l'autre. Si on parle de programmes comme un amalgame de 50, 75 à 100 programmes, là, on va être dans un corset où il n'y aura plus de marge de manoeuvre. Notre compréhension de 260, c'est que les programmes sont de grands ensembles qui vont toucher les grandes clientèles au Québec. Dans cette conception, et vous nous posiez tantôt la question: À quoi toucheriez-vous en termes d'articles de loi pour de l'oxygène? On pourrait

n'en cibler qu'un seul, le 369, ou on pourrait l'interpréter comme étant très large, mais on pourrait aussi se poser la question: Pour l'approbation des plans régionaux de services et la répartition des ressources, est-ce que l'esprit - et c'est un peu l'interrogation qu'on a - c'est de l'approbation à la ligne ou est-ce que c'est de l'approbation par grands pans de mur ou par grands morceaux où il y aura de la marge de manoeuvre? Si c'est à la ligne, ça signifie: pas suffisamment d'oxygène sur le plan régional, et par conséquent, pas d'oxygène sur le plan local. Si ça signifie par grands pans de mur, à ce moment-là, ça signifie oxygène sur le plan régional et oxygène sur le plan local.

M. Trudel: Le ministre a toujours déclaré qu'il voulait avoir le maximum de précision dans la définition des missions des établissements et ne pas laisser trop de choses floues. Là-dessus, message reçu. Il va falloir qu'on s'organise pour que ce soit clair parce que ça peut être votre interprétation et vous souhaitez que ce soit celle du ministre ou des gens actuellement. Moi, je pense effectivement qu'il ne faut pas, en matière de volonté de décentralisation réelle, laisser ces définitions-là aussi floues. Si on l'a, la volonté, ça s'écrit quelque part. Une dernière question, quant à moi.

Le Président (M. Joly): Oui, s'il vous plaît, une dernière question.

M. Trudel: Vous savez, on a fait une proposition générale dans les remarques préliminaires de cette commission. Le ministre a bien expliqué, quant à lui, la dynamique qu'il a choisie au niveau de la responsabilité et de l'imputabilité en disant: Comme je ne suis pas allé jusqu'au suffrage universel pour les membres des conseils d'administration des régies régionales, et que je ne suis pas allé non plus au niveau de la taxation, eh bien, je demeure donc responsable devant l'Assemblée nationale en termes d'imputabilité. Dans ce sens-là, je peux apporter des ajustements, mais je finis par être l'ultime responsable. Nous, on dit, eh bien, s'il y a une volonté de décentralisation, il y a, nous semble-t-il, un bon cran qu'on peut ajouter entre les deux parce qu'on joue sur le tiers du budget de l'État et qu'on gère des services pour l'ensemble de la population en matière de santé et de services sociaux. Est-ce que vous seriez d'accord, vous autres là, que l'Assemblée nationale, par sa commission des affaires sociales, appelle devant elle, chaque année, quatre régies régionales, ce qui veut dire qu'à toutes fins utiles, tous les quatre ans, nous pourrions entendre ce qui se passe au niveau des régions...

Le Président (M. Joly): M. le député, s'il vous plaît.
(11 h 45)

M. Trudel: ...nommément.

Le Président (M. Joly): On déborde largement, là. Il n'y aura plus de contrôle, je veux dire, l'idée de séparer les deux groupes, c'est...

M. Trudel: Correct. Ça va. Merci.

Le Président (M. Joly): ...bien. Mais je pense que tout le monde devrait se discipliner davantage.

M. Trudel: D'accord.

M. Rodrigue (Norbert): Alors, M. le Président, vous me permettez de répondre à cette question?

Le Président (M. Joly): Brièvement, s'il vous plaît, M. Rodrigue.

M. Rodrigue (Norbert): Alors, sans hésitation, M. Trudel. On a même dit précédemment que nous étions prêts à comparaître tous les ans devant la commission des affaires sociales. Si c'était une formule comme celle-là, ça nous donnerait un peu plus d'oxygène dans le temps pour gérer les choses, faire rapport et être imputable d'une manière plus perfectible.

M. Trudel: Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. C'est avec enthousiasme, depuis le matin, qu'on reçoit des groupes qui parlent de bonifier ce qui est déjà bon. Je trouve ça extraordinaire cette ouverture d'esprit qu'on connaît depuis le matin. Je n'étais pas du tout surpris des propos que vous aviez, compte tenu des tournées que vous avez faites au Québec et des régions que vous représentez. Vous parlez de **momentum**, il y en a un, **momentum**. Je pense qu'effectivement, il a été écorché un peu, juste du fait qu'on a retardé la commission parlementaire pour l'étude article par article, du mois de janvier jusqu'à aujourd'hui. Il y a des gens qui, dans le milieu, disaient: On commence à l'avoir. Il commence à faiblir. On n'est pas sûr qu'il va se rendre au bout. Alors, je peux vous rassurer là-dessus, il est encore assez fort pour être capable de livrer ce projet de loi là. Que ce soit dit à tout le réseau, la réforme, elle va être là. J'ai toujours dit que dans le "comment", il y avait des choses qui pouvaient être modifiées. S'il y a 309 papillons qui sont déposés, c'est parce qu'il y a une ouverture d'esprit à changer des choses compte tenu du fait que le fardeau de la preuve incombe à ceux qui veulent nous faire changer les choses, que ce soit pour les médecins ou pour les autres. Je n'aurai pas honte, demain

matin, de ramener d'autres papillons pour bonifier le projet de loi en autant qu'on m'en fasse la démonstration. Même si je suis un Bélier, une tête têtue, je suis capable d'être ouvert à l'occasion pour régler des choses. Pas pour le président-directeur général de tel établissement ou du CRSSS, pas pour le président du CMDP, pas pour le DSP ni le DSI, mais pour celui qui a besoin des services. C'est dans cet esprit-là que ça doit se faire, que ça va continuer de se faire. Je vous ai entendus tantôt dire: On est encore des CRSSS, on n'est pas tout à fait des régies. Essentiellement, ce que je comprends de vous autres et de ceux qui seront soumis à votre autorité future, ils ne veulent pas non plus que vous deveniez des "CRSSS de régies." On va, tout en jouant avec le jeu de mots, bien s'assurer aussi que cet oxygène qui part du central, qui va au régional, bon, il peut être imparfait. La bonbonne n'est peut-être pas assez grosse, ça en prend probablement plus. Ce que j'ai compris, c'est qu'elle ne se reflète pas dans la loi de la même manière que dans les documents de la réforme. Bon, on pourrait de manière très simpliste dire: Après la faute des technocrates, c'est la faute des technocrates légistes. Mais eux autres, ils font ce qu'on leur demande, et ce n'est pas toujours facile de traduire en termes juridiques. C'est pour ça qu'il y a un exercice d'analyse article par article pour voir jusqu'où ça va. Confrontés à plusieurs versions, on a un choix à faire, comme parlementaires, qu'on fera sur le plan du sens qu'on doit lui donner. Donc, c'est là qu'on va aller dans l'exercice qu'on va commencer mardi prochain. Ma première question va porter sur une commission médicale régionale dont on a entendu parler depuis un certain temps et qui fait l'objet d'une revendication assez forte et d'une volonté assez forte de la part du corps médical. J' imagine que vous êtes à même de comprendre cette revendication-là, parce qu'à l'occasion, eux aussi se sentent dans la même situation où vous êtes, où les D.G. sont, pas toujours très très considérés dans le geste qui est posé. Donc, d'après vous, ce serait quoi le mandat d'une commission médicale régionale, c'est quand même assez important? Comment est-ce que vous voyez ça dans l'appareil, dans l'organisation, de façon qu'on puisse examiner la faisabilité de cette commission médicale régionale? Par rapport au rôle futur que vous auriez, compte tenu que vous allez avoir pas mal de pouvoir tantôt?

M. Rodrigue (Norbert): M. le Président, M. le ministre, sur l'idée, le moyen, ça ne nous pose aucun problème. On considère que les médecins, je l'ai dit tout à l'heure, doivent être dans le processus décisionnel, notamment, sur les matières qui les concernent, sur les matières dont ils ont la compétence. Avant de permettre à Hubert Gauthier de répondre sur la faisabilité, ce que je voudrais ajouter, c'est qu'il y a une chose, j'ai

dit les médecins aussi, oui, participants, **mêlés** à tous les processus. Exclusivement, non. Dans ce sens-là, on souhaiterait, bien sûr, que la commission existe, qu'elle se mêle des questions médicales et de tout ce qui concerne cet aspect-là, mais qu'elle soit quelque chose comme conseil à la régie, aviseur à la régie, de manière que la régie puisse remplir sa mission globale, de la manière la plus efficace possible. M. Gauthier.

M. Gauthier: **Peut-être**, si vous me permettez, M. le Président, de compléter. Je pense qu'effectivement, les conseils régionaux pourront laisser un héritage aux régies, une tradition presque culturelle de travailler depuis qu'on a à faire les plans d'effectifs médicaux avec les corps médicaux. Il existe déjà, dans la plupart des conseils régionaux, des regroupements qu'on appelle tantôt des comités, des commissions ou des tables qui impliquent les médecins dans la fabrication des plans d'effectifs médicaux. J'y ai été personnellement mêlé dans deux régions. Premièrement, il faut se rappeler de ça. Par conséquent, c'est assez facile de répondre. Il faut absolument une implication médicale, et j'irais même plus loin, je pense que sur une commission médicale, si on veut légiférer, on peut parler de tout ce qui touche les questions de pratique, les questions professionnelles, les questions qui touchent le travail du médecin comme tel dans le milieu, les liens qu'il y a à tisser entre les cabinets privés et les institutions sur le plan de la pratique et sur le plan professionnel. Par ailleurs, j'ajouterais qu'il va falloir, comme c'est fait à l'heure actuelle, impliquer les médecins dans d'autres questions: la planification des services avec d'autres partenaires du réseau. Donc, c'est aller plus loin qu'une commission médicale unique qui aurait - de ce que j'en comprends - des responsabilités spécifiques: impliquer les médecins dans la planification de choses comme les services aux personnes âgées, les jeunes... Ils ne sont pas en-dehors de ça, ils sont parties prenantes. Au niveau de la santé mentale, ça a été l'expérience des conseils régionaux de voir les médecins impliqués en santé mentale, et j'en passe, des exemples. Donc, je pense qu'il y a deux niveaux. Celui d'une commission médicale qui pourrait être davantage centrée sur les questions de pratique professionnelle, d'implication importante au niveau de la fabrication des plans d'effectifs médicaux. Quand on parle des plans de services, je pense qu'il faut avoir aussi une participation médicale quant à la planification, mais là, avec d'autres partenaires du réseau.

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

M. Côté (Charlesbourg): Donc, si je comprends - une commission médicale est uniquement médicale - plus le mandat est restrictif, plus la commission médicale est large, plus ça doit

regrouper d'autres personnes que le monde médical, si je comprends, d'autres professionnels de la santé, selon votre point de vue. Je veux juste revenir, parce que je l'ai dit à plusieurs reprises, à l'oxygène - c'est vrai que le projet de loi ne traduisait peut-être pas finement la volonté, ce qui n'est pas toujours facile, on va tenter de le faire en commission parlementaire - pour donner plus d'oxygène à la régie régionale, pour en donner plus aussi au pouvoir local, c'était la volonté qui était exprimée au début. Cependant, je vais vous poser la question, parce qu'en vous entendant, en écoutant le député de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue** qui aspire à être au pouvoir éventuellement, donc occuper probablement des fonctions **ministérielles**, dites-moi donc, dans votre esprit à vous autres, quand vous avez tout planifié ça, vous êtes d'accord, qu'est-ce qui va rester au ministre? On va le prendre de ce bord-là, de ce bout-là. Dites-moi ce qui va rester au ministre. **Va-t-il** lui rester un petit peu d'oxygène, compte tenu du fait qu'il va taxer et qu'il va être obligé de répondre?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Dites-moi ça pour que je comprenne un peu.

Le Président (M. Joly): M. Rodrigue.

M. Rodrigue (Norbert): Je dirais toujours que ça dépend un peu de l'appétit du ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rodrigue (Norbert): Je pense qu'il en resterait pas mal au ministre: toutes les fonctions de planification nationale, de régulation nationale, d'allocation des ressources et d'équité interrégionale. Vous me permettez de vous confier humblement, sans que personne ne nous écoute, que si c'est vous qui êtes le boss, qui avez le portefeuille, qui m'allouez mes ressources, je trouve que ça détermine pas mal mon sort, ça. Une fois que je les ai, ces ressources-là, tout ce qu'on dit, c'est qu'une fois que l'allocation des ressources est faite dans l'esprit dont on parle, envers les régions, là on se dit: **Est-ce** que le ministre, par ailleurs, doit descendre jusque dans l'intrarégional a priori? Qu'il nous pose des questions a posteriori sur ce qu'on a fait avec ce qu'il nous a alloué, ça c'est une autre affaire. Mais, a priori, on pense que vous devriez regarder ça, humblement, toujours.

M. Côté (Charlesbourg): En vous écoutant, ça me rassure. Parce que je craignais de me retrouver dans une situation qui pourrait être, par exemple - et Dieu sait que l'Opposition joue bien son rôle - celle où je posais la question aux fonctionnaires tantôt: Écoutez là, est-ce qu'il

y a quelque chose de plus décentralisé qu'Urgences-santé à Montréal? Ils ont un budget, ils ont la liberté. Et Dieu sait que les questions, ils ne les *posent* pas à Pierre Lamarche de ce temps-là. Ils vont les poser à Marc-Yvan Côté, au ministre, c'est lui qui est imputable. Donc, évidemment, au bout de la ligne, l'imputabilité, elle relève du ministre qui est à l'Assemblée, qui doit répondre. Donc, ce que je comprends, c'est que le "quoi", sur le plan provincial, doit être déterminé par le ministre et qu'il doit être assorti de mécanismes d'imputabilité et de reddition de comptes, ce qui m'apparaît normal, à ce moment-ci, tant et aussi longtemps qu'on n'ira pas vers une taxation régionale et un pouvoir de suffrage universel sur le plan régional. Donc, je pense que, là-dessus, on se comprend. Il s'agit d'adapter certaines plomberies au niveau du projet de loi. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup, M. le ministre. Est-ce que...

Une voix: ...vous remercier.

Le Président (M. Joly): Merci. Alors, au nom des membres de cette commission, à mon tour, je vous remercie. Merci bien.

J'apprécierais que les gens représentant le Groupe représentatif des associations syndicales dont des membres oeuvrent dans le réseau de la santé et des services sociaux, s'avancent, s'il vous plaît.

Bonjour. Je vais juste vous donner le O.K. dans quelques minutes, s'il vous plaît, de façon à pouvoir accélérer. On a déjà une demi-heure de retard. Je tiens à vous rassurer, nous n'empiéterons pas sur le temps qui vous est normalement dévolu. On va essayer de se discipliner davantage parce qu'on est censés finir à 12 h 30. Avec le consentement des parlementaires, nous allons déborder 12 h 30 afin d'écouter ce que vous avez à nous dire. Je voudrais quand même que M. le ministre soit de retour afin qu'il puisse vous entendre.

Vous avez en fait une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire, pas plus. Alors, je vous inviterai tantôt à synthétiser ou à compiler ce que vous avez à dire pour permettre l'échange, par après, entre parlementaires, le ministre et...

**Groupe représentatif des associations
syndicales du réseau de la santé
et des services sociaux**

Mme Lamontagne (Céline): Il y aurait trois présentations. Nous sommes trois groupes et on s'est disciplinés pour entrer dans la période qui nous est allouée.
(12 heures)

Le Président (M. Joly): Oui, parce qu'à ce moment-là, si un des groupes déborde, ça enlève

du temps à l'autre. Alors, je serai obligé de couper.

Une voix: Au gouvernement.

Le Président (M. Joly): Je vous avertis à l'avance que, déjà, j'ai une demi-heure de retard et puis qu'il y a quand même assez de difficultés. Alors, nous débutons. J'apprécierais si la personne responsable de la première présentation pouvait se présenter de façon à ce qu'on puisse établir ce qui en est. Vous avez au total, ensemble, vingt minutes pour présenter ce que vous avez à nous dire.

Mme Lamontagne: Alors, très rapidement, je vais me présenter: Céline Lamontagne, vice-présidente de la CSN. Avec moi, il y a Cécile Côté qui est secrétaire générale de la Fédération des affaires sociales. Et je vais inviter les deux autres organisations syndicales à se présenter.

Mme Boulanger (Sylvie): Bonjour, je suis Sylvie Boulanger, première vice-présidente à la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, et je suis accompagnée de Lucie Mercier qui est conseillère au secteur santé à la Fédération.

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Frenette (Jean-Guy): Je suis Jean-Guy Frenette, conseiller politique de la FTQ, et je serai accompagné, pour répondre à vos questions, de Astrid Gagnon de notre syndicat affilié dans le domaine de la santé, il s'agit de l'Union des employés de service, et de Claude Généreux du Syndicat canadien de la fonction publique, l'autre syndicat affilié dans le domaine de la santé à la FTQ.

Le Président (M. Joly): Merci. Qui débute? Madame?

Mme Lamontagne: Alors, moi, je vais débiter. Je vais essayer d'être très très disciplinée.

Alors, première remarque. Nous allons dans des grands traits. On n'ira pas dans le raffinement des mots de la loi. Une première remarque venant de la CSN - ce n'est pas nouveau, mais on veut le rappeler - c'est que, depuis longtemps, on a soutenu qu'il fallait, qu'il était urgent que le Québec se dote d'une politique de santé et de bien-être, qu'on ait une politique en matière de santé mais aussi de services sociaux. On nous l'avait promise et on déplore que ce soit reporté en juin. Et, à notre avis, la réforme qui est devant nous aujourd'hui procède un peu à l'envers parce qu'avant de faire des réformes de structures, on aurait aimé avoir une politique de santé très claire et des objectifs très clairs venant du gouvernement. Alors, la politique de

santé, pour nous, vise à changer des conditions de vie. Particulièrement, on connaît la situation du Québec cassé en deux, l'appauvrissement des personnes, des communautés, qui sont finalement des écarts importants qu'on peut observer en termes de santé, de bien-être et de vie sociale. Et on pourra faire le lien aussi avec tout le volet prévention de la politique actuelle.

Deuxièmement, au niveau de la réforme et du projet de loi, je peux dire d'entrée de jeu que certains aspects - on l'a dit aussi publiquement - nous apparaissent intéressants. Par exemple, d'élargir le rôle des CLSC, de maintenir, contrairement aux politiques d'orientation, les représentants du personnel au conseil d'administration et qu'il y ait aussi une répartition plus équitable des services médicaux, c'est des aspects qui nous apparaissent positifs dans la réforme.

Par ailleurs, un des aspects - et les autres intervenants le feront beaucoup plus, le développeront davantage - c'est qu'on considère que cette réforme fait des brèches majeures dans la gratuité, l'universalité et le caractère public de notre système de santé et de services sociaux. C'est un recul qui est important. Les autres y reviendront.

Un autre aspect important qui est aussi majeur, c'est le peu de place qu'on fait aux services sociaux dans la réforme. On a tenu un colloque récemment avec nos intervenantes et intervenants en service social, et il y a de très très vives inquiétudes des intervenants et des professionnels de ce secteur. Oui, on fait disparaître les CSS. Je dis tout de suite qu'on ne tient pas à la structure des CSS, mais on ne sait pas où on s'en va en matière de services sociaux. Est-ce qu'on va garantir, par exemple, le développement en milieu hospitalier de l'aspect social? Est-ce qu'on va le garantir dans les CLSC quand on va faire les choix budgétaires? **Est-ce que les CLSC...** Même si on est d'accord avec l'élargissement, l'inquiétude qu'ils avaient, c'est que ça ressemble de plus en plus à des polycliniques médicales et qu'on abandonne un peu la pratique **multidisciplinaire**, la pratique communautaire. Et quelle sera la place, dans les CLSC de demain, des services psychosociaux et de l'approche collective des problèmes? Alors, faute de réponse à ces questions et à bien d'autres, nous, on demanderait un moratoire sur le démantèlement des centres de services sociaux jusqu'à temps qu'on soit assuré de la place des services sociaux et du communautaire dans le système actuel. Et il ne manque pas de problèmes sociaux. Actuellement, on **parle** des problèmes des jeunes, de la pauvreté, des problèmes de violence, de la détresse psychologique. On est tellement conscient de ces problèmes-là qu'il y a déjà des comités de travail qui les étudient. On propose aussi, dans le livre blanc, des études sur le personnel. Alors, on dit: Toutes ces études devraient être faites avant de changer la struc-

ture sans avoir de perspectives d'avenir.

Un autre aspect qu'on déplore dans le livre blanc c'est que le projet de loi ne fait pas de place au personnel. On **parle** beaucoup de la valorisation, de la démotivation du personnel, mais, quand on regarde les textes de loi, on se rend compte que jamais on ne parie des syndicats, jamais on ne parie des représentants des travailleuses et des travailleurs. Il y a des ingérences, à certains endroits, dans les négociations, dans ce qui doit être convenu entre les parties. Alors, si on veut vraiment motiver le personnel, il faut avoir des droits qui soient consacrés dans la loi, entre autres, le droit à l'information, le droit aussi d'être associé, non pas juste comme individu, mais comme organisation de travailleuses et de travailleurs; c'est les syndicats, au plan de formation, au plan de développement du personnel. Alors, pour nous, c'est majeur. Et ça, on a fouillé vraiment le projet de loi et c'est le silence complet quand on parie des organisations du personnel.

Un autre aspect, c'est toute la question des mécanismes de plaintes pour les citoyens. On est d'accord, on l'a dit, que le citoyen doit être au centre du système. On est d'accord de renforcer les mécanismes de plaintes dans la loi, mais les mécanismes qui sont là nous font poser beaucoup de questions. Entre autres, comme c'est laissé à des cadres, comme c'est laissé à la direction de **l'établissement** dans bien des cas, ce n'est pas indépendant, finalement, de l'établissement et ça peut manquer de crédibilité. Alors, il faut renforcer ces mécanismes-là. Et on peut vous dire aussi que, souvent, comme travailleuses et travailleurs du réseau, c'est nous autres qui recevons les plaintes et qu'on est des fois les plus démunis pour faire suite à ces plaintes-là parce qu'il n'y a pas de lieu pour les acheminer. Et on est souvent d'accord avec les plaintes qui sont faites par les bénéficiaires.

L'autre aspect qui inquiète non seulement les organisations syndicales, mais aussi beaucoup de groupes communautaires, beaucoup de groupes qui oeuvrent au niveau des droits des citoyens, c'est toute l'augmentation des banques de données, la question de la confidentialité des dossiers, toute l'expérience de la carte à puce. On veut bien que le citoyen soit au centre de ce système, on veut bien qu'on ait des moyens pour contrôler le système, mais on ne voudrait pas non plus se regrouper avec un citoyen qui soit fiché.

Je termine sur un autre point très précis, c'est le caractère public du réseau. Je l'ai mentionné, il y a un aspect précis sur lequel on demande, c'est que les établissements privés et conventionnés doivent devenir des établissements publics à l'avenir. Ils ne doivent pas avoir le statut d'établissements privés conventionnés. Dans ce sens-là aussi, cesser le développement de ce réseau-là, mais développer un réseau public.

En terminant, j'ajouterais aussi une inquiétude d'ordre général. On trouve qu'il y a un décalage entre ce qui était écrit dans le livre blanc et le projet de loi. Il y avait des programmes qui nous apparaissaient très intéressants dans le livre blanc, je pense aux programmes pour les jeunes, aux programmes pour les personnes âgées, à d'autres aspects importants et intéressants. On ne retrouve rien dans la loi et cette inquiétude est doublée du fait qu'on est dans une période, **semble-t-il**, difficile - en tout cas, c'est ce qu'on dit - financièrement. Alors, où seront les augmentations d'allocation des ressources, où en seront les programmes qui étaient plus axés sur la prévention, plus axés sur la communautaire, plus axés sur régler les causes des problèmes et non pas juste faire du curatif? Je termine et je laisse la parole à mes collègues.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Lamontagne. Qui prend la relève? Mme Boulanger?

Mme Boulanger: Oui, c'est ça. Nous, nous allons d'abord aborder des éléments qui nous inquiètent davantage. Je pense que, dans les grands principes, on pouvait être en accord avec la réforme, mais il y a des éléments qui nous inquiètent davantage, c'est ce pourquoi on est ici aujourd'hui. Donc, il nous apparaît que, dans les textes de loi, il y a plusieurs mesures qui facilitent le glissement vers la privatisation. Qu'on pense, par exemple, aux allocations financières, l'article 360, au ticket orienteur et à l'impôt-services. Il y a aussi l'article 341 qui vise des projets expérimentaux "concernant l'organisation des ressources humaines ou matérielles des établissements aux fins de favoriser l'organisation et la prestation intégrées des services de santé et des services sociaux".

Moi, je trouve qu'il n'y a rien qui ressemble plus à ça que les OSIS. Les OSIS, dans la présentation de notre mémoire, on s'étaient prononcés contre, effectivement, parce que ça instaure déjà comme deux systèmes de santé, des mieux nantis et des moins bien nantis, et que ça vise davantage des objectifs de rentabilité que des objectifs communautaires. Donc, nos objections à la privatisation, même partielle, c'est que ça entraînerait effectivement l'accumulation des projets dans les secteurs les plus rentables au détriment de la qualité des soins et des services, le développement d'une médecine de riches, la dégradation du réseau public et une hausse considérable des coûts.

Plus fondamentalement, la privatisation porte atteinte à un choix de société qui repose sur deux grands principes universels de justice et d'équité sociale. Nous tenons à réitérer notre désir de maintenir l'universalité et la gratuité des soins, donc on fait référence ici qu'on veut retirer le ticket orienteur et l'impôt-services. Parlant du ticket orienteur, je pense qu'il n'atteindra pas... En tout cas, ce que le livre

blanc nous révèle, c'est qu'il veut davantage servir à éduquer la population. L'objectif qu'on voit inavoué en dessous de ça, c'est d'habituer les gens à payer. Ce n'est pas non plus une solution aux problèmes d'urgence, le ticket orienteur; il faudrait davantage s'attarder à donner plus d'information à la population.

L'impôt-services, évidemment, c'est une brèche importante à l'universalité des soins. Heureusement, à ce stade-ci, nous avons la Loi canadienne sur la santé qui empêche d'ouvrir cette brèche-là davantage. Quant à la décentralisation, nous nous sommes prononcés en faveur de la décentralisation administrative, mais c'est différent d'une décentralisation politique qui instaurerait, entre autres, un pouvoir de taxation dans les régions. Le but de la décentralisation, c'est de mieux répondre aux besoins spécifiques de la population, d'éliminer les problèmes comme le manque de concertation entre les établissements, la duplication des services et la non-complémentarité. Alors là, dans ce but-là, oui, nous sommes d'accord.

Si, par ailleurs, le but est le désengagement du gouvernement en matière de santé et de limiter la marge d'autonomie de chacun des éléments du système ou uniquement d'obtenir une meilleure efficacité économique, nous ne sommes plus d'accord. On ne veut pas voir se reproduire, avec le système de santé et de services sociaux, ce qui se passe, par exemple, avec les municipalités actuellement, où on voit que tout leur est déchargé et qu'elles devront taxer nécessairement. Donc, il est important que l'État reste maître d'œuvre du système et nous trouvons très important qu'il conserve le pouvoir d'établir le niveau global adéquat des ressources humaines, matérielles et financières et des grandes orientations de secteurs.

La charge de travail. Je voudrais aborder ce point-là parce qu'il est évident qu'avec le changement de vocation et de mission des établissements, c'est clair que tous les employés du réseau de la santé et des services sociaux vont se retrouver inévitablement avec une surcharge de travail. Qu'on pense, par exemple, à la diminution des temps de séjour dans les hôpitaux. Nécessairement, en bout de ligne, ces gens-là se retrouvent à devoir recevoir des services de soins à domicile, de maintien à domicile. En ça, c'est louable de vouloir diminuer le temps de séjour, et tout ça, mais ça ne devrait pas, par exemple, avoir pour effet d'augmenter la charge de travail du personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour ça, il faudra nécessairement qu'on alloue des ressources financières et humaines en conséquence. De plus, il faut le faire dans la mesure aussi où, ne faisant pas cette allocation suffisante de ressources humaines et financières, on pourrait mettre en conflit le citoyen et le personnel du réseau. Dans le sens qu'on donne, par le projet de loi, des mesures, plus de

mesures aux citoyens pour porter plainte, il y a plus de droits pour les citoyens, mais si, effectivement, il n'y a pas d'ajout de ressources humaines et de ressources financières, le personnel ne pourra pas suffire à la tâche et donner la qualité de soins à laquelle le citoyen a droit et à laquelle il doit s'attendre. Donc, éventuellement, on peut s'attendre à avoir davantage de recours et de plaintes de la part des citoyens. Je vais...

(12 h 15)

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, il vous reste quelques minutes, si vous voulez respecter le temps de l'autre groupe là.

Mme Boulanger: Oui, c'est ça. En fait, je vais couper court à la politique de santé. Mme Lamontagne l'avait déjà abordée, mais elle est très très importante pour nous aussi. Monsieur...

Le Président (M. Joly): Oui, allez. Parfait, vous pouvez quand même y aller, s'il vous reste... On va empiéter sur le temps des parlementaires.

Mme Boulanger: Merci.

M. Côté (Charlesbourg): On va couper notre temps.

Une voix: Le ministre est généreux aujourd'hui.

Le Président (M. Joly): Comme d'habitude.

M. Côté (Charlesbourg): Il l'est toujours.

Le Président (M. Joly): C'est naturel chez lui.

M. Côté (Charlesbourg): On gèle notre temps.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Boulanger: Alors, sur la politique de santé, je vais réitérer ce qu'on a toujours dit et ce que Mme Lamontagne vient de souligner, c'est qu'elle aurait dû normalement précéder une réforme. Selon toute logique, c'est ce qui aurait dû se passer. Bon, elle arrive au mois de juin, on va la prendre à ce moment-là, mais elle devra quand même se pencher sur tous les déterminants de la santé, dont l'appauvrissement, l'augmentation du taux de chômage, la polarisation des classes sociales, l'augmentation des accidents de travail, la détérioration de l'environnement, et il y en a d'autres. On peut en rajouter.

Donc, la politique de santé devrait passer par le maintien des qualifications professionnelles pour répondre à l'évolution du marché du travail. Ça devrait aussi traiter d'une politique de plein emploi, d'avoir des salaires décentes, de l'équité salariale, de la réduction des accidents de travail et des maladies professionnelles et de l'assainis-

sement de l'environnement. Ça nécessite un virage fondamental si on ne veut pas que le coût de notre système de soins continue à augmenter.

Votre véritable audace, M. le ministre Côté, réside dans votre capacité de questionner et de faire converger l'action gouvernementale vers un projet social de santé. Voilà. M. Frenette.

M. Frenette: M. le Président, **Mmes**, MM. les députés, M. le ministre, nous vous remercions d'avoir finalement consenti à nous recevoir aujourd'hui pour qu'on puisse vous transmettre nos vœux sur cet important projet de loi. Même si c'est sur le tard, il n'est jamais trop tard pour bien faire, M. le ministre, et on espère que ce même esprit d'ouverture va vous accompagner et va vous animer toute la journée pour changer radicalement certaines orientations et politiques inacceptables dans votre projet de loi.

On le sait - et vous nous l'avez démontré éloquentement encore récemment - que vous et votre parti êtes capables de vous tourner vite de bord sur des politiques fondamentales sur l'avenir du Québec. On espère que vous pourrez le faire également pour l'avenir de notre système des services sociaux et de santé aujourd'hui, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): À ce rythme-là, on va manquer de temps.

M. Frenette: Ah! vous aviez donné votre parole. Parce que vous avez démontré un souci extrême de réduire les coûts du service de santé et des services sociaux, nous aurions souhaité que le projet de loi consacre un véritable virage vers la prévention. Votre approche est trop timide, est trop hésitante, trop frileuse. On ne vous reconnaît pas dans cette mesure, M. le ministre.

Pourtant, il nous apparaît que c'est la seule véritable manière de réduire les coûts de santé sans nuire à la santé de la population. C'est en s'attaquant au chômage, à la pauvreté, à la pollution de l'environnement, à tout ce qui rend notre société injuste et dure pour les plus faibles d'entre nous que nous améliorerons substantiellement la santé et le bien-être de la population québécoise. Le plein emploi, des revenus décentes, un environnement sain, une société juste et accueillante, voilà les conditions favorables à la santé et au bien-être.

Mais le gouvernement n'a pas choisi cette voie. Il a plutôt choisi des moyens bien cyniques de réduire les coûts du système: rendre plus difficile l'accès aux services. L'adéquation est simple, si les gens consomment moins de services, ça coûtera moins cher. Qu'importe s'ils ne reçoivent pas les soins adéquats, qu'importe si leur état s'aggrave. N'y a-t-il pas de nombreux abuseurs parmi eux? À notre avis, il n'y a pas d'autres raisons d'expliquer des mesures comme le ticket orienteur et l'impôt-services sur les

médicaments aux personnes âgées, qui ouvrent la porte à la facturation des services. Vous allez nous obliger à nous tourner vers le gouvernement fédéral pour vous empêcher de détruire les bases de notre système. Ce n'est pas nous rendre service dans le contexte politique actuel que de nous forcer à agir ainsi.

Notre principale inquiétude c'est que le projet de loi, de diverses manières, encourage le démantèlement du système public. On fait plus de place au secteur privé dans le domaine de l'hébergement. On confie le maintien à domicile à des organismes communautaires. On accorde une allocation directe aux bénéficiaires pour qu'ils achètent des services sur le marché. On encourage la création de fondations privées pour financer des dépenses d'immobilisations. Bref, l'État perd peu à peu le contrôle sur les sommes qu'il dépense dans le système et sur la qualité des services. Et ces sommes proviennent des taxes des Québécois et Québécoises.

Les conséquences de ce désengagement progressif de l'État dans le domaine de la santé et des services sociaux sont graves. La qualité des soins est mise en danger, l'accessibilité et l'universalité des services sont de moins en moins garanties. Nous nous dirigeons vers un système à deux vitesses: chromé pour les riches et déficient pour les pauvres. Les résultats d'un tel système en termes d'indicateur de santé sont déjà connus. Le système américain l'illustre à merveille. Ce n'est pas la société que nous voulons pour le Québec, ni vous, M. le ministre, on en est convaincu. Ces conséquences sont extrêmement coûteuses pour une société, mais il nous semble que le gouvernement n'a pas fait le calcul de ces coûts et s'est limité à une approche purement comptable. La santé et le bien-être se mesurent difficilement, tout comme le chômage, la pauvreté et la maladie. Il faut voir plus loin et penser le système de santé et des services sociaux en fonction d'objectifs de bien-être.

Devant les besoins financiers du réseau, nous comprenons que le gouvernement cherche, par son impôt-services, quelques centaines de millions de dollars. Mais nous sommes encore convaincus que la façon la plus équitable de financer le système demeure l'impôt sur les profits des corporations et l'impôt progressif sur le revenu des particuliers. Personne, chez nous, n'a jamais refusé de payer ses impôts et même les augmentations d'impôts pour avoir les services de qualité auxquels on a droit et qu'on veut se donner comme société québécoise. Si le gouvernement s'entête à maintenir l'impôt-services, il fera la preuve que son intention est d'habituer la population du Québec à accepter que chacun doit payer individuellement pour les conséquences de la maladie.

Les mesures destinées à mieux répartir les médecins dans les régions et dans les institutions du réseau nous apparaissent plus qu'urgentes.

Nous vous invitons vivement, M. le ministre, à ne pas céder aux très fortes pressions qu'exerce actuellement le corps médical afin de maintenir ses privilèges.

Enfin, nous réitérons notre proposition de collaborer à la recherche de solutions pourvu qu'on ne mette pas en péril le caractère public, universel et gratuit du système de santé et des services sociaux au Québec. Si j'avais encore du temps, M. le ministre, je pourrais énumérer tous les points positifs qu'il y a dans votre projet de loi, mais, malheureusement, j'ai déjà abusé de votre générosité. Merci.

M. Côté (Charlesbourg): Vous voulez dire que je suis victime du peu de temps qu'on vous a laissé.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Frenette. Je vais maintenant reconnaître, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue...

M. Trudel: Je vais d'abord remercier...

Le Président (M. Joly): Excusez, juste un consentement qu'on doit aller chercher. On se devra de déborder d'environ 25 minutes. Est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on continue?

M. Trudel: Ça va.

Le Président (M. Joly): Merci. Alors, M. le député.

M. Trudel: Alors, merci, M. le Président. Je vais d'abord commencer par remercier les trois groupes qui sont avec nous ce matin d'avoir accepté de se regrouper à une même table. Vous voyez, la concertation dans le monde des travailleurs et travailleuses, ça va rapidement lorsqu'on voit l'importance des objectifs et ce n'est pas évident pour tout le monde qu'on est capable de se regrouper sur une même table et d'employer un langage aussi qui va nettement dans la même direction. Merci d'avoir aussi fait cet effort-là à l'intérieur des contraintes que nous avons.

Alors, il nous faut donc aller sur un certain nombre d'éléments précis. On ne peut certainement pas vous reprocher et dire: Vous n'avez pas abordé telle ou telle autre question, compte tenu du temps extrêmement restreint que nous avons à notre disposition. À Mme Lamontagne, et quiconque à la table peut répondre, le projet de réforme prévoit également des modifications assez substantielles au régime de négociation dans le secteur d'activité dans lequel vous oeuvrez. En exprimant une volonté de retourner à des négociations beaucoup plus localisées, est-ce réaliste, est-ce souhaitable, est-ce possible, est-ce réalisable, dans le contexte de l'histoire de nos relations du travail, à l'intérieur du Québec, dans le secteur de la santé et des

services sociaux? Alors, je m'adresse à Mme Lamontagne, mais quiconque veut s'exprimer là-dessus pourrait donner un complément de réponse, s'il vous plaît. C'est un élément extrêmement important, je pense.

Mme Lamontagne: Alors, vous n'êtes pas sans savoir - Ici, je pense qu'on s'entend tout le monde - qu'on est fort insatisfait du régime de négociation actuellement, fort insatisfait de certaines dispositions de loi ou de certaines lois qui existent, qui encadrent de façon très serrée le système de négociation ou le déroulement des négociations, qu'il y a des impacts majeurs.

Par ailleurs, ce qu'on peut dire, en tout cas, moi, c'est qu'on se prononce sur est-ce qu'il faut, oui, décentraliser jusqu'au niveau local, quelles matières devraient être négociées localement, quelles matières, s'il devait y en avoir, devraient être négociées régionalement, etc. Je peux dire, premièrement, qu'on a toujours souhaité négocier avec ceux et celles qui avaient les véritables mandats pour négocier. Donc, ça, c'est un principe qu'on émet. Deuxièmement, ajouter qu'on est toujours disposés à discuter du régime de négociation, mais que c'est une discussion qui doit se faire entre les parties. On doit discuter comme à une table de négociation du régime de négociation et ça ne devrait pas être imposé par une loi via une loi sur la santé et les services sociaux. Alors, c'est des éléments, mais on est disposés, ouverts, et, nous aussi, on aurait sûrement des changements à proposer dans le cadre de la négociation.

Je ne sais pas si les...

M. Frenette: Je pourrais ajouter, M. le Président, qu'effectivement, nous aussi, on n'est pas enclins à accepter un nouveau palier de négociation qui est la négociation régionale, alors que, déjà, à l'heure actuelle, au niveau... Et la proposition va dans le sens que la négociation centrale serait sur le monétaire et que la négociation sur les autres conditions de travail se feraient à un niveau régional. On vous rappelle qu'en négociations, il est difficile de régler les deux éléments séparément et que c'est donc un sujet conflictuel de plus que l'on ajoute si on se crée deux niveaux de négociation. Déjà, on a la possibilité, et on le fait lors des négociations, d'avoir des ajustements locaux. On a une négociation centrale et on a des ajustements locaux au niveau des établissements sur des horaires de travail, sur des ajustements, etc. Il y a aussi, dans les conventions collectives, une possibilité d'avoir une négociation régionale. Y compris le gouvernement, y compris les parties, en négociations, n'ont jamais voulu utiliser cette possibilité-là dans le secteur public et, lorsque cette hypothèse-là existait au niveau du secteur public, entre autres chez les enseignants, il y a quelques années, c'est le gouvernement lui-même, évidemment avec l'accord des enseignants, qui a

fait disparaître ce niveau de négociation régional. Alors, on ne croit pas que multiplier les niveaux de négociation va aider à diminuer des possibilités de conflits qui peuvent exister lors des négociations, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Mme Lamontagne.

Mme Lamontagne: Juste un petit élément. Nous, on est prêts à faire le débat, je le répète, et je voudrais rappeler que le meilleur régime de négociation, c'est celui qui est convenu entre les parties et non pas celui qui est imposé.

M. Trudel: Double message reçu, j'imagine. Mme Boulanger...

M. Côté (Charlesbourg): Ça s'adressait...

M. Trudel: Mme Boulanger...

M. Côté (Charlesbourg): ...aux deux parce que la loi 37 avait un parrain.

M. Trudel: Mme Boulanger...

Mme Lamontagne: Oui. On ne fait pas de distinction entre les...

M. Côté (Charlesbourg): Oui. C'est pour ça que, quand je vois la flèche, je la trouve en Y.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Elle est partie par là et elle n'est pas revenue.

M. Côté (Charlesbourg): C'est des missiles Patriot: vous en avez lancé deux pour être bien sûr de ne pas manquer votre cible.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Mme Boulanger, le ministre a fait un certain nombre d'ouvertures sur ce qu'il appelle le croisement au niveau des sièges sur le Conseil des infirmiers, infirmières, et le CMDP. Qu'est-ce que vous pensez, vous, de l'idée d'un comité mixte au sein, par exemple, de l'institution hospitalière, de l'établissement hospitalier, regroupant les représentants du corps médical et du corps infirmier, pour en arriver justement à travailler sur les dimensions communes sans que l'un et l'autre soient obligés, si vous voulez, en quelque sorte, d'en discuter formellement dans leur instance avec la présence de - si je peux appeler ça comme ça - l'autre partie? Est-ce que vous êtes ouverts à la création d'un comité mixte - corps médical, personnel infirmier - dans l'établissement pour gérer tout l'aspect des soins avec le personnel médical?

(12 h 30)

Mme Boulanger: Bon. Si vous faites référence par là au Conseil des infirmières et infirmiers, effectivement, on est en accord avec cet ajout-là à la loi. Je pense que c'est un aspect positif pour les infirmières, à tout le moins pour se faire entendre et nous donner là une chance de revaloriser, à tout le moins, un tant soit peu la profession d'infirmière, de retrouver nos lettres de noblesse. Cependant, je dois vous avouer qu'il ne m'apparaît pas simple de s'installer tout de suite à une même table, par exemple à l'exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers, alors que les médecins ont décrié notre présence sur leur conseil à eux, le CMDP. Je pense qu'il va falloir beaucoup d'ajustements pour arriver à s'entendre, mais je peux vous assurer, par exemple, qu'on va tous faire en sorte pour qu'on arrive à s'entendre sur les points qui relèvent du Conseil des infirmières et infirmiers et dont il a la responsabilité. Il va falloir qu'on s'entende et on va s'organiser effectivement pour que ça fonctionne. Ça va demander beaucoup d'adaptation, par exemple.

Le Président (M. Joly): M. le député... Mme Lamontagne, vous voulez rajouter...

Mme Lamontagne: Une remarque complémentaire. Oui, le Conseil des infirmiers et infirmières reconnaît le rôle important des infirmières dans le système hospitalier, dans le système de santé en général. Par ailleurs, nous, on a une inquiétude qui est le fait que les autres professionnels ne sont pas représentés nulle part. Dans la loi, on met même fin au comité consultatif. On peut dire que ça ne fonctionnait pas parfaitement partout, mais où vont se retrouver les autres professionnels, où on va mettre en valeur le travail des équipes multidisciplinaires, surtout dans les hôpitaux, parce que, dans les CLSC, c'est déjà beaucoup plus avancé à ce niveau-là? Alors, c'est une inquiétude que nous avons parce qu'on ne veut pas non plus se retrouver avec des cloisons entre les différents types de professionnels. On veut qu'on mise beaucoup plus sur le travail d'équipe et interdisciplinaire. Parce que chaque profession a son approche et sa spécificité et concourt au bien-être des citoyens et des citoyennes.

M. Frenette: Nous avons fait savoir au ministre, et à plusieurs reprises, qu'il avait négligé complètement, dans cette réforme, la participation du personnel du réseau et qu'il avait mis de côté leur expertise. On voudrait qu'il leur trouve une place pour qu'ils puissent, eux aussi, participer dans le réseau, et avec les autres professionnels de la santé, pour qu'ils puissent oeuvrer - et ils veulent le faire - à l'amélioration de la qualité des services et des soins dans l'ensemble du réseau.

Le Président (M. Joly): Mme Côté.

Mme Côté (Cécile): Moi, je veux tout simplement ajouter qu'au niveau de ces conseils, il serait très important, entre autres, que le personnel qui représente le social soit sur ce type de comité là. Une raison très particulière, c'est que, si la réforme se fait dans le sens où elle est prévue maintenant, au niveau des services sociaux - ce que je ne souhaite pas nécessairement à 100 % - au minimum, il faudrait que les gens qui vont dans des milieux qui ne sont pas leur milieu d'origine, par exemple les hôpitaux, les centres d'accueil, tous ces types de milieux, soient représentés et qu'ils puissent apporter tout l'aspect social des missions sociales de ces types d'établissement.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. Je vais maintenant reconnaître Mme la députée de Terrebonne.

Mme Caron: Merci, M. le Président. Ce que j'aurais le goût de vous dire c'est que, lorsque vous avez fait votre présentation, ce qui m'a surtout frappée, c'est que vous avez porté une très grande attention à tout ce qui touche vraiment le côté humain, plutôt que le côté structure et tout ce qui touche vraiment le citoyen consommateur, plutôt que ce qui touche les règles qui régissent votre travail. Plutôt que de défendre uniquement les intérêts de ce que vous représentez comme groupe de travailleurs, vous avez vraiment touché à tout ce qui a trait au citoyen consommateur, et je pense que c'est extrêmement significatif pour la réforme qui va s'appliquer. Vous avez touché à l'universalité des services, à la confidentialité, aux services sociaux, au peu de place qu'on y retrouve, à l'importance d'une politique de santé et bien-être. Je serais peut-être portée à dire que c'est peut-être parce que c'est la première fois que nous avons sur la table des intervenantes féminines majoritairement depuis le matin.

Je vais donc vous demander - parce que, là, j'ai beaucoup d'espoir en vous entendant parler presque exclusivement du citoyen consommateur - côté motivation, Mme Lamontagne l'a soulevé un petit peu, le personnel a besoin de motivation pour l'appliquer cette réforme, qu'est-ce qui vous manque vraiment comme outil de motivation à l'heure actuelle?

Mme Gagnon (Astrid): Nous, nous avons fait, justement, une consultation sur la valorisation et la satisfaction au travail du personnel salarié dans le réseau. Naturellement, on se réjouit de voir, dans le projet de loi, qu'il y a une partie du message qui a été entendue: un changement de cap. Finie la gestion autoritaire, nous allons consulter les salariés. Ce que les salariés disent, en général, c'est effectivement que ça manque de consultation dans le système. Par contre, on parle des consultations bidon. Ce qu'ils veulent, c'est de la consultation, être

vraiment écoutés. Et Dieu sait que l'expertise, ils l'ont, parce qu'ils sont toujours les plus près des bénéficiaires. Alors, ils connaissent très bien les besoins des bénéficiaires à plusieurs niveaux et ils ne sont jamais écoutés à ce **niveau-là**. Alors, ça, c'est l'une des parties qui est très importante dans la satisfaction au travail.

Il y a évidemment la possibilité de travailler avec les outils nécessaires pour rencontrer des grands objectifs, il faut le dire. On ne doit pas se gêner d'avoir l'objectif de donner des soins et des services de qualité. Malheureusement, dans plusieurs établissements, c'est soit l'équipement, soit le personnel, qui manque. Effectivement, si le ministère voulait savoir ce qui manque au personnel, il n'aurait qu'à se pointer à la fin des quarts de travail pour leur demander s'ils sont satisfaits de leur journée de travail. Il va avoir là toutes les réponses. Alors ça, c'est une partie importante, et probablement que la raison pour laquelle on est très à l'aise de parler de qualité des services aux bénéficiaires, c'est parce qu'on sait très bien qu'elle est intimement liée à la satisfaction au travail. Pour nous, il n'y a aucun problème et aucune dichotomie là-dedans.

Par rapport à la qualité des soins, entre autres, nous, à la FTQ, on a un grand reproche à faire au projet de loi. On se serait attendus à ce que le projet de loi soit beaucoup plus précis sur les mesures de contrôle de la qualité des soins et on n'est pas d'accord que le projet de loi vise à privatiser davantage le système. Alors, si on met tous ces éléments ensemble, la privatisation, on laisse les bénéficiaires dans les mains des **propriétaires** qui peuvent faire du profit - je parle particulièrement des centres d'accueil pour personnes âgées - sans mécanisme de contrôle de la qualité. Il y en a un service de contrôle de la qualité au ministère qui n'a ni les ressources ni le temps suffisant pour même faire une inspection annuelle. Alors, on donne des permis de fonctionnement à des établissements sans faire les inspections. Et si on tient compte de l'évolution de l'âge des personnes âgées dans les résidences, actuellement, on va se retrouver, dans 10 ans, avec beaucoup de foyers clandestins. Je le mets entre guillemets, si vous voulez, mais des foyers qui ont des permis et qui ne sont pas inspectés, c'est des foyers clandestins, à notre sens.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Gagnon.

Mme Gagnon: Alors, ça, ça fait partie beaucoup de la motivation du personnel.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Gagnon. Mme la députée de Terrebonne, est-ce que vous avez une autre question?

Mme Caron: Je crois que Mme Lamontagne voulait dire un mot.

Le Président (M. Joly): Mme Lamontagne, vous voulez rajouter?

Mme Lamontagne: Je pense que c'est une question très importante et qui demanderait un long développement, mais je voudrais ajouter quelques éléments.

Le Président (M. Joly): Je ne pourrai pas vous le permettre, parce que, si vous considérez, là...

Mme Lamontagne: Alors, je ne reviendrai pas sur ce qu'on a déjà dit sur certaines lois qui démotivent notre monde et sur ce qu'on nous a annoncé cette semaine, mardi dernier. Ça n'aidera pas à la motivation du personnel. Ça n'a pas aidé en 1982 et ça n'aidera pas en 1991.

Le Président (M. Joly): J'espère que ce n'était pas le but de votre visite, ce matin.

Mme Lamontagne: Non. L'autre remarque, c'est que ce qu'on peut dire, c'est qu'on veut être dans le coup de la réforme. C'est qu'on ne veut pas sentir que la réforme se fait sur nos épaules, se traduit par des surcharges, par la détérioration des équipements, par une détérioration de nos conditions. Je vais donner un exemple très concret. Nous sommes d'accord, on a fait un colloque sur la question, pour que les CLSC élargissent leurs heures d'ouverture, élargissent leur gamme de services, mais on ne veut pas que ce soit aussi les travailleuses, les professionnels de ces secteurs qui en fassent les frais. On veut un meilleur service pour les citoyens. On veut, pour une mère de famille, quand son enfant a un problème à 10 heures le soir, qu'elle puisse aller dans son CLSC et non pas courir à l'urgence de l'hôpital Sainte-Justine ou de tout autre hôpital, mais on veut aussi qu'on tienne compte du personnel quand on va réorienter les services. On veut être consulté, on veut être de la partie, si on veut, partager les objectifs de la réforme, parce que tous les travailleurs et travailleuses veulent donner un bon service, un service de qualité.

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

Mme Lamontagne: Ça, il faut que vous en soyez convaincus.

Le Président (M. Joly): Une dernière question. Mme la députée de Marie-Victorin, une courte question, s'il vous plaît, et une courte réponse aussi.

Mme Vermette: Oui, alors, dans la structure actuelle, il y a le comité pour le personnel clinique qui va disparaître avec la nouvelle réforme. C'est ça que j'ai entendu? Le personnel clinique...

Une voix: Ils veulent le garder.

Mme Vermette: Mais pourquoi, finalement, on me disait que ça n'a pas toujours bien fonctionné? Quelles sont les raisons qui font en sorte que ça n'a pas pu bien fonctionner et pourquoi, finalement, demandez-vous à ce qu'il puisse rester en place?

Le Président (M. Joly): Mme Lamontagne.

Mme Lamontagne: Nous, on ne tient pas à une structure plus qu'à une autre. Là, au niveau des conseils d'administration, il y a trois personnes, et ce qu'on craint, c'est que, pour les autres personnels, on n'a pas de garanties d'être représentés au conseil d'administration, parce qu'il y a les médecins et les infirmières. Ça, c'est une première remarque. On veut avoir des garanties d'être représentés au conseil d'administration et, si ce n'est pas le comité du personnel clinique, que ce soit d'autres comités, mais un lieu de consultations et d'échanges sur les orientations, la mission de l'établissement et aussi les plans de développement, les politiques de personnel. On veut qu'il y ait des lieux assurés de ça. Alors, on n'a pas de formule. On peut réfléchir à une formule très concrète. On ne veut pas de la bureaucratie pour de la bureaucratie, mais on veut des garanties d'être présents.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je suis très heureux de pouvoir échanger brièvement avec vous ce matin, à la même table, de la même manière qu'on l'a fait avec les autres, et je prendrai, dans un premier temps, deux éléments qui m'apparaissent plus essentiels dans votre présentation, c'est commun sur le plan de politique de santé et bien-être et le social. Je ne suis pas de ceux qui pensent qu'il aurait fallu que la politique de santé et bien-être précède la réforme. Ce ne sera pas nouveau pour vous autres, là, mais je vais vous dire pourquoi. Dites-moi ce que ça changerait d'avoir entre les mains aujourd'hui la politique de santé et bien-être, quant à l'impact de la consolidation de la première ligne, à la décentralisation, à la participation des citoyens. À mon point de vue à moi, ça ne changera rien. La politique de santé et bien-être a son importance sur la concertation **multisectorielle** - ça me paraît évident, ça me paraît sauter aux yeux et c'est la réalité de demain - sur les priorités de services, parce qu'il y a des incitations à donner là, sur l'allocation des ressources. Mais ça, ce n'est pas dans la loi. Il faut s'enlever de l'esprit que la loi 120 doit nécessairement, sur le plan législatif, contenir toutes les mesures de la réforme. Ce n'est pas possible et ce n'est pas ça

l'esprit de la loi 120. Il y a donc une série d'étapes qui doivent venir: la réforme, le projet de loi 120, la politique de santé et bien-être et le plan de mise en oeuvre des 222 mesures que contiennent la réforme. Mais c'est un tout, et le jugement global sur la réforme devra se faire dans le tout.

C'est sûr qu'à ce moment-ci, il y a des éléments qui paraissent plus ou moins clairs dans la loi et qui doivent être précisés, j'en conviens avec vous. D'ailleurs, c'est le but de l'exercice. Il y a des éléments qui vont venir ultérieurement, qui vont venir compléter le projet de loi et qui vont donner l'ensemble du point de vue et de l'organisation. Donc, la politique, son importance, pour moi, c'est qu'elle arrive, qu'elle vienne. On ne peut pas dire qu'on va la faire en 1992. Quand on parle du mois de juin, il faut qu'il y ait convergence avec la politique de santé et bien-être qui serait rendue publique au mois de juin, au terme duquel on aurait fini l'exercice d'adoption du projet de loi 120 et, par le fait même aussi, j'espère à tout le moins, l'exercice du plan de mise en oeuvre des mesures qui n'ont pas d'implications sur le plan législatif, mais qui ont une drôle d'importance au niveau de la réforme. Tantôt, vous évoquiez: On ne voit nulle part pour des clientèles spécifiques, que se soient les personnes âgées ou les jeunes, des éléments. C'est clair que c'est dans des mesures spécifiques qu'on va les retrouver sur le plan du financement et sur le plan de la mise en oeuvre de ces choses-là.

(12 h 45)

Le deuxième, et évidemment ça m'avait étonné un petit peu, parce que je me rappelle qu'en commission parlementaire l'an passé, on avait eu une participation assez exceptionnelle des centrales syndicales avec des mémoires très étoffés et avec des surprises, quant à moi - je ne le dis pas pour les autres, je le dis pour moi - quant à l'ouverture des centrales syndicales sur un certain nombre de choses et je l'avais dit à l'époque d'ailleurs, je le répète parce que la mémoire est une faculté qui oublie et Dieu sait que c'est une chose qu'on peut appliquer à la politique et, de temps en temps, aux employés aussi bien sûr, aux centrales syndicales.

Ce qui m'avait frappé dans les commentaires, au lendemain de la réforme, de la part du monde syndical, c'est qu'on nous disait: Absence totale ou presque totale de dimension sociale. Il n'y a rien de plus faux. Les mesures majeures sont des mesures qui concernent le social. Quand même que je tenterais de faire accroire aux médecins que les mesures qui concernent les CLSC ce ne sont pas des mesures sociales, je vais avoir des problèmes un peu là. Pour moi, dans mon livre à moi, quand je parle des mesures qui concernent les CLSC, ce sont des mesures qui sont dans la grande famille du social. Quand on parle des personnes âgées, ça me paraît très très important. Quand on me parle de services en

milieu scolaire, des mesures spécifiques qu'il y a à l'intérieur de la réforme pour augmenter le nombre de travailleurs sociaux dans les écoles du Québec, ça devrait être une mesure sociale. Donc, ce qui concerne les jeunes, et ça c'est très très important, quand on parle, à l'intérieur de la réforme, des CPEJ, nos nouveaux CSS, nos CPEJ et des CLSC, on parle toujours du social. Je ne pense pas qu'on **parle** d'autres choses. Et c'est une consolidation qui, à ce moment-ci, reçoit un assentiment très large qui soulève des inquiétudes, en particulier au niveau des travailleurs, et je pense que j'en conviens et que, si j'étais un de ces **travailleurs-là**, j'aurais probablement les mêmes inquiétudes tant que je n'aurais pas des réponses.

Mais c'est clair que ce sont des choses qui sont majeures. Dans les amendements qui ont été ou qui vont être déposés très prochainement et qui ont été annoncés mercredi, quand on parle d'un mécanisme **multidisciplinaire** d'évaluation de la qualité des soins, ça veut dire que ça ouvre la porte à d'autres que les médecins et les infirmières, dans la mesure où chacun des établissements en a besoin, et ce n'est pas limitatif uniquement aux centres hospitaliers, pour faire place aux revendications, en particulier, de ceux qui sont dans la catégorie sociale, qui nous ont dit effectivement qu'ils risquaient d'être des parents oubliés.

Et on en arrive à parler de qualité, parce que vous l'avez évoquée tantôt en disant: Qui va contrôler la qualité? Je pense que c'est madame qui l'a fait en fin de course, en parlant des foyers clandestins ou d'autres, qui ont des permis mais où, sur le plan de la qualité, le contrôle ne s'exerce pas. L'autre message qui **m'apparaît** très clair c'est la volonté de tous ceux qui sont venus en commission parlementaire - ils l'ont signifié à Rochon, ils l'ont signifié à ma prédécesseure, Mme Lavoie-Roux - quant à la nécessité de décentraliser, de régionaliser. Et ça c'est une ligne de forces. Donc, si on décentralise, si on régionalise, il faut nécessairement qu'il y ait des pouvoirs qui soient au central. Bon, ce n'est peut-être pas fait d'une manière parfaite dans la loi 120 actuellement là, comme les gens le souhaiteraient, mais, au moins, il y a l'effort. **Il** ne faut pas demander en même temps au législateur d'encadrer la loi et de décentraliser. **Alors**, quand on décentralise, on décentralise. S'il faut donner de l'oxygène à la régie régionale, on donne de l'oxygène à la régie régionale, et, s'il faut donner de l'oxygène au conseil d'administration, on lui en donne. Tout ça pour rejoindre le dernier point qui a été évoqué par madame qui parlait de l'évaluation de la qualité. **Il** est faux de prétendre que le ministère, à Québec, a eu, a et aura suffisamment de monde pour faire le tour du Québec, des 950 établissements, pour faire l'évaluation de la qualité. On peut bien dire que ça se fait, je vous dis qu'on n'a pas le monde pour le faire et qu'on est

embarqué dans l'avant, dans le pendant et dans l'après et qu'on veut sortir du pendant pour laisser la liberté aux gens et plus d'oxygène pour être capable de faire le pendant. Ça veut dire quoi ça? Ça veut dire que, dans la loi, on dit: Les conseils d'administration d'établissements sur lesquels vous siégez... Ce n'est pas le voisin qui choisit là. Le médecin est choisi par le médecin, l'infirmière est choisie par l'infirmière et l'autre travailleur est choisi par les autres travailleurs. On vous dit: **Il** y a quatre objectifs. Le premier, c'est la qualité de la dispensation des soins; le deuxième, c'est la qualité de la gestion financière; le troisième, la qualité de la gestion de la ressource financière; et le quatrième, la qualité de la dispensation des services. Puis on dit quoi? On dit: Vous êtes assez "matures" pour vous donner les structures dont vous avez besoin pour vérifier la qualité. Et, après ça, le ministère va intervenir, lui, sur le plan d'une tournée, mais nécessairement dans les 950 établissements, mais en mettant des mécanismes en place pour être capable de faire la vérification si effectivement, **ultimement**, ces choses-là se font. Ça ne veut pas dire que ça règle tous les problèmes, ça veut dire qu'il faut donner plus d'oxygène aux conseils d'administration, et le message qui est dans la réforme, il n'est peut-être pas suffisamment clair dans la loi 120. Ce n'est pas vrai que la réforme va pouvoir se faire s'il n'y a pas une participation intensive des employés, peu importe qui ils sont, où ils sont, qu'ils soient de la santé ou qu'ils soient du social. Ça, pour moi, c'est clair que c'est fondamental, il s'agit d'y aller. **Il** s'agit d'être hospitalisé, d'aller fréquenter un service, pour s'apercevoir qu'il y a quelque part qui donne des services puis que, s'il est malheureux, ça ne l'influence pas au point de mettre en péril la qualité, mais l'humeur peut être différente. Je l'ai vécu, bon. C'est un petit peu normal, c'est humain, nous autres aussi notre humeur change de temps en temps, à l'occasion. Pourquoi pas les employés du réseau? C'est un élément fondamental.

Ceci étant dit, je comprends que les points que vous avez soulevés, ce sont les points qui étaient **questionnables**. Si on vous avait donné une heure, probablement que vous n'en auriez pas eu suffisamment pour dire les bons points qu'il y a à l'intérieur de la réforme. J'en conviens, vous avez eu l'honnêteté de le dire. Évidemment, ma première question **ira**t à M. Frenette.

Vous m'inquiétez quand vous me dites que, sur le plan de la négociation, de décentraliser la négociation, les employés ne seront pas gagnants. Ce sont les employés qui vont être gagnants, à mon point de vue. Et quand je vous entends dire ça, vous feriez un maudit bon gars au Trésor, parce que le Trésor puis les centrales syndicales, sur le plan provincial, ils ont à peu près la même idée sur garder le pouvoir central de négociation. Et ce qu'on dit dans la réforme,

c'est: Nous autres, on est convaincus qu'en envoyant plus au niveau local, il y a bien plus de choses qui vont se régler et qui vont se modeler à la manière de ce que les établissements veulent. Et le rapport de force devra se faire là. On ne l'a pas écrit dans le projet de loi 120, parce que ce n'est pas de notre affaire. On l'a dit dans la réforme, en disant que ça devrait se faire avec les syndicats. Vous m'inquiétez quand vous me dites ça, puis je voudrais bien être capable de vous percevoir comme il faut puis de vous donner la chance de vous rattraper en disant: Vous m'avez mal compris, puis, effectivement, il y a un avantage à aller négocier sur le plan local.

M. Frenette: Non, vous nous avez bien compris, M. le Président. C'est que ce sera toujours au niveau central que sera le pouvoir de dépenser. Et, évidemment, comme on est contre la taxation au niveau régional, c'est au niveau central, où est le pouvoir de dépenser, que se dégage la marge de manoeuvre financière à tous les niveaux, et ça ne sert à rien de passer, à ce moment-là, au niveau régional, par des commis qui auront à administrer les décisions financières prises au niveau central. C'est là qu'est notre inquiétude, c'est là qu'on dit: Il n'y aura probablement pas de pouvoir au niveau régional pour négocier, et la formule actuelle le permet, d'avoir une négociation au niveau régional. Les parties, de part et d'autre, n'ont jamais voulu l'utiliser, mais il leur revient, comme on l'a souligné, et c'est notre approche. Si les parties s'entendent, qu'est-ce qui pourrait être le négociable à ce niveau-là et qu'est-ce qui pourrait faciliter les ententes ou la rapidité des règlements, etc., on n'a pas de problème à le regarder. Mais on n'a pas de projet qui est étudiable à ce moment-ci, dans le cadre d'une décentralisation régionale des négociations où et pour laquelle les intervenants n'auraient pas le pouvoir d'agir et d'engager le réseau.

Là est notre problème, M. le ministre, mais on est prêts à discuter de ça et à se définir un meilleur système de négociation qu'on a. Mais on est sûrs, pour nous, en tout cas, que, déjà, les négociations et l'adaptation au niveau local, elles se font, que la négociation se fait là et que c'est là que se vivent les problèmes de l'organisation du travail, de la définition des tâches, des fonctions, etc. Et on l'encourage cette négociation-là au niveau local, et on la soutient, mais l'ensemble du monétaire reste central, tant et aussi longtemps que c'est vous qui avez le pouvoir de dépenser.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, on ne peut pas régler ça en deux minutes, on serait trop efficaces, si on faisait ça.

M. Frenette: Ha, ha, ha! On peut s'essayer.

M. Côté (Charlesbourg): Une chose est certaine, en tout cas, surveillez-moi, je vais revenir à la charge de manière certaine parce que je l'ai mis dans la réforme parce que j'y crois. J'ai été particulièrement estomaqué d'une expérience qu'on m'a soulevée dans le coeur de la Mauricie où, effectivement, un représentant syndical avait proposé au directeur général de pouvoir faire en sorte que quelqu'un sur un étage puisse aller aider un autre parce qu'il y avait un surplus de travail sur l'autre étage. Croyez-le ou pas, c'est le directeur général qui avait refusé à ce moment-là. J'ose espérer que ce n'est pas trop répandu, parce que j'étais déjà renversé de voir qu'un délégué syndical pouvait accepter une chose comme celle-là, parce que ce n'était pas...

M. Frenette: Il faut croire que vous nous connaissez mal, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Bien sûr, bien sûr.

Mme Lamontagne: La qualité des services, on en est très préoccupés.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais, en tout cas, il y a d'autres sortes de problèmes dont on pourrait se parler, mais vous donnez un exemple où c'est possible, ce genre d'accommodement là, sans que ça ait d'effet sur le plan financier. Il y a bien des choses qui peuvent se régler sur le plan local sans que ça n'ait d'impact sur le plan financier, et c'est le bénéficiaire qui va en avoir le plus grand bénéfice. Donc, ça aussi, c'est des choses qui sont possibles. Je pose la question, vous me répondez et je vais jouer le rôle comme si j'étais un chef syndical qui pose une question à un homme politique, on va jouer le rôle inverse. On a souvent entendu parler, dans la bouche des dirigeants syndicaux que c'était un désengagement de la part du gouvernement, qu'il y avait un désengagement, on entend ça assez souvent. Est-ce que vous considérez qu'un budget de la santé et des services sociaux qui est à l'IPC + 3 % est un désengagement de l'État? Si oui, expliquez-moi comment.

M. Frenette: Si on fait comme les politiques, on ne vous répondra pas, M. le ministre. Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est pour ça que j'avais pris soin de faire l'inverse, pour ne pas que vous...

M. Frenette: Le problème...

M. Côté (Charlesbourg): ...me serviez cette réponse-là.

M. Frenette: Le problème n'est pas nécessairement vos 3 % que vous vous engagez à

maintenir, le problème est sur les ouvertures que vous faites et que vous venez concrétiser peut-être des initiatives malheureuses de vos prédécesseurs dans le domaine de la santé et des services sociaux qui ont permis certaines pénétrations insidieuses parfois du secteur privé dans le réseau. Ce que l'on voudrait avoir de vous, c'est qu'on dit: Le système, avec une politique de santé et de prévention, doit pouvoir contrôler ses coûts. On est conscients des coûts du système et que ça ne peut pas être des coûts qui augmentent **incommensurablement** chaque année, etc. Il faut que ce soit contrôlé, on est d'accord. On dit que le meilleur moyen, c'est une politique de prévention et qu'on a un effort à faire parce qu'on ne l'a pas fait, parce qu'effectivement, malgré tout, on a un système qui ne coûte pas très cher, qui coûte peut-être le moins cher au Canada et qu'on n'a pas besoin de ticket modérateur et d'impôt-services pour continuer à le faire fonctionner correctement.

M. Côté (Charlesbourg): Ticket modérateur... Je vais vous envoyer un dictionnaire, vous.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Il y a juste lui qui a la bonne page, par exemple.

M. Côté (Charlesbourg): 412.

M. Frenette: Et les ouvertures, c'est les ouvertures que vous faites qui nous inquiètent à la venue du secteur privé dedans. On ne pense pas à l'exemple - et pourtant on en a des exemples partout - M. le Président, que le secteur privé est capable de faire mieux que le secteur public dans l'administration et la saine gestion des services de santé et des services sociaux. C'est pour ça qu'on pense qu'il faut le faire nous mêmes.

M. Côté (Charlesbourg): C'est...

Le Président (M. Joly): En conclusion, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Sans ouvrir de brèche, je pense que l'affirmation est grosse. Je vous dis que, dans tout ce qui est clinique, vous avez raison. Dans le reste, on pourrait peut-être s'en parler. Ça ne veut pas dire que je vous convainrais et que vous pourriez me convaincre non plus, mais je pense qu'il y a place à la discussion, il faut au moins admettre ça.

M. Frenette: On est toujours ouvert à ça, nous.

Le Président (M. Joly): Merci, brièvement, Mme Lamontagne, très brièvement parce qu'on a déjà débordé d'une demi-heure.

Mme Lamontagne: D'abord, on n'a pas encore vu les crédits et les crédits futurs nous inquiètent. Deuxièmement...

M. Côté (Charlesbourg): Mais quand vous allez les voir, je vais surveiller votre réaction.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Lamontagne: J'aurais aimé faire un petit commentaire sur le social, est-ce que je peux, M. le ministre?

Le Président (M. Joly): Madame, non.

Mme Lamontagne: Non?

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, non.

Mme Lamontagne: On enverra nos commentaires à M. Côté.

Le Président (M. Joly): S'il vous plan, merci. Alors nous allons ajourner nos travaux sine die.

(Suspension de la séance à 13 heures)

(Reprise à 15 h 35)

Le Président (M. Joly): Alors, nous allons reprendre nos travaux. Il me fait plaisir de réaliser que, déjà, les membres de la Fédération des CLSC sont déjà présents et ceux de l'Association des centres d'accueil du Québec aussi.

Une voix: L'Association des centres de services sociaux du Québec.

Le Président (M. Joly): Ah! Les centres de services sociaux.

Une voix: Oui.

Le Président (M. Joly): Alors, voici très brièvement. Vous avez 25 minutes combinées...

M. Côté (Charlesbourg): ...pas entendu encore.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): ...pour nous livrer ce que vous avez à nous livrer, et, par **après**, la balance du temps est impartie de façon égale entre les deux formations. Donc, si vous décidez de prendre 15 minutes d'un côté, il reste 10 minutes de l'autre. C'est à vous autres d'organiser ça selon ce que vous avez à livrer comme message. Alors, j'apprécierais si les personnes responsables des groupes pouvaient peut-être se présenter et aussi nous présenter

les gens qui les accompagnent.

Fédération des CLSC du Québec

M. Payette (Maurice): Très bien. Mon nom est Maurice Payette. Je suis président de la Fédération des CLSC. Je vais présenter du côté des CLSC les gens qui m'accompagnent: à ma droite, Mme Jeanne-d'Arc Vaillant, directrice générale de la Fédération; plus à droite, Jean Rodrigue, médecin d'un CLSC, le CLSC Centre-Sud de Montréal; à l'extrémité, M. Marcel Sénéchal, cadre-conseil, directeur du service d'analyse et de développement à la Fédération des CLSC. À ma gauche, Mme Lise Denis, directrice générale de l'Association des centres de services sociaux...

Le Président (M. Joly): Services sociaux du Québec.

M. Payette: ...et je lui laisse le soin de présenter les personnes qui l'accompagnent.

Mme Denis (Lise): D'accord. Alors, à ma gauche, M. Jacques Perreault, vice-président de l'Association des CSS et directeur général du CSS de Richelieu, et M. Jacques Vachon, membre coopté du conseil d'administration de l'Association et directeur de l'École de service social de l'Université Laval.

Le Président (M. Joly): Merci. Alors, qui débute?

M. Payette: Je vais...

Le Président (M. Joly): M. Payette.

M. Payette: La Fédération des CLSC va prendre les 15 minutes et elle laissera 10 minutes pour nos collègues. Juste en...

M. Côté (Charlesbourg): C'est la base de la pyramide.

M. Payette: C'est la base de la pyramide. On va revenir là-dessus.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): S'il vous plaît!

M. Payette: Écoutez, oui, pour partir avec la pyramide, depuis que le livre blanc a été déposé et le projet de loi, je pense qu'il s'est dégagé beaucoup de choses au sens où la population a manifesté qu'elle était d'accord avec le fait que les CLSC soient la base de la pyramide, soient la porte d'entrée principale. Alors, il y a toutes sortes de signes qui se sont présentés. D'abord, il y a une augmentation de clientèle d'environ 15 % qui s'est produite à peu près dans

tous les CLSC. Il y a aussi les commentaires qu'on a pu lire dans les journaux à l'effet qu'il y avait presque unanimement un appui à ce principe. Il y a aussi nos partenaires, je pense, aussi bien dans des centres de services sociaux, des hôpitaux, ainsi de suite, qui ont bien manifesté qu'ils étaient d'accord avec ce point-là. Et récemment, un sondage sur le maintien à domicile manifestait très clairement que des citoyens et des citoyennes québécois sont tout à fait désireux de demeurer chez eux et pensent que les CLSC doivent être les maîtres d'œuvre et qu'on devrait permettre aux citoyens d'avoir les services nécessaires pour demeurer chez eux.

J'aimerais dire simplement aux membres de la commission que, comme représentant des usagers et comme citoyen, il y a quatre besoins auxquels je voudrais que le projet de loi réponde. Le premier besoin concernant les CLSC, c'est que les citoyens sachent clairement ce qu'ils sont en droit d'attendre d'un CLSC, exactement quels sont les services. Donc, qu'il y ait une distinction claire, je pense, pour les citoyens, entre des services de première ligne et des services de deuxième ligne.

Deuxièmement, je pense que les citoyens aimeraient avoir l'assurance que, dans chaque CLSC, on puisse offrir sensiblement la même gamme de services et une gamme complète, et je dirais, y compris des services médicaux. Nous allons revenir là-dessus au cours de notre présentation. Les citoyens aussi aimeraient que les CLSC soient tous accessibles, c'est-à-dire que la porte d'entrée que devrait être les CLSC soit grande ouverte et qu'elle soit ouverte suffisamment longtemps pour que les citoyens puissent vraiment profiter de cette porte.

Quatrièmement, je pense que les citoyens aimeraient aussi être aidés et savoir comment s'orienter à l'intérieur du système qui, souvent, leur paraît un peu un labyrinthe. Pour ça, avoir des services d'information, de référence. Ce que je souhaite, c'est que les citoyens développent progressivement le réflexe CLSC, c'est-à-dire que les différents problèmes mineurs, les problèmes des services de base, automatiquement qu'un citoyen pense: Je m'adresse au CLSC et c'est là qu'on va. On va avoir ce réflexe-là et la base de la pyramide sera vraiment ce qu'on a souhaité qu'elle soit. Je vais laisser à Mme Vaillant le soin d'aborder plus précisément certains points.

Le Président (M. Joly): Mme Vaillant

Mme Vaillant (Jeanne-d'Arc): D'accord. Donc, de façon très succincte, ce qui est important que la loi adoptée traduise - c'était dans le cadre du livre blanc et c'est repris dans le projet de loi - c'est la mission des CLSC: établissements publics de première ligne. Ça veut dire quoi? Ça veut dire des services sociaux et de santé non pas courants mais de base ou de première ligne, parce que "courants" se réfère

plus à des interventions d'ordre individuel. Donc, premier élément, des services sociaux. Sur les services sociaux, je pense qu'il y a une importance très grande, compte tenu des problématiques, de la nécessité de développer des services sociaux. Je fais juste une parenthèse pour la politique de santé et **bien-être** qui va être une pièce maîtresse, vous l'avez dit en début de commission parlementaire, et j'attire juste l'attention sur l'importance que, dans la politique de santé et bien-être, on attache beaucoup d'importance aux services sociaux.

Je ferme la parenthèse. Si on revient au niveau du projet de loi, des services sociaux, des services de santé y compris les services médicaux. Nous pensons que c'est important que ça soit précisé pour que clairement, ce soit compris que, dans les services de base, les citoyens puissent avoir accès, en CLSC, à une gamme assez complète de services. Je vais laisser le soin tantôt au Dr Rodrigue de développer le projet médical en CLSC.

Un autre élément, c'est évidemment les lieux de dispensation de services. Je pense qu'il faut, comme les CLSC sont et doivent être à la base du système, que les lieux de dispensation de services doivent comprendre les milieux de travail, les milieux de vie. On intervient dans les **arcades**, on n'intervient pas seulement à **domicile**. Donc, il faut que, dans le libellé de la loi, on ne puisse limiter les interventions ou les lieux d'intervention.

Un autre élément est l'approche communautaire, qui est une des caractéristiques des CLSC. Ça nous apparaît important, surtout en matière de prévention, qu'on puisse caractériser l'approche communautaire. On parle d'un projet de loi de nature préventive, **curative**, de réinsertion sociale et de réadaptation. Donc, nous soulignons l'importance d'une intervention auprès à la fois des groupes et des collectivités, et ça pourrait se refléter au niveau de la mission du CLSC. Il est évident, et c'est un ensemble de moyens qui vont découler de la mise en **application** de la loi, que les systèmes d'information téléphonique et de référence de 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, doivent être articulés en première ligne. Il y a également une majeure au niveau des services de soutien à domicile. Un récent sondage témoigne du désir des Québécois de rester chez eux, malgré un handicap ou une perte d'autonomie. Donc, les services à domicile sont extrêmement importants dans ce contexte-là, et sous plusieurs aspects, dont un qui se retrouve dans le projet de loi qui est celui du centre de jour et qui, pour nous, constitue un outil de maintien à domicile. Là-dessus, je dis aux parlementaires, et je vais reprendre votre biais ou votre prisme, que la décision doit être prise non pas en fonction des intérêts corporatistes de l'une ou l'autre des catégories d'établissements, mais en fonction des besoins de la clientèle. Et je m'arrête là-dessus.

Si je poursuis, au niveau de l'organisation des services médicaux, ce qui a été annoncé par le ministre dans le discours sur le fait qu'il y ait des CMDP là où il y a cinq médecins et plus dans tout établissement, donc centre hospitalier ou CLSC, nous sommes d'accord.

Au niveau des régies régionales, deux éléments retiennent notre attention. Dans le libellé actuel, pour nous, il est important de préciser que les régies doivent intervenir dans le respect des missions d'établissements pour faire en sorte que les règles du jeu soient claires toujours avec l'objectif que les citoyens s'y retrouvent partout au Québec et toujours dans l'objectif d'éviter les luttes corporatives, ce que dénonçait la commission Rochon.

Le deuxième élément qui présente pour nous des **ambiguïtés**, c'est le fait que les régies régionales, quant à nous, ne doivent pas dispenser de services directs en ayant des responsabilités de coordination, de planification et d'organisation de services. Donc, ce que nous disons, et là nous nous référons carrément, puis je vais l'identifier, ce n'est pas un objet volant non identifié, à la santé au travail, pour être très claire. On sait le litige qui entoure la santé au travail. Pour nous, la santé au travail, ce sont des services directs qui doivent être dispensés en première ligne. À ce moment-là, il nous apparaît important que ces services puissent être organisés - à partir du moment où les DSC sont intégrés à la structure d'une régie régionale pour faire de la planification, de la coordination et de l'organisation de services, c'est important pour nous que ne subsistent pas d'ambiguïtés à ce chapitre. Donc, c'est les principaux commentaires sur ce point.

Je passe rapidement au mode d'élection des représentants de la population. Nous avons demandé le suffrage universel. Nous comprenons la très grande difficulté et, là-dessus, nous attirons l'attention qu'il faudrait permettre de tenir plus d'une assemblée publique dans les territoires, dans des endroits différents pour choisir les représentants.

Donc, je vais **m'arrêter** sur ces questions en vous disant que ce qui nous apparaît majeur, c'est que la loi puisse être adoptée et des stratégies de mise en application rapide. La population a sérieusement la rage et la population a pris très au sérieux la réforme. On a déjà, en CLSC, un achalandage moyen de 15 % de plus suite à un sondage maison. Dans certains territoires de CLSC, c'est 30 %. Je vais laisser le Dr Rodrigue présenter le projet médical en CLSC.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Vaillant. Dr Rodrigue, il vous reste trois minutes.

M. Rodrigue (Jean): Oui, sûrement. Disons que la Fédération des CLSC a construit ou élaboré un comité qui réfléchit actuellement sur

le projet médical en CLSC. Essentiellement, le projet médical se développe autour de deux axes. Le premier, c'est celui de développer un modèle original et efficace de soins de médecine familiale dans tous les CLSC. Cette médecine familiale, quant à nous, inclut le maintien à domicile. Ça inclut aussi, on l'espère, si c'est permis dans les ententes pour les médecins, la continuité des soins et l'intégration des soins avec d'autres structures comme telles. Essentiellement, le modèle tourne autour de cette dispensation de services de médecine familiale, principalement dans les CLSC, mais ouverts aussi dans les autres établissements du réseau. Le deuxième axe, c'est celui de permettre à cette équipe de médecins de dispenser, en complémentarité avec les médecins du réseau, des activités de santé communautaire de première ligne et de pouvoir intervenir aussi sur des problématiques spécifiques de santé comme, par exemple, des catastrophes environnementales ou des choses de cet ordre-là.

Essentiellement, on pense qu'il y a deux conditions pour développer ce modèle de médecine familiale. On a déjà parlé de la structure médico-administrative. Quant à nous, ça prend une équipe homogène qui partage les objectifs du CLSC et non pas des médecins qui proviendraient, en bonne partie, des cabinets agréés. Donc, pour nous, cette équipe-là, ça doit tourner autour de 8 à 10 médecins par CLSC. Pour ces médecins-là, on pense qu'il faut aussi qu'il y ait un mode de rémunération qui soit un peu équivalent à la rémunération des médecins à l'acte. On pense aussi, pour donner une certaine liberté dans chaque établissement, qu'il doit y avoir une mixité des modes de rémunération, de façon à permettre justement des rémunérations d'appoint, là où c'est nécessaire.

La mesure d'impact, si on peut dire, de la médecine familiale, on en a parlé tantôt avec le plus grand achalandage, on vise que les services de médecine familiale en CLSC occupent environ 10 % à 20 % des services médicaux de médecine familiale. Actuellement, si on regarde la dernière enquête de Santé Québec, les services de santé en CLSC occupent 6 % des consultations et 60 % pour les cabinets privés, 6 % à 10 % à l'urgence. On vise, nous, à offrir dans tous les territoires de CLSC de 10 % à 20 %, **dépendamment** des régions, de ces services. Essentiellement, notre projet médical, c'est celui-là.

Le Président (M. Joly): On peut vous laisser aller quelques minutes, mais ça empiète sur le temps des deux formations.

M. Rodrigue (Jean): Ça va.

Le Président (M. Joly): Parfait. Oui? Merveilleux! Donc, merci beaucoup. Mme Denis.

Mme Denis: Oui, bonjour. D'abord, je voudrais dire d'entrée de jeu que l'Association et

les centres de services sociaux sont d'accord avec la réforme et ses orientations générales, et ce, tout en reconnaissant les impacts majeurs que cette réforme aura sur les centres de services sociaux actuels. Il y a cependant certains aspects de la loi qui, selon nous, méritent des clarifications ou des modifications.

Je vais aborder trois thèmes. D'abord, les services sociaux pour tous ceux qui en ont besoin, jeunes, adultes, personnes âgées; deuxièmement, des ressources intermédiaires, notamment familles d'accueil; troisièmement, le temps d'agir.

Des services sociaux pour tous ceux qui en ont besoin. La réforme, ce qu'elle nous propose au niveau des services sociaux, fondamentalement, c'est de confier à chaque réseau d'établissements la responsabilité de donner les services sociaux et psychosociaux aux clientèles que ce réseau-là dessert. Ceci vise à faciliter pour les usagers l'accès aux services, à mieux intégrer les programmes de services pour une clientèle donnée et à responsabiliser les réseaux d'établissements vis-à-vis des besoins sociaux. Nous savons tous qu'actuellement, ce sont uniquement les CLSC et les actuels CSS qui détiennent ces mandats. Et, en ce sens-là, la réforme constitue un changement majeur pour toutes les catégories d'établissements.

Pour les jeunes, les CSS se transforment en centres de protection de l'enfance et à la jeunesse et se rapprochent des centres d'accueil pour jeunes mésadaptés. La mission jeunesse des actuels CSS est confirmée, et nous croyons que le rapprochement proposé est de nature à consolider, en deuxième ligne, les services aux jeunes en difficulté. Nous avons proposé cependant quelques améliorations à la mission du CPEJ pour y inclure la dimension familiale. Nous avons proposé aussi certains amendements à la composition des conseils d'administration unifiés pour s'assurer d'un respect des dynamiques en présence, tant celle des centres d'accueil que celle des CPEJ ou des CSS transformés. Nous croyons aussi que pour répondre vraiment aux besoins des jeunes en difficulté et de leur famille, il faut renforcer, en première ligne, les services de base dans les CLSC, de façon à éviter que trop de jeunes se retrouvent en deuxième ligne en protection de la jeunesse ou sous la couverture de la loi des jeunes contrevenants.

Nous souscrivons aussi à l'annonce qui a été faite hier par le ministre, au moment du discours d'ouverture, quant à la création sur l'île de Montréal d'un CPEJ anglophone avec un mandat linguistique.

Pour les adultes et les personnes âgées. Les CSS n'offriront plus aux adultes et aux personnes âgées les services sociaux qu'ils offrent actuellement. Ce sont les nouveaux regroupements, CAH et CHSLD, les centres de réadaptation et les hôpitaux qui, à l'avenir, auront la responsabilité de répondre aux besoins psychosociaux de ces

bénéficiaires. Les CSS transféreront à ces réseaux de 30 % à 40 % de leur personnel pour que l'on assure aux clientèles actuellement desservies le maintien de services psychosociaux. Pour que tous les centres soient vraiment responsables de ces services, nous avons proposé un ajout à la mission des établissements, notamment à celle des centres hospitaliers, c'est-à-dire un ajout concernant la dimension complémentaire que devraient représenter les services psychosociaux à l'intérieur de l'hôpital.

Nous considérons que la mission, à l'article 57, des CAH et CHSLD, telle que présentée, correspond vraiment à notre préoccupation et qu'on devrait appliquer la même logique aux centres hospitaliers. Nous croyons que pour un grand nombre d'usagers des hôpitaux qui reçoivent des services sociaux, pour les CSS qui ont développé des programmes sociaux en milieux de santé, pour les travailleurs sociaux que nous transférons et qui souhaitent continuer à soulager les problèmes sociaux des personnes aux prises avec un problème de santé, nous demandons que le centre hospitalier soit responsabilisé formellement par rapport à la dimension psychosociale et que, par la suite, le ministre signifie selon quelles modalités il transférera l'ensemble des programmes, des budgets et assurera l'encadrement de ces services.

Par ailleurs, le volume des personnes ayant besoin d'une réponse sociale à leurs problèmes est croissant. On pense aux personnes âgées, aux adultes en difficulté d'adaptation. Ces besoins sont aussi de plus en plus diversifiés. Une partie d'entre eux ne correspondent pas ni à l'une ni à l'autre des missions des établissements telles que définies dans le projet de loi. C'est pourquoi, pour ces usagers des zones grises, pour ces "entre deux chaises", nous proposons que l'article 64 soit modifié pour permettre aux régies de confier des mandats à des établissements pour rendre les services nécessaires à ces clientèles. On pense ici aux clientèles comme les itinérants, les réfugiés, les adultes ayant eu des problèmes avec la justice, les **multi-handicapés** qui sont autant de clientèles pour lesquelles les missions, telles que définies, ne correspondent pas parfaitement. Ceci pour les services sociaux jeunesse, adultes et personnes âgées.

Pour les familles d'accueil. Les articles concernant les familles d'accueil dans le projet de loi et autres ressources intermédiaires méritent, à notre point de vue, des clarifications. Pour les futurs centres de protection de l'enfance et de la jeunesse qui auront la responsabilité des placements d'enfants, il est essentiel que le réseau des familles d'accueil pour jeunes leur soit associé. Recruter, évaluer, gérer, payer, contrôler, développer, assurer une formation et un suivi des familles d'accueil constituent des activités bien identifiées qui doivent continuer à être regroupées au plan régional, et ce, en fonction d'un meilleur service aux jeunes pour

leur assurer une disponibilité de ressources, une variété de ressources et pour le maintien et le développement d'une banque de ressources de qualité qui répondent à de hauts standards. On sait qu'un placement, pour un jeune, c'est une mesure déchirante, lourde, qui doit être prise quand aucune autre alternative n'est possible. Si on veut arriver à en diminuer le nombre, à contrôler cette activité, on doit s'assurer que la décision de placement, de même que la banque de ressources soient développées et gérées par le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse en deuxième ligne.

Pour les familles d'accueil aux adultes et personnes âgées ou pour ce qu'il est maintenant convenu d'appeler les résidences d'accueil, nous pensons nécessaire que les fonctions de recrutement et de gestion de ces ressources puissent être confiées selon les régions à un nombre limité d'organisations dans la région. Et c'est en ce sens qu'on a proposé un certain nombre de clarifications.

Troisièmement, le temps d'agir. On pense important de vous sensibiliser. Le projet de loi prévoit des dispositions par rapport aux ressources humaines. Pour nous, c'est une préoccupation importante, et on pense qu'il est essentiel que le projet de loi soit adopté rapidement et qu'un plan d'action soit déposé aussi rapidement.

Nous sommes le seul réseau où on transférera 30 % à 40 % du personnel et des bénéficiaires. Notre réseau aura besoin de savoir, pour ces gens-là qui seront transférés, où ils vont, quand ils y vont et dans quel genre de conditions ils y vont. Tout délai supplémentaire à l'échéancier prévu est un facteur de démobilisation et d'insécurité. En ce sens-là, pour du personnel qui a à transférer, il nous apparaît important que les choses se passent, et se passent dans les meilleurs délais. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Denis. M. le député d'Abitibi, Rouyn-Noranda, Témiscamingue en plus, grande région. (16 heures)

M. Trudel: Merci beaucoup, mesdames, messieurs, d'abord d'avoir accepté de vous regrouper à ce qu'on pourrait appeler la table du "social". Ce n'est pas peu fréquent, alors on fait là, je pense, un autre symbole, une autre démonstration que l'on peut compter sur la **complémentarité** des intervenants dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il suffit d'installer seulement les bons instruments et les bons canaux pour que ça se **parle**, et qu'on n'ait pas besoin d'installer des barrières artificielles ou des éléments bureaucratiques qui feraient en sorte que la résultante serait peut-être l'inverse au niveau de la réalisation des services à donner aux citoyens.

Évidemment, je commencerai par, tel que ça a été dans l'ordre de présentation, une question à la Fédération des CLSC. Le projet médical, je

comprends qu'exposé en deux minutes, ça ne donne pas tout le spectre de ce que ça pourrait être. Ce que vous nous dites essentiellement, c'est, en termes de médecine familiale: Nous, on est capables de s'occuper de 20 % des activités d'un CSLC dans un territoire. C'est ça comme objectif que vous nous donnez. Moi, j'irais encore plus précis que ça, parce que je pense que tout le monde a bien compris qu'avec la volonté que vous soyez effectivement la porte d'entrée du système, bien il faut une clé, puis il faut une porte, puis il faut être capable de l'ouvrir.

À combien estimez-vous vos besoins financiers? De quel ordre de grandeur est le besoin financier des CLSC pour répondre à la mission qui vous est donnée, à la mission modifiée que vous nous avez suggérée, pour que vous soyez capables d'accomplir, de réaliser les responsabilités qu'on a l'intention de vous confier, et que ce ne soit pas que du vent là, mais que vous puissiez la réaliser dans la réalité? C'est une question de plus de 5 \$.

Le Président (M. Joly): Qui prend la parole?

Mme Vaillant: C'est le cas de le dire, c'est une question de 1 000 000 \$ ou de plusieurs millions.

Le Président (M. Joly): Mme Vaillant, voulez-vous vous risquer?

M. Trudel: Ça, ça va être la deuxième.

Mme Vaillant: Bon, écoutez, ce serait présomptueux de notre part de vous dire qu'on a fait toutes les études financières complètes et exhaustives. On n'a pas l'ensemble des équipes techniques du ministère. On se comprend là-dessus.

M. Trudel: On vous comprend.

Mme Vaillant: On va parler en termes de pourcentage parce que parler en termes de millions, ça fausse, quant à moi, parce qu'on fait partie d'un système. Actuellement, le budget des CLSC est autour de 4,9 % du budget global. C'est 500 000 000 \$ sur à peu près 11 000 000 000 \$, donc c'est à peu près 4,9 %, je vous dirais, sur une trajectoire d'implantation de cinq ans avec des variables dans l'implantation et dans le financement, et je vais donner des exemples.

Frais afférents à la pratique médicale. Si les frais afférents sont financés à même les budgets de la RAMQ, et qu'il y a des modifications et que les 600 médecins requis sont financés, ça coûte à peu près 30 000 \$ par médecin, vous avez là du financement pour cette partie-là. Pour les autres services, de l'accessibilité 7 jours par semaine - pas ouverture complète - avec écoute téléphonique 24 heures par jour, 7 jours

par semaine, et avec une plage horaire étendue à tout le moins de 9 heures le matin à 10 heures du soir, avec un développement des services à domicile, je vous dirais que sur la trajectoire de cinq à huit ans, probablement qu'on représenterait approximativement 10 %, je pense. Et je me fie sur le passé. Au début des années quatre-vingt, les CLSC représentaient environ 100 000 000 \$ dans l'ensemble, et on est à 500 000 000 \$ actuellement. Pour atteindre cet objectif-là, ça va nécessiter de l'argent neuf, mais ça va nécessiter également, au fil des ans, certaines réallocations de ressources, comme il s'en est fait dans le passé. Et pour faire ça, il faut échelonner ça sur une trajectoire financière d'au moins cinq ans.

M. Trudel: Très bien. Il a été mentionné quelque part, et on est en matière d'évaluation de l'ordre de grandeur. Vous avez déjà dit à la Fédération: Si nous voulons accomplir comme il le faut le mandat qui nous est dévolu actuellement, on pense qu'il faudrait aller à peu près à la hauteur - et corrigez-moi si mon chiffre est faux - de 180 000 000 \$ de réallocation financière pour accomplir ce qu'on réalise et ce qu'on veut bien réaliser actuellement. C'est juste, ce que je dis là?

Mme Vaillant: On a fait différentes études. Il y a les CLSC sous-budgétisés qui ont été implantés au début des années quatre-vingt et qui nécessitent une révision, si on veut, des bases budgétaires. Donc, quand vous dites 180 000 000 \$, ça dépend de ce à quoi ça se réfère. Parce qu'on a également inclus le maintien à domicile. On évalue, par exemple, le maintien à domicile, avec la réduction du taux d'institutionnalisation et le haussement couplé au vieillissement de la population, et le ministre l'a annoncé, à 200 000 000 \$ au cours des cinq prochaines années. Donc, je vous dirais que, grosso modo, c'est évident que rapidement, si on veut que le virage se fasse, il va falloir de l'injection, du financement pour la première ligne. C'est clair, net et précis que pour rendre les CLSC accessibles, oui, il va y avoir nécessité d'un financement. Maintenant, quand je vous dis un ordre de 10 % sur cinq ans, ça vous donne une bonne idée de la trajectoire financière.

M. Trudel: Très bien. Le ticket. Vous en avez parlé. On en a parlé assez largement aussi dans les médias d'information. Dans toutes les informations qui ont été transmises depuis l'annonce du projet de réforme, vous avez dit tantôt que vous avez encore des données plus précises. Dans certains CLSC, vous avez eu des augmentations allant jusqu'à 30 % de votre clientèle. Alors, est-ce que vous êtes en mesure maintenant de dire ou d'évaluer que pour jouer le rôle de porte d'entrée du système, on n'a peut-être pas besoin d'aller imposer un ticket à

la salle d'urgence, pourvu qu'on ait un bon système d'information qui dise aux citoyens, centre de la réforme, c'est à cet endroit-là que ces **problèmes-là** se traitent? Est-ce qu'on est obligé de mettre ça sur pied, ce système-là, pour en arriver à ce que les CLSC jouent véritablement leur rôle de porte d'entrée ou **bien** donc si on doit continuer à dire: Ne misons pas sur la compréhension des gens, on va les mettre à l'amende à la place?

M. Payette: La position de notre conseil d'administration a été claire là-dessus. La Fédération des CLSC est d'accord avec le **principe** de l'orientation de la consommation et d'avoir des mécanismes qui vont favoriser cette **orientation-là**. Par contre, nous pensons que ce n'est sans doute pas le moyen le plus adéquat pour orienter cette consommation-là et qu'il faudrait **peut-être** commencer par d'autres comme de l'information, une plus grande accessibilité, une gamme complète de services. Des gens qui changent de quartier et qui, en s'en allant dans un autre **quartier**, n'ont plus les mêmes services, par exemple n'ont pas de services médicaux, c'est clair qu'ils vont finir par se dire à un moment donné: Je n'y vais pas parce que je ne sais pas ce qui m'attend. Donc, nous, on pense qu'il y a des mesures incitatives qui pourraient produire les mêmes résultats qui, au bout de la ligne, consistent à modifier les comportements de consommation des citoyens sans nécessairement utiliser un moyen comme le ticket orienteur.

M. Trudel: Très bien. Est-ce que, et très rapidement parce que le temps est forcément très restreint, vous ne trouvez pas que, pour un problème, pour traiter d'un problème d'orientation du citoyen, on trace une si grande brèche dans l'universalité du régime au Québec, dans l'accessibilité, dans la gratuité du système? Est-ce que le niveau de risque ne vous apparaît pas disproportionné par rapport aux problèmes qu'on semble avoir d'être CLSC comme porte d'entrée et, par ailleurs, pour faire en sorte qu'au-delà de 30 %, être vraiment au CLSC pour aller chercher les services qui se donnent, les services de première ligne? Est-ce que ce n'est pas un prix trop élevé, ça? Pas les 5 \$, là.

M. Payette: On n'a pas évalué le niveau de risque comme vous pensez qu'on aurait pu le faire. Mais nous, c'est l'objectif qu'on vise. L'objectif, c'est que la consommation s'oriente, **qu'il** y ait une plus grande orientation. Ce qu'on pense, c'est qu'il faudrait examiner un ensemble de moyens et choisir parmi ces différents moyens celui ou ceux qui paraîtraient des plus adéquats. Ce qu'on trouve, en tout cas, dangereux, le ticket orienteur, c'est que si on ne fait pas en même temps l'ouverture des CLSC, l'accessibilité, la gamme complète et l'information, on va être dans un cul-de-sac.

M. Trudel: À l'Association des **CSS**, évidemment, la grande question, une des grandes questions, c'est le maintien d'un niveau d'intervention dans le social dans les établissements maintenant, les 40 % que vous avez identifié. Vous, **est-ce** que vous avez imaginé, quand on considère ça comme important - et nous, on considère ça comme important - comment on pourrait mettre des verrous dans le système? Comprendons bien la mécanique, là. Prenons un exemple très concret: pour ta partie en établissement de santé, où maintenant on aura de» travailleurs sociaux qui étaient auparavant dans les CSS, le risque est élevé. Le risque est très élevé qu'en période de compressions budgétaires qui ont comme caractéristique de se présenter assez périodiquement, on dise: Bon, il vaut mieux soigner celui ou celle qui est là, pour te mal de ventre qu'elle a, qu'il a, et pour les travailleurs sociaux. Bien. Et c'est donc bien de valeur. Où va-t-on mettre les verrous là-dedans pour ne pas retourner à une situation que je pense qu'on a déjà connue au Québec?

Mme Denis: Je vais le reprendre de deux façons. D'abord, au niveau des centres hospitaliers comme tels, le rapatriement, ce qu'on peut qualifier de rapatriement des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, il nous semble à nous **qu'il** doit y avoir deux approches. Une où idéalement dans la loi, dans la mission du centre hospitalier, il y ait à titre de service complémentaire la reconnaissance de la dimension des services sociaux d'incluse. Ça, c'est une chose, mais c'est comme autre chose, même si c'est dans la loi, il nous apparaît important que, lorsque les modalités de transfert seront arrêtées, ce ne soit pas uniquement un transfert direct des travailleurs sociaux vers les centres hospitaliers, mais qu'un certain nombre de fonctions soit assumé. Par exemple, que les programmes qui ont été développés, l'enveloppe budgétaire, la protection de cette enveloppe budgétaire, de même que l'encadrement de ces professionnels-là puissent être assurés et avec des fonctions regroupées soit par la Régie, soit par un hôpital qui aurait spécifiquement ce **mandat-là**. Chez nous, en tout cas, ça nous apparaît, ça, constituer des espèces de garanties qui permettraient que ces programmes-là continuent de se développer, qu'il y ait une forme de protection de cette **enveloppe-là** et que ces travailleurs sociaux là soient bien encadrés. Effectivement, notre inquiétude est à l'effet que les efforts qui ont été mis pour préciser des programmes, pour travailler sur des priorités, pour développer ces travailleurs sociaux là et les budgets afférents, qu'il y a un risque à transférer aux hôpitaux sans s'assurer que ces fonctions-là qu'on assume à l'heure actuelle, qu'on a développées, soient reprises en charge par ailleurs. Ça, pour les centres hospitaliers. Pour les autres secteurs, particulièrement les CAH et les CHSLD, quand on regarde leur mission telle

qu'elle est définie dans l'article 57, je crois, au niveau des CAH et des CHSLD, qu'il est clair que, dans leur mission, il y a à la fois la question des milieux substitués, et la dimension des services psychosociaux. C'est vrai aussi dans le cas des centres de réadaptation. Alors, il nous semble que, là, il y a, du fait de leur mission, une garantie importante comme quoi ces dimensions-là seront prises en charge. L'important aussi, à ce qui nous apparaît... Parce que vous dites que c'est tentant, à un moment donné, ça peut être tentant dans un contexte d'équilibre budgétaire, dans un hôpital, par exemple, de dire: Bien, coudon, on va couper un certain nombre de travailleurs sociaux en milieu hospitalier. Je pense que le défi de la réforme est aussi de faire en sorte qu'au plan social, on reconnaisse que, dans le fond, il y a des problèmes pour lesquels la réponse doit être non seulement une réponse médicale ou de santé, mais aussi une réponse sociale. Et je pense que c'est le défi de cette réforme-là.

(16 h 15)

M. Trudel: CPEJ. Est-ce que vous avez l'impression qu'avec ce qui va être mis sur pied et de ce qu'on en connaît au niveau de l'application... Ce n'est pas la question des listes d'attente en soi qui m'intéresse, mais je pense qu'on peut dire qu'on a vécu certains problèmes au niveau de la protection de la jeunesse, soit en termes de signalement, d'évaluation ou de traitement. Puis je ne fais pas allusion à la longueur des listes ni aux problèmes, etc., je veux dire: Il y a eu une situation d'exposée. Est-ce que vous pensez clairement qu'avec la mission qui va vous être impartie, les responsabilités qui vont vous être imparties, on va pouvoir en arriver à avoir une bien meilleure adéquation entre ce qui semble être les besoins manifestés et la capacité de réponse qu'on a actuellement? Est-ce qu'on va augmenter, en clair, une meilleure capacité de réponse en matière de protection de la jeunesse avec la mission et les responsabilités que vous aurez maintenant?

Mme Denis: Moi, je pense que c'est oui, à deux conditions. D'abord, le rapprochement avec les centres d'accueil est important dans ce contexte-là, parce que le placement d'un jeune en centre d'accueil, le jeune qui arrive en centre d'accueil est nécessairement placé par la protection de la jeunesse ou la loi des jeunes contrevenants. Donc, il y a là, en termes de rapprochement, des efforts à faire de mieux consolider les programmes et de mieux s'utiliser mutuellement pour offrir les services. Mais ça, c'est, je dirais, je ne sais pas si c'est en aval ou en amont, mais, en tout cas, ça me paraît être une condition importante pour que, globalement, pour les jeunes qui sont en difficulté, notre réseau jeunesse de deuxième ligne soit mieux capable de répondre. En aval - je n'ai pas fait de bateau souvent, mais en tout cas - je dirais

cependant que ce qui est majeur pour qu'on ne reproduise pas le phénomène de l'attente à l'entrée en protection de la jeunesse, c'est qu'on puisse retrouver en CLSC, effectivement, des services de base adéquats pour les jeunes et leur famille. Je vais vous donner un exemple. Chez nous, l'année passée, sur 56 000 signalements, il y en a 20 000 qui n'ont pas été retenus, O.K.? Qu'est-ce qu'on dit à ces gens-là? On dit à ces gens-là que leur signalement n'est pas retenu, qu'on peut les référer. On les réfère, mais quand les gens vont cogner aux portes... Puis il faut bien voir qu'un signalement, c'est un tiers qui le fait, ce n'est pas la personne qui appelle pour dire: J'ai besoin d'aide. C'est quelqu'un qui appelle pour dire: J'ai vu une situation. Qui, finalement, après une rapide évaluation, s'avère non fondée. Cependant, ces gens-là ont souvent besoin d'aide. Quand on les réfère au CLSC, par exemple, il faut que le CLSC soit en mesure de leur donner le service, autrement le risque qu'on prend, c'est que six mois après, la situation s'est détériorée, et il revient par la protection de la jeunesse, et là, on n'a pas le choix parce que le signalement est fondé, on doit le retenir. Je dis que, pour que ce système-là soit à son optimum, il faut qu'on intègre bien les services de deuxième ligne ensemble, qu'on consolide les programmes, puis il faut qu'à la base les citoyens trouvent à l'intérieur des CLSC, qu'on puisse référer aux CLSC des situations pour lesquelles ce n'est pas une intervention de deuxième ligne qui est nécessaire, mais bien un service au jeune et à sa famille.

M. Trudel: Montréal, un peu, parce qu'on ne sait pas grand-chose de Montréal. Dans ce projet de loi là, on ne sait pas trop. Il y a un article qui permet au ministre, lui, de tout faire, mais pour ce qui est du Parlement, il n'y a pas grand-chose. On a un petit bout de plus depuis hier. Un petit bout de plus, vous avez dit: On est d'accord, nous, un CPEJ pour la communauté anglophone puis un autre pour la communauté francophone. Et là, il s'est glissé - parce que le ministre n'a pas encore déposé ses amendements, peut-être que la question est superflue, je ne le sais pas, c'est une question de temps avant qu'il ne dépose ses amendements, j'imagine - hier, et on ne sait plus si c'est du ministre ou de son adjoint, des services également **ethnoculturels**, aux communautés ethnoculturelles. Est-ce que vous voyez ça dans le système, sur l'île de Montréal, compte tenu de l'expérience que vous avez comme regroupement des centres de services sociaux, qu'on doive, disons, élargir, peut-être la création en vertu de l'article 95, à autant de centres qu'il y aurait de besoins en termes de communautés ethnoculturelles, sur l'île de Montréal, par exemple?

Mme Denis: Ce que j'ai compris. Écoutez, je n'étais pas là moi, hier...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Je sais qu'on fait de l'interprétation tous les deux, mais il n'en tient qu'au ministre de se préciser par ailleurs.

Mme Denis: Non, mais j'ai effectivement pris connaissance du discours d'ouverture de M. Côté. Ce que j'ai compris, c'est un CPEJ anglophone avec mandat linguistique; je n'ai pas compris cependant que c'était automatique, un CPEJ francophone. Mais là, **peut-être** que j'ai mal compris. Moi, dans mon **esprit**, à date, en tout cas, à moins que vous ne m'indiquiez le contraire, à date, ce qui est assuré, c'est un CPEJ qui va être **proposé** comme amendement, un CPEJ anglophone, et, en vertu de l'article 95, la régie régionale aura à faire une proposition au ministre sur l'organisation des services sur l'île. C'est ma compréhension à ce **moment-ci**.

En ce qui concerne la dimension qu'on appelle maintenant ethnoculturelle - j'imagine que c'est ce qu'on appelait avant socioculturelle, quelque chose comme ça - ce que je veux dire, c'est que pour nous, comme réseau, il est certain qu'on ne doit pas, je pense, créer pour chacune des communautés des institutions spécifiques. Je pense que l'objectif, comment dirais-je, d'intégration des services et de disponibilité des services, on doit s'assurer qu'à l'intérieur des institutions existantes ou en développement, on assure à l'ensemble des communautés un accès et qu'on soit capable de répondre à leurs besoins, que ce soit pour des communautés italiennes, pour des communautés grecques, pour toute communauté habitant sur l'île de Montréal. Je pense que ça, pour moi, ça me semble être... Et les centres de services sociaux se sont dans le temps ajustés à cette réalité montréalaise aussi comme les autres catégories d'établissements se sont ajustés à cette réalité montréalaise de façon à être capables de desservir l'ensemble des communautés. La dimension, cependant, qu'il faut probablement assurer et c'est un peu comme ça que j'avais compris l'approche proposée hier par rapport à la dimension ethnoculturelle, et je me réfère au CSS juif à la famille où voilà une communauté qui est déjà dotée d'un certain nombre d'institutions pour lesquelles, je pense, il y a aussi des efforts à faire pour que les acquis qu'ils se sont donnés, leur capacité de spécialiser leurs services en fonction de leur communauté, bien qu'on s'assure quelque part que ces services-là puissent continuer à leur être rendus surtout quand on pense que, pour la communauté juive, par exemple, 75 % de la clientèle du CSS juif à la famille à l'heure actuelle, ce sont des adultes et des personnes âgées parce que la communauté, leur population démographiquement... Alors, moi, c'est comme ça que j'avais compris ça. Je me dis: Si c'est ça, je pense qu'il est possible d'envisager qu'un ou des CPEJ - il y en aura des, de toute façon, sur l'île, au minimum,

un anglophone et, j'imagine, au minimum, un francophone - assurent l'ensemble des services à l'ensemble des communautés en ce qui concerne la jeunesse.

M. Trudel: Il ne reste pas beaucoup de temps.

Le Président (M. Joly): Il reste une minute, tout juste.

M. Trudel: Écoutez, c'est bien de valeur, mais je pose quand même la question et vous pourrez glisser vos réponses ailleurs.

Une voix: Sur mon temps.

M. Trudel: Sur son temps.

Une voix: Il est généreux.

M. Trudel: Écoutez, nous recevons le message. Ça m'a l'air d'être comme le constitutionnel, cette **affaire-là**. C'est qu'il faudrait aller vite pour boucler ça. On serait quasiment d'accord, mais faire les deux en même temps, par exemple: et sur le constitutionnel et sur **santé** et services sociaux. Mais nous pensons... Par ailleurs, c'est une remarque de contenu parce que, du côté de l'**Opposition**, on a aussi un rôle à jouer **là-dedans**. Et, oui, on l'a assurée, notre volonté pour mener à bien ce **projet-là**, mais pas au prix d'aller vite pour aller vite. Ça ne se passera pas comme ça.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député.

M. Trudel: On va regarder... Je m'excuse, M. le Président, je pense que, ce matin, j'ai été tolérant et si le ministre donne son accord...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

Le Président (M. Joly): Sur le temps du ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Ne vous choquez pas, on va vous retrouver dans le réseau.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Ça va?

Le Président (M. Joly): Alors, sur le temps du ministre. Si le ministre est d'accord.

M. Trudel: Là-dessus...

M. Côté (Charlesbourg): Le ministre est bien généreux.

M. Trudel: ...pour qu'on soit bien clairs, nous allons prendre le temps nécessaire pour

regarder article par article, y compris les changements essentiels que vous réclamez - je pense, par exemple, au niveau des missions - paragraphe par paragraphe, phrase par phrase parce que nous sommes à travailler sur une politique qui va affecter tous les citoyens et citoyennes du Québec pour de très longues années à venir. On va prendre le temps. Mon observation, c'était qu'on semble un peu exaspéré par le temps que ça prend à finir les opérations en l'absence même d'une politique de santé et de bien-être parce que, nous, on n'achète pas encore, loin de là, la vision du ministre qui dit: Essayez de m'expliquer en quoi ça changerait l'outil, la mécanique, en l'absence d'une politique de santé et de bien-être qui, elle, va venir plus tard. Ce matin, il disait: Au début de juin. Nous, on n'est pas encore d'accord avec cela parce que, si un des éléments fondamentaux de la politique de santé et de bien-être, c'était, par exemple, de travailler sur les causes par la lutte à la pauvreté, ça ne veut pas dire la même chose pour vos institutions, ça ne veut pas dire la même chose pour les intervenants dans le réseau. Ma question à laquelle vous pourriez essayer de répondre, c'est: Comment faire ça le plus adéquatement possible, puisqu'on est dans ce circuit-là, sans politique de santé et de bien-être? Merci, M. le Président.

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

M. Côté (Charlesbourg): Mon cher ami, l'excédent du temps que vous avez utilisé pourrait mener à un débat très intéressant, surtout avec le niveau que vous avez acquis dans le réseau de l'éducation. Donc, comme recteur, on pourrait avoir un débat très élevé. Je suis très très heureux de saluer la présence de deux groupes extrêmement importants au niveau du réseau, qui ont offert une collaboration - si je disais sans limite, on pourrait se retrouver à une émission du vendredi soir, ça pourrait prêter à confusion - qui ont joué des coudées franches, du début de l'opération et encore aujourd'hui, ayant comme objectif premier celui du citoyen. C'est l'esprit de la réforme, et je tiens à vous le dire de manière publique. Et ça, finalement, je pense que c'est tout à l'honneur du travail que vous avez fait.

Je vais commencer par quelques petites questions au niveau des CLSC. Vous ne serez pas étonnés de ma question, je suis convaincu de ça, pour tenter de comprendre parce qu'il y a des interventions qui sont bonnes, sur lesquelles je vais passer parce que les papillons vont régler un certain nombre de problèmes, comme on l'a dit tantôt. Cependant, dans votre première intervention, vous avez parlé de la mission des CLSC, ça m'apparaît extrêmement important de discuter. Je souhaiterais avoir un petit peu plus d'explications sur le sens que vous donnez,

puisque l'article 54 du projet de loi dit: "54 La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir à la population du territoire qu'il dessert des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive, curative, de réadaptation ou de réinsertion."

Donc, pour nous, ça me semblait couvrir ce que vous souhaitez comme amendement, puisque vous nous parlez d'inclure la notion de services médicaux de base. Quelle distinction faites-vous entre des services de santé courants et des services médicaux de base? Je veux être capable de bien saisir la distinction entre les deux, parce que, pour moi, ça nous semblait être plus large en termes de couverture, ce que nous avons dans la loi que ce que vous nous proposez, à moins que j'aie mal compris. Je ne demande pas mieux que de me corriger si tel était le cas.

Le Président (M. Joly): Mme Vaillant.

Mme Vaillant: Là-dessus, M. le ministre, ce que vous avancez au niveau des services de santé, ce pour quoi nous demandons d'ajouter, y compris les services médicaux, c'est pour être bien sûr que, dans la gamme des services de santé, il va y avoir, dans l'ensemble des CLSC, des services médicaux. Effectivement, quand on parle de l'ensemble des services de santé, les services médicaux peuvent être compris. On y mettait un accent particulier pour bien indiquer l'importance de s'assurer finalement que la couverture médicale, les services médicaux vont également se faire en CLSC, qu'il va y avoir également des services médicaux en CLSC. Je pense que le Dr Rodrigue aurait quelque chose à ajouter là-dessus.

M. Rodrigue (Jean): Oui. Vous aviez parlé, lorsque vous avez déposé le projet de réforme et le projet de loi, que vous étiez ouvert aux avis sur le comment. Ce qui nous a frappés dans la lecture de votre projet de loi, c'est qu'au niveau des services médicaux de première ligne, le comment, c'était surtout les cabinets agréés et ce n'était pas beaucoup les CLSC. Dans le projet de réforme aussi, il y avait une espèce d'équivoque sur les services médicaux en CLSC qui devaient être, à toutes fins pratiques, une espèce d'appoint aux services médicaux en cabinet privé. Ce qui nous apparaissait important de vous dire aujourd'hui, c'est qu'au niveau du comment, si vous voulez effectivement que les CLSC remplissent leur mission, il doit y avoir une masse critique de médecins à l'intérieur de ces CLSC avec une structure médico-administrative précise. Ces médecins doivent être formés dans une équipe comme telle pour être capables d'offrir des services de façon globale, continue et si possible, nous l'espérons, intégrée avec les autres ressources du réseau. Donc, c'est beaucoup plus au niveau du comment qu'il nous apparaî-

sait important d'insister sur le fait de dire: Si effectivement vous voulez qu'on remplisse cette mission-là, ça prend des médecins dans les CLSC, pour pas très cher.

(16 h 30)

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rodrigue (Jean): Dans le fond, si vous calculez, si les médecins vont dans le secteur privé, il y a quand même d'ajouter qu'ils vont gagner le revenu moyen brut.

M. Côté (Charlesbourg): Être sûr que ça n'attirerait pas les débats, je demanderais à Augustin de répliquer tout de suite.

M. Rodrigue (Jean): On connaît les impressions du Dr Roy sur les CLSC et sur les médecins de CLSC.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je ne veux pas mettre la chicanee...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez une deuxième interpellation qui demande au niveau de l'action communautaire. Pour vous, elle n'était pas très présente dans le projet de loi 120, article 54, et vous demandez certaines précisions à ce niveau-là. Je vais vous poser ma question. Vous connaissez ce que je pense, vous savez ce que j'ai déjà dit, donc toutes les mises en garde sont faites quant à la réponse que vous pourriez me donner, mais vous donnez la réponse que vous pensez que vous devez donner.

L'approche communautaire. C'est quoi, pour vous, l'approche communautaire? Et je vais même aller plus loin que ça. Combattre le chômage, pour vous, est-ce que c'est de l'approche communautaire?

M. Payette: Je suis un défenseur de l'approche communautaire en CLSC, M. le ministre. J'aimerais prendre un exemple: lorsque nous travaillons avec les familles pour le maintien à domicile. Quand on dit qu'on a une approche communautaire pour favoriser le maintien à domicile, ça veut dire qu'on ne fera pas uniquement un travail auprès des personnes qui ont besoin de rester à domicile, mais qu'on va aussi s'arranger pour faciliter une participation de la communauté pour soutenir. On sait très bien comment c'est important pour une famille, une personne âgée, par exemple, une personne handicapée, qui veut demeurer à domicile, de pouvoir avoir un soutien social, un soutien communautaire.

Je pense que les organisateurs communautaires des CLSC qui vont aider à ce que le voisinage, la famille, la communauté puissent

apporter ce support-là, ce sont des gens qui travaillent avec une approche communautaire. Bon. Votre deuxième question. Je ne pense pas que, quand je dis "action communautaire", il soit question de lancer une guerre contre la pauvreté et de faire des actions qui sont dans ce sens-là. On a actuellement un comité de travail qui essaie de cerner ce en quoi devrait consister l'action communautaire en CLSC, et, dans le moment, ce n'est pas ce sens de militantisme politique qu'on va donner à l'action communautaire.

Mais on pense quand même que l'action des CLSC peut se faire aussi bien auprès des individus, auprès des groupes et auprès des communautés aussi. Je pense que les CLSC jouent un rôle important dans ce que j'appellerais le dynamisme des communautés locales, et c'est ça, notre approche communautaire. Peut-être que Marcel aurait des choses à ajouter là-dessus.

M. Sénéchal (Marcel): Peut-être pour compléter rapidement. On a un peu l'impression que c'est le ministère qui va nous demander, qui va demander aux CLSC de faire aussi de l'action communautaire. Je me réfère ici aux travaux importants qui ont été faits par le ministère sur la promotion de la santé, où on identifie l'action communautaire comme étant une stratégie importante de la promotion de la santé et qui identifie également les CLSC comme étant les acteurs locaux en promotion de la santé. À ce niveau-là, nous, on se dit: Tant qu'à l'avoir - parce que de toute façon, et le ministère et des départements de santé communautaire vont demander qu'on s'associe à eux quant à certaines actions - tant qu'à l'avoir, il faut bien la cerner, il faut la baliser, il faut se donner des conditions pour que ça se fasse correctement. Mais on pense toujours que l'action communautaire, à un certain niveau, est un élément important de la mission des CLSC.

M. Côté (Charlesbourg): Nous sommes satisfaits parce que c'est mieux balisé, de ce que je comprends, et moins ouvert sur le monde, l'immensité. Vous avez davantage tenté de répondre à une de vos demandes. Vous avez évoqué tantôt santé au travail, régie régionale. J'ai toujours tenté d'être le plus clair possible, je vais tenter de continuer de l'être, même si je ne le suis pas toujours suffisamment à la volonté de l'Opposition. Évidemment, quand on est dans l'Opposition, on en demande toujours un peu plus, c'est normal. Il est clair pour moi qu'il faut aller le plus loin possible comme message aux régies régionales, y compris dans la loi, qu'elles n'ont pas à dispenser des services, point, "pe-riod", à la ligne. Ça ne peut pas être plus clair que ça. Évidemment, lorsqu'on parle des départements de santé communautaire où on va rattacher l'autorité aux régies régionales, il n'a jamais été question de rattacher le personnel aux régies régionales pour dispenser des services.

Ces travailleurs-là vont demeurer à l'intérieur d'un certain nombre d'établissements du réseau, puis dans certains cas, même peut-être dans la plupart des cas, là où ils sont actuellement, dans la mesure où il y a restructuration. C'est l'autorité administrative qui est rattachée, sans pour autant que la régie dispense des services. C'est une chimie qui n'est pas toujours très facile puis qui peut porter à interprétation, mais on va être à l'écoute de ceux qui veulent faire en sorte qu'on puisse baliser un certain nombre de choses à ce niveau-là pour que le message soit clair, très très très très très très très clair. En tout cas, le message est clair, mais il s'agit que ce soit bien clair dans l'application. M. le Président, le ticket orienteur, c'est le jouet de mon ami Trudel, on ne peut pas lui donner plus de vertus qu'il n'en a. Et j'ai toujours répété puis je vais continuer de le dire: Il y a une distinction fondamentale entre ticket modérateur et ticket orienteur. Le ticket orienteur vise à faire en sorte que des individus aillent chercher des services là où ils sont disponibles, donc accessibles et gratuits. Tant mieux si juste le fait d'en parler dans la réforme vous a amené de l'achalandage additionnel de 15 %, 20 %, et de 30 % dans certains cas. C'est la démonstration évidente que c'est possible, puis que ça peut se faire, puis qu'il y a du monde qui allait là où ils ne devaient pas aller. Ça doit vous occasionner certains problèmes. Puis tout ce service-là a été donné au monde sans une cenne additionnelle. N'est-ce pas extraordinaire de voir ce qu'on peut faire avec ce réseau-là?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Bon. À partir de ça, le ticket orienteur vise donc...

M. Trudel: ...c'est en conclusion, ça.

M. Côté (Charlesbourg): Le ticket orienteur vise donc à orienter les gens aux bons endroits ou à des endroits alternatifs qui ne leur coûtent rien, qui sont accessibles. Je l'ai dit: Je ne veux pas une cenne. Je n'en veux pas. Je ne suis pas intéressé à avoir une cenne, et on aura atteint notre objectif la journée où on aura collecté zéro sou du ticket orienteur parce que les gens seront allés aux bonnes places. Évidemment, pour ceux qui sont plus tatillons, ils y voient une mesure tatillonne. Ça va avec l'esprit que tu as, ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Et dans la mesure où...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je ne voudrais pas

voir cette mesure-là entre les mains du Dr Trudel, ça serait dangereux. Donc, ce n'est pas ça qui est l'objectif, c'est clair. Donc, il y a une distinction fondamentale, alors que le ticket modérateur vise une modération et vise une participation financière de tous les individus, peu importe leur capacité de payer, et pour tous les services. Donc, ça me paraît être assez clair pour celui qui veut comprendre. Vous m'indiquez mon temps, M. le Président, là?

Le Président (M. Joly): Oui, monsieur. Oui, M. le ministre, il vous reste 10 minutes.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Une amende de cinq piastres. Donc, ça me paraît très clair. L'impôt-services, c'est un autre débat et c'est d'un autre ordre. Je l'admets volontiers que c'est définitivement d'un autre niveau de discussion. Évidemment, c'est une question fondamentale sur le plan de la capacité de payer et des revenus, et on en discutera en temps opportun, mais il y a une distinction pour moi très nette entre les deux mesures. Merci.

Les CSS. Je ne sais pas si je me trompe, mais mon appréciation de ce qu'est aujourd'hui notre système et ce qu'il sera demain, c'est que probablement les CSS seront les plus touchés. Un peu partout ailleurs, on peut dire aux CLSC: reconnaissance d'un rôle mieux campé avec des additions. On peut dire aux centres d'accueil et d'hébergement: une mission encore mieux campée, avec des additions. On peut faire le tour d'à peu près tout le réseau de cette manière-là. Les départements de santé communautaire, sur le nombre, il y a aussi des transformations assez importantes. Mais il n'y a pas aucune structure comme les CSS qui sont touchés de la manière... On va le faire de manière substantielle. Vous l'avez évoqué tantôt, lorsqu'on parle de 30 % des gens qui pourraient éventuellement changer de patron, c'est majeur dans une réforme, si on touche des individus. Et à ce niveau-là, je veux redire publiquement à l'ensemble des gens qui ont représenté des CSS et en particulier à Mme Denis, que j'ai retrouvé chez vous un très haut niveau de responsabilité et que ça a été d'abord et avant tout la personne qui a été l'objet de vos préoccupations et non pas les postes ou l'ampleur du domaine que vous aviez géré. Ça, je pense qu'on ne le dira pas assez souvent, et je vous en félicite. Je pense qu'au bout de la ligne, c'est les jeunes qui seront les gagnants de cet exercice-là. Vous en avez discuté avec le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue tantôt, il y aura des changements profonds, que ce soit certains transferts de responsabilités aux CLSC en milieu scolaire, certains transferts de responsabilités à nos nouveaux centres d'hébergement pour les adultes. Il y aura une nouvelle vocation centre hospitalier avec les travailleurs sociaux, des choses à redéfinir. Pour chacune de ces catégories, quels sont les écueils qu'il faut éviter?

C'est une question très large. Mais, au moment où on s'apprête à faire un certain nombre de choses, je pense que si on veut faire les choses de la bonne manière, votre expérience doit certainement nous permettre de tenter de voir où sont les écueils puisque... J'ai oublié de le dire, mais lorsque vous avez parié d'aval et d'amont empruntant les voies maritimes, je me suis aperçu que mon message de Gaspésien empruntant la voie maritime passait et que, donc, le courant passait, ce qui est merveilleux. Le courant est source d'oxygène, à tout le moins pour le saumon, et je n'ai pas besoin de vous rappeler de quelle race est le saumon, une race très fière et qui a une survie tout à fait exceptionnelle.

Mme Dente: D'abord, un premier élément. J'imagine probablement pour les régies, je pense qu'il y aura des messages qui devront être clairs. Il va falloir, pour le transfert, évaluer comment on fait ça: Est-ce qu'on fait ça à un jour J ou est-ce qu'on fait ça par étalement? Je pense qu'il y a là une question d'approche, puis je parlerai après des receveurs, mais ça, par rapport au départ, l'image qu'on a à l'heure actuelle, c'est que probablement il vaudra mieux faire ça à un jour J. Pour donner un exemple puis dans les échanges puis c'est encore en discussion, je pense bien, mais dans les échanges qu'on a avec les CSS, par exemple si demain matin on transférerait les travailleurs sociaux en milieu hospitalier mais que le secteur des ressources adultes, des personnes âgées, n'était pas transféré, on a comme un problème parce que c'est comme des vases communicants à l'heure actuelle. Les travailleurs sociaux en milieu hospitalier vont chercher dans le bassin de ressources la famille d'accueil nécessaire pour sortir la personne âgée de l'hôpital. Donc, il faut s'assurer qu'en termes de "timing", je dirais, il y a la meilleure stratégie; c'est peut-être un jour J, mais je dis: À bien l'évaluer. Ça, ça me paraît être un premier élément. Deuxième élément, c'est les receveurs. Excusez l'expression, je suis rendue dans le baseball. Au niveau des receveurs, moi, je pense qu'il est important que les futurs regroupements, CAH, CHSLD, comme les centres de réadaptation qui recevront ces travailleurs sociaux campent bien dans leur nouvelle mission la dimension des services sociaux et que rapidement, une fois les amendements connus à la loi, une fois la loi adoptée, ces partenaires puissent s'asseoir et commencer à regarder comment les choses se passeront et comment les services s'intégreront dans la nouvelle mission. Donc, si ça, ça ne se passe pas, là on a des écueils importants. Je vais vous donner un exemple: Il y a une région où le CSS à l'heure actuelle est en discussion avec le centre d'accueil pour déficients intellectuels. Ils ne sont pas en discussion sur des protocoles de relations du travail, des choses comme ça, ils sont en discussion autour des programmes de

services pour que les travailleurs sociaux, qui sont actuellement au CSS mais qui s'en iront dans ce centre-là, sachent dans quel amalgame de programmes ils se retrouveront. Ça, c'est le fondamental; le reste, ça sera instrumental, après, de savoir si ça prend un protocole de transfert en termes de relations du travail. Le fondamental, c'est que les gens retrouvent le service qu'ils donnent dans une nouvelle organisation. Donc, un écueil à éviter, c'est de commencer à penser en termes de protocole de relations du travail avant d'avoir pensé en termes de définition de services.
(16 h 45)

Et c'est un appel aussi, je dirais, qu'il faut faire aux autres réseaux, de s'asseoir avec les actuels CSS et de préparer la définition de ces services-là. Je pense qu'avec ça, on risque d'éviter des écueils et de s'assurer l'objectif qu'on vise qui est que les services dans les réseaux soient mieux intégrés. J'ajouterais aussi un élément qui va peut-être sembler très instrumental. Je vais vous donner un exemple. Ce n'est pas parce que le CSS va se départir de 30 % de son personnel que son vérificateur va lui coûter 30 % moins cher. Alors, je dis: À ce niveau-là, de ce que j'appellerais l'infrastructure des organisations, il y a des précautions à prendre avec les régies, et je pense que, sûrement, elles auront un mandat de regarder ça pour qu'on ne fasse pas une coupure directement proportionnelle dans l'infrastructure au personnel qui part. Et je dis: Ça, ce serait un écueil aussi parce qu'il y a certaines dépenses fixes - je donne le vérificateur, c'est un bel exemple, mais il y en a d'autres aussi - mais que ça, on le regarde. Que les régies aient, pour ce faire, un certain nombre de règles du jeu. Je vous dirai aussi, M. Côté, et c'est un élément important: Autant les régies doivent avoir des marges pour bien définir l'organisation des services dans leurs régions, autant elles doivent avoir des balises claires pour le faire. Ça, ça me semble être l'autre... Je pense qu'il faut éviter d'uniquement dire: Allez, procédez. Il faut donner des balises. Que ce soit sur les "timings", que ce soit sur... Il faut donner des balises, mais, après ça, laisser un travail se faire en région. En tout cas, spontanément, je ne sais pas si mes collègues...

M. Perreault (Jacques): Moi, j'aimerais ça compléter. Je suis dans un CSS et j'aimerais ça compléter en vous disant ce que j'entends sur le terrain. Ce que j'entends sur le terrain, c'est deux types de préoccupation. Une préoccupation clientèle et une préoccupation humaine et personnelle. La préoccupation clientèle que j'entends, si je prends l'exemple des services sociaux hospitaliers, c'est de dire: On est regroupés dans un établissement CSS - et je ne prône pas pour que le regroupement reste là, ce n'est pas ça - mais on est regroupés, on partage des expertises, des expériences, on partage un

cadre, on se forme ensemble, etc. J'ai peur, quand je vais être tout seul dans mon hôpital à Brome-Missisquoi sur mon demi-poste, d'être isolé, d'être seul et de ne pas évoluer sur le plan clinique et professionnel, donc de me scléroser en termes de services à ma clientèle. Ça, c'est un langage que j'entends. Je pense que les gens souhaitent que, sous une forme ou sous une autre, soit au niveau de la région ou au niveau d'un hôpital sous-régional ou régional, ce regroupement-là continue d'exister parce qu'il a permis des choses. Je pense qu'on souhaite dans la réforme qu'il y ait un décloisonnement entre les hôpitaux, entre les différents établissements. Je pense qu'il pourrait y avoir un décloisonnement entre les hôpitaux entre eux et qu'un hôpital gère, au niveau régional ou sous-régional, les services sociaux, et on garderait les acquis du passé par rapport à ça. Un autre exemple de ce que j'entends par rapport aux services à la clientèle ou à la préoccupation clientèle, c'est de dire: le fonctionnement que la réforme propose, met de l'avant, c'est un fonctionnement par clientèle. Les jeunes, les déficients, les handicapés physiques, etc. Nous, comme on est une espèce de carrefour. J'ai envie de dire: Des fois, on est une poubelle aussi, et on reçoit toute la clientèle qui ne fitte pas nulle part. Des déficients mais qui ont aussi des troubles de comportement, ou qui prennent un coup ou de la drogue, ou qui ont des problèmes de santé mentale, ou des **mésadaptés** sociaux qui émanent de la justice. Comme c'est un fonctionnement par clientèle, les intervenants sur le terrain ont la crainte qu'il y ait de la clientèle entre deux chaises. Et ça, je pense qu'on l'a dit à plusieurs reprises dans des rencontres à la commission parlementaire, c'est une préoccupation dont le plan d'action ou d'implantation va devoir tenir compte. Le risque, quand on se spécialise par clientèle comme ça, il est là, et ça va être facile qu'on se garroche la balle, parce qu'il sera plus jeune ou parce qu'il n'aura pas tel ou tel problème. Une autre chose que j'entends sur le terrain, c'est le problème relié au personnel. Les gens disent: Étant dans un établissement régional, j'ai la chance d'avoir une certaine mobilité. Je peux aller en protection, je peux aller dans les services sociaux hospitaliers, je peux aller dans les adultes ou les personnes âgées. À partir du moment où je suis affecté à un établissement en déficience intellectuelle, est-ce que ça veut dire que je vais être pris pour faire ma vie en déficience intellectuelle? Sinon je vais tout perdre mon ancienneté si je veux aller ailleurs. Ma personne...

Le Président (M. Joly): Je vous inviterais à conclure, M. Perreault, s'il vous plaît.

M. Perreault: ...de Brome-Missisquoi, elle se voit confinée à cet hôpital-là si on ne se préoccupe pas qu'il y ait des règles de mobilité

du personnel. Et je pense que ça fait partie de la philosophie de gestion des ressources humaines qu'on trouve dans la réforme.

M. Côté (Charlesbourg): Je sais, M. le Président, que vous avez déjà interpellé. Je vais juste indexer le temps que mon collègue a pris tantôt. Très rapidement...

Le Président (M. Joly): Vous marchez sur une réserve.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Très rapidement, pour tenter de répondre à certaines interrogations. Si on peut le faire maintenant, autant le faire, et je suis sûr que vous allez être des interlocuteurs très valables auprès de vos commentants.

Il n'est absolument pas question qu'on cautionne en aucune manière l'**éparpillement**. L'encadrement est absolument indispensable pour l'individu, mais aussi pour le bienheureux qui va recevoir les services. Alors, à partir de ce moment-là, il n'est pas question d'**éparpillement**; il y aura d'ailleurs ce qu'il faut pour être capable de se prémunir contre ce genre d'intervention là. Des clientèles entre deux chaises, il en existe déjà aujourd'hui, et on se retrouve malheureusement avec des situations comme celles-là qui ont été dénoncées par vous et d'autres et qu'il faut tenter d'éviter.

Quant à la préoccupation qui était celle de dire: Écoutez, à partir du moment où tu transfères 30 % de ton personnel, est-ce que ça veut dire que 30 % du budget du vérificateur va suivre? J'ai à l'esprit, je le prends comme ça au hasard, l'exemple de **Louis-Hippolyte-Lafontaine** - par hasard, il y a des événements qui nous permettent de nous rafraîchir l'esprit - où il y a eu désinstitutionnalisation, et il y a eu des méthodes qui ont été appliquées, et puis je ne suis pas sûr que finalement, après tout ce que j'ai vu et qui n'est pas nécessairement public là, ce que j'ai vu, c'est qu'il y avait eu... En tout cas, **Louis-Hippolyte-Lafontaine** était sorti perdant sur le plan financier de tout ça. Il y a donc des déséquilibres, et je pense que le message était bien placé, il était à la bonne place.

Le message très important que vous passez, et c'est aussi celui de la nécessité que j'ai toujours évoquée d'un plan d'implantation de la réforme où les choses vont s'appliquer de manière logique, très logique, continue et dans le temps, de façon à ce qu'un geste ne soit pas posé aujourd'hui, alors qu'il devrait être posé dans six mois, et qu'un geste devant être posé dans six mois soit posé aujourd'hui.

Donc, ce que je peux vous garantir, c'est que vous allez être associés de manière très importante, comme intervenants, dans la mise en oeuvre de cette réforme. Vous conviendrez que je ne peux pas la mettre en oeuvre maintenant,

tant et aussi longtemps que le projet de loi 120 ne sera pas voté. J'ai entre les mains mon document, un premier - il n'est pas parfait - de mise en oeuvre des 222 mesures de la réforme qui tantôt interpellent quoi, interpellent qui, interpellent comment, et puis interpellent le signe de piastre.

Donc, à partir de ça, je pense que tout le monde, y compris les régies régionales, va être associé de manière très intensive dans chacun des domaines. C'est la seule chose que je souhaite. Je passe le message, je m'appête à signer des lettres - ça vaut ce que ça vaut des lettres d'un ministre là, quand il n'y a pas d'argent dedans surtout - et à passer le message très clair aux établissements, à ceux qui ont un appétit plus vorace sur le terrain, qui sont déjà insuffisamment imbibés de l'esprit de la réforme pour être capables de l'appliquer, pour dire grossir l'empire, ou bien se positionner de façon à ce que ça soit plus difficile de lui en enlever que de lui en donner. Je pense que le message va être très clair aujourd'hui: Ne montez pas trop de châteaux à ce moment-ci, il y en a qui vont risquer d'être faits en briques, alors que ça prend juste du "color lock". Et dans ce sens-là, c'est un message qui **m'apparaît** très clair, ça va être fait en complicité avec tout le monde. Vous nous donnez un exemple d'écueil qu'il faut éviter, qui est extrêmement important, et la plus belle preuve qu'il faut le faire en harmonie avec nos intervenants, et puis c'est possible de le faire. C'est ça qui est le message. Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. C'est à mon tour, au nom des membres de cette commission, de remercier les membres de la Fédération des CLSC ainsi que l'Association des centres de services sociaux du Québec. Merci bien.

Je demanderais aux gens représentant l'Association des hôpitaux du Québec de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

On vous souhaite la bienvenue à cette commission. J'apprécierais que la personne responsable du dossier et porte-parole puisse se présenter et aussi nous introduire les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Association des hôpitaux du Québec

M. Favre (Henri): Je vous remercie. M. le Président, M. le ministre, M. le critique officiel, **Mmes** et **MMs** les députés, permettez-moi tout d'abord, à titre de président de l'Association des hôpitaux du Québec, de vous présenter les personnes qui **comparaissent** aujourd'hui avec moi devant cette commission. À ma gauche, le Dr Jacques Brunet, premier vice-président de l'Association des hôpitaux du Québec et directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval; à ma droite, le Dr Paul Landry, vice-

président, programmes et recherches, à l'Association; un peu plus loin, M. Léandre Nadeau, vice-président, système de gestion, à l'Association également; et finalement, à l'extrême droite, à l'extrême gauche pour vous, Me Ghislaine Gosselin, directrice des affaires juridiques de l'Association.

Le Président (M. Joly): Alors, vous connaissez la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous livrer votre mémoire. Par après, il y a un temps imparti aux deux formations.

M. Favre: Merci, M. le Président. Compte tenu du temps qui nous est imparti, nous irons à l'essentiel des recommandations que nous avons déjà présentées et sur lesquelles nous croyons nécessaire de revenir. Bien sûr, chacun de ces thèmes sera abordé en sachant que la chasse aux papillons est ouverte, mais que les boîtes sont encore bien scellées et que ces petites bêtes que nous attendons ne sont pas encore disponibles. Nous tiendrons compte également de la proverbiale ouverture d'esprit dont le ministre nous a rappelé la dimension, certainement importante, et du milieu fortement oxygéné, je pourrais presque dire, suroxygéné, qu'il nous promet.

Toute réforme doit faire appel à un vocabulaire neuf et l'on entend parler de prisme, de biais. On parle beaucoup du citoyen et le citoyen est devenu partie d'une trinité: le citoyen payeur, le citoyen consommateur et le citoyen décideur. Je pense que la réforme s'annonce bien avec des termes aussi prometteurs.

Cependant, depuis quelque temps déjà, nous utilisons une expression qui n'est pas vieillotte, qui était assez d'actualité il y a quelque temps, c'est le concept de la qualité totale que nous appliquons dans les hôpitaux et dans les établissements de l'Association, qui doit se refléter sur la pertinence de nos opérations, l'efficacité en termes d'atteinte des objectifs, l'efficience, les relations, de bonnes relations, l'optimisation entre les coûts-bénéfices, et surtout, la qualité totale par rapport aux services que dispensent nos établissements aux citoyens qui sont les usagers à compter de la réforme. C'est très fort, mais elle ne nous fait pas peur, et, même, nous l'attendons avec une certaine impatience. Donc, les thèmes que nous allons reprendre aujourd'hui sont le droit des usagers, la mission des établissements, l'administration de ces derniers, la déréglementation et enfin, on s'en doute bien, le financement. J'invite donc le Dr Paul Landry, si vous me le permettez, M. le Président, à discuter de ces points immédiatement.

M. Landry (Paul): M. le Président...

Le Président (M. Joly): Alors, vous êtes prêt.

M. Landry: Oui, monsieur.

Le Président (M. Joly): Alors, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue. Non? Ah bon! Il y a M. Landry.

M. Trudel: Pas tout à fait.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Favre: M. le Président, je vous demandais la permission de céder la parole au Dr Landry.

Le Président (M. Joly): Au Dr Landry. Alors, Dr Landry, on vous reconnaît.

M. Côté (Charlesbourg):... au président aussi les droits de l'usager.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Dr Landry, à vous.

M. Landry: M. le Président, je reconnais votre message subliminal et je serai donc très bref et aussi concis que possible en essayant d'éviter de répéter les choses qui ont été dites dans cette noble enceinte depuis ce matin. (17 heures)

Disons, en premier lieu, concernant les droits de l'usager que ça s'inscrit dans notre préoccupation pour la qualité totale. On est tout à fait d'accord avec le projet de loi, avec l'esprit du projet de loi, avec aussi la préservation des droits, en particulier, la liberté de choisir son médecin ou son établissement et, réciproquement, du médecin de choisir, en dehors des situations d'urgence, d'accepter de traiter des patients. Évidemment, il faut des balises, on pense que les balises sont là, que l'on songe au cas de la Cité de la santé de Laval, ou encore au cas de l'hôpital Laval qui est encore sub judice. On pense également que le projet de loi permet ces balises-là.

Au niveau de la confidentialité, on se permet de vous dire que nous ne partageons pas tout à fait les appréhensions de la Corporation des médecins du Québec, concernant la mauvaise utilisation du dossier médical. On pense qu'on a certainement à préserver la confidentialité, mais il y a moyen de se donner des garde-fous qui permettront quand même d'utiliser, à des fins de gestion et de planification des services, l'information qui est là. L'informatisation du dossier permettra éventuellement davantage d'assurer la sauvegarde de l'information que ce qui existe actuellement dans nos hôpitaux.

Concernant la gestion des plaintes, on est tout à fait d'accord avec ça. Ça nous semble encore là un élément qui s'inscrit dans le mécanisme de la qualité totale. On a formulé plusieurs recommandations d'ordre plus technique

concernant ces articles-là, et on espère que les papillons multicolores de M. Côté et de l'Opposition nous informeront bientôt sur les modifications qui ont été apportées.

Un point qui est peut-être un petit peu plus important, c'est celui de l'admission des établissements. Et encore là, on fait référence aux citoyens consommateurs. On est tout à fait d'accord avec l'esprit de la réforme qui dit qu'il faut assurer une complémentarité maximale des établissements pour éviter le chevauchement et la duplication entre ce que les uns et les autres peuvent faire dans le système, mais il y a des effets pervers dans ce système-là. Et on a misé beaucoup sur la nécessité de souligner ces effets pervers là, de façon autant que possible à les éliminer à la source. Les effets pervers se situent principalement pour le citoyen consommateur au niveau d'un risque, d'un bris de continuité dans les services. C'est sûr que la continuité des services, ce n'est pas pour les établissements, c'est pour celui qui a besoin de services.

Je vais passer les différents types d'établissements, principalement les CLSC, les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour essayer d'illustrer un petit peu la problématique que l'on rencontre. Au niveau des CLSC, c'est évident - et on reconnaît l'importance des CLSC comme partenaires à part entière - qu'ils devront aussi assurer une complémentarité nécessaire avec les cabinets privés et les polycliniques. On est d'accord bien sûr pour rehausser le niveau des services de maintien à domicile au Québec pour l'amener à des niveaux comparables à ce qui existe dans d'autres provinces ou dans d'autres pays. Ça nous apparaît essentiel. On est d'accord, bien sûr, avec les notions de prévention et de promotion, on est même d'accord pour que certains CLSC fassent de la santé et sécurité au travail. On va y revenir un petit peu plus tard.

Au niveau des urgences, encore là, on est d'accord et on est tout à fait avec vous quand vous dites qu'il faut que les CLSC puissent livrer des services d'urgence, mais il ne faudrait pas y voir une panacée, parce que vous savez comme moi que ce n'est pas réellement les cas ambulants qui encombrant nos salles d'urgence, mais beaucoup plus les patients sur civière et que la solution - et vous aurez sûrement l'occasion d'en reparler au cours des prochains jours - est bien plus dans une approche systémique globale que dans une approche purement parcellaire.

Au niveau des hôpitaux - c'est là évidemment que ça nous tient un petit peu à coeur - le projet de loi définit la mission d'un hôpital comme un endroit où on dispense des services de diagnostics et de traitements médicaux spécialisés. Ça nous semble, ça, une approche réductionniste très loin de la réalité de ce que font et feront les centres hospitaliers dans notre système. Bien sûr, il y a des soins infirmiers qui se

donnent en milieu hospitalier, et pas uniquement sous la gouverne et la prescription médicale. Bien sûr, il va y avoir bientôt des services sociaux, et, à ce titre-là, on fait tout à fait écho aux propos tenus par Mme Denis il y a à peine quelques minutes, et bien sûr, quand un malade fait une angine ou un infarctus et qu'il arrive à l'hôpital, c'est le temps pour son cardiologue, son médecin de le sensibiliser à l'importance de bien manger, de faire de l'exercice, et peut-être aussi d'arrêter de fumer, enfin d'éliminer les agents agresseurs. Bien sûr aussi, la réadaptation, il va s'en faire quand on a un patient qui est paralysé ou même qui a un infarctus ou qui a une fracture, il va falloir faire de la réadaptation. Or, si on doit continuer à en faire - et ça me semblerait aberrant de ne pas en faire - je ne vois pas pourquoi ça n'apparaîtrait pas dans notre mission.

Vous avez parlé tantôt brièvement des départements de santé communautaire, et nous nous réjouissons aussi des propos que vous venez de tenir autour de cette table. Les DSC vont se retrouver dans les régions, c'est une décision qui a été prise, que l'on accepte, mais les effectifs des départements de santé communautaire, le personnel, les professionnels, qui oeuvrent déjà dans nos milieux hospitaliers, si j'ai bien compris le message du ministre, pourraient et devraient continuer à oeuvrer dans les milieux hospitaliers tant au niveau de la santé et sécurité au travail en concertation et en complémentarité avec les CLSC que dans des domaines d'expertise plus particuliers telles les maladies transmises sexuellement, la santé environnementale et autres. Il faut bien sûr que l'expertise clinique en toxicologie, en maladies infectieuses, en ergonomie, etc., se retrouvent au service des travailleurs qui en ont besoin. Encore là, ce sont des consommateurs, des citoyens consommateurs.

Pour ce qui est des CHSLD, là c'est un petit peu plus délicat. Vous proposez de regrouper en une catégorie d'établissements les centres d'accueil d'hébergement et nos hôpitaux de longue durée qui font partie du réseau hospitalier depuis plusieurs années. Grosso modo, nous sommes d'accord avec ça; nous sommes d'accord principalement en raison des clientèles. On a constaté que, depuis les cinq ou six dernières années et de plus en plus avec le vieillissement de notre population, les clientèles commencent à se ressembler de plus en plus. Les gens en perte d'autonomie, les personnes âgées en perte d'autonomie, avec des déficits cognitifs significatifs, quand on regarde les listes d'attente, c'est un âge moyen d'environ 80 ans, les personnes qui sont à la veille d'entrer; il y en a 78 % qui ont des déficits cognitifs, 40 % qui peuvent souffrir de démence sévère, et, en moyenne, elles ont trois à quatre problèmes de santé physique. Ça veut dire qu'il y a un alourdissement de ces clientèles. Ce que l'on veut faire ressortir là, c'est l'importance d'avoir, à la fois, des milieux

de vie pour ce monde-là parce qu'ils vont passer le restant de leurs jours en institution. Autant que possible ils devraient avoir le droit là de vivre comme des personnes humaines autant qu'ils peuvent, mais aussi la nécessité d'avoir une qualité de soins, il faut que ce soit aussi un milieu de soins. Autrement dit, il faut faire une synthèse; ne pas opposer milieu de vie à milieu de soins, ne pas opposer les services de nature plus sociale à des services médicaux ou des soins mais plutôt intégrer ces deux données-là de façon à avoir une approche qui est plus globale, qui se veut biopsychosociale. Ça nous semble important, cela.

L'autre point qu'on veut dire là-dessus, c'est qu'il faudrait avoir de la souplesse. Le regroupement au niveau d'une MRC, de 700 à 800 lits de longue durée de trois ou quatre établissements, ça pourrait amener à créer des bureaucraties à ces niveaux et peut-être un cloisonnement et peut-être un certain isolement entre les services en première ligne des CLSC et les services des hôpitaux et aussi les services de maintien à domicile.

La question des centres de jour et des hôpitaux de jour, ce n'est pas clair, clair, qui va faire ça et comment ça va être géré et administré dans le projet de loi. Peut-être que les papillons le précisent. Ce que l'on vous dit finalement, c'est que le critère de regroupement, ça devrait être essentiellement l'efficacité, l'efficience et la qualité des services. Nous, on pense qu'il devrait y avoir de la souplesse dans le système, que les fusions, si possible, devraient être volontaires, et on pense qu'on ne devrait pas fermer la porte à ce concept d'ensemble de santé. On ne sait pas trop pourquoi ça a été complètement balayé - on le sait - de l'avant-projet de loi, mais on pense que c'est une formule qui est intéressante, et, quand ça marche bien, on ne devrait pas les défaire. On devrait permettre là une certaine souplesse. On va des fois un peu plus loin. Peut-être aussi qu'il faudrait éviter de créer des mégastructures au niveau horizontal. L'intégration verticale, ça peut aller avec des niveaux de soins différents, mais au niveau horizontal peut-être que 100 lits, ce serait une limite agréable pour les CHSLD pour avoir leur propre conseil plutôt que d'être regroupés sous un conseil qui chapeauterait l'ensemble de ces structures. On passe vite là.

M. le Président, je vois que mon temps file rapidement, avant que vous me fassiez signe, j'arrive à l'administration des établissements, soit le citoyen décideur. Ça, c'est beau. Nous autres, on est pour ça. Nos membres, ce sont des citoyens décideurs, les membres de conseils d'administration. Encore là, le ministre a fait preuve de beaucoup d'ouverture dans les papillons annoncés concernant la présence des professionnels, concernant la cooptation au niveau des conseils d'administration des régions de membres qui pourraient venir des groupes

ethniques et des universités, aussi la présence de professionnels ou de gestionnaires à ces conseils-là. On répète et ça a été dit et je n'étayerai pas la preuve, le risque ou le danger de noyautage par des groupes d'intérêt, que je ne nommerai pas bien sûr - ce n'est pas de bonne guerre - c'est un danger et il y a un besoin, là, de baliser en définissant les modes d'élection.

Concernant l'organisation interne, là je pense qu'on a un sujet qui est conflictuel et qui pose des problèmes. Nos membres nous ont dit que ce qu'on préférerait à ce niveau-là pour que notre citoyen décideur soit vraiment un décideur, c'est un maximum de souplesse, laissant autant que possible à chaque hôpital, selon son milieu, selon ses ressources, selon ses objectifs et selon ce qu'il veut réellement être, sa mission, le soin de s'organiser à l'interne, et c'est un concept qui nous plaît beaucoup. Ce à quoi aussi on veut faire référence avec un peu d'insistance, c'est la notion de "bicéphalie". Ça a été décrié par M. Rochon, ça a été dénoncé aussi ce matin par les directeurs généraux. Comme le citoyen décideur doit faire une synthèse entre les intérêts du citoyen consommateur et ceux du citoyen payeur - parce qu'il faut que ça se concilie - on pense aussi qu'un directeur général, ça doit être capable de réconcilier et de faire une synthèse entre les intérêts des médecins, les intérêts du personnel et des cadres, et surtout centrer ces intérêts-là sur ceux du bénéficiaire.

On pense aussi qu'il y a une notion là-dedans extrêmement importante; c'est celle de leadership. On est dans une salle où il y a beaucoup de leadership qui s'exprime. Vous en êtes tous, membres de la commission, des leaders. Eh bien, un leader, ce n'est pas une commission ou un comité, un leader, habituellement, ça s'incarne dans une personne: un chef de gouvernement, un ministre, un chef de parti, un chef de l'Opposition, etc. Alors, on pense, nous, que ça implique une vision de ce que l'organisation devrait être; ça implique aussi une vision partagée par les membres de l'organisation et ça implique aussi un pouvoir partagé. Ça implique la capacité de rendre ces gens-là capables d'agir. Pour ça, ça doit s'incarner dans une personne, et on pense que le directeur général est précisément cette personne-là et que ça ne devrait en aucune façon, mais je dis bien "en aucune façon", porter atteinte à l'autonomie professionnelle et à la liberté thérapeutique et clinique. Le directeur général n'ira pas dire au docteur quelle pilule prescrire, quel médicament prescrire, comment tenir son scalpel ou quel organe enlever. Au contraire, ça va permettre une plus grande unité dans l'organisation et d'intégrer davantage les médecins à ces phénomènes de gestion.

J'accélère, M. le Président. Au niveau des effectifs médicaux, on ne peut pas ne pas en parler, on pense, nous, qu'il faut absolument, avec des mesures principalement incitatives,

amener les médecins spécialistes à mieux se répartir dans nos hôpitaux de la périphérie. Il faut pour cela aussi peut-être pas nécessairement les conscrire de façon abusive; je pense qu'on peut amener un cheval à l'abreuvoir, mais qu'on ne peut pas le forcer à boire, donc il faudra avoir des mesures beaucoup plus incitatives. À ce titre-là, vous faites des pas excellents dans la bonne direction avec le jumelage des régions universitaires avec les régions périphériques et surtout des provisions claires, nettes et précises pour assurer que ces jeunes médecins-là ne seront pas condamnés à travailler toute leur vie loin de leur famille, de leurs amis dans les grands centres. Donc, des manières, des méthodes pour assurer des retours de pratique.

Au niveau de la décentralisation, ce que nous appelons la marge de manoeuvre nécessaire pour nos décideurs locaux - là, je parle d'un citoyen décideur encore - votre projet de réforme était d'une éloquence extraordinaire. Il y a un chapitre, à la page 62 - j'ai presque le goût; je ne sais pas, je n'ai peut-être pas le temps de le lire - mais qui était d'une...

Le Président (M. Gautrin): Il vous reste deux minutes pour votre...

M. Landry: ...telle limpidité, M. le Président, qu'on aurait cru que c'était tiré du mémoire de l'AHQ. C'était à ce point-là. Sauf que le projet de loi, lui, est un petit peu moins...

M. Côté (Charlesbourg): Vous assurez un certain leadership.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Landry: ...enfin, un petit peu moins explicite, et, heureusement, l'oxygène s'en vient, l'espace s'en vient, du moins, c'est ce que vous dites, mais il faudrait aussi quand même tenir compte de plusieurs suggestions concernant la gestion des immobilisations, les achats en commun, les fondations, les activités commerciales accessoires, les autorisations d'emprunt, etc. J'espère que les papillons nous révéleront des surprises agréables.

Je termine, M. le Président, en parlant très brièvement et de façon superficielle du financement, c'est-à-dire du citoyen payeur. La réforme proposée va coûter environ 1 800 000 000 \$ au cours des 10 prochaines années: maintien à domicile, lits de courte durée, lits de longue durée, rénovations, alourdissement des clientèles, etc. M. Côté a parlé de 3 % + l'IPC; on se demande si ça va être suffisant, on n'est pas sûr. On se demande aussi où notre gouvernement va trouver l'argent parce que le fédéral diminue ses paiements de transfert, comme on sait tous, et la situation financière du Québec ne semble pas des plus reluisantes actuellement.

(17 h 15)

Ce que nous proposons, M. le Président, c'est d'envisager des sources alternatives de financement, et je fais référence au mémoire que l'AHQ a déposé au gouvernement du Québec en janvier 1990.

D'autre part, sans demander à M. Côté de traverser la Chambre pour aller contester la loi C-3 - ce n'est peut-être pas nécessaire de traverser la Chambre pour ça - l'AHQ se dit également disposée à favoriser ou à appuyer les démarches qui seront faites par le gouvernement du Québec pour modifier ou s'organiser pour se soustraire à la loi C-3.

Finalement, ce qui nous semble important...

Le Président (M. Gauthrin): Est-ce que vous pourriez conclure, M. Landry?

M. Landry: Je conclus. Finalement, ce qui nous semble important, c'est de garantir l'accessibilité aux services. Et je répète que nous disons oui à la réforme dans une optique de qualité totale pour les services à nos bénéficiaires, à nos clients, à nos patients pour employer le terme **adéquant**, que nous sommes prêts à collaborer, que nous souhaitons une marge de manœuvre adéquate pour le décideur local, que nous allons étudier les papillons dès qu'ils seront en vol attentivement et que nous suivrons avec intérêt les débats de cette commission.

Le Président (M. Gauthrin): Merci, Dr Landry. Je reconnaitrai maintenant le député de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue**.

M. Trudel: Oui. Merci, M. le Président. On a pris un petit peu de retard dans nos travaux. Alors, on va essayer d'y aller assez directement, encore une fois, sur la méthode de financement, où aller chercher les sous supplémentaires. Je veux juste vous signaler au passage qu'on n'a pas besoin de traverser le parquet. On peut s'entendre autrement. Et que, de l'avis de Serge Saucier, le président d'une grande firme de comptables, suite au dernier budget fédéral, juste les dédoublements au niveau du fédéral et du Québec, ça coûte 10 000 000 000 \$. Alors, on n'a pas besoin de faire sauter C-3. On a juste à se donner la même ligne, le même niveau de services et la même garantie et s'occuper de nos affaires, et ça a tout l'air que ça nous sauverait 10 000 000 000 \$. Je pense qu'on pourrait se donner le niveau qu'on souhaite se donner au Québec en matière de santé et de services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): ...régler Campeau-Bélanger tous les deux?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Vous avez dit, M. le ministre,

l'autre jour, qu'on n'a pas besoin de discuter ça des longues nuits de temps...

M. Côté (Charlesbourg): Pas vrai.

M. Trudel: ...qu'entre vous et moi, ici, on pourrait régler ça.

M. Côté (Charlesbourg): Ah! Je suis convaincu de ça.

M. Trudel: Les nouvelles sont juste à 18 heures, on peut leur régler ça.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis convaincu de ça. Le rapport Allaire, avec le rapatriement de certains pouvoirs, et on va enlever les doublures.

M. Trudel: On enlève 22 doublures.

M. Côté (Charlesbourg): Mais H va se maintenir un lien.

M. Trudel: Alors, 22 doublures qu'on pourrait éliminer...

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

M. Trudel: Là-dessus, il s'agit là d'un processus que nous appelons **l'étapisme**. Nous aimons bien l'utiliser, mais pas en être victimes. Alors, oui, allez à 22 pour commencer. Ça viendra plus tard. Nous sommes contents que ce **pas-là** se fasse. Mais plus directement relié à l'Association des hôpitaux, en ce qui concerne les fondations, vous avez juste fait une allusion à la fin. Vous ne trouvez pas ça un très grand danger qu'on ouvre dans le projet de loi la possibilité que les fondations soient appelées à financer également des services que vous offrez dans votre institution? On le sait, il y a une certaine zone d'incertitude à gérer en quelque sorte au niveau des équipements, et ça, c'est une autre question. Mais je pense qu'il y a beaucoup de citoyens et de citoyennes au Québec, des regroupements, des collaborateurs, de membres de votre association qui font un travail assez extraordinaire **là-dessus** et, dès le matin où ils sentiraient ou ils auraient le signe que le travail que ces **personnes-là** font pour nous aider au niveau des équipements dans les institutions, ça pourrait servir, disons-le carrément, à éponger le déficit. C'en est fini de cette contribution en quelque sorte.

Le Président (M. Gauthrin): Dr Landry.

M. Landry: Peut-être M. Nadeau qui est notre économiste.

Le Président (M. Gauthrin): M. Nadeau.

M. Nadeau (Léandre): Vous vous référez à l'article 196, alinéa 4°.

M. Trudel: 219 et suivants.

M. Nadeau: Effectivement, il est prévu dans le projet de loi 120 que les fonds de la Fondation pourraient servir, notamment, à l'amélioration ou à la consolidation de la situation financière des centres hospitaliers. Nous y voyons là un danger qu'effectivement, les sources de financement, ou les campagnes de financement faites par les fondations puissent servir à équilibrer les budgets. On pense qu'effectivement, ça pourrait probablement décourager ou enfin nuire au dynamisme des gens qui se dévouent bénévolement dans les fondations, et c'est une proposition que nous avons déjà faite au ministre de retirer cet alinéa-là du projet de loi 120.

Une voix: Merci.

Le Président (M. Gauthrin): M. le député.

M. Trudel: Très bien. Mission des établissements, en particulier donc, des établissements de centres hospitaliers. Est-ce que vous jugez là vraiment essentiel que dans la mission du centre hospitalier soit inscrite la dimension prévention et rééducation? Quand je pose la question, avec ce ton-là, c'est peut-être un peu dire... De toute façon, dans le travail que vous faites actuellement au plan curatif, pour prendre celui-là, ça implique déjà, au niveau de vos professionnels et de votre organisation structurelle, que vous accomplissez ce mandat de prévention et de réadaptation, par exemple. Est-ce qu'on ne risquerait pas de faire en sorte que ce soit moins clair dans les missions de chacun des centres si on incluait aussi la mission de prévention par ailleurs nécessaire dans la mission du centre hospitalier?

M. Landry: Écoutez, c'est essentiel pour la raison suivante. Quand on intervient dans une relation d'aide, dans une relation de service, la préoccupation, la pensée prévention doit devenir aussi importante que la préoccupation diagnostic, la préoccupation traitement. Et la réadaptation, c'est la même chose. Je veux dire, c'est des éléments essentiels d'une approche thérapeutique qui se veut globale. La personne, elle, elle a besoin de se faire dire comment se prendre en charge au niveau de sa santé. Elle a besoin d'avoir des conseils au niveau de la prévention.

En plus d'avoir un bon diagnostic, en plus d'avoir un bon traitement, elle a besoin surtout aussi de savoir comment se reprendre en charge et d'être réadaptée, etc. Vu qu'on le fait, vu que ça fait partie de ce qu'on appelle les soins médicaux, les soins de santé, pourquoi ne pas le laisser dans notre définition? Je veux dire, pourquoi l'enlever? C'était là avant. Pourquoi on

l'enlève? Je ne comprends pas. Si ce n'est parce qu'on vise à cloisonner, à sectoriser, à faire de l'hôpital quelque chose qui est déconnecté du restant. Ça, je pense que ce n'est pas bon. C'est à contre-courant. C'est ce que je ressents.

Si ce n'est pas ça, qu'on me le dise, mais nous, c'est ce qu'on pense. C'est ce que nos membres nous ont dit. D'où l'importance d'avoir cette approche plus globale. Il faut parler de soins aussi. Il faut parler de soins généraux. Le projet de loi n'en parle pas. Soins généraux et spécialisés. Parce qu'il y a des soins infirmiers qui se font dans les hôpitaux aussi. C'est important, les soins infirmiers dans les hôpitaux.

M. Trudel: Mais est-ce que, là-dessus, vous convenez que le type d'action préventive, ou le type de prévention que, généralement, vous réalisez dans un centre hospitalier, il est beaucoup plus de nature individuelle qu'il ne le serait par rapport à la prévention dans un CLSC qui serait beaucoup plus de nature communautaire, de nature à atteindre la population en général et qu'à tout le moins, si nous réintroduisons cela dans la mission du centre hospitalier, il faudrait baliser cette définition de la prévention, dans le cas du centre hospitalier.

M. Landry: La notion de prévention individuelle et de prévention collective, je trouve que c'est flou. La prévention, c'est une préoccupation. Le ministère va en faire de la prévention, j'espère. La promotion de la santé aussi. C'est une préoccupation qu'on doit retrouver. Les régions aussi devraient être centrées et préoccupées par la prévention. Ce n'est pas une chose qui appartient à une catégorie donnée d'établissements. C'est sûr qu'il va s'en faire probablement plus au niveau de la première ligne, au niveau des CLSC, qui sont équipés pour de l'action communautaire, comme le ministre disait tantôt, en la balisant et en disant clairement à quoi ça sert. C'est une technique et une approche, la prévention.

La prévention, on parle de prévention primaire, qui est la promotion de la santé et l'élimination des risques à la base. La prévention secondaire, elle, est beaucoup plus du dépistage, de l'intervention précoce, de façon à diminuer l'impact et l'incidence des symptômes et de la maladie. Et on peut parler même de prévention tertiaire en parlant de réadaptation. Ce n'est pas secret, ça. C'est vieux comme le monde. Je n'essaie pas de vous donner un cours non plus, c'est connu, ça. Pourquoi dire qu'il faut que la prévention, ce soit uniquement un type d'établissement qui fasse ça? Moi, je pense qu'il faut en faire à tous les niveaux dans le système.

M. Trudel: Vous avez...

Le Président (M. Gauthrin): M. le député, à vous.

M. Trudel: Vous avez fait état que, dans l'espèce de changement de catégorie, suivant ce qu'il y a sur la table actuellement comme projet de loi, certains centres hospitaliers de longue durée s'en allaient du côté des centres d'accueil, et vous avez dit: Il va falloir gérer ça, là, avec beaucoup de souplesse, parce qu'il va falloir éviter la création de mégastuctures. Est-ce que vous avez fait des simulations?

M. Landry: Il y en a qui ont été faites, en effet, on a regardé les territoires de MRC, puis on a regardé le nombre de lits de longue durée et le nombre d'établissements qui se retrouvaient dans ces différentes MRC. On a trouvé certaines MRC où H y avait trois ou quatre établissements de longue durée avec un nombre de lits qui pouvait atteindre 700 à 800, 850 lits. Dans certains territoires, c'est un énorme établissement de longue durée - je pense à St-Hyacinthe, pour ne pas le nommer - qui va être jumelé avec un ou deux petits centres d'accueil, tout petits. Alors, je pense que, là, il y a une disproportion très nette, puis ce qu'on proposait, c'est que, quand Hs ont plus de 100 lits, peut-être qu'ils devraient avoir leur propre conseil d'administration. Ça serait peut-être une manière d'éviter que les regroupements soient beaucoup trop gros puis qu'ils deviennent **dysfonctionnels**. Enfin, ce sont des questions que vous allez sûrement discuter quand vous allez **arriver** à l'étude article par article.

M. Trudel: Si vous avez fait des simulations, est-ce qu'on peut vous demander si c'est pour l'ensemble du territoire du Québec? L'adoption de votre critère à 100 lits, ça augmenterait de combien le nombre de conseils d'administration au Québec?

M. Landry: Ce n'était pas énorme, finalement, je pense que c'était autour de... Je ne me souviens pas du chiffre exact, mais ce n'était pas tant que ça, finalement. Le critère de 100 lits, je ne me souviens pas du nombre, mais c'est minime. Ce n'est pas énorme.

M. Trudel: En tout cas, je peux vous demander que si vous retrouvez ces documents, j'aimerais ça que vous puissiez les déposer devant cette commission, les faire parvenir au secrétariat de la commission. Je pense que, quand on en arrivera à ces articles-là, ce sera intéressant d'avoir ces simulations-là. Un petit mot sur le noyautage au niveau du citoyen décideur. C'est quoi, le remède que vous suggérez vous autres, quand vous achetez le rôle du citoyen en tant que décideur - moi, je pense toujours que tous ceux et celles qui sont là déjà, ce sont aussi des citoyens décideurs, là, puis qu'ils ne faisaient pas si mal leur travail que cela, je dirais même qu'ils faisaient très bien leur travail. Mais pour éviter cela, quel est le moyen pratique que vous

suggérez en dehors du suffrage universel, parce que le ministre a dit: Je ne le choisis pas ce moyen-là, c'est lui qui fait la présentation. Alors, qu'est-ce qu'on fait, à partir de ce **moment-là**, à l'**intérieur** des autres possibilités qui nous restent?

M. Landry: C'est une question difficile qu'on a posée à nos membres, puis, finalement, il y a une hypothèse qui est apparue. On pense qu'il faut de la démocratie. Il faut procéder autant que possible en respectant le processus des assemblées publiques, sauf qu'on proposait peut-être de restreindre à deux personnes élues parmi les personnes présentes lors de l'assemblée publique d'élection et que deux autres pourraient être élues mais à partir d'une liste de personnes qui serait formulée à partir des groupes socio-économiques reconnus par la régie régionale. Autrement dit, on pense qu'il devrait y avoir des moyens de baliser le choix de façon à ce que le mécanisme puisse éviter ce noyautage par des groupes particuliers qui débarqueraient tout d'un coup pour fausser le jeu de la démocratie. **Enfin**, c'est une hypothèse, mais, encore là, je pense qu'il va falloir essayer de trouver la meilleure.

M. Trudel: Merci.

Le Président (M. Gautrin): Merci, M. le député. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je remarque et j'entends qu'il y a beaucoup de positif, à moins que ce ne soit mon bien personnel ou mon ego qui en prenne pour son rhume de manière positive, quand j'entends tout ça, là. Ça fait du bien, ça fait du bien, de temps en temps, parce que, des fois, on entend toujours ce qui va mal. Bon...

Une voix:...

M. Côté (Charlesbourg): Ah! en entendant ça, aujourd'hui, je regrette de ne pas avoir accepté avant puis que ce soit plus long.

M. Trudel: ...huit heures pour vous faire du bien, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense qu'au niveau du droit de l'usager, pour tenter de prendre la séquence dans laquelle vous l'avez présenté, il y a une bonne harmonie de pensée, y compris sur la confidentialité. Ça me choque - j'aime autant le dire comme je le pense - de voir l'abus public qu'on fait de cet aspect-là. Il n'y a pas plus "sécuré" que la Commission d'accès à l'information, et, probablement, que l'**AHQ** le sait un petit peu aussi, compte tenu des projets qui ont été élaborés un peu partout, que ce soit avec le SIOCCI ou

d'autres, sur les difficultés de convaincre la Commission d'accès à l'information d'être capable de se donner des outils qui ne sont pas uniquement des outils de gestion, mais aussi de qualité et de continuité de qualité de dispensation des services.

(17 h 30)

Je pense que c'est abusif, ce qu'on a pu lire dans la presse - ça ne fait pas tellement longtemps - en début de semaine et ce qu'on entend à ce niveau-là. Il n'y a pas un pouce de travail qui va se faire à ce niveau-là, si la Commission d'accès à l'information n'a pas donné son accord. Je pense que, comme autorité crédible, c'est probablement celle qui est la plus crédible, au-delà de tout ce qui peut être professeur universitaire qui peut écrire, au-delà de tout ce que les gens peuvent penser, il n'y a pas meilleure balise, à ce niveau-là, que la Commission d'accès à l'information. Je suis très heureux de vous dire qu'ils ont été sensibilisés au projet de loi 120. À tous les papillons qui s'en viennent, ils trouvent qu'on est allé pas mal plus loin que bien d'autre monde jusqu'à maintenant. Donc, à ce niveau-là, j'espère que ça va sécuriser un certain nombre de personnes.

La mission. C'est quand même l'un des éléments très importants de votre intervention. L'idée de base de la réforme, ce n'est pas de tenter, comme vous l'avez si bien traduit tantôt, d'isoler une mission. L'idée de base, c'est de dire: On va définir un noyau dur. Ça va être ça, la mission de l'établissement et, en aucune manière, ça n'empêchera l'ajout de périphérie au noyau dur dans la mesure où il y a, à ce moment-là, concertation sur les plans régionaux d'organisation de services.

C'est ça, l'idée qu'on avait dans la réforme et qu'on a tenté de traduire à l'intérieur du projet de loi 120. Ça, c'est la base. Est-ce que ça veut dire, pour autant, que, pour le reste, tu ne peux pas rien faire? On va prendre la prévention; on va prendre la prévention et on va prendre la réadaptation; on va prendre les deux. Au-delà de la mission de base et très ultraspécialisée des centres hospitaliers, vous allez faire de la prévention parce qu'il y a un patient qui se présente chez vous. Vous avez pris le cas d'un arrêt cardiaque tantôt; le noyau dur est le fait d'être capable de traiter quelqu'un qui a un problème cardio-vasculaire, et, par incidence, donc par accessoire, à partir du moment où il est chez vous, vous allez faire de la prévention, et c'est normal. Si on n'en faisait pas, ce serait **maudite**ment inquiétant. Donc, ce n'est pas l'apanage d'un groupe en particulier, mais c'est une responsabilité collective. C'est pour ça que, quand on a eu des discussions avec les départements de santé communautaire, on s'est dit: Il ne faut pas l'isoler, il faut qu'il y ait un leadership, mais il faut que tout le monde en fasse. Donc, l'idée est celle-là. Si quelqu'un a besoin de prévention, d'après moi, ce n'est pas à l'hôpital

qu'il faut qu'il aille, il devrait aller ailleurs où la prévention est une dominante des services à dispenser, d'après moi; je vous donne mon point de vue. Mais ça n'exclut pas que le centre hospitalier de courte durée puisse dispenser de la prévention, pas en dispenser, mais ait l'obligation de le faire à partir du moment où les gens sont à ce niveau-là. Et je continue dans mon exemple. Ça va être quoi tantôt, la différence entre les centres de réadaptation et le centre hospitalier au niveau de la réadaptation? Est-ce qu'on fait un centre hospitalier de courte durée pour la réadaptation ou si on le fait pour dispenser des soins qui sont extrêmement importants, à la fois de première, de deuxième ou de troisième ligne, mais qui, à partir du moment où ils sont faits, peuvent être dispensés par les centres de réadaptation? Il me semble que le noyau dur est clair et que la périphérie, exceptionnellement, il peut y en avoir, mais que ce soit en complémentarité avec les plans régionaux d'organisation de services. Il me semble que c'est comme ça que moi, je le perçois. Évidemment, c'est quoi l'effet sur la définition de la mission dans la loi? Je vous passe, à ce moment-là, la parole.

Le Président (M. Gauthrin): Alors, Dr Landry ou M. Favre.

M. Favre: Dr Brunet...

Le Président (M. Gauthrin): Dr Brunet.

M. Favre: ...va prendre la parole.

M. Brunet (Jacques): Là-dessus, M. le ministre, je pense que l'inquiétude de l'AHQ, c'est que la disparition dans la définition et l'impression que ça donne, c'est qu'il va falloir demander un peu la permission à la régie pour pouvoir faire de la prévention et pouvoir faire de la réadaptation, alors que ça fait partie essentielle... Je veux qu'on le limite, qu'on le balise à l'intérieur des murs, qu'on n'en fasse pas une fonction principale, on est d'accord. C'est déjà difficile de vendre dans nos milieux, à certains de nos professionnels, à l'occasion, que la prévention ou que la promotion de la santé ou que la réadaptation est fondamentale dès l'arrivée du malade à l'hôpital. On peut prendre une personne âgée avec une fracture de la hanche, les activités de réadaptation sont essentielles dès le départ. Ce qu'on aimerait, c'est que le texte de loi laisse clairement entendre, quitte à le baliser, que ce n'est pas exclu et que, pour faire ça, il ne faut pas demander une permission à la régie régionale. Ça fait partie de la mission de l'hôpital, particulièrement à l'interne. Vous me dites que ce n'est pas exclu, mais il reste que le fait de le faire disparaître, le fait de ne pas en parler, le fait de l'insérer ailleurs et de laisser entendre qu'il faut demander des permissions, c'est un peu exclu.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas C'est parce que dans le sens de permission, je pense que ça traduit bien, là, la manière dont vous le voyez, finalement, dans quel ombre on est. En tout cas, pour moi, il me semble qu'il n'y aurait pas de problème à demander à quelqu'un et à ceux qui auront la planification sur le plan régional de s'assurer de la complémentarité des services à dispenser au niveau d'une région. Mais je comprends dans quel sens vous l'évoquez. On va l'examiner parce que notre objectif était très clair pour tout le monde, que la mission, le noyau dur soit très clair, qu'on permette de la périphérie, mais, évidemment, la périphérie s'ajoute à partir du moment où on a l'autorisation, où on va chercher l'autorisation, et dans un plan plus global, sur le plan de la régionalisation des services. Donc, c'est un peu ça. Je ne sais pas s'il y a autre chose à ajouter là-dessus.

Deuxième petite question - bien, petite, elle est grosse aussi - c'est sur les centres hospitaliers de soins de longue durée. **Est-ce qu'idéalement** parlant - ce n'est pas mon habitude de me cacher trop trop - les centres hospitaliers de soins de longue durée devraient être rattachés à d'autres établissements qu'un centre hospitalier de soins de courte durée? Je vous pose la question, très direct. Historiquement parlant, il y a des centres hospitaliers de soins de longue durée qui ont reçu des permis du ministère, parce que ça rendait bien service au ministère. On a transformé des lits, au cours des années, de courte durée en longue durée et ça a bien fait paraître le ministère; ça a fait l'affaire des centres hospitaliers aussi, j'imagine. Sur le plan des missions très claires, quel est l'avantage d'avoir des lits de longue durée rattachés à la courte durée? Je vais vous poser l'exemple d'un hôpital en particulier, que j'ai entendu tantôt sur les centres de santé; je suis convaincu que mon ami Pelland vous en a glissé un petit mot parce que quand j'ai séjourné à l'hôpital, il a pris soin de me rendre visite comme citoyen consommateur pour me parler de son centre de santé et des merveilles de son centre de santé. Évidemment, quand il y en a de rattachés à l'hôpital, après le même building, c'est une affaire, mais quand il y en a d'éparpillés dans le champ, c'est une autre chose. Je vous la pose telle quelle. Comme vous voyez, il n'y a pas d'arrière-pensée, c'est assez clair.

Le Président (M. Gauthier): Qui va répondre? M. Landry.

M. Landry: S'il vous plaît. Peut-être que le Dr Brunet a des choses à ajouter. M. le ministre, mon argumentation... M. le Président...

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Il n'y a pas d'insulte à appeler M. le Président, M. le ministre. Ça fait longtemps qu'il souhaite ça.

M. Landry: Mon argumentation...

M. Côté (Charlesbourg): On a toujours du "fun", M. le Président.

M. Landry: ...elle rejoint tout à fait le sens, l'esprit, le **coeur** même de votre réforme, c'est celle de la continuité des soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Écoutez, dans nos hôpitaux de courte durée, 50 % des jours d'hospitalisation, la moitié de nos jours d'hospitalisation, c'est des personnes de 65 ans et plus. Et la tendance va en augmentant. Ça veut dire, ça, que le "**know-how**", l'expertise, le savoir-faire pour prodiguer des soins de longue durée à une clientèle en perte d'autonomie de plus en plus grande et volumineuse, c'est essentiel, ça, dans le système. Il ne faut pas compartimenter ça. Il faut intégrer ça. Et l'évaluation gériatrique en courte durée - habituellement, c'est là que ça se fait - il ne faut pas la séparer du restant. C'est une partie du tout. Et dans nos hôpitaux de courte durée, on a besoin de cette expertise-là en longue durée. Il ne faut pas l'isoler et la séparer. Au contraire, il faut en plus... Et le rapport sur les urgences va vous le dire et le Dr Brunet pourrait en ajouter, un des gros problèmes d'engorgement des salles d'urgence, c'est l'attitude que nos hôpitaux et nos médecins ont vis-à-vis des patients âgés et des patients de longue durée. Alors, il ne faut pas compartimenter. Il faut qu'on demeure présents **là-dedans**. Il faut que l'interaction et l'interface se fassent facilement. Alors, pourquoi ne pas garder centres d'hébergement et de soins de longue durée, acouïnés, **mariés**, en **complémentarité**, chapeautés, intégrés avec des hôpitaux de courte durée? Il n'y a pas de logique pour défaire ça. C'était même la logique de votre avant-projet de loi. Vous le savez. C'est la voie de l'avenir. Et si vous voulez réellement briser les fiefs des associations d'établissements ou des établissements particuliers, peut-être que la meilleure manière, c'est de favoriser plus de complémentarité et d'intégration et de communication entre les types d'établissements.

M. Côté (Charlesbourg): Quand on pousse plus loin, parce qu'en vous écoutant, je trouve qu'il y a des bouts qu'ils ont bien raison, hein... Je vais poser la même question à l'ACAQ tantôt, on va voir quelle réponse qu'on va avoir. Donc...

M. Landry: Ça ne sera pas les mêmes sûrement.

M. Côté (Charlesbourg): ...tout le monde est avisé tout de suite, pour qu'il n'y ait d'équivoque. Bon, maintenir l'expertise, vous avez, dans un centre hospitalier de 400 lits, 100 lits qui sont réservés pour des personnes âgées. Il n'est pas question de prendre l'aile de l'hôpital et dire: Parfait, on la déménage. Mais à partir du

moment où c'est un centre d'accueil d'hébergement qui est complètement autonome et qui est à l'extérieur, est-ce qu'il n'y a pas une distinction quand même entre les deux?

M. Landry: Il y a une distinction, mais ça marche bien actuellement. Évaluez-les, les centres de longue durée qui sont intégrés dans les ensembles de santé. Ça marche bien. Pourquoi défaire ça? Le monde est heureux. Ça se fait de façon volontaire. Gardez donc de la souplesse là-dedans plutôt que d'imposer avec une loi un modèle mur-à-mur qui ne sera pas acceptable. Moi, en tout cas...

M. Côté (Charlesbourg): Pour finir avec une petite question, parce que j'en ai une bonne. Je vous connaissais un peu. J'ai commencé à préparer le terrain. On dit que dans le cas des centres hospitaliers d'hébergement de longue durée, 600 lits - pour prendre l'exemple de Saint-Hyacinthe - ça peut être gros. C'est quoi, la différence entre un centre hospitalier ou d'hébergement pour personnes âgées à 600 lits qui est trop gros par rapport à un centre hospitalier de courte durée qui en a 900 ou qui en a 800 ou qui en a 700 ou qui en a 600? C'est quoi? Est-ce que, pour un, c'est bon, pour l'autre, ça ne l'est pas ou...

M. Brunet: Ils sont tous les deux trop gros, M. le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Brunet: Ils sont tous les deux trop gros.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Landry: À moins, M. le ministre et M. le Président, qu'on ait une gestion véritablement décentralisée, intégrée mais décentralisée. C'est possible, ça. Il y a moyen de remettre aux gestionnaires, sur les unités de soins, plus de manoeuvre, plus d'autonomie, une philosophie de gestion différente qui va faire que ça va bien fonctionner.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. en terminant...

Le Président (M. Gauthrin): En conclusion.

M. Côté (Charlesbourg): "Fondations", les papillons ont l'avantage, à l'occasion, d'ajouter des choses et il y a des papillons qui ont l'avantage d'enlever des choses. Donc, à ce moment-là, je pense que le problème va être assez clair au niveau du papillon quant aux préoccupations.

Dernière question: noyautage. Ça m'achale et ça m'effraie d'entendre ce que j'entends sur les possibilités de noyautage. Dites-moi ce qui pourrait mettre en péril un conseil d'administra-

tion d'un centre hospitalier alors que... Prenons l'hôpital Notre-Dame à Montréal comme exemple. Il va y avoir quatre personnes nommées par l'assemblée générale. Il va y avoir trois personnes venant du personnel, trois de la corporation, une personne de la fondation, deux représentants d'université, le D.G., plus deux cooptés, ce qui veut dire qu'il y aura d'élués au suffrage populaire quatre personnes sur 16. Je ne comprends pas, moi. Évidemment, je sais qu'à l'occasion, à Montréal, il s'est passé des choses où des gens se sont mobilisés et ont effectivement paqueté la salle. Dans les assemblées tel que prévu, les syndicats, les employés n'ont même pas le droit de vote. Je ne comprends pas cette peur du noyautage des assemblées publiques. Expliquez-moi à nouveau.

(17 h 45)

M. Favre: Brièvement...

Le Président (M. Gauthrin): M. Favre.

M. Favre: Je pense que, lorsqu'on parle de noyautage, nous voulons des conseils d'administration qui soient diversifiés, où les personnes aient des qualités pour gérer un système. Ce sont des citoyens décideurs; ce sont des citoyens qui ont une responsabilité. Et on se dit que si le noyautage n'est pas nécessairement un mauvais noyautage, il pourrait arriver que quatre membres d'un conseil d'administration soient finalement peu opérants. Ça serait très gênant; ça serait des citoyens décideurs, mais qui finalement ne représenteraient pas la population. Moi, ce qui me préoccupe dans tout ça, c'est qu'ils doivent représenter la population, et on risquerait d'avoir, par suite disons, d'un concours de circonstances, où quatre personnes se feraient élire, qui auraient un peu les mêmes idées, un peu les mêmes pensées, et tout ça. Sans faire de procès d'intention malheureux quant à ces personnes-là, elles auraient peut-être de bonnes intentions, mais comme citoyens décideurs, ce n'est pas certain que l'hôpital va gagner. Et ensuite, il me semble que lorsqu'on regarde un peu plus loin, ce sont ces élus et les représentants des services communautaires qui ont le droit de passer à la régie. Est-ce que ceci reste encore dans le projet de loi?

M. Côté (Charlesbourg): C'est les gens du conseil d'administration...

M. Favre: N'importe qui?

M. Côté (Charlesbourg): ...au niveau de la régie qui n'ont pas de... Ce ne sont pas des employés. C'est les gens du conseil d'administration qui ne sont pas des employés de l'établissement.

M. Favre: C'est-à-dire que la régie, M. le Président, si je comprends bien, les 40 % qui

représentent les membres des conseils d'administration, tout membre de conseil d'administration est éligible à la régie.

M. Côté (Charlesbourg): Sauf les employés.

M. Favre: Sauf les employés. Ah bon! Parce que le texte de loi n'est pas clair là-dessus. Quand on le lit, on...

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, c'était clair.

M. Favre: En tout cas, il faudrait le vérifier, parce ce qu'on peut faire l'interprétation que seuls les élus...

M. Côté (Charlesbourg): Mais...

M. Favre: ...peuvent arriver à la régie.

M. Côté (Charlesbourg): Si c'était ça, est-ce que ça changerait vos appréhensions?

M. Favre: M. le Président, je comprends que des élus, c'est nécessaire. On n'est pas encore au point où ils seront tous élus. Mais je me pose la question. Qui va se faire élire, va présenter un programme? Dans le fond, c'est une élection. Donc, on va avoir un programme électoral. Et on va dire quoi dans un programme électoral? On va se faire élire pour être d'accord avec le gouvernement, pour être contre le gouvernement, pour dire: Cet hôpital, c'est affreux, on manque d'argent? Alors que vous savez très bien qu'on a peu de chose à dire sur l'argent qui vient à l'hôpital. Est-ce que les élus vont avoir vraiment un mot à dire particulier par rapport à ce qui se fait aujourd'hui? C'est donc une préoccupation électorale que j'ai de qualité que les élections permettent d'amener au conseil d'administration des élus qui sont des citoyens décideurs parfaitement responsables et conscients de leurs responsabilités et de l'importance qu'ils ont dans le réseau, pouvant aller jusqu'à la régie, donc pouvant finalement avoir de l'importance quant à la **distribution** des masses monétaires.

Le Président (M. Gauthrin): Merci. En conclusion, peut-être, M. le ministre, parce qu'on a dépassé le temps actuellement.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis heureux d'apporter l'**éclaircissement** que c'est les membres du conseil d'administration sauf les employés, et encore, qu'il y ait des amendements au niveau de la régie régionale, que nous allons apporter pour permettre des postes cooptés, à l'intérieur desquels il pourrait se retrouver des employés au niveau de la régie régionale.

Le Président (M. Gauthrin): Je vous remercie. Au nom de la commission, je veux remercier

l'Association des hôpitaux de s'être déplacée et de sa présentation. J'appellerai maintenant l'Association des centres d'accueil du Québec, s'il vous plaît.

M. Dolan.

La Secrétaire: Il n'est pas là.

Le Président (M. Gauthrin): Il n'est pas là. Je suis ravi de vous souhaiter la bienvenue à l'Assemblée nationale, Me Clair. Est-ce que vous représentez les gens qui sont au bout?

Association des centres d'accueil du Québec

M. Clair (Michel): M. le Président, je me présente. Michel Clair, directeur général de l'Association des centres d'accueil du Québec. Je vous présente la délégation qui m'accompagne, en commençant par ma gauche. Il y a d'abord M. Pierre Lamarche, président de la Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, M. Gaston Robert, président de la Commission des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. À ma droite immédiate, Me Christiane Lepage, conseillère juridique de l'Association; ensuite, M. Jean-Yves Poisson, président de la Commission des centres d'accueil d'hébergement, et M. Gilles Proulx, trésorier de l'Association.

M. le Président, je n'insisterai pas sur la présentation de notre association qui regroupe également deux autres familles, soit des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et de réadaptation en déficience physique.

J'entrerai immédiatement dans la présentation, non pas de notre mémoire puisque j'ai eu l'occasion effectivement, tant du côté gouvernemental que du côté de l'Opposition, de sensibiliser les parlementaires à l'ensemble de nos propositions et commentaires contenus dans un document extrêmement détaillé, avec des amendements à la forme prêts à être adoptés, sinon "**prêts-à-porter**". Alors, je dirai simplement que les présentations qu'on a eu l'occasion de faire, tant du côté ministériel que du côté de l'Opposition, nous ont semblé, en privé, en tout cas, être extrêmement bien accueillies, ce qui fait qu'on vient ici aujourd'hui, en toute confiance, les présenter publiquement.

J'insisterai, dans un premier temps, sur six éléments de préoccupation communs à l'ensemble des centres d'accueil d'hébergement et des centres de réadaptation. Vous savez que ce sont les établissements de réadaptation et d'hébergement qui sont principalement concernés par l'unification des conseils d'administration. Ce que nous souhaitons à ce sujet-là, nous acceptons, nous sommes favorables à cette initiative, mais nous demandons avec insistance une mesure transitoire pour permettre aux 5000 membres actuels de conseils d'administration des établis-

sements que nous représentons de pouvoir fonder les nouveaux conseils d'administration, non pas pour empêcher la réforme, mais au contraire pour assurer que celle-ci pourra permettre l'intégration des cultures d'établissements différents, qu'il y aura une continuité dans le changement, une maîtrise de celui-ci et que, dans l'intérêt de nos clientèles, nous minimiserons les risques de dérapage dans la prestation des services aux bénéficiaires.

Deuxième préoccupation générale à l'égard de l'ensemble de nos membres. Nous souhaitons - et cela pourra vous surprendre, d'après ce que vous venez d'entendre - quant à nous, qu'il y ait encore plus de précisions, plus de clarifications dans les missions des différents centres de services, pour des raisons qui touchent tant l'usager que l'administration. Pour l'usager, nous pensons que la clarté dans les missions simplifiera la compréhension du rôle des différentes catégories de centres et évitera, en ce qui concerne l'administration, la compétition entre les établissements.

Le projet de loi fait un grand pas dans la précision des rôles et responsabilités des différents types d'établissements, mais il y a encore place à amélioration. Nous croyons en la théorie du noyau dur, et celle-ci doit conduire, à notre avis, à réduire au minimum les chevauchements de responsabilités et favoriser une certaine pureté, entre guillemets, de mission. Quelques exemples rapides au niveau du projet de loi. On pense que, par exemple, entre les centres locaux de services communautaires et les centres de réadaptation, les notions de services sociaux courants de réadaptation et de réinsertion qui sont généralement plutôt compris comme étant des fonctions de deuxième ligne que de première ligne mériteraient d'être précisées parce que ça pose des problèmes en toxicomanie, en déficience intellectuelle, pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

Notre solution: nous pensons que, oui, les CLSC ont un rôle à jouer là-dedans, mais que l'expression seule de "services sociaux courants" pourrait être suffisante. Quelques autres exemples. Entre les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et les centres de réadaptation pour jeunes, il y a des problèmes à l'égard des responsabilités en ce qui concerne les familles d'accueil qui recrutent, qui recourent, qui gèrent; même chose en ce qui concerne - et vous en parlez tantôt, on pense qu'il y a un grand pas de fait - la précision des centres de réadaptation physique et des hôpitaux, mais on pense que, même sur le plan de la constitution des conseils d'administration et de la mission de ceux-ci, il y aurait éventuellement des précisions à apporter.

Une conclusion très rapide sur ce point-là. J'ai entendu l'argumentation du Dr Landry sur la souplesse. Nous, les centres d'accueil, on peut vous dire bien simplement ceci, par expérience:

La théorie de la souplesse dans la biologie propre au réseau "socio-sanitaire", ce à quoi ça a conduit, c'est beaucoup plus à ce que les plus gros puissent faire à peu près n'importe quoi. Si l'on prend le problème à l'envers ou autrement, avez-vous déjà vu ça un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes ouvrir, je ne sais pas moi, un service de maternité ou bien non ouvrir un service de réadaptation en déficience intellectuelle? Est-ce qu'on a déjà vu un centre d'hébergement pour personnes âgées décider comme ça d'ouvrir un service en santé mentale de façon large? La souplesse dans les missions a plutôt conduit à faciliter à ce que les plus gros établissements puissent faire ce qu'ils voulaient. Quant à la précision des rôles, l'autre souplesse, quant à moi, c'est l'autoroute qui conduit à la fusion des mandats.

Troisième préoccupation générale: la répartition des pouvoirs entre les régies et les établissements. Nous pensons qu'il faut beaucoup plus d'autonomie aux établissements pour réaliser la réforme. On est d'accord avec les grands objets, les grandes fonctions des régies, mais nous ne le sommes pas avec la kyrielle de petits contrôles bureaucratiques a priori des régies sur les établissements, en matière administrative. Je pourrais vous en faire une longue liste: l'autorisation préalable pour réparer nos immeubles pour qu'une fondation puisse acheter un fauteuil gérontique, pour un contrat de déneigement. Il y en a toute une série à éliminer. Je sais que le ministre a été sensible à ces points de vue. Nous, ce qu'on favorise, c'est sur le plan local, l'imputabilité locale et le contrôle a posteriori.

Quatrième préoccupation générale: soumettre l'exercice des pouvoirs des régies à un certain nombre de critères. Encore là, par expérience, à titre d'établissement de taille moyenne généralement, on sait à quel point les influences politiques au niveau national comme au niveau régional peuvent jouer un rôle quand vient le temps d'extensionner la mission de certains établissements. Si l'on veut véritablement - ah oui! vous avez eu l'occasion d'en parler à notre colloque, ça remonte à de nombreuses années - que les décisions que prendront les régies ne soient pas basées sur la force des lobbies politiques de catégories d'établissements, mais sur des critères valables en matière administrative, on pense que l'efficacité, l'économie et l'efficience dans l'utilisation des ressources devraient être des critères obligatoires dans l'extension des missions complémentaires.

Cinquième préoccupation générale: l'initiation du changement pour les établissements devrait partir de la base. On ne remet pas en cause les responsabilités des régies, mais quant à l'article 95 qui prévoit la possibilité de tenir compte d'un grand nombre de situations, nous pensons qu'il serait valable que tous les établissements éventuellement concernés par un regroupement de conseils aient une période de 90 jours

suivant l'entrée en vigueur de l'article 447 qui assure la transformation des CRSSS en régies pour soumettre des propositions ou une proposition de formation du conseil d'administration. Les régies en feront ce qu'elles voudront par la suite, mais, au moins, pour les gens qui auront à prendre des décisions, qu'ils aient, avant de le faire, un peu l'opinion des établissements à la base.

Je pense maintenant à des préoccupations plus spécifiques par famille - je vais assez rapidement, c'est un peu un exercice de jogging intellectuel avant le souper - d'établissements, celles que nous représentons. En ce qui concerne les centres d'accueil d'hébergement, trois grandes préoccupations. Premièrement, l'article 88. Nous insistons fortement pour que tous les lits d'hébergement de type centres d'accueil d'hébergement et de centres hospitaliers de soins de longue durée actuels soient confiés pour gestion au même conseil d'administration unifié, y compris et surtout ceux gérés actuellement par des hôpitaux de courte durée. On ne peut pas avoir deux poids, deux mesures. On ne peut pas avoir deux réseaux de centres d'accueil d'hébergement ou de centres d'hébergement de soins de longue durée; un qui est, je dirais, un pilier fondamental dans le continuum de services et qui assume une certaine autonomie sur le plan de la spécificité de sa mission et un autre qui est géré par le réseau hospitalier de courte durée. Des arguments: cohérence de la mission, bon fonctionnement du système régional d'admission. Si l'on veut qu'il y ait un système d'admission qui fonctionne, il ne faut pas - je ne veux pas trop argumenter - que les hôpitaux de courte durée puissent, en dehors d'une saine concertation entre le CLSC et son maintien à domicile, le centre d'hébergement et de soins de longue durée, son centre de jour et un système d'admission qui assure une juste circulation, une juste utilisation des ressources, il ne faut pas qu'en dehors de ça, il y ait des hôpitaux de courte durée qui puissent utiliser les lits d'hébergement qu'ils contrôlent à des fins davantage de préoccupation de la corporation hospitalière que des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie du territoire.
(18 heures)

Dans la mesure où on adopte une approche territoriale et où les CHSLD futurs seront responsables de l'ensemble des personnes âgées en perte sévère d'autonomie dans un territoire donné, eh bien, il nous semble que le conseil d'administration unifié doit avoir une responsabilité sur l'ensemble de ces lits, sauf exception, et non pas l'inverse.

Deuxième grande préoccupation des centres d'accueil d'hébergement actuels, c'est de confirmer l'ouverture sur la communauté de cette catégorie d'établissements par deux grandes mesures. L'une est déjà prévue au projet de loi: la responsabilité des centres de jour doit demeurer

principalement à la catégorie centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Je pense que tant pour des raisons d'efficacité, d'ouverture sur la communauté et des raisons de commodité, entre guillemets, on ne peut pas équiper deux réseaux de places d'hébergement temporaire, par exemple, celui des CLSC et celui des centres d'accueil. On ne peut pas avoir deux services alimentaires. Il y en a déjà un dans les centres d'accueil d'hébergement dans la mesure où on en a besoin pour les fins du centre de jour. Pourquoi aller en développer un deuxième ailleurs? Sur le plan matériel des équipements, sur le plan des espaces disponibles, je pense qu'il y a là une série d'arguments concrets en faveur du maintien des centres de jour dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Finalement, une préoccupation un petit peu en dehors de notre secteur d'activité à l'égard des personnes âgées, c'est l'agrément des ressources privées des articles 360 et suivants. Nous avons été des partenaires de choix, je pense, dans les années 1975-1976, dans l'opération pavillonnement et la fermeture des foyers illicites, entre guillemets. Nous pensons que si on veut éviter que naissent dans l'avenir de nouvelles situations comme celles-là, il faut bien répartir les responsabilités à trois niveaux: que le ministre soit responsable de l'établissement des normes, que les régies soient responsables d'identifier les besoins, d'agréer les ressources et de gérer le budget, mais qu'en ce qui concerne le contrôle de la qualité des services cliniques et professionnels, que les centres d'hébergement et de soins de longue durée en aient localement cette responsabilité en extensionnant le concept, si on veut, qui a été mis de l'avant par le pavillonnement au début des années quatre-vingt.

En déficience intellectuelle, quatre préoccupations. On voudrait bien préciser que le recrutement et le recours, la gestion des familles d'accueil relève de ceux-ci non seulement pour les adultes déficients intellectuels, mais également pour les enfants. Deuxièmement, nous apprécierions une déclaration du ministre à l'effet que l'article 95 signifie bien que les régies devront tenir compte d'un critère de masse critique de population optimale à desservir, soit plus ou moins 150 000 personnes, pour éviter que l'on crée des établissements qui auraient une vocation beaucoup trop large sur le plan territorial et quant à la population à desservir.

Troisième préoccupation, les ressources intermédiaires. On pense qu'il y a une nécessité de souplesse dans la définition de ce qu'est une ressource intermédiaire parce que, si on tente trop de tout prévoir ce qu'est peut-être une ressource intermédiaire, on pense qu'on risque de bloquer l'imagination puisque les différentes formules de ressources intermédiaires, de notre point de vue, n'ont pas fini d'être inventées.

Finalement, j'insiste sur le fait qu'en ce qui concerne la déficience intellectuelle, le projet de loi actuel prévoit que les établissements recevraient, sur référence, toute leur clientèle. J'attire votre attention sur le fait que déjà plus de 50 % de la clientèle se présentent directement.

Au niveau des jeunes en difficulté d'adaptation, quatre préoccupations majeures. La première, l'articulation des services entre le CLSC et le centre de réadaptation pour jeunes. La lecture qu'on fait actuellement de l'article 421 empêcherait le CLSC de recourir directement aux services externes du centre de réadaptation pour jeunes en dehors d'un placement. Il nous semble que ce n'est pas souhaitable d'obliger un détour par le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et qu'une relation bidirectionnelle, si on veut, puisse s'établir.

Deuxième grande préoccupation. La situation de Montréal, à notre avis, en ce qui concerne les jeunes en difficulté d'adaptation, ne peut être réglée par le modèle prévu actuellement, qui conduirait, normalement, si on a bien compris, malgré les pouvoirs de l'article 95, qui pourrait conduire à ce que 21 établissements pour jeunes en difficulté d'adaptation, plus un CSSMM qui est déjà considéré comme un énorme établissement, que ces 22 établissements se retrouvent sous un même conseil d'administration. Alors, quant à nous, on pense qu'une approche territoriale et une approche de concertation entre les CPEJ de Montréal et les centres de réadaptation devraient guider tout autant les régies que le ministre sur cette question-là.

Troisième préoccupation. La gestion des familles d'accueil. Vous êtes bien au fait de la différence de point de vue entre l'Association des CSS et la nôtre, en ce qui concerne cette gestion. Quant à nous, on préconise, c'est vrai, que les familles d'accueil soient confiées pour gestion aux centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Nous y voyons deux avantages. Il peut y avoir - ce n'est pas une médaille qui a un seul côté - à notre avis, des avantages définitifs à ce que la gestion soit confiée aux centres de réadaptation.

Premièrement, une raison d'économie. Si on veut que le plus tôt possible, dans le processus de réadaptation, le jeune puisse aller d'une ressource moins lourde vers une ressource plus légère, il nous semble qu'il y aurait un net avantage à ce qu'une même autorité hiérarchique fonctionnelle puisse avoir juridiction sur les deux. Deuxièmement, à l'égard du jeune lui-même, la continuité du service, les listes d'attente à raccourcir. Si on veut qu'encore une fois, dans l'intérêt du jeune, on ait recours le plus rapidement possible dans le processus de réadaptation à une ressource plus légère que le centre d'accueil, eh bien, à ce moment-là on pense que la logique, ce serait qu'il y ait un seul et même décideur, et non pas deux décideurs.

Dernière préoccupation, en ce qui concerne les jeunes en difficulté d'adaptation, la neutralité du directeur de la protection de la jeunesse. On pense, nous, que le modèle qui a eu tendance à se développer dans certaines régions, à l'effet de confier à la même personne le rôle de DPJ, directeur de la protection de la jeunesse, et de gestionnaire de familles d'accueil, ce n'est pas un modèle souhaitable, ni dans l'intérêt du jeune, ni dans l'intérêt des établissements de façon générale. Et nous demandons que dans la Loi sur la protection de la jeunesse, ou dans celle-ci, soit clairement prévu que la personne qui assume la responsabilité de directeur de la protection de la jeunesse ait une sorte d'exclusivité de fonction, entre guillemets, à respecter.

En déficience physique, des préoccupations auxquelles le ministre a déjà donné suite dans deux cas majeurs. À l'égard des conseils d'administration unifiés, le ministre nous a déjà dit qu'il voulait tenir compte de la différence entre la déficience visuelle, auditive et motrice, et on a hâte de voir les amendements à cet effet-là. Même chose en ce qui concerne l'annonce faite hier à l'égard de l'abandon de l'impôt-services sur les **orthèses-prothèses**. On félicite le ministre. On pense que cette décision-là était tout à fait souhaitable.

On entretient, cependant - je l'ai dit tantôt rapidement - une inquiétude du côté de la déficience physique. C'est de voir réapparaître la responsabilité réadaptation dans la mission des hôpitaux de courte durée. Loin de nous l'idée de penser qu'il faut enlever toute responsabilité aux hôpitaux de courte durée, à l'égard de la réadaptation consécutive à l'exercice de la responsabilité des hôpitaux. Mais on pense que, s'il doit exister une catégorie d'établissements qui s'appellent centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique, leur responsabilité ne peut pas se trouver à trois, quatre endroits.

Quatrième préoccupation. La gestion des centres de réadaptation, qui sont actuellement gérés par des hôpitaux de courte durée, et le statut d'un certain nombre d'établissements. Ça crée un malaise parce que ces établissements-là sont membres associés, par exemple, de notre Association. L'hôpital Marie Enfant, l'Institut de réadaptation de Montréal, l'Hôpital de **Mont-Joli**, voilà des établissements qui ont un statut d'hôpital et qui, en partie ou en quasi-totalité, font la même chose, à toutes fins pratiques, que les centres de réadaptation. On pense qu'il y a des clarifications à apporter là-dessus.

Pour l'obligation de référence, qui est prévue à l'article 58, même commentaire que du côté de la déficience intellectuelle. Plus de la moitié des personnes qui se présentent en réadaptation physique dans nos centres le font directement sans référence, et on ne voit pas quel inconvénient cela crée et on ne voit pas quel avantage il y aurait à les empêcher; donc, on pense qu'il devrait eux aussi être considérés

comme recevant des personnes principalement sur référence et non pas exclusivement sur référen-
ce.

Personnes alcooliques et toxicomanes, les centres de réadaptation. Une préoccupation qui pourra surprendre à première vue, mais elle est beaucoup plus que symbolique. Le projet de loi propose de les appeler dorénavant simplement des centres de réadaptation pour personnes toxicomanes, alors qu'actuellement, l'appellation est "personnes alcooliques et toxicomanes". Il est vrai que, dans le dictionnaire, on peut inclure les personnes souffrant d'alcoolisme, dans l'appellation **générique "toxicomane"**, mais dans le langage commun, pour les personnes que nous desservons, il y a une grande différence entre, entre guillemets, un alcoolique et, entre guillemets, un drogué. C'est la façon dont les clientèles parfois se définissent l'une à l'égard de l'autre. Nous pensons que ce serait important de conserver l'appellation "personnes alcooliques et autres toxicomanes". Ce serait, je dirais, plus respectueux, à notre avis, de l'image que les personnes qui vivent des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie ont d'elles-mêmes et ce serait également, pour nous, l'occasion de rappeler au gouvernement, de façon générale, que s'il y a une politique intéressante, je dois dire, dans le rapport Bertrand qui a porté sur les toxicomanies, on semble prendre un peu la tendance depuis quelques années d'oublier la problématique de l'alcoolisme. On pense que, non seulement pour les clientèles, mais comme une sorte de rappel pour les autorités publiques, l'alcoolisme présente une problématique particulière qui, oui, fait partie de la grande problématique de toxicomanie, mais qui mérite considération particulière.

Deuxième grande préoccupation: le contrôle de la qualité des ressources publiques et privées. Dans nos centres, on ne craint pas le contrôle de la qualité, on le souhaite même, mais on pense qu'il faut extensionner cette préoccupation-là à l'égard des différents centres d'accueil privés, entre guillemets, de réadaptation pour personnes alcooliques, toxicomanes, où on trouve toutes sortes de choses. On a donc proposé un resserrement des textes en matière de délivrance des permis et d'agrément pour être bien sûr que tout le monde satisfait aux normes.

Une dernière préoccupation majeure pour alcoolisme et toxicomanie. Une insistance en ce qui concerne le processus de réadaptation. Certaines interprétations, encore une fois - on espère que ce n'est pas ça qui était l'objectif - en ce qui concerne la responsabilité des CLSC en matière de toxicomanie: Oui, on veut travailler avec eux; oui, ils ont une grande responsabilité de première ligne. On le fait déjà, on travaille déjà avec eux, mais quand on voit la réadaptation en matière de toxicomanie apparaître dans le mandat indirectement des CLSC. on se pose une question sur le plan clinique, parce que, s'il y a un secteur où la réadaptation ne

peut pas être interrompue en passant de l'établissement A à l'établissement B, c'est bien en matière de toxicomanie.

Je terminerai, M. le Président, avec une phrase en ce qui concerne notre sixième famille d'établissements, les centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation qui verraient leur appellation changer pour s'appeler dorénavant des centres de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation. Il s'agit de cinq établissements au Québec qui ont un rôle très spécifique. Si on retenait cette **appellation-là**, ce serait comme faire disparaître la moitié de la clientèle qu'ils desservent, puisque la moitié des personnes desservies au cours de l'année 1989 étaient des majeures.

S'il me restait deux minutes, M. le Président, dans la présentation...

Le Président (M. Gautrin): Vous ne les avez pas, mais ce sera des questions en moins de la part des...

M. Côté (Charlesbourg): Ce qui est important aujourd'hui, c'est de passer les messages.

Le Président (M. Gautrin): Allez-y.

M. Clair: S'il me restait deux minutes, compte tenu, je sais, de la difficulté pour les parlementaires et pour le ministre aussi de voir ce qui est le mieux comme modèle de gestion des familles d'accueil du côté des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ou vers les CPEJ, j'aimerais que M. Gaston Robert, notre président de Commission, puisse **peut-être** élaborer une minute ou deux sur ce point là.

Le Président (M. Gautrin): M. Robert.

M. Robert (Gaston): Tout à l'heure, on a fait allusion à la dimension économique et on a très bien lu dans le projet de réforme les trois épithètes: efficacité, efficience et économie. Effectivement - et ça vous est rapporté régulièrement dans la presse par les temps qui courent - tous les vendredis après-midi, on se fait ramasser à 16 heures par une conférence téléphonique avec le DPJ, des gens du ministère, etc., et on est pris avec 3, 4, 5, 6, 10 jeunes qui ont besoin de place très rapidement, sur une base urgente. Par grandeur d'âme, très souvent en prenant beaucoup de risques, on accepte ces jeunes-là, plutôt que de les laisser moisir dans des postes de police, des choses comme ça, on les prend dans des salles d'isolement puis dans des endroits moins appropriés dans nos établissements, et le lundi, on a le comité de protection des droits des jeunes sur le dos. On est en situation d'engorgement, actuellement. Il y aurait une façon simple actuellement et on est en train de l'évaluer dans ma région. C'est de **voilà** s'il n'y aurait pas rapidement possibilité de faire

débouler en cascade des jeunes qui occupent des places lourdes institutionnelles vers des places intermédiaires moins lourdes. Et ça, c'est plus facile quand on gère l'ensemble, tout l'arsenal, ou tout l'éventail de ces ressources-là. Quand il y a des ratées dans le milieu de la chaîne, qu'on ne gère pas, c'est plus compliqué. Ce qu'on dit: Si on gérait des familles d'accueil au même titre que les autres ressources de prises en charge des jeunes, ça pourrait être plus facile par la gestionnaire unique d'équilibrer ce type de répartition là des jeunes. Ça se fait chez les autres catégories de centres de réadaptation. On se demande pourquoi il y a là une anicroche tout à coup, quand on parle de la jeunesse en difficulté. En tout cas...

Le Président (M. Gauthrin): Merci, M. Clair et M. Robert. On avait convenu d'ajourner à 18 h 30. Il est 18 h 18. Alors, il resterait à peu près 9 minutes, même moins que ça. Bon, alors, 5 à 7 minutes...

M. Trudel: Bon, écoutez...

Le Président (M. Gauthrin): ...entre l'un et l'autre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Écoutez, je pense qu'on a convenu rapidement avec le ministre que, d'abord, les messages étaient très bien articulés, et je peux vous dire que - le ministre donnera son message à lui - l'objectif de l'Opposition, en demandant ces auditions, c'était pour entendre non seulement des réclamations, mais de l'argumentation autour des positions en laissant le législateur faire son devoir, réaliser son travail. Je pense que vous nous présentez là un ensemble de positions qui sont extrêmement intéressantes et qui doivent nous préoccuper. Je ne peux pas revenir évidemment sur chacune d'entre elles. Je me rends bien compte, cependant, qu'hier soir lorsque le ministre a dit: Moi, je ne m'occupe pas des convocations, l'Opposition va s'en occuper. J'avais tenté, à un certain moment, de mettre à la même table l'AHQ et l'ACAQ, j'ai donc bien fait de sélectionner deux groupes là-dessus, le moins que l'on puisse dire. Mais, même à ça, je pense qu'on peut voir chez les deux groupes la responsabilité vis-à-vis des citoyens, d'une certaine catégorie qui vous préoccupe et d'une autre catégorie qui préoccupe l'AHQ, et ce que j'apprécie et ce qui faut être... Je pense que quelque chose qui se dégage de la journée que nous avons eue ici, c'est la franchise des intervenants, c'est les messages très clairs qui nous sont parvenus à nouveau et des dangers qui nous guettent en matière d'administration, en matière de services à donner aux citoyens du Québec, peu importe le niveau où on se situe. Et s'il y a - on l'a dit, nous autres, dans notre discours d'ouverture - un certain nombre de problèmes où

on avait même, on a été francs, de la difficulté à se brancher, vous ajoutez l'argumentation du pourquoi on devrait prendre telle ou telle décision.

Alors, là-dessus, moi, je vais tout simplement vous remercier de votre présentation. Je n'aurai pas de questions, c'était extrêmement clair. Et vous avez raison, votre document est d'une clarté impressionnante. On espère là-dessus, avec vous aussi, qu'on pourra partir pour la fin de semaine avec un nouveau document de travail, que le ministre pourra déposer ses amendements aujourd'hui, ce qui faciliterait le travail de tout le monde - parce que c'est lui qui a initié la législation, évidemment - et ça nous permettrait, tel que nous nous sommes entendus, de dire mardi matin, 9 h 30: Nous commençons à l'article de ce projet de loi et que nous... Mardi matin? Mardi après-midi, 15 h 30, 16 heures, nous pourrions commencer notre travail et répondre en cela à un souhait, pas quant aux amendements uniquement, de la plupart des groupes aujourd'hui en disant: Ce processus, comme l'a souhaité le ministre lui-même à d'autres égards, soit le plus ouvert possible pour que nous en arrivions à une loi qui nous permette toujours de dire aux citoyens et citoyennes du Québec: Nous pensons vous donner un produit qui va faire en sorte qu'on va avoir un meilleur service en particulier avec ce que nous avons entendu aujourd'hui dans le cadre de ce que nous avons à faire comme travail, en commission parlementaire et ensuite à l'Assemblée nationale. Soyez donc sûrs que vos messages sont très bien reçus et que nous verrons systématiquement à prendre le temps nécessaire pour faire en sorte qu'on aille au fond des choses sur chacune des dimensions extrêmement importantes que vous avez soulevées et qui ont été étayées par des arguments. Alors, merci beaucoup de votre présence, de vous être déplacés si rapidement que cela et de nous avoir fait cette excellente présentation.

Le Président (M. Gauthrin): Je vous remercie, M. le député. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. À mon tour, je ne veux pas ajouter à vos supplices. En entendant la présentation, je lisais en diagonale vos représentations, ça me paraissait assez fidèle au document qu'on a reçu, et il ne m'a pas semblé y avoir de choses neuves par rapport à ce que vous avez véhiculé, à moins que je n'en aie échappé, et c'est fort possible. Donc, il y a, dans les papillons, plusieurs réponses à vos interrogations. Alors, ce que j'ai compris, vous représentez des gens qui se situent, sur le plan géographique de l'organisation, des fois au centre, et ce que vous sentez, c'est grugé par la périphérie d'un peu partout, et la tentative que vous faites, c'est de bien nous

signaler que nous avons davantage intérêt à définir clairement les émissions et les zones grises, pour éviter que finalement il y ait duplication ou qu'on retrouve le citoyen entre les deux. Et ça, je pense que c'est un message qui est très très clair dans les messages que vous nous avez passés. Évidemment, les papillons seront éventuellement déposés. Dans à peu près tous les messages qui ont été passés, tantôt vous avez trouvé les réponses satisfaisantes, tantôt certainement que vous trouverez que les réponses ne sont pas satisfaisantes. Quand je m'adresse à un ex-parlementaire - et c'est toute la marge de manoeuvre que peut avoir un parlementaire et un ministre en plus, surtout quand il a été ministre - et qu'effectivement, lorsque vous évoquez la nécessité d'oxygène additionnel, par rapport au projet de loi, c'est vrai... Et je pense que les papillons vont dans ce sens-là. À l'étude article par article, si jamais on ne devait pas aller suffisamment loin ou aller aussi loin qu'on le pense dans le libellé, on examinera jusqu'où on peut aller, compte tenu des obligations qu'on a aussi sur le plan de notre propre imputabilité, l'idée étant qu'il faut donner cette souplesse et aussi cette marge de manoeuvre au niveau des établissements pour qu'ils puissent remplir leur rôle et qu'on puisse leur frapper sur les doigts après, dans la vérification de la qualité. Et ça, je pense que c'est une de nos responsabilités. Ce qu'on ne s'est même pas dit en cours de journée, c'est qu'il y a des responsabilités qui incombent au sous-ministère, on n'en a pas beaucoup parlé, parce qu'au ministère, je les ai retenus, ils voulaient venir témoigner, j'ai dit: Non, non...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Pour défendre leur intérêt, j'ai dit: C'est M. Trudel qui fait les invitations et...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...alors, à ce moment-là, il ne faut pas faire en sorte que le ministère vienne occuper trop trop de place dans cette histoire-là. Et il aura l'avantage de s'exprimer par la voix du ministre au cours de cette étude. J'avais posé une question tantôt l'AHQ, et vous en avez profité, vous n'avez pas perdu la main encore...

M. Clair: J'en ai encore à ajouter.

M. Côté (Charlesbourg): Vous n'avez pas perdu la main parce que j'ai bien vu, dans la présentation, que vous en avez profité pour passer l'essence de votre message. Alors, merci beaucoup. Si je n'ai pas de questions, ce n'est pas parce que ce n'est pas d'intérêt, mais je pense que poser une question pour me faire dire "oui", si vous faisiez ça, vous seriez bon, ce

n'est pas nécessairement le but de l'exercice. Et on verra après les papillons. Il doit y avoir possibilité de se parler par la suite. Merci.

Le Président (M. Gautrin): Avez-vous des commentaires finaux à ajouter, Me Clair?

M. Clair: Je voudrais peut-être insister brièvement sur une chose, en ce qui concerne la responsabilité ministérielle à l'égard des établissements et des pouvoirs des régies. Entendons-nous bien, on ne vise pas du tout à faire en sorte que les établissements, sur le plan de leurs programmes, sur le plan de leur gestion, soient libres de faire ce qu'ils veulent, mais il nous semble qu'en matière administrative, les contrôles a priori qui sont prévus par les régies sont beaucoup trop nombreux et beaucoup trop pointus. Et je pense que c'est sur ça qu'il y a des choses à faire, sans pour autant laisser les établissements aller à leur gré.

Dépôt de commentaires

Le Président (M. Gautrin): Alors, au nom de la commission, je vous remercie de vous être déplacés. Je voudrais faire un dépôt pour rendre un ensemble de commentaires qui ont été transmis à la commission. Je dépose des commentaires des organismes suivants, sur le projet de loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives: l'Association des centres d'accueil du Québec, l'Association des centres de services sociaux du Québec, l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, le Barreau du Québec, la Coalition des aînés du Québec, la Commission d'accès à l'information, le Curateur public du Québec, la Fédération des associations des étudiants en médecine du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec, l'Institut conjoint hospitalier de Montréal, et le Regroupement des aveugles et amblyopes du Québec.

La commission ayant rempli... Non, la commission ajourne ses travaux sine die. Elle n'a pas encore fini de remplir son mandat, ça, c'est clair. Ha, ha, ha!

(Fin de la séance à 18 h 27)