



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le jeudi 30 octobre 2014 — Vol. 44 N° 14

Consultations particulières sur le projet de loi n° 10 — Loi
modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la
santé et des services sociaux notamment par
l'abolition des agences régionales (8)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le jeudi 30 octobre 2014 — Vol. 44 N° 14

Table des matières

Auditions (suite)	1
Québec Community Groups Network (QCGN)	1
Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)	9
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	18
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	28
Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)	37

Intervenants

M. Marc Tanguay, président
Mme Véronique Hivon, vice-présidente

M. Gaétan Barrette
M. David Birnbaum
Mme Diane Lamarre
M. Jean-François Lisée
M. Éric Caire
Mme Lucie Charlebois
M. François Paradis

- * M. Daniel Lamoureux, QCGN
- * Mme Sara Saber-Freedman, idem
- * M. Didier Culat, idem
- * Mme Sylvia Martin-Laforge, idem
- * M. Michael Udy, idem
- * M. Richard Walling, idem
- * M. Martin Trépanier, OPHQ
- * Mme Monique Savoie, idem
- * Mme Anne Hébert, idem
- * M. Jacques Fortier, CHUS
- * Mme Diane Gingras, idem
- * M. Stéphane Tremblay, idem
- * M. Carol Fillion, idem
- * M. Serge Lepage, idem
- * M. Gaston Bédard, CHUQ
- * M. Alain Naud, idem
- * M. Julien Poitras, idem
- * M. Claude Ménard, RPCU
- * M. Pierre Blain, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 30 octobre 2014 — Vol. 44 N° 14

Consultations particulières sur le projet de loi n° 10 — Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (8)

(Onze heures douze minutes)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Habel (Sainte-Rose) est remplacé par M. Birnbaum (D'Arcy-McGee); Mme Richard (Duplessis) est remplacée par M. Pagé (Labelle); M. Schneeberger (Drummond—Bois-Francs) est remplacé par M. Paradis (Lévis).

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. J'aimerais d'entrée de jeu demander le consentement des collègues pour pouvoir excéder l'heure de commission qui était prévue. Nous allons dépasser d'une dizaine de minutes. Alors, je vous demande votre consentement. Consentement accordé.

Auditions (suite)

Ce matin, nous allons débiter avec Québec Community Groups Network ainsi que, par la suite, l'Office des personnes handicapées du Québec. Alors, je souhaite la bienvenue aux représentants, représentantes de Québec Community Groups Network. Je vous demanderais, dans un premier temps, de bien vouloir vous identifier, chacun et chacune d'entre vous, et par la suite vous disposerez d'une période de 10 minutes pour une présentation. Après s'ensuivra une période d'échange avec les parlementaires. Alors, la parole est à vous.

Québec Community Groups Network (QCGN)

M. Lamoureux (Daniel) : Dan Lamoureux. Je suis le président de Québec Community Groups Network.

Mme Saber-Freedman (Sara) : Sara Saber-Freedman, je suis la présidente du conseil d'administration du Montréal Association for the Blind- Mackay.

M. Culat (Didier) : Didier Culat, président du conseil d'administration de l'Hôpital Jeffery-Hale—Saint Bridgid's à Québec.

Mme Martin-Laforge (Sylvia) : Sylvia Martin-Laforge, director general of the Québec Community Groups Network.

M. Udy (Michael) : Michael Udy, ancien directeur général des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et ancien vice-président du comité aviseur sur la prestation des services en langue anglaise.

M. Walling (Richard) : Bonjour. Richard Walling, je suis président de la Fondation communautaire de la santé et des services sociaux et aussi un ancien président du comité provincial sur la prestation des services de santé et services sociaux en langue anglaise.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. La parole est à vous.

M. Lamoureux (Daniel) : Merci. Le QCGN est un organisme à but non lucratif qui rassemble 41 organismes communautaires de langue anglaise à travers le Québec, et tout le monde a été reconnu.

The QCGN, our member organizations and the many partners we have consulted over the past few weeks are profoundly worried about Bill 10, how Bill 10 will impact our institutions and the vitality of our communities.

Et maintenant je vais passer la parole à Mme Freedman.

Mme Saber-Freedman (Sara) : Merci beaucoup, M. Lamoureux. M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, il y a 25 ans, j'ai eu le privilège et l'honneur d'assister aux travaux de la Commission des affaires sociales

lors de l'étude détaillée de la loi n° 120, ce qui est devenu notre loi actuelle sur la santé. J'en retiens un souvenir précieux : l'appui de l'ensemble des partis politiques au droit des Québécois et Québécoises d'expression anglaise d'accéder aux services dans leur langue. Je me souviens aussi de leur soutien au principe que l'objectif de faire du français la langue normale et habituelle du Québec soit poursuivi, et je sais que maintenant le préambule de la Charte de la langue française, dans le respect des institutions de la communauté québécoise d'expression anglaise... Ces institutions auxquelles la charte fait référence sont le cœur et le squelette de notre communauté. Bien plus qu'un lieu de services, ils sont les lieux où un simple ensemble de personnes devient une communauté digne du nom.

Pourquoi la participation dans la gouvernance des établissements qu'ils ont créés est-elle si cruciale pour les communautés d'expression anglaise? Je cite Richard Bourhis, professeur à l'UQAM, chercheur, auteur et expert reconnu au sujet de la vitalité des communautés minoritaires : «Ce contrôle institutionnel est la dimension de vitalité par excellence requise par les communautés linguistiques pour maintenir et affirmer leur présence[...]. [...]les communautés linguistiques doivent atteindre et maintenir un niveau de contrôle institutionnel suffisant s'ils désirent survivre en tant qu'entités collectives distinctes...»

Let me put it simply. When our institutions are threatened, our community is threatened, and Bill 10 in its present form doesn't just threaten our health and social service institutions. With a single exception, it eliminates them. The QCGN, together with most of Québec society, shares the Government's objective of making our healthcare system more coherent and more efficient. As responsible taxpayers, we understand that change is needed if our treasured public services are to remain viable over the medium and long term.

We also share the concerns that have been expressed by many other groups that such major legislation is moving far too quickly, that it represents a dangerous centralization of power in the hands of too small a number of people, that it makes swamps social services in a sea of institutions whose priority is medical care. A delay, a reasonable delay will allow for the kind of thoughtful work on these issues that our society deserves.

Nous voyons dans le projet de loi n° 10 la volonté du législateur de répondre aux préoccupations anticipées de la communauté québécoise d'expression anglaise, et je veux souligner, M. le Président, les commentaires du ministre à propos du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, où il a clairement exprimé sa compréhension de l'importance de ces institutions enracinées dans la communauté anglophone. Nous soulignons cependant que la dissolution de nos établissements est une vraie catastrophe pour la vitalité de la communauté linguistique minoritaire du Québec. C'est cette même catastrophe qu'évitaient les Franco-Ontariens lorsque l'Hôpital Montfort a gagné sa cause devant la Cour d'appel.

• (11 h 20) •

Selon la loi n° 10, toutes sauf une des 23 institutions de la communauté d'expression anglaise au sein du réseau santé et services sociaux disparaîtront. Ces institutions, reconnues par l'article 29.1 de la Charte de la langue française, sont traduites par le projet de loi en installations désignées, qui, à la limite, peuvent conserver leurs noms, comme n'importe quel édifice gouvernemental. Mais cette traduction, malheureusement, est fautive. Le mot «installation» n'apparaît nulle part dans la Charte de la langue française. Ce sont des institutions qui sont visées aux articles 20, 23, 24, 26 et 29.1. Une installation, c'est des briques et du mortier. Une institution vit, et la source de sa vie est son conseil d'administration. Déracinées de leur communauté et dépourvues de leur conseil d'administration, noyées au sein d'une vaste organisation qui est rattachée d'abord et avant tout à une fonction publique qui, malheureusement, ne compte qu'un nombre infime de personnes d'expression anglaise, ces installations perdront rapidement leur sens d'appartenance à la communauté, et la communauté perdra donc son ancre.

The Charter of the French language's authors saw no contradiction between protecting minority community institutional vitality and ensuring what they understood as Québec society single most urgent and crucial policy matter of their day : the protection and growth of the French language. We respectfully suggest that if the Charter of the French language itself sees fit to create exceptions that allow the protection of the English-speaking communities' institutions, the health care act can and must do the same.

C'est pourquoi nous recommandons que le projet de loi n° 10 soit modifié pour ne pas abolir les établissements et surtout pas les établissements reconnus et désignés. Les objectifs légitimes du gouvernement peuvent être accomplis sans démolir cet héritage précieux et irremplaçable. N'importe quel modèle retenu par le gouvernement et par la société doit nécessairement assurer la continuation de ces institutions comme les entités légales distinctes avec leur conseil d'administration enraciné dans les communautés, avec la participation des universités lorsqu'il y a une fonction d'enseignement et recherche qui est rattachée à l'institution, et avec un rôle pour les membres du conseil d'administration dans la nomination de la haute direction, surtout du P.D.G. Les établissements désignés qui sont seuls dans leur région, tels que l'Hôpital Jeffery-Hale—Saint Bridgid's, ici, à la ville de Québec, méritent une approche particulière, et nous sommes prêts à s'asseoir avec les gens du cabinet du ministre, avec les gens du ministère pour trouver des moyens pour répondre aux besoins de notre communauté et aussi répondre aux exigences légitimes du gouvernement. Ces modifications au projet de loi sont essentielles pour s'assurer que la législation ne remette pas...

Je m'excuse, j'ai sauté quelque chose qui est important. Il y a également des dispositions de la loi qui touchent à l'accès aux services en langue anglaise, le droit des personnes d'expression anglaise, les programmes d'accès, etc. Nous voyons qu'il y avait un effort de reprendre ces articles dans la loi de santé et services sociaux et remettre ça dans le projet de loi n° 10. Il y a certaines précisions, certaines bonifications qui sont importantes, parce qu'il y a des éléments, malheureusement, qui sont tombés, je pense, involontairement, mais il y a aussi des bonifications et des modifications à faire là-dessus.

Les modifications au projet de loi sont essentielles pour s'assurer que la législation ne remette pas en question une entente de société établie depuis plus de 30 ans, faisant l'objet d'un grand consensus et cruciale pour la vitalité de la minorité d'expression anglaise, la protection de ses institutions et son droit aux services de santé dans notre langue. Ça va peut-être prendre un peu plus de temps, et nous sommes prêts à y travailler ensemble, avec le gouvernement.

Alors, M. le Président, je termine notre présentation, et nous sommes prêts à répondre aux questions de la commission.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Vous terminez à 10 minutes pile. Alors, je vous remercie. S'ensuit donc à l'instant une période d'échange avec les parlementaires, et, ce faisant, je cède la parole, pour un bloc de 23 min 30 s, au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Barrette : Merci, M. le Président. M. le Président, à la fin de la période, je passerai la parole à mon collègue M. Birnbaum, qui voudra s'adresser aux représentants de Québec Community Groups Network, si vous me le permettez.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, tout à fait.

M. Barrette : Alors, M. Lamoureux, Mme Saber-Freedman et chers collègues, merci de venir prendre le temps de nous faire part de vos commentaires et de vos suggestions. C'est évidemment... vous abordez évidemment un sujet qui est extrêmement important dans le projet de loi, et je suis d'accord avec vous que l'on doit faire... pas faire, mais mettre tous les efforts possibles pour faire en sorte qu'au bout de la ligne la situation de la communauté anglophone soit protégée de toutes les manières possibles. Et je vous dirais d'entrée de jeu que l'objectif qui était recherché et qui peut-être, à votre première lecture, n'est pas parfaitement satisfaisant était de faire en sorte que l'accès aux soins de santé et aux services sociaux à la population québécoise de langue anglaise soit, par rapport à la situation actuelle, absolument protégé, et tous les éléments que l'on a mis dans le projet de loi visent ça.

Il est possible que vous ayez la perception qu'on ait manqué certaines choses, puis c'est peut-être le cas, puis c'est pour ça que vous êtes ici, pour nous en faire part, si tel est le cas, et nous faire des suggestions, qui vont être les bienvenues, pour corriger certains écarts ou oublis, si tel est le cas. Mais notre intention était de faire en sorte qu'à tous égards ce que vous avez comme situation ou droits acquis, et ainsi de suite, soit préservé.

Puis je vais renchéris un point : Il est très vrai que la communauté anglophone s'est extrêmement investie dans ses institutions publiques, particulièrement en santé. Vous y êtes investis de toutes sortes de manières, évidemment, tant du côté du bénévolat que de la gestion, que de l'investissement, que des dons, et ça, ça doit être reconnu et ça doit évidemment être encouragé, promu. Et, s'il y a une chose que l'on ne veut évidemment pas toucher, ce sont bien ces aspects-là. Et c'est la raison pour laquelle je fais cette parenthèse-ci, c'est la raison pour laquelle on s'est assurés de ne pas toucher, évidemment, aux fondations ainsi que leur lien avec les institutions auxquelles elles sont attachées, les institutions de santé étant souvent, ainsi que leurs fondations, des éléments qui sont de nature très identitaire pour toute population, qu'elle soit francophone ou anglophone, mais c'est particulièrement vrai, je dirais, du côté de la communauté anglophone, chez qui vous avez toujours eu une implication qui est très grande sur ce plan-là.

Maintenant, je comprends de votre propos aujourd'hui que vous êtes en faveur de la finalité organisationnelle. Oublions la langue juste un instant, mais, pour ce qui est de l'accès à la clientèle et de la fluidité dans le système, je comprends que vous ne remettiez pas en question cet aspect-là du projet de loi ou de ce que l'on veut faire. Maintenant, à ce moment-là reste la question de la langue et de la garantie que vous recherchez pour la population anglophone d'avoir accès à des services en anglais.

Vous me permettez de prendre quelques mots pour... quelques instants pour peut-être faire une mise au point sur la situation de Montfort. Montfort, par rapport au projet de loi n° 10, à mon avis, ce n'est pas du tout la même circonstance, là. Montfort faisait l'objet de manoeuvres ou de décisions politiques, là, où clairement on voulait l'éliminer, là. Montfort a été, à un moment donné, menacé d'une fermeture pure et simple, là. On parle ici de la disparition de services, alors que le projet de loi n° 10 en aucune circonstance n'a évoqué, même évoqué la possibilité de disparition de services, pour la communauté anglophone, dans leur langue. Il est clairement dit dans le projet de loi, et c'est important de vous le réitérer, que les installations, qu'elles soient francophones ou anglophones, doivent rester et resteront en lieu physiquement et aussi en mission.

Maintenant, je comprends évidemment les inquiétudes que vous puissiez avoir sur la certitude que ces services-là seront toujours donnés en anglais, notamment en ce qui a trait à l'application de la Charte de la langue française, donc des garanties qui sont prévues dans la loi pour que les services soient toujours donnés en anglais. Et, de ce côté-là, nous, on considérerait que les provisions que l'on a mises vous donnaient ces garanties-là. Mais je comprends que vous avez une lecture qui est un petit peu différente.

Est-ce que vous pourriez élaborer sur les éléments spécifiques qui vous inquiètent? Parce que nous, ici... Moi, je peux vous dire une chose, là, qui est très claire : On est très disposés à vous entendre, ici ou ailleurs, et on est très, très, très disposés à recevoir vos suggestions. Et je vous le dis, là, d'entrée de jeu, s'il y a des points qui sont améliorables dans cet esprit-là, on va le faire. On est ouverts à toutes les suggestions, et c'est la raison pour laquelle je vous aiguille un peu là-dessus. S'il y a des éléments spécifiques qui vous inquiètent, dites-nous-le, et, si vous avez des suggestions à nous faire, allez-y. Vous ne pouvez pas avoir une meilleure écoute qu'aujourd'hui.

• (11 h 30) •

Mme Saber-Freedman (Sara) : Alors, merci beaucoup, M. le ministre. Je vais commencer pour dire que nous voyons clairement la préoccupation pour la continuation d'accès aux services en langue anglaise. C'est vrai, on se préoccupe de ça, mais ce n'est pas ça, l'essentiel de la préoccupation. La préoccupation, c'est que les établissements en tant qu'entités légales distinctes, séparées, individus vont disparaître.

Je reprends le commentaire du président, tantôt, lorsqu'il a annoncé que le projet de loi touche sur l'abolition des agences de la santé. En fait, la législation touche sur l'abolition de tous les établissements et des agences, sauf les

quatre grands établissements à vocation suprarégionale, et la reconfiguration de chacun de ces établissements fusionnés au sein d'un seul établissement. Donc, la préoccupation, c'est que le conseil d'administration unique de cette grande fusion, qui va, selon le projet de loi, être nommé à 100 % par le ministre... Et ce n'est pas vous que je remets en question, soyons clairs, mais c'est vraiment... Ce sont des conseils d'administration d'établissements qui sont nourris par la communauté. Plus que ça, c'est la communauté qui est nourrie par ces établissements-là. Le contrôle et la gestion de ces établissements, c'est la base même de ce que soit une communauté.

Une communauté, ce n'est pas un simple regroupement d'individus, c'est un ensemble, un ensemble qui existe à travers ses institutions. Et malheureusement on ne se retrouve pas dans la fonction publique du Québec, ce n'est pas une institution qui nous est approuvée. Ça pourrait aller, évidemment, dans les deux sens. Nos institutions de santé sont au coeur de ce qui est notre communauté. Alors, est-ce que ça précise, en quelque sorte? On ne parle pas juste des institutions qui offrent des services.

Une voix : ...

M. Barrette : Bien, je peux y aller ou vous pouvez y aller, là.

M. Culat (Didier) : Concrètement, M. le ministre, avec la mise en place des CISSS, les syndicats vont être fusionnés dans les établissements uniques. Lorsque les syndicats seront fusionnés et on fera des appels à des candidatures bilingues pour les établissements bilingues, vous pouvez vous attendre rapidement, dans tous ces établissements-là, à des griefs par les syndicats. Ils vont faire objection à la nomination de postes pour les adresses des établissements désignés des postes bilingues. Donc, pour nous, ça nous empêche d'avoir des... On peut bien avoir des établissements qui sont bilingues, mais on n'a personne à la longue. Au jour 1, oui, on en a, mais, à la longue, quand les gens vont partir à la retraite ou ils vont prendre des postes autre part, on n'aura personne pour donner de la vie aux dispositions d'établissements désignés, et, dans quelques années, il n'y en aura plus, de services bilingues, dans ces établissements-là.

M. Barrette : Moi, j'ai de la misère à suivre cet argument-là, je vous explique pourquoi : La très grande majorité des institutions actuelles qui se retrouvent dans un CISSS vont déjà... ont un statut qui est bilingue, là, actuellement, et le CISSS aura un statut bilingue. C'est les mêmes institutions qui vont se retrouver dans une plus grande institution qui va l'être, bilingue. Alors, oui, il y a un changement dans la représentation institutionnelle, mais vous demeurez dans un groupe qui va avoir le même statut que l'unité de départ. Alors, ce que vous dites est vrai, là, sur le plan théorique, bien oui.

Mme Saber-Freedman (Sara) : Mais c'est vrai, et on voit bien le souci qui a été pris pour mettre ensemble, pour regrouper à l'île de Montréal, on le voit. On le voit surtout avec l'Hôpital Grace-Dart, qui est plutôt à l'est de Montréal, qui est mis quand même à l'ouest de Montréal dans ce regroupement. On reconnaît l'effort qui a été fait, mais malheureusement il n'y aucune garantie que le CISSS va être désigné bilingue, et en plus il y a des établissements qui ne sont pas désignés au sein de ces regroupements. Donc, il y a une préoccupation pour ce qui est de l'affichage de postes, et tout ça.

Mais fondamentalement, là, la grande crainte à court terme, c'est le contrôle et la gestion par la communauté d'expression anglaise des établissements qu'elle a fondés. Et ce n'est pas à travers les fondations ou les comités aviseurs que ça se fait, ça arrive avec une participation réelle dans la vie de l'établissement, avec une participation réelle dans le choix du directeur général. C'est vrai que c'est sûr qu'au minimum il va y avoir des changements, des modifications au pouvoir du conseil d'administration pour permettre la coordination voulue, mais l'abolition d'établissements telle quelle, pour nous, c'est une perte terrible et catastrophique. M. Walling a quelque chose à vous dire.

M. Walling (Richard) : J'aurais deux choses à ajouter qui parlent, justement, du rôle essentiel, pour nous, des conseils d'administration. Et je vais parler, premièrement, avec les relations des fondations, parce qu'on parle beaucoup que les fondations vont rester, puis, oui, c'est essentiel, mais je connais le domaine de la fondation dans la communauté d'expression anglaise, puis, je pense, on est connus, justement, pour l'innovation et la façon que les gens donnent dans les projets des établissements. Et, je vous dis, ça fait 30 ans que je travaille au sein des fondations, et ça, ça se fait, puis on est capables de faire des gros projets ensemble parce qu'il y a des liens, il y a des liens étroits avec les conseils d'administration.

Moi, par exemple, au Jeffery-Hale—Saint Brigid's, je suis sur le conseil d'administration pour représenter la fondation, et les fondations connaissent les gens, ils connaissent les gestionnaires, ils connaissent les membres du conseil d'administration, et c'est ça qui les pousse d'aller cogner sur les portes ou d'amener des gros projets. Et c'est sûr que, si ces liens-là sont brisés, je pense que, c'est évident, on va voir une diminution très, très importante des implications et des fondations, juste parce que ces liens-là vont être brisés. Tu sais, des liens tout autour d'un établissement, c'est comme un «web», et les fondations font partie, les organismes font partie de tout ça, mais c'est les liens individuels qui se bâtissent autour de plusieurs années. Et là, avec le projet de loi, j'ai l'impression, on vient d'évacuer la communauté des établissements, et ça, c'est très, très important pour nous.

L'autre point que je voulais faire, c'est : Le rôle du conseil d'administration dans un petit établissement comme nous autres, à Saint Brigid's et Jeff, est essentiel dans notre région. Ça fait 25 ans que je suis impliqué avec Saint Brigid's. Dans les 25 dernières années, à cinq ou six reprises, le conseil, il a fallu battre et prendre position pour assurer un accès à la clientèle anglophone à Saint Brigid's. On est un petit établissement. Saint Brigid's a 142 lits, on a besoin d'à peu près 80 lits en longue durée dans la région de Québec, et c'est ça qu'on demande de gérer avec la région. Et chaque fois il y a des ajustements administratifs qui viennent, et, dans le fond, on est oubliés. Et, si on oublie, justement, le fait d'avoir accès à Saint Brigid's, dans deux ans le milieu de vie anglophone va être parti, parce qu'il y a un roulement de 40 à 50 personnes par année.

Comme ça, le conseil d'administration, ça, c'est un autre rôle, il est vigilant, il assure... comme M. Culat l'a dit, c'est le conseil d'administration, avec les autres gestionnaires, l'établissement, qui souffle la vie dans les 29.1 institutions. Puis, si on n'a pas cette capacité-là comme telle, oui, le 1er avril, il n'y aura peut-être pas grand changements, mais, à travers des mois, à travers les années, il y aura une érosion importante à l'accès à des services en langue anglaise, à un côté. À l'autre côté, c'est évident qu'il y aura un impact sur la vitalité de ces communautés-là, parce que ces institutions-là sont clés pour la vitalité de la communauté.

• (11 h 40) •

M. Barrette : Écoutez, je comprends très bien vos préoccupations, et elles sont tout à fait normales. Et permettez-moi, là, quand même de séparer la situation du Jeffery-Hale de celle des institutions de la région de Montréal, par exemple, où il est possible d'avoir cette concentration-là. Je comprends qu'il doive y avoir des aménagements pour protéger, d'une certaine manière, ou de la manière la plus efficace possible, une situation spécifique comme le Jeffery-Hale, qui est dans une situation d'être noyé dans un plus grand ensemble, alors que, quand on... Mais on ne peut pas transposer ça, à mon sens, à Montréal, où c'est le contraire. À Montréal, là, vous êtes la communauté anglophone qui êtes représentée...

Je comprends que vous ayez des inquiétudes pour ce qui est de la nomination. Je répète ce que j'ai dit à plusieurs reprises, la nomination, telle qu'elle est connue... présentée dans le projet de loi n° 10, elle est temporaire. Elle est aussi temporaire pour que moi, comme ministre actuel, je puisse m'assurer qu'on ne vive pas ce que vous avez failli vivre avec la loi n° 14 du dernier gouvernement, et il faudra, évidemment, que le futur fasse en sorte qu'une loi n° 14 ne puisse pas arriver. Et ça, à la limite, là, il faudrait quasiment changer la Constitution du Canada pour le protéger de façon formelle ou encore être sûrs qu'il n'y a pas un autre gouvernement... mais il faut que, dans la loi, je suis d'accord avec vous, vous soyez protégés de toutes les manières. Mais, je vous dis, là, la nomination actuelle, ne vous inquiétez pas de ce processus-là, ça va changer. Mais il n'en reste pas moins qu'il est, dans la grande région de Montréal, pour ce qui est des CISSS proposés, il est difficile d'imaginer qu'il n'y ait pas des aménagements possibles pour satisfaire à toutes vos demandes ou vos garanties de représentativité, et c'est pour ça qu'on est ouverts à toutes les suggestions que vous allez nous faire.

M. Udy (Michael) : Donc, j'aimerais revenir sur la question : Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation telle que proposée dans le projet de loi n° 10? Oui, il y a beaucoup, dans la loi, qui prévoit la continuation d'accès aux services. Tous les mécanismes d'accès, on le reconnaît, il y a certaines lacunes, mais ça devrait être facile à régler. Le problème, de notre point de vue, ce n'est qu'il n'y aura pas d'accès aux services, c'est que ces services-là seront gérés, présentés par des organismes, des institutions qui ne sont pas reconnus en vertu de l'article 29.1 et qui ne sont pas désignés en vertu de l'article 508. Donc, les deux regroupements prévus pour les deux CISSS à Montréal, l'Ouest et le centre, oui, on voit tous les établissements existants qui sont reconnus et désignés, mais ils seront gérés à l'intérieur d'une institution qui n'est pas reconnue, qui n'est pas désignée. Est-ce que ces institutions pourraient devenir reconnues ou désignées? Oui, possiblement. Il faut qu'ils décident de demander cette reconnaissance-là, il faut qu'ils passent par l'application du test que l'Office québécois de la langue française applique dans ces circonstances-là. Est-ce qu'ils vont décider de demander? On ne sait pas. Est-ce qu'ils vont réussir à passer le test? On ne sait pas.

Donc, c'est le vide, le 1er avril, où tous ces services-là sont gérés à l'intérieur d'une entité qui n'est pas reconnue ou désignée qui nous inquiète. Et donc, si c'est possible de trouver une façon où il n'y a pas de vide, qu'à partir du 1er avril il y a une façon de gérer ces services-là par une entité qui est déjà reconnue, déjà désignée, je pense que ça pourrait vraiment répondre à une des parties majeures de nos préoccupations.

M. Barrette : Parfait. Et on va travailler dans ce sens-là, je m'engage à le faire. Je vais passer la parole à M. le député de D'Arcy-McGee.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de D'Arcy-McGee.

M. Birnbaum : Merci, M. le Président. M. Lamoureux, M. Culat, Mme Martin-Laforge, Mme Sara Saber-Freedman, M. Udy, M. Walling, ça me fait grand plaisir à mon tour de vous accueillir à l'Assemblée nationale, friends and long time colleagues, and it's a pleasure to see you. I think you would agree that it's important for all of our colleagues to understand that we're talking about institutions in a community that is deeply involved and committed to the services it's attached to and to those services being available and pertinent for all Quebecers, et que les fondations dont on parle, qui récoltent des sommes très importantes, une autre fois, sont au bénéfice de nous tous, Québécoises et Québécois.

Vous avez entendu du ministre que les objectifs de base de cette loi... Premièrement, vous êtes à l'aise avec ça. Dans un deuxième temps, le ministre a réitéré que les objectifs de base ne vont pas du tout à l'encontre des préoccupations, que je connais bien et que vous avez énumérées, et je comprendrais qu'on parle surtout de trois volets. Il y en a d'autres, mais c'est évidemment l'accès à une gouvernance, un droit de regard très clair et pertinent des établissements qui nous desservent. C'est aussi l'accès aux services en région comme à Montréal métropolitain et l'intégrité et l'implication des gens en ce qui a trait à des fondations et de suivre leurs vœux par l'implication, en quelque part, rattachée aux besoins et à la gouvernance des établissements concernés.

Maintenant, vous allez voir, dans le projet de loi, l'article 14, les articles 155 à 157, qui s'adressent à ces préoccupations-là, ainsi que l'engagement du ministre de parler... de remplacer ces conseils d'administration qui vont disparaître — pas les établissements — par des comités aviseurs qui peuvent être bonifiés, et tout ça.

Est-ce que je peux vous inviter de nous parler des solutions possibles pour rejoindre ces objectifs du ministre et de la loi... du projet de loi, et de vos objectifs qui sont partagés par ce gouvernement en nous parlant des solutions

possibles, qui ne se limiteraient pas seulement à la réinstauration de quelque 128 conseils d'établissement... conseils d'administration?

Le Président (M. Tanguay) : Je me dois de préciser qu'il vous reste deux minutes à peu près.

Mme Saber-Freedman (Sara) : So, David, I'm going to try to answer you very quickly and succinctly. This legislation was tabled four weeks ago. I want to be clear that, while we've been speaking to our institutions and our communities, what I'm about to say has not really been discussed in any detail with them, but I think it illustrates a possible solution. We think it is possible for there to be a kind of subregional structure comparable to the CISSS, but without ending the juridical existence of the institutions that it manages.

I think, personally, that's a model that would work for all of Québec, but particularly for the two subregions in Montréal, centre de l'île et l'ouest de Montréal. We think that it is essential that the currently designated and recognized institutions retain their juridical identity, even as their boards have reduced powers. That is the only clear way that we can see for the recognition that exists in the Charte de la langue française to be «reconduit» in the health care act.

That having been said, we believe it is possible, I believe it is possible to create a structure which has genuine powers to do the things that the Government wishes to do, budgeting by program, ensuring admission in continuity of care across the system without destroying this institutional network.

Le Président (M. Tanguay) : Thank you very much. I would like to thank the representatives of Québec Community Groups Network. And for this exchange, now we will... nous allons passer la parole à la représentante de l'opposition officielle pour un bloc de 14 minutes, et je cède la parole à la collègue députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. M. Lamoureux, Mme Martin-Laforge, Mme Saber-Freedman, M. Walling, M. Udy et M. Culat, bienvenue. Merci. Merci pour votre engagement aussi comme porte-parole d'organismes communautaires. Nous croyons énormément à la contribution des organismes communautaires pour les Québécois, et merci beaucoup d'être là.

Ce que je comprends de votre présentation, c'est que, comme on l'a dit, le projet de loi n° 10, malheureusement, malgré son titre, n'abolit pas les agences, mais il abolit beaucoup plus les CSSS, qui étaient beaucoup plus nombreux et qui étaient beaucoup plus proches des populations et de leurs caractéristiques. Et on a dit, et on l'a redit plusieurs fois : Il semble, par contre... il rapatrie de façon un peu arbitraire plusieurs établissements. Et, votre inquiétude, je la comprends, déjà, au niveau de la langue, qui est une problématique très significative et que je comprends, mais également dans la mission de vos organismes communautaires, qui va être diluée, et elle pourrait s'extrapoler aussi aux réalités des régions, par exemple, qui sont aussi très différentes et qui s'inscrivent aussi, probablement, dans certains de vos groupes. Alors, c'est toute la gouvernance locale, dans le fond, qui implique les communautés puis qui est centralisée dans ce projet-là. Et on constate, comme vous aussi, la préoccupation à l'effet que tous les membres du conseil d'administration vont être nommés par le ministre, et parfois ça peut faire bien, parfois ça peut faire moins bien, et c'est préoccupant, cette centralisation, là, du pouvoir.

Même si les établissements vont devenir des installations du nouveau CISSS, elles vont conserver leur statut bilingue. On comprend que ce qui vous inquiète, c'est l'abolition... donc il y a une dimension institution, mais l'abolition des conseils d'administration, qui sont une voix pour vous. Alors, c'est donc la reconnaissance, la sensibilité de la communauté dans la gouvernance des établissements et de vouloir participer à cette gouvernance-là. On sait qu'une condition de succès de la gouvernance, c'est l'appropriation par les gens, par les gens qui en bénéficient, et c'est ce que vous demandez à ce moment-ci.

Alors, juste vous dire qu'on vous entend très bien. Je vais laisser la parole au député de Rosemont, mon collègue, qui a des précisions et des bonnes questions à vous poser. Alors, je vous remercie encore.

• (11 h 50) •

M. Lisée : Merci, chers collègues, M. le Président. Certains d'entre vous ont une bonne mémoire, alors savent que j'étais le ministre responsable du dialogue avec la communauté anglophone. Alors, je vois Dan, Sylvia, je vous salue tous, je suis très heureux de vous revoir.

Et moi, ce que vous me dites aujourd'hui et ce que vous dites au ministre, je l'ai entendu pendant 18 mois et j'ai fait beaucoup d'efforts pour le comprendre. Et je pense que c'est très dommage que, lorsqu'on aborde des grandes réformes... D'ailleurs, les Québécois s'en plaignent, vous et nous, lorsque le Canada veut faire une grande réforme et on est obligés de lever la main puis dire : Mais nous, on est différents, vous avez oublié notre différence, vous avez oublié qu'on a une identité, et que notre identité, elle s'incarne dans des institutions, et qu'il ne faut pas jouer avec ça comme si ça n'avait pas d'impact.

Alors, plusieurs des choses que vous dites, en fait, des gens de régions nous disent la même chose, que le tissu de santé, le tissu d'implication des organisations et des personnes dans les conseils d'administration et dans les fondations font partie de la vitalité de la communauté. C'est vrai en Abitibi, c'est vrai sur la Côte-Nord, c'est vrai dans plusieurs régions. Et je dirais que c'est d'autant plus vrai lorsqu'on est une minorité linguistique à l'intérieur d'une autre minorité linguistique. Mais quand même cette communauté-là, elle existe.

And, with the support of my colleagues, I'll repeat this in English — I know our common language is French, and you've made your presentations in French, but also there are some English media here — out of courtesy. I would say that I think we have to put this in our heads of legislators in Québec that there is an anglophone community that lives through their institutions, through their school boards, through their media, through their universities, through the very

fact that they meet around common purposes. And one of these important common purposes is health, healthcare, healthcare in their language and healthcare that they support, that they fund, and that is part and partial of what it is to have a vital anglo community in Québec and in particular in Montréal. So, to come with a ramrod and say, «We're going to have a brand new completely amalgamated system» without saying, «OK, am I causing damage to the community's fiber?» is a mistake.

J'étais heureux d'entendre le ministre dire : Ah bon! Bien, c'est intéressant, je vais vous entendre, on va essayer de faire des aménagements. Je vois que vous avez des propositions à faire, de compromis, qui, comme vous l'avez dit, madame, seraient aussi intéressantes pour le reste du Québec où le tissu social est important. Et je sais combien le fait que... Ces institutions, vous les avez construites, vous les avez construites. Et là vous êtes, bien sûr, des participants à toutes les réformes que l'on fait, à l'amélioration, puis, comme nous tous et comme le ministre, vous voulez un meilleur continuum de soins puis vous voulez que les «snafu» administratifs soient nivelés l'un après l'autre, bon. Mais il y a quand même un caractère identitaire dans le fait que, ces institutions, vous les avez bâties, elles font partie de votre réalité, et vous voulez continuer à les contrôler.

Et vous avez fait un petit tableau dans votre mémoire, vous dites : En ce moment, dans les établissements, il y a de 88 à 144 membres de sièges des conseils d'administration qui viennent de la communauté. Et, après la réforme, ça va tomber à sept, huit. Alors, ça, ce sont des gens qui sont engagés, la plupart du temps bénévolement, pour donner de la valeur à vos institutions, et là on va leur dire : Restez chez vous, restez chez vous. Alors, ça, je pense que c'est une dégradation importante, puis vous pouvez compter sur nous pour porter votre message de comment ces institutions font partie de la vitalité et de la fibre locale. Et là on le dit au ministre de la Santé, mais on le dit aussi au ministre du Développement économique, qui veut abolir les CLD, on le dit au ministre des Régions ou de la municipalité, qui veut abolir les CRE, enfin toutes les institutions qui donnent de la participation collective, du lien, du liant et qui, d'après ce qu'on voit, ne font pas partie de l'univers mental de ce gouvernement-ci. Je n'ai pas dit «du Parti libéral», parce que le Parti libéral a beaucoup construit, avec nous, ces institutions, mais ce gouvernement-ci semble penser que le «top-down», c'est la dernière mode et c'est ce qu'il faut faire. Alors, je voulais bien établir le sentiment partagé que nous avons là-dessus.

Et la question que j'ai à vous poser aussi, c'est... Évidemment, on a, à travers la loi 101, puis de façon parfois tendue, parfois consensuelle, réussi à établir un équilibre entre notre volonté de français langue commune et langue officielle, mais la nécessité absolue de donner des services en anglais aux membres de la communauté anglophone et aussi la nécessité de reconnaître des institutions de la communauté. Et là la difficulté qu'on a, c'est que comment est-ce qu'on va faire survivre la reconnaissance des 22 institutions de santé anglophones dans ce nouveau système là sans faire en sorte que les CISSS deviennent bilingues, ce qui romprait l'équilibre, puisqu'on ne veut pas que les CISSS deviennent bilingues, parce qu'ils vont avoir l'autorité sur beaucoup d'institutions qui ne sont pas bilingues, qui donnent des services en anglais mais qui ne sont pas bilingues.

Alors, comment est-ce que... sauf de renoncer à la proposition, ce qu'on voit un peu dans certaines de vos... Vous dites : C'est une catastrophe pour les établissements. Bon, alors comment éviter cette catastrophe? Si on veut avancer un petit peu, quelle serait votre proposition?

M. Culat (Didier) : M. le député, je comprends bien votre question. Et puis la protection des droits linguistiques minoritaires est, bien sûr, issue d'un compromis, un compromis qui a été légiféré par des modifications à la Charte de la langue française en 1993. Puis une des craintes, et c'est là où la gouvernance devient très importante, c'est que la reconnaissance à l'article 29.1 peut être défaite. Elle peut être défaite simplement par une résolution du conseil d'administration, une opinion de l'Office de la langue française et l'approbation du gouvernement. Donc, vous comprendrez, particulièrement dans un contexte comme ici, à Québec, pour le Jeffery-Hale—Saint Brigid's, où on représente 2 % de la population, 1,6 % du budget régional en santé, que le conseil d'administration peut très bien, demain matin, décider, sans qu'on ait un mot à dire, que la désignation de l'établissement ne serait plus désignée. Et, dans ce cas-là, c'est catastrophique. Au-delà du monde qui peut rentrer dans l'établissement à titre de personnel bilingue, il n'y aura plus de services désignés pour la région, pour la communauté qui est ici.

Donc, vous nous demandez qu'est-ce qui peut être fait, bien, on vous revient sur l'histoire des conseils d'administration, parce que le chien de garde de 29.1, c'est le conseil d'administration.

M. Lisée : Alors, tout à l'heure, le ministre faisait référence à la loi n° 14. Vous vous souviendrez bien que, sur la loi n° 14, les établissements de santé n'étaient aucunement mentionnés, et ça, j'étais très heureux de ça, comme ministre responsable des Anglo, qu'ils ne l'étaient pas. Et, sur la question de la désignation des villes bilingues, évidemment, nous avons proposé un mécanisme de révision qui était imparfait et sur lequel nous étions prêts à avoir beaucoup de compromis, parce que le mécanisme de révision était inexistant. Et, moi, ma position que j'avais établie, c'est que l'addition finale doit revenir à l'institution. Il doit y avoir, à un moment donné, une révision quand la situation change, mais qu'à la fin l'institution doit avoir le dernier mot là-dessus.

Alors, vous, vous dites : Le conseil d'administration de l'établissement désigné doit continuer à avoir le dernier mot là-dessus. J'entends ça, je trouve ça intéressant. Mais, si le ministre insiste pour vous intégrer dans un CISSS, est-ce qu'il y a une autre suggestion à faire ou comment est-ce que... Est-ce que c'est la seule façon d'y arriver, d'après vous, madame?

• (12 heures) •

Mme Saber-Freedman (Sara) : C'est extrêmement difficile pour moi, de toute façon, d'envisager une solution qui ne laisse pas en place le statut coopératif séparé des institutions anglophones. Je ne suis pas un avocat, mais, pour moi, le statut légal d'établissement, c'est quelque chose qui est important. C'est une institution, et il n'y a pas d'équivalence entre une institution et une installation. Une installation, c'est un édifice. Une institution, ça vit, et ça vit à partir de son C.A. Nous comprenons que le gouvernement souhaiterait se donner des leviers beaucoup plus musclés sur la

coordination de services, sur la budgétisation par programmes. Il y a des idées intéressantes. Ce qui est important, c'est qu'il y avait... C'est juste quatre semaines depuis le dépôt de cette loi-là qui va complètement bouleverser la façon dans laquelle le système fonctionne. Nous pensons qu'avec un peu plus de temps nous serons capables ensemble de trouver des solutions qui répondent aux besoins, aux exigences tout à fait légitimes du gouvernement sans complètement défaire le fruit des générations de la communauté et sans nuire à la communauté même, à la communauté même.

M. Lisée : Ce qu'on comprend, c'est que le gouvernement aimerait voter cette législation avant la fin de la session, soit le 9 décembre. Ça donne à peine quelques semaines. Nous considérons que... Compte tenu de toutes les améliorations qu'il faudrait apporter à ce projet, ça nous semble complètement irréaliste, et nous soumettons au ministre qu'après ce qu'on a entendu des représentants de la communauté une discussion de fond doit avoir lieu pour bien regarder les scénarios qui sont avancés. Et, s'il faut prendre un peu plus de temps, ce serait peut-être sage que les législateurs et le gouvernement prennent un peu plus de temps «to get this right». And, if it ain't broken, don't fix it. Merci beaucoup.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Je cède... Il n'y a malheureusement plus de temps, il reste cinq secondes. Donc, je vais céder la parole à mon collègue député de... notre collègue député de La Peltre — vous pourrez peut-être, dans l'échange, je vous en prie, y répondre — pour une période de 9 min 30 s.

M. Caire : Merci, M. le Président. Bonjour à vous. Oui, vous pourrez, pas de problème, ça va me faire plaisir. Maintenant, j'ai eu l'occasion de le dire, dans ma propre circonscription, nous avons une communauté, Shannon et Saint-Gabriel, une communauté anglophone qui est importante et très dynamique. Donc, d'entrée de jeu, je pense que je comprends assez bien la réalité, là, du Jeffery-Hale puis l'importance, pour la communauté, du Jeffery-Hale. Mais peut-être pourrez-vous m'éclairer, parce que j'ai le sentiment qu'on vit deux réalités qui sont quand même assez différentes à une même table : le Jeffery-Hale... Puis le ministre en a parlé tantôt, puis on reconnaît que la création du CISSS à Québec, donc la fusion des quatre CSSS et la perte du conseil d'administration du Jeff, qui était quand même... qui lui conférerait un statut particulier, peut amener une situation problématique, parce que ça signifie d'être englobé dans ni plus ni moins qu'une mer francophone pour une population qui est aux alentours, je pense, là, de 14 000 anglophones dans la grande...

Une voix : ...

M. Caire : ...14 500 — je m'excuse pour les 500 que j'ai oubliés — dans la...

Une voix : ...

M. Caire : Oui, oui. Non, tout à fait. Et donc ça, je comprends, je le comprends parfaitement. Puis je comprends aussi que le choix d'accès à des services en anglais... je devrais dire des services bilingues, parce que Jeff donne d'excellents services en français aussi, et je peux en témoigner, c'est plus problématique, parce que, si vous n'avez pas les services au Jeff, où irez-vous? Alors, ça, je le comprends, et vous pouvez compter sur moi, là, pour m'assurer que cette sensibilité-là, elle se reflète d'une façon ou d'une autre dans le projet de loi.

L'autre réalité, puis peut-être pourrez-vous éclairer ma lanterne, c'est quand on parle de la communauté anglophone à Montréal, qui est beaucoup plus importante, qui est beaucoup plus maîtresse de ses institutions. Qu'on parle au niveau municipal, qu'on parle au niveau des commissions scolaires, sans présumer de l'avenir, qui parle... au niveau de ses centres hospitaliers, de ses médias, de ses services en général, j'ai moins le sentiment qu'il y a cette espèce d'enveloppement, là, dans un environnement très francophone un peu menaçant. Puis, quand je parle de menaçant, je ne parle pas au terme volontaire du terme. Je pense que tout le monde ici a témoigné d'une réelle volonté de s'assurer que la communauté anglophone puisse continuer à recevoir une prestation de services dans sa langue, puis c'est fondamental pour tout le monde. Et là l'adéquation se fait moins, je vous dirais, pour moi, puis peut-être que c'est le gars de Québec qui a moins la sensibilité de la réalité montréalaise, qui a plutôt une perception qu'à Montréal, là, quand tu es anglophone, ce n'est pas nécessairement un grave problème que de trouver des services dans... Et là je vois moins la pertinence d'avoir cette espèce d'exception ou de... 20 et quelques exceptions à l'intérieur d'un réseau, surtout que — et ça, là-dessus, j'aimerais aussi vous entendre — je pense qu'on va tous, francophones, anglophones, on va tous s'entendre pour dire que notre réseau de la santé peut faire beaucoup mieux pour les patients. Puis l'objectif final, on s'entend, là, c'est que le patient, que la personne qui est malade, qui a besoin de services, qui a besoin de soins, elle soit soignée de façon rapide et efficace. Elle l'est de façon efficace. Rapide, ça, c'est une autre réalité. Et là je vois moins l'équation qui se fait puis je vois moins l'atterrissage de vos craintes, là, dans une réalité du terrain, là. Puis ça, j'aimerais ça que vous m'expliquiez ça, peut-être.

Mme Saber-Freedman (Sara) : Je vais peut-être juste illustrer avec le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, qui est un cas très récent et médiatisé. C'est vrai, à Montréal, il y a une masse critique qui n'existe pas ailleurs, tant à côté de la population d'expression anglaise qu'au niveau des institutions de la communauté d'expression anglaise. Cependant, des fois, des établissements, des institutions glissent entre les mains de la communauté, et j'explique.

Ce qui s'est passé finalement à Constance-Lethbridge, c'est que la communauté était moins intéressée, moins impliquée au niveau du conseil d'administration. La direction générale, les cadres supérieurs n'avaient pas de lien avec la communauté, les soins «at large». Je ne parle pas d'anglophones, francophones, là, je parle de compréhension et de liens réels, ce qui se passe à partir du conseil d'administration. Puis, à la fin de l'exercice, l'établissement et sa direction ont dit : On ne se sentait plus, finalement — I am paraphrasing a little bit — on ne se sentait plus tellement anglophones. C'est un glissement qui se fait très facilement.

Je comprends que, parmi toutes les autres préoccupations qu'a le gouvernement, qu'a le ministère de la Santé, ça pourrait paraître moins important, mais je peux vous dire, en tant qu'une citoyenne d'expression anglaise, d'ailleurs une immigrante qui s'est retrouvée à Montréal, je peux vous dire que le fait d'avoir des établissements, des institutions où je me reconnais, où je me reconnais en tant qu'usager, en tant que citoyenne, c'est essentiel pour le sentiment d'appartenance, et ça, ça n'a rien à voir avec la masse critique. Alors, je ne sais pas si ça vous aide. C'est une réponse assez...

M. Caire : ...que je connais peut-être moins bien, là, je vais vous l'avouer candidement. Comme je vous dis, dans le cas de la communauté ici, à Québec, c'est assez évident, là. Le caractère très francophone de la région de Québec parle de lui-même, et la communauté qui s'intègre d'ailleurs très bien, je pense qu'on a trouvé un bel équilibre, justement, dans l'intégration sans l'assimilation, puis c'est de ça dont on parle finalement, et la capacité aussi, pour la communauté anglophone, d'avoir des services dans sa langue, ce qui est tout à fait légitime et ce qui est un droit fondamental. Pour Québec, je pense que c'est facile à comprendre. Pour Montréal, je vous dirais que ça l'est un peu moins.

Mais, outre cela, puis parlons peut-être de façon plus technique, dans l'objectif d'avoir une meilleure intégration des services... Parce que c'est ça, l'objectif du projet de loi. Est-ce qu'il va atteindre ses cibles? Ça, c'est autre chose. Mais l'objectif du projet de loi, c'est d'avoir une meilleure intégration des services, d'avoir un meilleur accès aux services, d'avoir un service plus performant. Et donc je pense qu'on est d'accord, vous et moi, pour dire qu'il faut travailler à préserver cet objectif-là sans faire de dommages collatéraux qui feraient que la balance des inconvénients serait plus grande que les avantages, ça, on le comprend tous. Est-ce qu'il y a une autre possibilité? Est-ce qu'il y a des regroupements différents qui pourraient être faits au niveau des CISSS, qui vous assureraient une maîtrise plus à la hauteur de vos aspirations, mais tout en préservant l'esprit du projet de loi qui vise à intégrer les services? Puis, je suis convaincu, qu'on soit anglophone ou francophone, quand on est sur une liste d'attente, ce n'est pas la langue qui nous préoccupe, c'est de recevoir les soins dont on a besoin, là.

• (12 h 10) •

M. Udy (Michael) : J'aimerais essayer de répondre à cette question à deux niveaux. Premièrement, il y a quelques mois, je suis allé dans un hôpital, l'Hôpital St. Mary's, qui est évidemment partie du réseau dont on parle, et St. Mary's donne des services en français, en anglais, on entend couramment les deux langues. Moi, lorsque j'étais là... Et je me suis posé des questions : Est-ce que je suis dans un établissement qui a un caractère anglais? Puis c'est très évident, à l'intérieur de ces murs, que la réponse est oui. Capable de desservir les usagers qui ont besoin d'être desservis en français, mais c'est très clair que c'est anglais.

Il y a quelques années, ma fille est tombée, puis on a été conduits à l'Hôpital Sacré-Coeur pour la faire traiter. Puis, je m'en souviens très clairement, le service était excellent, mais est-ce que je suis dans un établissement qui donne des services, qui a une connexion solide à la communauté d'expression anglaise? Ce n'est pas pour critiquer Sacré-Coeur, mais c'est évident en soi que la réponse est non.

Donc, comment les services sont gérés ajoutés à cette atmosphère dans laquelle les personnes d'une ou l'autre communauté linguistique se sentent à l'aise.

Bon, maintenant, je reviens à St. Mary's et j'essaie de regarder St. Mary's dans l'optique de la loi, la proposition de loi n° 10...

Le Président (M. Tanguay) : ...il reste quelques secondes. Alors, en terminant, s'il vous plaît.

M. Udy (Michael) : Est-ce que St. Mary's est géré par une entité qui est reconnue et désignée? Bon, dans le scénario actuel, la réponse sera non. Ça va exister, mais pas géré par une entité qui est clairement... qui jouit des bénéfices que la charte donne.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, ceci met fin à l'échange avec les représentants de Québec Community Groups Network. Nous vous remercions beaucoup.

J'invite le prochain groupe, à savoir les représentants de l'Office des personnes handicapées du Québec, à prendre place et je suspends momentanément nos travaux.

(Suspension de la séance à 12 h 12)

(Reprise à 12 h 17)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons poursuivre nos travaux. Je souhaite la bienvenue aux représentantes et représentants de l'Office des personnes handicapées du Québec. Je vous invite donc, dans un premier temps, à bien vouloir vous présenter pour les fins d'enregistrement. Par la suite, vous disposerez d'une période de 10 minutes de présentation, s'ensuivra un échange avec les parlementaires. Alors, la parole est à vous.

Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

M. Trépanier (Martin) : Merci, M. le Président. Je suis Martin Trépanier, président du conseil d'administration de l'Office des personnes handicapées du Québec. Je suis accompagné aujourd'hui de Mme Anne Hébert, directrice générale par intérim, et de mesdames... Je cherche ton prénom.

Mme Savoie (Monique) : Monique Savoie.

M. Trépanier (Martin) : Monique Savoie et Karine Levasseur, respectivement directrice et conseillère à l'intervention collective.

Donc, je peux commencer?

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

• (12 h 20) •

M. Trépanier (Martin) : Oui. Donc, M. le Président, M. Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, Mmes, MM. les députés, membres de cette commission. Bien, d'entrée de jeu, je vous dirais que l'office est heureux et vous remercie de l'occasion qui lui est offerte de venir échanger avec vous dans le cadre de ces audiences publiques sur tout ce qui touche l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.

Donc, l'office est un organisme dont la mission est de défendre et de s'assurer... voir au respect et à la défense de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées. Nous sommes ici comme organisme-conseil auprès du gouvernement sur toute matière pouvant avoir une incidence sur les personnes handicapées et leurs familles.

Donc, peut-être pour mettre la table, je vous dirais que l'Office des personnes handicapées adhère totalement aux visées du projet de loi qui vise à favoriser et à simplifier l'accès aux services, aussi à améliorer la qualité et la sécurité des soins de même qu'à accroître l'efficacité et l'efficacités du réseau de la santé et des services sociaux. Nous croyons que ce projet de loi, également... porteur d'avancées qui peuvent être intéressantes pour les personnes handicapées mais qu'il comporte également certains risques, mais il faut dire que toute réforme majeure en comporte également et porte son lot d'appréhensions.

Mais je vous dirais également que les personnes qui m'accompagnent, un peu plus tard, pourront, si vous le désirez, s'étendre un peu plus en profondeur sur ces aspects, vu qu'elles ont participé directement à la production de ce mémoire. Pour le moment, je vous dirais que tout notre mémoire a été basé, c'est très important... est en continuité et en parfaite cohérence avec la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et également en cohérence avec la politique À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Chaque fois que l'office va se présenter devant vous, ces deux outils majeurs pour la participation sociale des personnes handicapées seront évoqués.

Également, peut-être, je vous dirais que notre mémoire, les propositions que nous allons vous faire et les commentaires se déclinent, somme toute, environ en une vingtaine de recommandations, ne visent qu'une seule chose : bonifier le projet de loi et s'assurer que la réalité des personnes handicapées et de leurs familles sera prise en compte tout au long du processus mais également après.

Étant donné... je vous demanderais, M. le Président, que... Comme je suis non voyant et que je n'ai pu mémoriser l'ensemble de notre mémoire, si vous me permettez, je passerais la parole à Mme Hébert pour vous parler un peu des trois principaux messages dont on est venus vous parler et sur lesquels on pourrait échanger par la suite.

Le Président (M. Tanguay) : Merci.

Mme Hébert (Anne) : Merci, M. Trépanier. Nos trois principaux messages sont les suivants, nos 20 recommandations s'articulent autour de ces trois messages. Le premier message, c'est de l'importance du respect de l'application de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Le deuxième message, c'est l'importance de soutenir l'objectif d'amélioration de l'accès et de la complémentarité des services de santé et de services sociaux pour les personnes handicapées. Notre troisième message, c'est l'importance du suivi à la mise en oeuvre de cette réforme, de ce projet de loi, de l'évaluation des impacts sur la participation sociale des personnes handicapées.

Concernant le premier message, ce que le mémoire tente de faire, c'est sensibiliser à l'importance de prendre en compte l'ensemble des dispositions que cette loi comporte dans la formulation et l'application du projet de réorganisation pour qu'elle ait un maximum d'impacts positifs sur les personnes handicapées et leurs familles. Quand on parle de l'ensemble du projet de loi, dans ce projet de loi, il y a des orientations qui sont énoncées, il y a un appel à la poursuite des efforts sur la participation sociale, il y a certaines obligations qui sont données aux ministères et organismes, puis il y a aussi des devoirs et des responsabilités qui sont confiés à l'Office des personnes handicapées du Québec. Donc, c'est dans cet esprit-là qu'on fait notre intervention.

Pour l'office, le projet de loi constitue une opportunité de faire un pas supplémentaire dans l'application, au sein du réseau de la santé et des services sociaux, de l'approche de responsabilisation qui est préconisée par cette loi. Sur une note plus historique, là, je vous dirais qu'en 2004 de nombreuses modifications ont été introduites à cette loi-là, et le gouvernement, au moment de la réforme, en 2004, confirmait sa volonté de donner une nouvelle impulsion aux accès en faveur de la participation sociale, notamment par l'entremise d'obligations faites aux ministères et organismes publics. À titre d'organismes publics, les agences de la santé et des services sociaux sont actuellement assujetties à ces obligations. Elles doivent notamment se doter de mesures d'accommodement raisonnable permettant aux personnes handicapées d'avoir accès aux documents, aux services offerts au public, en toute égalité, elles doivent produire un plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées, puis elles doivent aussi tenir compte de l'accessibilité aux personnes handicapées dans leur processus d'approvisionnement. Elles doivent également nommer un coordonnateur des services aux personnes handicapées.

Considérant l'importance de ces dispositions, l'office juge que l'ensemble de ces obligations actuellement faites aux agences doivent être maintenues. Ainsi, nous espérons sensibiliser le ministre à l'importance de s'assurer que les

nouveaux établissements régionaux et suprarégionaux soient assujettis à cette obligation. Puis je pourrai rentrer un peu plus dans le détail lors de la période de questions. Notre interprétation, si les nouveaux établissements sont reconnus comme des organismes publics, ça serait le cas, mais on veut juste s'en assurer. Pour l'office, assujettir ces nouveaux établissements favoriserait la concrétisation de retombées positives pour les personnes handicapées et leurs familles.

On veut attirer votre attention particulièrement sur l'importance du plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées, qui est pour nous un levier de première importance pour identifier les obstacles à la participation sociale, planifier des mesures pertinentes pour les réduire et assurer un suivi par l'entremise d'un bilan. Aussi, le plan d'action a un caractère public, doit être rendu public annuellement, et ce caractère public permet d'informer en toute transparence les personnes handicapées, leurs familles, le milieu associatif, le milieu qui représente ces personnes handicapées et leurs familles de même que d'autres organismes concernés.

Et, en soutien de cette considération sur l'importance des plans d'action, j'aimerais rappeler que la loi confie à l'office la responsabilité d'analyser les plans d'action annuels, et l'exercice de l'analyse de ces plans d'action nous confirme la grande pertinence de cet instrument pour la planification de mesures concrètes pour réduire les obstacles. On pourra vous parler plus en détail, là, sur le nombre de mesures, l'effet que... l'importance de ces mesures-là.

Maintenant, notre deuxième message, l'importance de soutenir l'objectif d'améliorer l'accès et complémentarité des services pour les personnes handicapées. L'office considère que le projet de loi n° 10 constitue une opportunité de faire un pas supplémentaire dans la mise en oeuvre de la politique À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité dont le gouvernement s'est doté en 2009. C'est la première politique gouvernementale, là, d'ensemble qui a été adoptée en 2009.

Plusieurs des priorités et des leviers de cette politique sont pris en compte dans la restructuration du réseau. L'amélioration de l'accès, de la complémentarité, de la coordination des programmes et services, c'est une priorité de cette politique, et, de notre point de vue, une intégration régionale de ceux-ci pourrait s'avérer profitable à cet égard pour mettre en oeuvre ces priorités. Ainsi, nous envisageons d'un bon oeil le projet de regroupement des missions en matière de santé et de services sociaux au sein d'un même établissement.

On a plusieurs recommandations, là, qui sont liées à l'aspect complémentarité. L'esprit de nos recommandations, il y en a à peu près neuf, là, qui touchent la participation des personnes handicapées, de leurs familles, de leurs représentants aux comités d'usagers, la création d'un comité statutaire pour les personnes handicapées. On aborde également la question du contrôle de la qualité puis aussi de certaines responsabilités du ministre. On a fait ces propositions-là dans le but de s'assurer... comme des moyens qui peuvent aider à atteindre l'objectif d'augmenter l'accès et la complémentarité des services.

Notre troisième message concerne la mise en oeuvre de la réorganisation et l'évaluation de ses impacts sur la participation sociale des personnes handicapées. L'office, comme vous l'a dit M. Trépanier, estime que les impacts potentiels du projet de loi peuvent être très positifs pour les personnes handicapées. Mais, comme il le disait également, ils sont susceptibles d'amener certains risques. Et, de notre point de vue, les modalités de cette mise en oeuvre seront donc particulièrement déterminantes en ce sens. Et, comme la mesure des retombées de ce projet de loi réside aussi dans sa mise en oeuvre, l'office souhaite que soit élaboré un processus de suivi et d'évaluation de cette mise en oeuvre et aussi une mesure de ses impacts à court et moyen terme pour les personnes handicapées et leurs familles.

Et, sur ce, j'aimerais souligner que la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées confie à l'office un devoir d'évaluation de l'évolution de l'intégration sociale. Puis également il y a une disposition dans la Loi assurant l'exercice qui permet à l'office de demander des données budgétaires, des données sur la clientèle, les services offerts, les listes d'attente. Donc, ce qu'on veut vous dire, c'est que l'office, considérant ces responsabilités-là, veut avoir une contribution active aux efforts d'évaluation de suivi de la mise en oeuvre pour mesurer les impacts sur les personnes handicapées. C'est pour ça aussi, également, qu'on est très intéressés, qu'on appuie, là, toutes les questions sur les actifs informationnels. Pour nous, c'est un enjeu important d'avoir accès à l'information sur les services offerts aux personnes handicapées.

En terminant, l'office souhaite réitérer au ministre que sa collaboration à la mise en oeuvre du projet de loi n° 10 lui est totalement acquise et qu'on invite ce dernier à nous interpeller en vue d'échanger sur nos recommandations ou soutenir la mise en oeuvre de la loi à n'importe quel moment de l'évolution du projet de réorganisation.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, à la demande du ministre, nous vous avons permis de poursuivre au-delà du temps. Donc, 2 min 30 s est retranché du temps du ministre. Je lui cède la parole pour un bloc d'échange total de 19 min 30 s.

• (12 h 30) •

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, M. Trépanier, Mme Hébert, Mme Savoie et Mme Levasseur, bienvenue. Je suis très content que vous soyez là, parce qu'évidemment vous avez des choses très pertinentes à nous dire sur un sujet qui est particulier, et c'est très, très, très important. Je vais prendre une partie de notre temps pour un peu répondre aux questions que vous nous avez posées et, si vous n'avez pas d'objection, M. le Président, je passerai la parole après à ma collègue ministre déléguée, que vous connaissez bien, évidemment.

Alors, juste quelques commentaires. Bien, d'abord, merci d'avoir fait vos commentaires et de vos mots positifs, là, quant au projet de loi n° 10. Vous avez raison, je pense qu'il y a quelque chose de potentiellement très positif, dans le projet de loi n° 10, pour ce qui est de la situation et des services qui sont offerts et coordonnés pour les personnes handicapées, et c'est effectivement un des objectifs que l'on vise.

Vous avez, dans votre présentation, fait référence... Et vous nous avez demandé, essentiellement, de vous confirmer ou de vous réassurer sur le fait que toutes les dispositions et obligations qui existent actuellement, là, dans la loi, à divers égards, là, notamment les articles 61.1, 61.2, 61.3 sur votre loi, c'est implicite dans la loi qu'à partir du moment où

on va dans cette direction-là... comme on tombe dans une organisation où les gens sont nommés par le gouvernement, le ministre, c'est implicite que tout est reconduit. Alors, tout ce que vous avez fait référence pour ce que c'est des... qui sont des obligations dans les diverses lois qui s'adressent aux personnes handicapées sont reconduites, et, si vous considérez, à la lecture éventuelle, que ce n'est pas suffisamment précis, bien, on le précisera plus clairement, là. Je peux comprendre que vous ayez eu cette interrogation-là, mais évidemment, dans le merveilleux monde du langage du droit... Des fois, il y a des choses qui sont implicites en droit, mais, pour le commun des mortels comme moi aussi, ce n'est pas toujours évident. C'est la merveilleuse vie du droit. Mais, je vous rassure, tout ce qui existait est reconduit intégralement. Et, si vous avez des suggestions pour bonifier la chose, comme vous avez fait référence, vous êtes les bienvenus à nous faire ces suggestions-là. On va certainement les prendre en considération.

Vous avez raison, moi, je suis d'accord avec vous, c'est une opportunité pour bonifier un peu votre situation, compte tenu de ce qui existait auparavant. Et un des éléments sur lesquels... Puis vous êtes parmi les rares à avoir abordé ça, là, vous avez parfaitement raison sur la nécessité de faire un suivi et de l'évaluation et des mesures. C'est quelque chose, dans le système de santé, qu'on a rarement fait, et on a rarement fait ça parce qu'on n'a jamais disposé de système d'information qui était vraiment adéquat. Et il y a une trame de fond, là, dans toute cette affaire-là, qui n'est pas vraiment mise de l'avant, parce que ce n'est pas l'objet du projet de loi n° 10. Au ministère, on comprend qu'on arrive dans une ère où il va falloir le faire, et ça devient une question de transparence aussi. Puis, vous le dites bien, à un moment donné, là, c'est bien beau faire des efforts, il faut mesurer puis il faut démontrer que ce qu'on fait donne quelque chose. En même temps, quand ça ne donne pas le quelque chose en question, bien, il faut apporter les correctifs, et je suis bien d'accord avec ce que vous dites sur ce plan-là.

J'aurais envie de vous poser une question très générale avant de passer la parole à ma collègue. Dans le monde d'aujourd'hui, là, dans ce que vous vivez, quels sont les points d'achoppement principaux que vous voyez quant à l'accès et au cheminement des personnes handicapées dans notre système de soins, qui existent et qu'on doit absolument améliorer? Vous dites : C'est une opportunité. Je suis d'accord avec vous puis je vous donne l'occasion de peut-être un peu détailler les choses pour qu'on puisse prendre des bonnes notes et s'assurer d'aller dans la bonne direction pour votre situation particulière.

Mme Hébert (Anne) : D'abord, peut-être en ce qui concerne la première ligne, les personnes handicapées sont des citoyens comme les autres. Oui, ils requièrent des services spécifiques, mais c'est important, là, par rapport à des difficultés, des points d'achoppement, de se soucier de l'adaptation de l'accès aux services généraux offerts à la population pour ces personnes-là. Et là il y a encore beaucoup de travail à faire sur ce plan-là. Que ce soit l'accès aux outils de diagnostic, par exemple, qui sont particuliers, je pense que, dans l'actualité des derniers mois, on a entendu parler de certaines difficultés que les femmes en fauteuil roulant vivaient pour l'accès à des examens de radiographie, de l'accès à certaines cliniques de soin général pour des problèmes d'accessibilité ou d'accompagnement, par exemple, pour les personnes qui utilisent la langue des signes québécoise. Donc, il y a des difficultés dans l'accès général.

Après, il y a un bon nombre de difficultés dans l'accès et la complémentarité pour les personnes... là, là, on parle de services spécifiques aux personnes handicapées, on peut... Puis il y a beaucoup de disparités qui existent dans l'offre de services d'une région à l'autre ou d'un point de service à l'autre, c'est-à-dire qu'il y a une offre de services publics, mais, dépendant où vous résidez, dépendant de votre âge, l'offre de services, elle peut être différente. Donc, il y a des disparités qui existent, par exemple, en services à domicile, services soutien aux familles. Donc, ça, quand on parle d'améliorer l'accès et la complémentarité, c'est dans cette perspective-là aussi, de réduire des disparités.

Il y a toute la question aussi des passages entre les étapes de la vie, quand on est jeune, quand on sort de l'école, on va au travail, ou des passages de soins, là, généraux à plus spécialisés, et il y a des difficultés, parfois, de passage. Il y a aussi des difficultés pour les personnes qui ont de multiples déficiences. Actuellement, l'offre de services est faite par déficience, et, des fois, il y a des ruptures, il y a des problèmes de continuité dans l'offre de services quand on a de multiples déficiences, puis là le passage se fait plus difficilement.

Là, c'est sûr que ce n'est pas exhaustif, ce que je vous dis là, mais vous voyez qu'il y a encore beaucoup de défis au niveau de l'amélioration de l'accès. Mais nos recommandations vont dans le sens, là, parce qu'on a... dans le sens, parce qu'on parle de réorganisation, de donner des moyens pour que les personnes qui vivent ces difficultés-là ou leurs représentants puissent participer, échanger, nommer ces problèmes-là et proposer des solutions. C'est pour ça qu'on propose le maintien des communautés des usagers dans les installations, c'est pour ça qu'on propose d'instaurer un mécanisme consultatif, un comité statutaire spécifique sur les personnes handicapées, pour qu'on puisse avoir une identification plus proche de ces problèmes-là pour que la perspective de l'amélioration, là, de la recherche de l'amélioration se continue.

M. Barrette : C'est intéressant, parce que ce que vous décrivez, évidemment, dans le cheminement d'une personne handicapée dans notre système de santé et de services sociaux, c'est juste... bien, peut-être pas juste, là, ce n'est pas le... je ne veux pas minimiser la chose, mais c'est, en réalité, une façon plus aiguë encore de voir le manque de coordination qu'on a dans nos services, dans notre système, à une personne qui a, en partant, plus de difficultés, par son handicap, à cheminer.

Tu sais, quand vous dites que vous êtes des personnes comme les autres, c'est vraiment vrai, ce que vous dites, évidemment, puis ça l'est, là, je comprends, là, mais, de la manière que vous le décrivez dans le cheminement dans le système de santé, c'est encore plus vrai, parce que vous vivez à une puissance 10 le cheminement d'une personne non handicapée qui, normalement, devrait avoir la capacité de s'y retrouver elle-même, mais elle n'est pas capable. Vous, vous avez un handicap, c'est encore pire, essentiellement. Et vous décrivez encore plus d'ampleur et plus de précision la difficulté qui vient du fait qu'on est mal coordonnés.

J'aurais envie de vous poser une question corollaire. Pour vous, les personnes handicapées que vous représentez, quelle est la... Parce que vous y avez fait référence tantôt, aussi, à la problématique de l'information. Hier, il y avait un peu

un groupe, là, qui représente un peu la même clientèle que vous, qui était ici et qui se plaignait, puis ce n'est pas la première fois qu'on m'en fait part depuis que je suis en poste, qui se plaignait que l'information, par exemple, en santé publique, elle n'est pas disponible aux personnes qui sont aveugles. La première fois que je me suis fait dire ça, c'est... Vous y avez fait référence, vous, il y a un instant, au langage des signes. Spontanément, le système, évidemment, devrait prévoir ça puis il ne le prévoit pas, on s'entend, ou du moins, s'il le prévoit, l'exécution n'est pas idéale. Là où je veux en venir, c'est : Qu'est-ce qui serait l'idéal pour vous? Est-ce que ce serait mieux de prévoir, dans notre système, un chemin pour chaque étape ou chaque secteur d'activité ou que simplement tout le monde soit disposé ou ait la capacité de vous recevoir comme n'importe quelle autre personne sans handicap?

• (12 h 40) •

Mme Hébert (Anne) : Le législateur a déjà prévu, à la réforme de 2004, là... c'est l'article 26.5 qui prévoyait que le gouvernement adopte une politique favorisant l'accès aux documents et services. Cette politique, elle existe, elle a été adoptée par le gouvernement, mais, oui, il y a des difficultés d'application puis, surtout, de la faire connaître. Puis c'est pour ça qu'on insiste quand on... Une de nos recommandations disait : Il faut que l'ensemble de la loi soit appliqué. Bien, ça veut dire aussi cette politique-là d'accès aux documents et services, qu'on ait ce souci-là.

Puis, quand je parlais d'adaptation des services généraux, c'est un peu... c'est très lié à la question de l'adaptation de l'accès aux services puis de l'adaptation de l'accès à l'information. Il y a encore beaucoup d'efforts à faire. Mais je dois dire que, quand on analyse les plans d'action annuels, il y a beaucoup d'efforts qui sont faits dans ce sens-là, il y a un progrès, mais il y a une méconnaissance encore sur laquelle il faut beaucoup travailler. Puis on pense que le rapprochement des missions, la fusion va aider à tout ça, à introduire davantage cette préoccupation. Mais on insiste beaucoup sur le plan d'action parce que ça prévoit... ça rappelle l'importance de planifier ces mesures-là.

M. Trépanier (Martin) : Si je peux rajouter, M. le ministre, et également au niveau de la communication générale, c'est sûr que... Je pense qu'on parle, dans le projet de loi... Ce serait très important que chaque CISSS se dote vraiment d'un site Internet accessible aux personnes handicapées. Moi, comme personne avec une déficience visuelle, je peux vous assurer que, même s'il y a une politique, c'est pratiquement l'enfer pour tenter d'avoir des documents accessibles, c'est très compliqué, puis ce n'est pas toujours la faute des gouvernements ou des ministères. Chaque personne déficiente visuelle a souvent sa propre synthèse vocale, qui n'est pas du dernier cri. Et donc il y a beaucoup d'obstacles à ce niveau-là, mais il y a des efforts majeurs, d'autant que, de plus en plus, quand même, les personnes handicapées utilisent l'Internet pour aller s'informer.

Mme Hébert (Anne) : C'était le sens d'une de nos recommandations, qui proposait que l'obligation d'avoir un site Internet soit maintenue, favoriser cet accès à l'information.

M. Barrette : Je prends bonne note de ce que vous nous dites et je suis très sensible à cette problématique-là. Et, en réalité, je n'en reviens pas, là, qu'on ait encore cette problématique-là, on va s'y adresser dans les plus brefs délais. Je vais passer la parole à ma collègue la ministre déléguée, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. La ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique.

Mme Charlebois : Bien, d'abord, merci, M. Trépanier, Mme Hébert, Mme Savoie et Mme Levasseur, d'être ici, c'est fort intéressant. Et j'aime bien la façon dont vous abordez les choses quand vous dites : On est des personnes comme tout le monde, qui vit en plus avec un handicap. Mais ça ne fait pas en sorte... tu sais, vous allez avoir la grippe, comme moi, j'ai la grippe, là, puis il y a plusieurs maladies que vous pouvez avoir, mais dans le contexte où vous avez des limitations. Ceci étant, on a toujours l'accent vers les limitations, alors que ce n'est pas ça qu'il faut toujours avoir à l'oeil pour être capable de vous offrir les services adéquats en fonction aussi des limitations. Mais, tu sais, si vous y allez pour la grippe, bien, si on est en fauteuil roulant, bien, c'est bien de valeur, mais il faut que l'accès s'y prête, là.

Alors, moi, j'ai pris connaissance de votre mémoire, puis évidemment on s'était rencontrés au préalable, et j'ai entendu que le ministre était fort intéressé par le suivi de la mise en oeuvre, je vous ai entendus. J'ai lu dans votre mémoire que vous étiez intéressés à ce qu'il y ait un plan d'action par CISSS, mais, comme le ministre vous l'a indiqué, la loi va s'intégrer à travers de l'autre loi, la loi qui concerne les personnes handicapées va s'intégrer à travers de cette loi-là, de ce projet de loi là, là, le projet de loi n° 10 qui va faire en sorte que la production du plan d'action va se poursuivre, ce qui est une bonne chose en soi. Et je suis aussi contente d'entendre que le ministre est ouvert à regarder l'accès aux documents, comme le précisait M. Trépanier.

Je comprends que vous êtes d'accord avec le regroupement des établissements de la première, de la deuxième, de la troisième ligne, parce que ce que j'entends — puis corrigez-moi si ce n'est pas le cas — ce que j'entends, c'est que ça va améliorer, justement, l'efficacité, l'efficacité au lieu que tout le monde travaille en silo comme c'est le cas actuellement, ce qui complexifie la vie de gens qui ont plusieurs problématiques, pas juste les handicapés, là, tous les citoyens, là, ça se peut qu'on ait plusieurs problèmes à la fois.

Est-ce que vous êtes d'accord, est-ce que ça va faciliter, justement, l'intégration de tous ces soins-là qu'il y ait un dossier, que le patient, le citoyen, l'usager... Parce que ça dépend des services qu'on va chercher, ça peut autant être au niveau curatif qu'au niveau des services sociaux. Est-ce que vous croyez, vous, que ça va améliorer l'accès, que ça va réduire les délais, que ça va être un mieux pour l'ensemble de l'oeuvre?

Mme Hébert (Anne) : Oui, on pense. Oui, on y voit des avantages pour créer une plus grande complémentarité, une continuité, parce que c'est les principaux problèmes auxquels sont confrontées les personnes handicapées en première ligne, deuxième ligne et troisième ligne. C'est sûr qu'il va falloir suivre ça de près, c'est pour ça qu'on fait un appel au suivi de la mise en oeuvre. Mais on croit justement que cette réduction des silos peut aider. On croit aussi que ça... que les missions se parlent davantage, ça va créer plus de fluidité au bénéfice des personnes handicapées et de leurs familles.

C'est sûr que nos préoccupations qu'on a exprimées dans le mémoire, je les répète un peu... C'est que, pour que tout ça arrive, on pense que cette fusion, cette simplification de la structure va faciliter une intégration des préoccupations, mais on fait des suggestions pour venir soutenir ça, pour la rendre... pour la faciliter. Parce que les personnes handicapées sont confrontées à beaucoup d'obstacles, puis on pense que le plan d'action va aider. Pour nous, c'est une très bonne nouvelle que notre... Notre interprétation juridique nous disait : On pense que ça va être appliqué, mais il faut s'en assurer. On considère que c'est une bonne nouvelle que ça le soit. Mais c'est important pour nous, quand même, c'est le mécanisme complémentaire pour avoir un suivi vigilant pour atteindre ces objectifs-là. Mais, au départ, on pense que cette fusion, cette intégration, là, des niveaux d'organisation des services va être bénéfique.

Puis ça va permettre, là, peut-être... Là, je rentre peut-être un peu dans le détail. Il y a certains établissements, certains centres de réadaptation, dans certaines régions, comme la Côte-Nord ou la Gaspésie, où il y a eu déjà des fusions d'établissements, je pense à des missions adaptation physique, déficience intellectuelle, puis on y a vu des avantages pour les personnes handicapées et leurs familles. Il y a un maintien d'expertise qui est plus mobile, qui permet une certaine autosuffisance régionale sur une base locale. Ça permet aussi une mobilité de l'expertise puis ça répond mieux aussi aux clientèles qui ont plusieurs besoins, là, plusieurs types de déficiences. Ça fait que ça enlève des barrières, pour le dire simplement.

Mme Charlebois : Oui, mais vous avez tellement raison. Parce que j'ai visité plusieurs centres de réadaptation, comme vous le savez, et, si ma mémoire est bonne, notamment celui de Québec — puis il y en a d'autres aussi, là, je cible lui, mais il y en a d'autres aussi à travers le Québec — ils s'occupent d'avoir en même temps le curatif avec les services sociaux, que ce soit langagier, psychologique, etc., au même endroit. Parce que, souvent, ce qu'on se rend compte, c'est que c'est en interaction. Alors, si la compréhension n'est pas là, bien, comment on peut faire pour faire faire les... adapter l'exercice, etc.? Moi, j'ai trouvé ça génial de voir cette intégration-là. Mais ce n'est pas encore partout, et je pense que le projet de loi dont on discute va faciliter ça.

J'ai deux interrogations — je présume que le temps file. J'ai vu dans votre mémoire que vous souhaiteriez transférer les surplus de certaines enveloppes budgétaires à des programmes-services, particulièrement lorsqu'ils sont nécessaires, et, du même coup, vous m'indiquez — mon Dieu! il reste-tu juste une minute? — que vous êtes satisfaits du fait que le contrôle des programmes-services soit détenu par le ministre. Et je vais vous dire qu'on ne peut pas faire les deux à la fois. Puis en même temps moi, j'étais contente que les programmes-services soient protégés au coût, puis il y a quelqu'un qui nous a fait la suggestion de suivre aussi la dépense, pas juste la budgétisation, la dépense, puis je l'ai retenue, et le ministre aussi. Alors, en peu de temps, moins d'une minute, comment vous pouvez concilier les deux positions? Je ne comprends pas.

Mme Hébert (Anne) : Bien, en fait, notre préoccupation, c'est : S'il s'avère des difficultés puis des manques importants, tu sais, dans le suivi budgétaire, on souhaiterait qu'il y ait cette capacité-là de réajustement. C'était ça, notre préoccupation. On est d'accord avec... comme la centralisation, mais en même temps il faut avoir de l'ouverture à certains ajustements. Il y a beaucoup des programmes spécifiques aux personnes handicapées qui manquent d'argent, qui ont un problème de sous-financement, qui amènent des disparités dans l'offre, et donc, quand il y aura des possibilités, on sait que la situation n'est peut-être pas... budgétaire, propice nécessairement actuellement, mais d'avoir cette souplesse-là de réajustement en cours de route, ça nous apparaît important.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, nous allons maintenant céder la parole à la députée de Taillon pour un bloc de 13 minutes.

• (12 h 50) •

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, bienvenue, très contente de vous rencontrer, Mme Hébert, M. Trépanier, Mme Savoie, Mme Levasseur.

J'ai lu attentivement vos recommandations et je partage vos trois priorités. Le respect de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, c'est fondamental, il faut le dire et le redire. Je souscris aussi complètement, en tant que porte-parole de l'opposition en accessibilité, à la priorité de l'accès. Et ça devrait être notre objectif à tous, là, c'est qu'on voie un changement concrètement dans l'accessibilité. Et le troisième élément qui vient un peu valider tout ça, le suivi, les mesures... et je pense que notre système de santé en a besoin aussi, de ces systèmes-là.

Et vous rejoignez très bien, dans ce contexte-là, des préoccupations qui ont été également exprimées par le Protecteur du citoyen, Mme Saint-Germain. Et elle, elle avait deux recommandations : un plan de transition et des prévisions budgétaires des coûts engendrés. Parce qu'on doit bien voir, là, qu'il va y avoir, à un moment donné, des priorisations dans un contexte budgétaire. Là, pour l'instant, on a l'ensemble de l'oeuvre, mais il va y avoir des priorisations. Alors, est-ce que je comprends bien que vous souscrivez aussi à l'importance d'un plan... vous appelez ça plan d'action, mais un plan de transition, parce qu'il y a une période intérimaire dans tout ça, et également des impacts budgétaires réels, pas seulement les gros grossiers 220 millions d'économies sans aucun enjeu de ce que ça va coûter de réaménagement et de priorisation de certaines activités d'accès?

Mme Hébert (Anne) : On a deux recommandations, là, liées au suivi à la mise en oeuvre. Elles n'ont pas été aussi précises que la Protectrice du citoyen, bien sûr. L'esprit de nos recommandations, c'est : on fait un appel à organiser le suivi de la mise en oeuvre. Le détail de ça, que ça veut dire un plan de transition, suivi budgétaire, ainsi de suite, ce sont des idées intéressantes, mais l'idée qu'on voulait surtout exprimer, c'est vraiment l'importance d'organiser maintenant un suivi de mise en oeuvre.

Et le suivi de la mise en oeuvre, c'est une chose, mais l'évaluation des impacts, c'est aussi autre chose, qui appelle à d'autres méthodes. Puis c'est pour ça qu'on offrait la collaboration de l'office, parce que nous avons la responsabilité, confiée par le législateur, d'évaluer l'évolution de l'intégration sociale. Donc, on peut être à la disposition pour avoir cette contribution-là d'évaluation des impacts.

On en a un peu parlé, comme le soulignait M. le ministre Barrette, toute la question des systèmes de données, des accès informationnels, pour nous, sont d'une grande importance dans cette perspective de suivi à la mise en oeuvre et d'évaluation, puis on sait que le défi est très important à ce niveau-là. Nous, à l'office, quand on fait notre travail d'évaluation de l'évolution, on demande des données puis on se bute à beaucoup de difficultés dans l'accès aux données sur l'information, sur les programmes et services à la clientèle pour personnes handicapées. Là, il manque d'information. Parfois, c'est difficile d'obtenir une information à jour, on n'a pas d'information très sûre sur les listes d'attente, tout ça. Donc, je pense que c'est important aussi de travailler sur cette dimension-là, puis on est prêts à apporter toute notre contribution, là, pour améliorer la gestion des bases informationnelles.

Mme Lamarre : ...indicateurs de performance, si on veut apporter les bons correctifs puis les prioriser.

Mme Hébert (Anne) : Oui. Puis l'office a développé aussi une expertise sur des indicateurs de comment mesurer l'évolution de la participation sociale, ça fait qu'on est prêts à échanger avec le ministère sur cette base-là.

Mme Lamarre : Vous avez sûrement des indicateurs qui sont plus propres aux personnes handicapées et dont on va devoir tenir compte.

Je voudrais vous parler d'une situation qui m'a été présentée et qui concerne les personnes handicapées, mais c'est un groupe, l'Institut Nazareth et Louis-Braille, qui, dans le fond, je ne crois pas a été retenu, là, dans les présentations, je ne le crois pas, mais je veux quand même vous entendre par rapport à cette situation-là. Ils sont situés en Montérégie, et, dans le Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie, on voit que, dans la liste des centres qui sont prévus, il y a un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique de type auditive et motrice, mais pas visuelle. Et l'Institut Nazareth et Louis-Braille a également une vocation suprarégionale, parce qu'on comprend bien qu'ils offrent des services à beaucoup plus que la Montérégie, partout sur l'île de Montréal et même à travers le Québec. Et donc je les ai reçus et j'ai entendu leurs préoccupations, à savoir : Où est-ce qu'on se situe, nous, dans cette... et comment on va être sûrs que notre mandat va être respecté, que notre vocation d'intervention, de recherche, de mesures... Parce qu'ils ont un impact énorme. Alors, je ne sais pas comment vous, vous avez vu où ils étaient placés, mais eux, ils ont de sérieuses questions à ce niveau-là, et peut-être qu'on pourrait réfléchir à ça ensemble.

Mme Hébert (Anne) : Il y a une expertise, au Québec, dans le milieu de la réadaptation physique ou même par rapport aux personnes qui ont une déficience intellectuelle, qui s'est développée au cours des années, puis cette expertise-là est vraiment précieuse. Le Québec peut être fier de l'expertise en réadaptation qui s'est développée, puis il faut la maintenir, il faut la développer. Cependant, là, on parle d'organisation des services, là, c'est important d'améliorer le corridor des services, d'utiliser cette expertise-là aussi, tant pour la première ligne, puis qu'il y ait une fluidité. Je ne pourrais pas parler spécifiquement de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, mais la préoccupation, c'est de trouver des solutions, là, dans l'intégration qui est souhaitée, pour maintenir l'expertise de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, qui a développé non pas seulement en deuxième ligne, mais en troisième ligne aussi. C'est une expertise très spécialisée.

L'office a, entre autres, travaillé beaucoup, dans les dernières décennies, avec l'Institut Nazareth et Louis-Braille, tout sur la question du braille, le développement des codes internationaux sur le braille francophone. Des fois, c'est des expertises très, très pointues qu'on ne peut retrouver que dans ce centre-là. Puis ils ont un effet de stimulation — je ne sais pas si le terme est exact, là — très important qu'il faut préserver. Donc, je peux comprendre certaines interrogations, l'institut, il faut le maintenir. Mais nous, on ne pense pas que l'intégration, le projet général d'intégration, là, se fasse à l'encontre du maintien de ces expertises-là. On pense qu'elles peuvent être maintenues. C'est pour ça qu'on fait aussi un appel au suivi de la mise en oeuvre, là, comment ça va se passer, puis on pourra voir si la fusion ou l'intégration permet de protéger cette expertise-là qui est très importante.

Mme Lamarre : Mais vous comprenez qu'avec la méga-agence qui est créée, si cette institution-là est intégrée... Là, elle ne l'est même pas, là, d'après ce que je lis, elle ne l'est pas, donc on ne sait pas trop, elle est comme un peu oubliée, perdue dans... Mais, même si elle l'était, c'est une vocation qui dépasse... Et, si on pense à un financement par activité, on voit bien que ce genre d'organisme là, qui déborde énormément et où l'intervention n'est pas strictement dans une activité, mais dans également de l'enseignement, de la fourniture d'aide, il y a plein de dimensions, ça questionne un peu sur comment on va les intégrer et comment on va s'assurer que leur mission, leur mandat va rester, va trouver sa juste place dans les budgets, dans la priorité de ce grand CISSS dans lequel ils ne sont pas sûrs encore même d'être inclus, là.

Mme Hébert (Anne) : On va être vigilants à cet égard. Je ne peux pas vous dire un peu plus que ça. On a cette préoccupation-là, comme je vous disais, du maintien de l'expertise, mais on a aussi la préoccupation, là, des corridors

de services. Dans notre mémoire, on fait certaines recommandations sur le contrôle de la qualité, sur des mécanismes indépendants. Par exemple, dans les centres de réadaptation, ils ont fait beaucoup de travail d'innovation, là, comme... que je vous donnais... On connaît l'expertise développée par l'Institut Nazareth et Louis-Braille en termes d'innovations ou de pratiques. Il va falloir trouver des avenues pour maintenir tout ça dans le processus de mise en oeuvre.

Je reçois bien le message de la vigilance. On partage votre préoccupation de maintenir cette expertise-là qui existe, oui, de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, mais aussi de d'autres centres, je pense à... comme Raymond-Dewar qui a une expertise aussi très importante par rapport à l'incapacité auditive, aussi par rapport à la langue des signes ou d'autres moyens de communication. Puis c'est une préoccupation aussi sur laquelle, dans l'intégration, nous, on voit ça d'un bon oeil, parce que ça rapproche puis ça crée une continuité, mais on a aussi la préoccupation de maintenir l'expertise. Mais on ne voyait pas, dans l'effort de réorganisation, nécessairement qu'il y avait une volonté de défaire cette expertise-là, là. Elle existe au Québec, puis on peut être très fiers. Puis je pense... Puis cette expertise-là, elle peut aussi, je vais utiliser un terme... contaminer aussi la première ligne puis la deuxième ligne. Puis ça, c'est faire rayonner aussi l'expertise de ces centres-là à d'autres niveaux.

M. Trépanier (Martin) : Et si je peux simplement rajouter...

Mme Lamarre : ...déjà bien intégré dans la réalité, et je passe la parole à mon collègue de Rosemont.

• (13 heures) •

M. Lisée : Oui, bonjour. Merci d'être là, Mmes Hébert, Savoie, Levasseur, M. Trépanier.

Dans votre mémoire, vous revenez sur une revendication qu'on a entendue très souvent depuis le début de ces audiences, c'est le maintien de représentations de proximité dans le système. Le ministre a voulu abolir énormément de représentations de proximité, et vous, vous demandez que le projet de loi, qui, en ce moment, prévoit que le comité des usagers relevant de chaque installation disparaisse... vous demandez de les maintenir tous et qu'il soit précisé que le comité des usagers rattaché au CISSS soit composé d'un membre représentant chacune d'elles. Alors, vous proposez une pyramide, en fait, de maintenir la base et ensuite une représentation, et, en plus, vous proposez qu'un comité statutaire personnes handicapées soit ajouté à ceux que le conseil d'administration d'un CISSS doit mettre sur pied, qu'il soit composé de pairs ayant divers... de personnes ayant divers types d'incapacités et des membres de leurs familles, avec mandat de le conseiller.

Alors, pouvez-vous... Moi, je suis convaincu, là, mais ce n'est pas moi que vous devez convaincre. Le ministre a les oreilles grandes ouvertes, et je dois dire que sa capacité d'attention est phénoménale. Alors, pouvez-vous lui expliquer pourquoi ces revendications sont essentielles?

M. Trépanier (Martin) : Bien, nous croyons d'abord que les comités d'usagers, au niveau des installations, des centres de réadaptation, par exemple, doivent être maintenus parce que c'est totalement différent du comité qui sera au niveau du CISSS, simplement parce qu'ils sont très près de la clientèle. Ça, c'est vraiment le service à la proximité. Ils conseillent les clients, ils les suivent. Ils conseillent également l'installation au niveau de la qualité des services.

Par contre, je pense qu'il va falloir, peut-être... Il y a une interprétation, on n'a peut-être pas été tout à fait précis. On ne demande pas que chacun des... parce que c'est peut-être ça qu'on peut comprendre, là, dans la formulation, mais ce qu'on voudrait au niveau régional, c'est que c'est un représentant par mission, une espèce de... et ça, je trouve que ce serait très important à ce niveau-là. Si tu peux compléter, là.

Mme Hébert (Anne) : Oui, c'est vrai qu'on demande plusieurs mesures puis c'est vrai qu'une de nos recommandations manque de précision, là, quand on disait qu'on demande le maintien des comités des usagers par installation. Mais ce qu'on voulait par rapport aux représentations des usagers dans le centre intégré, ce n'était pas nécessairement que tous les comités d'usagers soient représentés au centre, là, on sait que ça en ferait beaucoup trop. C'est là qu'on a manqué de précision. On pensait peut-être qu'une représentation par mission ou clientèle pourrait être intéressante.

On tient beaucoup au comité statutaire personnes handicapées parce que ça aussi, c'est un mécanisme qui va aider à l'intégration, à atteindre l'objectif d'améliorer la complémentarité. On y tient aussi beaucoup à cause du plan d'action annuel. Par expérience, on peut vous dire que les meilleurs — du point de vue de l'office, bien entendu — plans d'action annuels, quand on les évalue, là, c'est ceux qui ont utilisé beaucoup un comité consultatif ou un comité de citoyens handicapés. Je pense particulièrement au plan d'action des municipalités, mais on peut l'entendre au réseau de la santé et services sociaux. Puis ça, ça peut être très utile pour identifier les problèmes vécus.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Je dois malheureusement... Peut-être que le collègue député de Lévis pourra vous permettre de compléter, mais je me dois de lui... et c'est mon rôle ingrat de président, de tenir le temps, je me dois de lui, maintenant, céder la parole pour un bloc de 8 min 30 s.

M. Paradis (Lévis) : Alors, je vais être permissif, madame, pour que vous puissiez continuer, évidemment, vos explications. Beaucoup de choses ont été dites. Bonjour, M. Trépanier, Mme Hébert, Mme Savoie, Mme Levasseur, merci d'être là. Vous pourrez préciser davantage à la question posée.

Juste avant, ça semble bien positif, je vois des mots que vous avez utilisés : «belle opportunité», «impact positif», «contribution active de l'Office des personnes handicapées». Vous avez aussi beaucoup parlé du contrôle de la qualité des services comme étant une préoccupation certaine dans l'application, dans la réforme à venir, ce qui se fait

maintenant par rapport à ce que vous anticipez à travers ces préoccupations-là, concernant notamment le contrôle de qualité des services dans les diverses ressources, résidentielles, publiques ou privées. Pouvez-vous m'en dire davantage? Quels sont, à ce chapitre-là... ce qui vous préoccupe davantage sur ce qu'on vit maintenant et ce que vous anticipez pour demain?

Mme Hébert (Anne) : D'abord, quand on parle de contrôle de la qualité, il y a plusieurs moyens. Je vais commencer par un particulier, c'est les mécanismes des plaintes. L'office a un service de soutien individuel, c'est-à-dire que les personnes handicapées peuvent appeler à l'office, avoir de l'information sur les programmes et services, puis on les accompagne dans leurs démarches. Parce que beaucoup d'entre elles ont des difficultés, là, et, souvent, on les réfère au mécanisme... on les accompagne, on les réfère au mécanisme de plainte, puis beaucoup d'entre elles nous expriment des craintes pour utiliser ce mécanisme-là, des craintes de représailles. Et c'est pour ça que, dans nos recommandations sur un de ces mécanismes de contrôle là, là, qui est le mécanisme de plainte, c'est qu'on souhaite qu'il y ait un mécanisme assez... qu'on prenne des mesures pour garantir l'indépendance dans le mécanisme des plaintes. On ne s'est pas prononcé sur comment, on a juste souligné ça, mais il y a plusieurs options possibles pour garantir, tu sais, l'indépendance des mécanismes de plainte. Je pense, entre autres : accentuer les visites ministérielles, qui viennent de reprendre. Ça peut être : déposer formellement les rapports d'évaluation au conseil d'administration, de ces visites-là puis... des établissements concernés pour qu'ils y donnent suite. Ça peut être que la responsabilité du mécanisme de plainte relève du conseil d'établissement... C'est ça, c'est établissement? Oui, je cherchais... Et on peut aussi accentuer le rôle du Conseil québécois d'agrément. Donc, il y a plusieurs options possibles, puis on laisse au ministre quelles seraient les meilleures options, mais on voulait insister sur le caractère indépendant, là, du mécanisme de plainte. Oui?

M. Paradis (Lévis) : Allez-y, madame, finissez, je n'ai pas de problème

Mme Hébert (Anne) : Il y a également... On vous parlait des standards de qualité reconnus, également, dans le mémoire, l'importance de ces standards-là. Pour nous, ça serait intéressant, dans la mise en oeuvre du projet de loi, qu'on précise certaines responsabilités de rôle par rapport à certains mécanismes qui pourraient être aidants dans les standards de qualité. On pense, entre autres : préciser le rôle de l'Institut national d'excellence en santé, services sociaux, qui pourrait jouer un rôle important en matière de contrôle de la qualité, rôle des institutions universitaires aussi, ça pourrait être intéressant à cet égard-là. Puis actuellement, là, il y a certaines associations d'établissements... on parlait de l'Institut Nazareth, Louis-Braille, mais comme la RD... l'association des établissements en déficience physique ou en déficience intellectuelle qui joue un rôle, là, d'innovation, de pratique, de formation qui peut être intéressant. Donc, il faut peut-être... Nous autres, on envisageait peut-être de demander une précision des responsabilités de ces acteurs-là pour aider au maintien de standards de qualité.

M. Paradis (Lévis) : Je vous pose une question. Récemment, la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec a manifesté une préoccupation, une certaine inquiétude d'être un peu oubliée dans une mégastucture comme celle-là, comme celle dont on parle, qui pourrait être. Est-ce que vous partagez ces préoccupations-là, ces inquiétudes-là?

Mme Hébert (Anne) : C'est-à-dire que ce qu'on a dit dans notre mémoire, c'est que... C'est pour ça qu'on a insisté sur des mécanismes de participation, des mécanismes de consultation ou de décision, comme le conseil d'administration, pour que ce groupe de population, les personnes handicapées, soit bien représenté. C'est-à-dire que l'idée du comité statutaire personnes handicapées, c'est pour donner une voix aussi à ces personnes-là puis qu'elles influencent les décisions dans la gestion pour justement permettre d'améliorer la situation.

M. Trépanier (Martin) : La composition, d'ailleurs — si tu me permets, Anne — de ce comité statutaire, qui est tellement important pour nous, pourrait comprendre, bien sûr, des personnes handicapées ou leurs parents, mais également des représentants des regroupements d'organismes de promotion. Il y en a un par région. Et je tiens à souligner qu'il y a déjà des agences qui étaient plus prévoyantes que d'autres, qui ont déjà en place un groupe de travail. Donc, il n'y aurait qu'à étendre un peu le mandat, et ça serait très profitable.

Mme Hébert (Anne) : Donc, ça donnerait une voix, je pense, importante.

M. Paradis (Lévis) : On l'a dit il y a deux instants, et je l'avais promis, parce que le temps file, mais de revenir sur votre organigramme et votre fameuse pyramide. Bon, vous étiez en explications. Je vous redonne la parole pour compléter ce que vous vouliez passer comme message.

Mme Hébert (Anne) : Bien, en fait, c'est que c'est vrai qu'on a demandé plusieurs mécanismes. On demande le maintien des comités des usagers, une représentation d'usagers au centre intégré, on demande également de considérer qu'il y ait un membre indépendant au conseil d'administration qui représente missions, clientèles, puis on demande le comité stable. Donc, il y a plusieurs propositions qui visent toujours... que c'est toujours la même optique, la même préoccupation, c'est : donner une voix, mais aussi permettre de soutenir l'objectif d'améliorer l'accessibilité dans une perspective de proximité de ceux qui vivent ces problèmes-là puis qui sont capables, peut-être, d'identifier, de collaborer à l'identification de mesures appropriées.

M. Paradis (Lévis) : Vous vouliez ajouter quelque chose.

• (13 h 10) •

M. Trépanier (Martin) : Ah! excusez. Bien, j'allais ajouter, mais c'était sur un autre sujet, mais je tenais à le dire avant de finir... c'est presque une demande intéressée pour le ministre, mais, tantôt, quand on a parlé de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, moi, je suis — c'est pour ça que je vous dis que c'est une demande intéressée — un client et je viens de la Gaspésie. Donc, cette organisation, cet institut, je peux vous assurer que moi, je ne serais pas assis ici sans avoir eu les services de cette organisation et suprarégionale et supraspécialisée. Donc, je tenais quand même à le mentionner, d'apporter vraiment toute l'attention possible pour qu'on s'assure le maintien de cette organisation, sa mission et tout son développement. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, ceci met fin à nos échanges. Il nous reste à vous remercier, représentants de l'Office des personnes handicapées du Québec.

Compte tenu de l'heure, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 13 h 11)

(Reprise à 15 h 4)

La Présidente (Mme Hivon) : À l'ordre! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission va reprendre ses travaux. Je demande, d'entrée de jeu, à toutes les personnes de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Et nous allons poursuivre, donc, les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Et, avant de vous accueillir, je vais juste me permettre de saluer notre auditoire très imposant, qui est constitué en grande partie d'étudiants à l'École nationale d'administration publique, à qui je veux souhaiter la bienvenue. Et je vous invite donc tous à être sur notre meilleur comportement cet après-midi pour ne pas les décourager mais plutôt les encourager à s'intéresser à la chose publique.

Donc, sur ce, je suis heureuse d'accueillir les gens du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Pour les fins d'enregistrement, je vous invite à vous présenter et à identifier les personnes qui vous accompagnent aujourd'hui. Vous disposez donc de 10 minutes pour votre exposé, et par la suite on va procéder à la période d'échange. Alors, la parole est à vous.

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

M. Fortier (Jacques) : Merci, Mme la Présidente. Bonjour à tous. Mon nom est Jacques Fortier, je suis président du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Aujourd'hui, je suis accompagné de Mme Diane Gingras, qui est la présidente du C.A. du CSSS-institut de gériatrie universitaire de Sherbrooke; M. Carol Fillion, qui est le directeur général du CSSS-IUGS; à ma gauche, Dr Stéphane Tremblay, directeur général du CHUS; et Dr Serge Lepage, président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CHUS.

Dans un premier temps, nous remercions le ministre de la Santé et la commission parlementaire de nous permettre de partager avec vous nos réflexions et nos propositions sur le projet de loi n° 110. Le mémoire déposé aujourd'hui a été rédigé en collaboration avec les membres du C.A. du CHUS, l'équipe de direction, la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, que vous avez entendue en début de semaine, évidemment le CSSS-IUGS, ainsi que les autres établissements de l'Estrie.

Nous tenons à vous rappeler que le CHUS est l'établissement de proximité pour la population de la MRC de Coaticook, du Val-Saint-François, du Haut-Saint-François et de la ville de Sherbrooke, bien sûr. Il offre des soins spécialisés et surspécialisés à la population de l'Estrie. Nous offrons aussi une couverture suprarégionale et des soins surspécialisés à une partie de la Montérégie et du Centre-du-Québec dans le cadre du RUIS de l'Université de Sherbrooke. Nous portons également à votre attention que le CHUS est le seul établissement du Québec à avoir sous son toit une faculté de médecine et des sciences de la santé. Il en résulte d'importantes collaborations en matière d'enseignement et de recherche.

Tout comme la société québécoise, et ce, malgré les efforts faits, l'Estrie constate qu'il y a encore de la place à de l'amélioration dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous appuyons donc les objectifs du projet de loi n° 10 visant à favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficacité du réseau. Des dispositions du projet de loi actuel soutiennent la vision et les orientations du CHUS et de ses partenaires en matière de continuité, de partage de ressources administratives, de partage facilité de l'information clinique, également de la planification de la main-d'oeuvre et du développement de carrière, et de la participation et l'intégration des patients comme partenaires de soins.

Nous ne pouvons passer sous silence, dans le projet à l'étude, que la mission universitaire se limite aux installations détenues avant la fusion. Nous considérons que le volet universitaire de tous nos établissements devrait se déployer au-delà de nos installations physiques. De plus, nous nous questionnons sur le territoire du CISSS de l'Estrie, le maintien du RUIS actuel et des corridors de services convenus. C'est pourquoi le CHUS, appuyé par les établissements de l'Estrie, propose à la commission des modifications qui viennent soutenir les objectifs du projet de loi en enrichissant

les soins, les services de proximité par l'intégration des volets universitaires, tout en conservant et protégeant l'ensemble des missions d'un CISSS, sa capacité d'adaptation à l'évolution des besoins de la population.

Pour répondre aux enjeux du réseau de santé québécois, nous recommandons la création d'une catégorie distincte de CISSS qui sera reconnue comme centre intégré universitaire de santé et services sociaux, le CIUSSS, afin que la population puisse bénéficier pleinement des retombées reliées aux dimensions universitaires de la mission de ces établissements, de la prévention à la quatrième ligne, autant en santé qu'en services sociaux. Seul un regroupement d'établissements incluant un CHU désigné en vertu de l'article 88 de la LSSSS peut obtenir ce statut. Au-delà des responsabilités dédiées aux établissements universitaires, les CIUSSS auront également comme mission, au plan provincial, de participer activement à l'amélioration de la performance globale du système de santé québécois en collaboration avec des partenaires, tels l'INESSS, l'INSPQ et le Commissaire à la santé et au bien-être.

Nous recommandons également pour l'Estrie la reconnaissance d'un CIUSSS qui comprendra l'ensemble des établissements de la région, soit un centre hospitalier universitaire, un institut universitaire de gériatrie, un centre affilié universitaire et un centre de réadaptation affilié. Le CIUSSS de l'Estrie serait bonifié par sa désignation comme institut universitaire de première ligne; également, l'élargissement de sa base populationnelle à 500 000 personnes par l'ajout du CSSS La Pommeraiie et du CSSS Haute-Yamaska; et la garantie du territoire suprarégional, dont des ententes de corridors de services déjà conclues pour le RUIS de l'Université de Sherbrooke, incluant une partie de la Montérégie et du Centre-du-Québec.

Afin de poursuivre, je cède la parole à Mme Diane Gingras, la présidente du CSSS-IUGS.

• (15 h 10) •

Mme Gingras (Diane) : Bonjour. Nous sommes convaincus que l'Estrie constitue un milieu de premier choix pour amorcer l'implantation au Québec de ce nouveau modèle de soins et services novateur, les CIUSSS. En effet, l'Estrie se démarque par une solide collaboration entre les établissements et les groupes communautaires dans le respect et la reconnaissance des expertises de chacun, un partenariat unique avec l'Université de Sherbrooke et ses différentes facultés, des liens continus intersectoriels avec les milieux de l'éducation, des municipalités, de l'économie et du marché de l'emploi.

Le CHU et le CSSS-IUGS soutiennent les activités de trois centres de recherche, soit le Centre de recherche du CHUS, le Centre de recherche sur le vieillissement et le Centre affilié universitaire du CSSS-IUGS, ainsi que de deux unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé distinctes et complémentaires. Enfin, en juillet 2014, le CSSS-IUGS a déposé sa candidature pour obtenir sa désignation d'institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. Il offre un contexte organisationnel stimulant et propice au développement de la mission universitaire de première ligne, qui serait encore bonifié par son intégration régionale au sein du CIUSSS.

Les partenaires de l'Estrie ont la volonté d'intégrer leurs actions de la prévention jusqu'aux soins spécialisés, et ce, pour toutes les clientèles.

J'invite maintenant M. Fortier pour le mot de la fin.

M. Fortier (Jacques) : En conclusion, ce qu'il faut retenir, c'est que le modèle des CIUSSS représente toute la responsabilité populationnelle qui nous est confiée, qu'il sera profitable pour nos patients, de la naissance à la fin de vie. Le CHUS et ses partenaires sont persuadés de la valeur ajoutée des CIUSSS pour le réseau québécois, le RUIS de l'Université de Sherbrooke et l'Estrie, et réitère leur volonté d'implanter, dès maintenant, ce nouveau modèle de soins et services en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Je vous remercie de votre bienveillante attention, M. le ministre et membres de la commission. Mes collègues et moi sommes maintenant disponibles à répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci beaucoup. Merci, M. Fortier, et vous avez fait ça dans les temps. Alors, je vais maintenant céder la parole au parti ministériel, au ministre, pour une période d'échange de 22 minutes.

M. Barrette : Merci, Mme la Présidente. Alors, bienvenue à vous tous et toutes. C'est avec un certain... un grand plaisir, un, que l'on vous reçoit et, deux, qu'on entend et recevons vos commentaires. Je pense que vous êtes le premier groupe, depuis le début des audiences, qui embrassez aussi globalement et étroitement et avec autant d'enthousiasme le projet que nous mettons sur la table, au grand désespoir, sûrement, de nos collègues de l'opposition officielle, mais je suis sûr qu'ils sont contents dans le fond. Mais je suis bien content d'entendre ça, je dois vous avouer, parce que je pense que vous avez bien saisi exactement ce que l'on voulait faire avec ça, et vous avez exprimé, donc, pas simplement votre approbation, mais vous avez, par le même biais, exprimé le fait qu'on va améliorer les choses en faisant ça.

Ceci dit, je ne peux pas faire autrement que de faire le lien, quand même, avec certains éléments qui ont été mis de l'avant par vos collègues de l'Université de Sherbrooke qui sont venus présenter juste avant vous, cette semaine, et, sur cet élément-là, j'aurais quelques questions à vous poser. Mais, d'abord, je vais faire quelques commentaires à propos de vos demandes.

La vocation universitaire, ça, je vous l'accorde, de notre côté, je dois vous avouer que, quand on a eu à faire le découpage, on ne s'est, sans aucun doute, pas suffisamment attardés à l'importance de la dénomination de certains CISSS. Et je suis parfaitement d'accord avec vous de l'importance d'avoir, dans l'acronyme et dans la mission, clairement défini la portion universitaire. Alors, votre suggestion d'avoir une dénomination de type CIUSSS, au moins mettre le «U» en quelque part dans l'acronyme, on est bien d'accord avec ça, et je peux vous assurer que ça sera fait, et que ce soit la même chose, évidemment, pour vos collègues de Québec, là, qui viendront par la suite. La plus-value, et l'importance, dans l'organisation, de cet élément-là est évidente, et on la reconnaît, et on est d'accord avec votre commentaire.

Tout comme on est d'accord avec le fait que vous avez une mission suprarégionale. Et le fait qu'on n'ait, entre guillemets, là — laissez-moi le guillemet ou les guillemets — qu'on n'ait pas nommé correctement votre CISSS ne voulait, en aucune façon de notre part, diminuer l'importance ou enlever le rôle du suprarégional que vous avez et que, dans tous les cas de figure, vous allez continuer à avoir.

Maintenant, j'arrive à un ou deux éléments plus spécifiques sur lesquels j'aimerais vous entendre. Dans la catégorie RUIS, on va mettre ça de façon globale, RUIS versus, ou avec, ou et CIUSSS, le «U», à un moment... Et donc, sur le côté territorial, moi, je comprends très bien que vous vouliez élargir un peu votre territoire, notamment en voulant inclure Granby et Pommerai, et ça, je le comprends très bien. Et, comme vous le savez, évidemment ces deux centres-là... ou du moins un des deux, clairement, manifeste sa volonté d'aller de votre côté. Et le découpage actuel n'est pas du tout dogmatique : si tout le monde est d'accord, je suis bien d'accord.

Maintenant, du côté du RUIS, vous voulez préserver les corridors de services. Est-ce que je dois comprendre que vous voulez surtout conserver les corridors du côté enseignement, mais vous voulez aussi, par exemple, avoir des corridors cliniques avec Chicoutimi? Comment je dois le comprendre, là, de votre côté?

• (15 h 20) •

M. Tremblay (Stéphane) : Je vous répondrais, M. le ministre, sur le fait que, nous, le RUIS touche le RUIS clinique, touche trois régions distinctes, mais principalement deux, la Montérégie, la Mauricie—Centre-du-Québec puis l'Estrie, et que, tout dépendant du découpage final lorsque la loi sera adoptée, il y a des corridors de services qui fonctionnent très bien actuellement avec les deux régions partenaires, et on souhaiterait de les maintenir, et on ne voudrait pas qu'ils soient remis en question avec les nouvelles directions des CISSS, là, qui se mettront en place au cours des prochains mois.

Donc, pour ce qui est du volet surspécialisé suprarégional, principalement pour la Mauricie—Centre-du-Québec, il y a deux hôpitaux qui sont relativement bien desservis, celui de Sainte-Croix et celui d'Arthabaska, Victoriaville, des Érables. Et, principalement, il faut reconnaître que, pour l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville, plus de 50 % de leur consommation de soins tertiaires se fait au CHUS. Donc, on ne veut pas perdre ces éléments-là.

Souvent, ce sont aussi nos résidents qui vont faire des stages dans cet hôpital-là, les résidents de la Faculté de médecine. Et on pense que les plateaux... La population investit pour avoir les plateaux techniques de haut niveau. On a le savoir, on est capables d'offrir un service qui est relativement très bon, sinon excellent, et on veut... on souhaite avoir la garantie que ces corridors-là ne puissent être remis en question, c'est essentiellement le point pour nous, considérant que le CHUS n'est pas sur l'île de Montréal ni dans la ville de Québec, nous sommes dans une région actuellement de 300 000 personnes. Et on comprend que nous avons un hôpital de mission particulière, avec une mission première ligne jusqu'au quaternaire. Donc, le bassin de population doit être garanti, soit sur la base populationnelle ou via son RUIS.

M. Barrette : O.K. Moi, je vous dirais à ça — parce qu'on est ici pour échanger, évidemment, là, c'est la plus-value de ça : Les CISSS vont quand même avoir le loisir de... en fait, pas juste le loisir, c'est, par définition, une des fonctions du CISSS de faire les ententes de corridor de services. Alors, si, par exemple, le CISSS du Saguenay—Lac-Saint-Jean décidait d'avoir comme corridor de services en tout Sherbrooke — on comprend que ça n'arrivera pas, là, puis ce n'est pas une question de jugement, là, parce qu'il y a une question géographique avec Québec — ils peuvent le faire. Donc, ça veut dire que, si le CISSS, un... — le ou les, éventuellement, parce qu'il y a beaucoup de débats qui se font là-dessus — un CISSS de Montérégie décide de garder — puis ça me surprendrait qu'il ne décide pas de le garder, là — le corridor de services avec vous autres, nous autres, on est parfaitement d'accord avec ça.

Alors, nous, il n'y a pas de dogme, on pourrait en faire une orientation ministérielle. Mais les corridors de services, par définition, c'est une décision qui est celle du CISSS. Et ceux qui ont déjà, évidemment, des corridors avec vous, ça devrait continuer, je ne vois pas pourquoi ils ne continueraient pas. Juste un bémol qui va toujours... et je vous fais la même remarque que j'ai faite à l'université : C'est sûr qu'à un moment donné on ne peut pas tout faire basculer de Drummondville vers Sherbrooke, parce que, sinon, bien là, on va avoir un CISSS, là aussi, dans Mauricie-Centre-du-Québec. Mais je pense que, vous, il y a quand même... Dans cette catégorie-là, là, d'enjeux pour vous, je pense qu'on peut aller de l'avant ou on va très probablement aller de l'avant avec les deux centres que sont Pommerai et Haute-Yamaska, et on verra ce qu'on va faire avec les deux autres.

M. Tremblay (Stéphane) : Parfait. Moi, je vous dirais que, pour les corridors RUIS, si on se base sur le bienfait pour la population, pour les patients, nous, on va être d'accord avec ça. Donc, si, pour le patient qui est dans une région autre que la nôtre, le service est mieux rendu, soit sur une distance ou soit pour une autre raison, à Sherbrooke versus ailleurs, on va être d'accord pour la décision finale de l'établissement, là, on ne remettra pas ça en question.

M. Barrette : Parfait. Je vous remercie. Puis je suis bien d'accord avec vous, parce que je pense que... Puis là vous allez comprendre mon propos, évidemment, là, parce que vous êtes là-dedans cliniquement, je pense que, pour la population de Mauricie et du Centre-du-Québec — et c'est ce que notre gouvernement, précédemment, avions commencé, puis je pense que ça a quand même été continué et pas remis en question par notre gouvernement précédent... le gouvernement précédent — Trois-Rivières doit développer une expertise... doit avoir une masse critique pour développer une expertise suffisamment spécialisée pour pouvoir servir sa population, quoiqu'il y aura toujours des services surspécialisés de plus grande pointe qui vont se donner chez vous et ailleurs, et là les gens feront leur affaire. Mais il y a une masse critique, là, on s'entend sûrement là-dessus, qui fait en sorte que Trois-Rivières, par sa population, doit avoir un volume qui permette de se développer. Je pense à l'oncologie, par exemple, où ils se sont très, très développés, et ils ont une pratique qui est, à mon avis, remarquable actuellement, et on ne peut pas, nécessairement, mettre ça en péril. Vous allez être d'accord avec moi, j'imagine, là.

M. Tremblay (Stéphane) : Nous l'acceptons.

M. Barrette : Parfait. Merci. Puis, pour ce qui est de Haute-Yamaska et Pommerai, là, c'est plus naturel. De toute façon, on constate que, localement, les gens le demandent, et je n'ai pas eu d'opposition exprimée à date du bord de la Montérégie. Alors, ce sont toutes des critiques qui sont recevables ou du moins des avenues qui sont raisonnables, je ne vois pas pourquoi on ne les ferait pas. Ce n'est pas un découpage dogmatique, comme je l'ai dit précédemment.

Il y a un élément sur lequel... je suis surpris que vous n'ayez pas abordé, parce que l'université l'a abordé, elle, qui est la question d'un institut de première ligne. Je vous laisse le terrain.

M. Fillion (Carol) : Bien, on l'aborde en disant que c'est un atout supplémentaire pour notre CIUSSS que d'être reconnu comme institut de première ligne. Le fait d'être un établissement universitaire, de la prévention jusqu'aux services quaternaires, on estime que ça nous permettra de développer des pratiques et de faire l'évaluation appropriée quant aux résultats que ça a sur les personnes de meilleure façon. On est dans un environnement qui permet les approches collaboratives, qui permet de consolider les portes d'entrée à travers les GMF. Les relations sont déjà construites avec l'ensemble de nos partenaires du communautaire, des GMF, des autres établissements pour mettre en place ce qui deviendra un institut de première ligne au Québec.

Il y a des grands enjeux quant à l'accessibilité. Votre projet de loi nous donne un certain nombre d'outils pour y répondre, et on évalue que d'être reconnu comme institut de première ligne nous donne plus d'outils pour aller dans le sens. Alors là, c'est : institut de première ligne, institut de gériatrie, qui sont deux pôles importants pour la population québécoise, et un CHUS avec un centre de réadaptation affilié. On estime qu'avec ces outils-là on pourra transporter la vision du projet de loi vraiment en le concrétisant, là, dans des services à la population.

M. Barrette : Donc, moi, je trouve ça vraiment très bien de la manière que vous le présentez. La raison pour laquelle je vous pose la question, c'est juste que c'est une question, d'abord et avant tout, technique, parce que, tel que vous le présentez, c'est comme si l'Université de Sherbrooke, dans son CIUSSS... en fait, c'est comme si le CIUSSS va devenir, évidemment, totalement universitaire et va faire un enseignement différent pour une formation qui va vraiment être une formation orientée vers l'intégration de l'ensemble de la médecine. Puis ça, il n'y a pas grand monde qui fait ça, là. Ça, si vous avez à faire ça, c'est louable.

Mais est-ce que ça doit passer, sur le plan technique, par un... Parce que, si on dit «institut», on dit obligatoirement une entité juridique, un immeuble, là, à la limite, là. Est-ce que le CIUSSS, pour lequel vous voulez lui donner cette mission-là, a besoin d'avoir une dénomination supplémentaire, dans son sein, qui serait, là, un institut? Ça, c'est le bout que j'ai de la misère à matérialiser, là... bien, matérialiser... à conceptualiser, pardon, pour le matérialiser après.

M. Fillion (Carol) : ...présentement, on est un centre affilié universitaire où il se fait beaucoup de recherches psychosociales en première ligne, où on a aussi, à cause des ententes... et grâce, je devrais dire, aux ententes qu'on a avec l'Université de Sherbrooke, on fait de la recherche interdisciplinaire et multidisciplinaire, déjà, à l'intérieur de notre centre affilié universitaire. La reconnaissance d'un institut de première ligne, ça donne aussi une structure de recherche beaucoup plus pointue. Ça donne une carte de visite, sur l'échiquier national et international, qui nous permet d'avoir des échanges avec les personnes qui développent l'ensemble des approches en première ligne.

M. Barrette : O.K., là, je comprends mieux. C'est-à-dire que, vous, l'institut, il serait essentiellement attaché à l'institut de gériatrie, c'est ça?

M. Fillion (Carol) : Bien, pour nous autres, là, la mission universitaire devient... est dans l'ensemble de l'établissement. Hein, on ne voit plus l'établissement uniquement par composantes. Les composantes deviennent des parties qui nous permettent de donner des services, qui nous permettent de poser des actions. La reconnaissance universitaire, elle, brille sur l'ensemble de l'établissement. Alors, pour nous autres, c'est de donner à notre CIUSSS les outils requis pour faire et la recherche, le développement de pratiques de pointe, l'évaluation des technologies et des programmes, de faire l'enseignement, le rayonnement. Alors, ce que l'on pourrait développer dans certains secteurs d'activité de notre CIUSSS pourrait être partagé avec l'ensemble de nos partenaires au Québec. Et ça, on croit que le véhicule d'institut universitaire facilite cet échange-là puis cette création de connaissances où il y a de grands enjeux en première ligne, hein?

M. Barrette : Oui, oui, tout à fait. Oui?

M. Lepage (Serge) : Juste peut-être pour rajouter? On fait vraiment partie d'une région qui est particulière. Pour être sur des tables québécoises et nationales de soins de santé, il est très difficile, dans une région, d'avoir consensus sur les soins. C'est d'ailleurs pour ça qu'il y a de la variabilité régionale. Chez nous, on est capables d'avoir ces consensus-là, donc capables d'avoir un groupe de cliniciens, à travers divers établissements, pour avoir des objectifs communs.

Puis ce qu'on est en train de parler, c'est probablement un objectif qui n'est pas hospitalier mais beaucoup plus universel pour notre population, pour mesurer l'efficacité des soins, probablement un objectif qui est partagé par le gouvernement.

M. Barrette : Tout à fait. Tout à fait. Oui, d'ailleurs, je prends le relais de ce que vous venez de dire. Vous faites la démonstration qu'il est possible d'avoir une organisation qui met ensemble plusieurs institutions, plusieurs groupes de

médecins, plusieurs groupes de différentes qualifications professionnelles et d'avoir un but commun dans une organisation commune. J'irais même plus loin. M. Fortier, je pense que vous arrivez de l'entreprise privée, vous.

M. Fortier (Jacques) : Pardon?

M. Barrette : Vous êtes de l'entreprise privée, ici.

M. Fortier (Jacques) : Oui, tout à fait.

M. Barrette : Et vous arrivez à être un président de conseil d'administration. Imaginez-vous, vous êtes quasiment un péché mortel, selon certaines personnes. Mais ça, c'est dit de façon très positive.

M. Fortier (Jacques) : Et, en plus, comme je travaille en assurance de dommages, ce n'est pas le gouvernement qui m'envoie des dossiers.

• (15 h 30) •

M. Barrette : Ah! c'est pire. Là, c'est pire. Là, arrêtez, là, parce que c'est... on n'en peut plus.

M. Fortier (Jacques) : Je le fais par conviction, pour faire avancer les différents projets, puis que nos patients et la population du Québec soient bien, puis que les corridors de services circulent bien.

M. Barrette : On vous en remercie, d'ailleurs. J'aimerais ça aborder un élément purement technique, pragmatique, parce que vous êtes un peu plus avancés là-dedans, et là, bien, on aura un CIUSSS. Et la question, en fait, s'adresse à vous, M. Fortier, puis à vous, Dr Tremblay : Dans un CIUSSS, où il y aura un CMDP — on n'a pas beaucoup abordé ça avec les autres groupes — comment voyez-vous le recrutement? Est-ce que, là, vous allez prendre une direction d'avoir un recrutement — puis là je vais employer notre jargon, là, de docteur, là — avec des postes à Fellow ou vous allez avoir des postes à Fellow et sans Fellow? C'est une bonne question, hein? Elle est difficile, on ne l'a pas abordée encore.

M. Tremblay (Stéphane) : C'est une excellente question. La première chose qu'il faut comprendre, c'est que, quand on voit l'organisation de la région, la presque totalité des médecins spécialistes sont concentrés dans deux installations physiques, soit au CHUS. Il y a très peu de médecins spécialistes à l'extérieur des murs du CHUS. Par contre, nous avons aussi, à l'intérieur des murs du CHUS, la médecine de famille, on a de la médecine hospitalière, on a des soins palliatifs, il y a la périnatalité. Donc, on a quand même une centaine de membres du CMDP qui sont des médecins de famille. Ça, c'est le premier élément.

Le deuxième élément, c'est que la région est pourvue de médecins de famille qui sont sous certains... certains sont sous des CMDP, d'autres non parce qu'ils pratiquent en cabinet. Donc, il y a une variabilité assez importante, sauf pour la concentration en médecine spécialisée. Je vous dirais, en lien avec le plan d'effectifs, en lien avec les Fellows nécessaires pour la formation, la difficulté, on la vit déjà, de toute façon, du fait que la mission de l'hôpital est une mission locale, régionale et suprarégionale. On a déjà cette réalité-là, donc on accueille actuellement des médecins spécialistes avec des formations complémentaires, des Fellows, dans notre jargon à nous, médical, et qui doivent, heureusement ou malheureusement, tout dépendant des points de vue, là, pratiquer encore leur spécialité générale. Et ça, la façon dont on l'a abordé jusqu'à maintenant, c'est beaucoup dans l'organisation des services des départements. On admet qu'il y a encore des départements qui doivent progresser dans cette vision-là, mais c'est la façon dont on a fonctionné pour des services de cardiologie, services de pédiatrie ou autres. On a tenté de maintenir une obligation d'une pratique générale malgré la formation ultraspécialisée que les gens avaient.

Ce qu'il faut comprendre du modèle CIUSSS, c'est qu'on veut que, un, la haute gouvernance de l'établissement porte le volet universitaire. On ne veut pas que le P.D.G. donne à un coordonnateur d'installation physique ou à un directeur sectoriel ou autre titre la mission : Bien, tu as les installations du CHUS, tu vas t'occuper du volet U. Ce n'est pas ce qu'on souhaite. On souhaite que le conseil d'administration, on souhaite que le P.D.G. ou le P.D.G.A. puisse porter le volet universitaire. Ça, c'est le premier élément.

Le deuxième élément, c'est qu'en termes de participation médicale — et mon collègue Serge pourra peut-être plus abonder — c'est qu'en termes d'organisation en médecine spécialisée on ne veut pas se bloquer sur le fait d'avoir nécessairement des collègues qui ont des formations complémentaires ou pas. Ce n'est pas de cette façon-là qu'on a fonctionné jusqu'à maintenant et ce n'est pas notre souhait non plus d'aller dans cette direction-là. On souhaite travailler dans l'organisation de services, dans l'organisation des départements justement pour permettre une pratique générale tout en favorisant la pratique surspécialisée.

Puis il faut comprendre aussi que le volet universitaire qui transcende complètement l'établissement, ça ne veut pas dire qu'il va y avoir des étudiants puis des résidents dans tous les points de service de l'Estrie, là. Ce n'est pas ce qu'on souhaite. Par contre, si on déploie une pratique exemplaire dans un point de service du Granit, au Lac-Mégantic, bien, on aimerait ça que l'ETMISSS, les modes d'intervention puissent évaluer ou un des volets du centre de recherche puisse évaluer l'impact de la mise en place de la pratique exemplaire sur la communauté. C'est ce qu'on souhaite faire pour s'adapter réellement aux besoins de la population. Je te laisserais peut-être, Serge, compléter pour ce qui est des Fellows.

M. Lepage (Serge) : Absolument d'accord. Puis l'autre chose qu'il faut bien comprendre, puis Stéphane l'a déjà illustré, c'est que, dans notre hôpital, contrairement à des instituts supraspécialisés, où la mission de base est quasiment

éclipsée, chez nous, on fait vraiment des soins primaires, secondaires, tertiaires et quaternaires, puis ça nous a demandé une redéfinition, bien comprendre le rôle que l'on a dans l'échiquier, est-ce qu'on est un hôpital de soins primaires, secondaires ou tertiaires, où on a compris l'ensemble des missions.

Ces missions-là, dans ma tête, de façon claire, il faut qu'ils soient partagés à l'intérieur de notre réseau. Ce n'est pas à nous à faire ce travail-là isolé, c'est à nous en termes de collectivité, pour que le bon patient se retrouve à la bonne place. Les exemples de ça, comme cardiologue, ça serait de dire de ne pas offrir d'angioplastie ou de remplacement valvulaire à quelqu'un qui n'est pas rendu là, savoir si on est rendu au début, au milieu ou à la fin de la maladie, ne pas rapprocher inutilement les patients très âgés de la technologie tertiaire et quaternaire et l'avoir à la bonne place pour un soulagement efficace.

M. Barrette : M. Lepage, encore un peu plus détaillé, là, pragmatiquement parlant, là, le chirurgien, là, qui va être à Mégantic, il a un Fellow ou il n'a pas de Fellow?

M. Lepage (Serge) : Bien, il y en a déjà. Présentement, il y a des chirurgiens, il y en a des...

M. Barrette : Non, je comprends, mais mettons qu'ils prennent leur retraite, là, vous les remplacez dans... Dans un CIUSSS, là, vous les remplacez dans quel type...

M. Lepage (Serge) : Bien, il va y avoir une part égale de tout ça, c'est clair et net, parce que, sinon, ce que l'on a comme difficulté, c'est justement des gens qui ont trois ou quatre années de Fellow, qui refusent d'aller faire du travail dit communautaire, puis ça, il faut que ça arrête. On est un bon modèle où les gens s'occupent de toutes les missions. Pourquoi? Bien, parce que, dans l'hôpital, on a cette définition-là. On n'a jamais été un institut de cardiologie ou un institut de cancer. On est un hôpital de soin global, et tout le monde partage cette philosophie-là.

Je ne l'ai pas mentionné encore, mais on a eu deux assemblées générales, j'ai eu un vote unanime pour notre participation. Ce que l'on demandait essentiellement, c'est un statut particulier. Je pense qu'on a transmis le statut particulier par la demande de CIUSSS. Est-ce que l'on veut un statut particulier? Bien entendu, le statut, pour nous, ce n'est pas sur un nom, ce n'est pas sur un territoire, mais également sur la budgétisation des activités.

M. Tremblay (Stéphane) : Peut-être juste en point de complément, pour répondre directement à votre question : Est-ce que le chirurgien de Lac-Mégantic va avoir un Fellow ou pas?, je pense que...

M. Barrette : Oui, mais, tu sais, c'est juste technique, là.

M. Tremblay (Stéphane) : Non, non. Non, mais je vais vous expliquer. Un, le chirurgien de Lac-Mégantic n'a pas nécessairement besoin d'un Fellow. Et la façon dont on fonctionne avec les postes réseaux — que vous connaissez bien aussi — actuellement, c'est qu'on s'assure que les gens qui sont dans des sites délocalisés des grands départements ou qui ne sont pas en proximité avec leurs collègues des grands départements puissent avoir des liens pour maintenir la formation continue, etc. Et même on a ouvert la porte pour certains groupes, parce qu'ils viennent faire certaines semaines d'activité à l'intérieur des installations de l'hôpital, pour, un, qu'ils puissent pratiquer, parce qu'on en fait, des activités... On en a, de la pratique générale, dans l'hôpital, là, on ne s'en cache pas. Donc, ces gens-là peuvent avoir une place, une à deux ou trois semaines par année, pour venir travailler avec leurs pairs, s'assurer que les techniques, les pratiques sont adéquates, et retourner dans leur milieu.

Par contre, ce qu'on ne voudrait pas, c'est vivre un bris de service à Mégantic et de n'avoir aucun chirurgien qui puisse aller couvrir Mégantic, et c'est le but. Et, quand je vous dis qu'on travaille beaucoup l'organisation des services, départements pour essayer d'avoir une base de pratique première, deuxième ligne, tel que Serge l'expliquait, c'est l'objectif, c'est de s'assurer de donner des services actuellement dans les installations du CHUS, mais s'assurer aussi de pouvoir couvrir les bris de service des installations du futur établissement.

La Présidente (Mme Hivon) : Je vous remercie. Cela met fin à la période d'échange avec le côté ministériel. Alors, on va passer à la période d'échange avec l'opposition officielle. Alors, Mme la députée de Taillon, pour une période de 13 minutes.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Alors, M. Fortier, Dr Tremblay, Dr Lepage, Mme Gingras et M. Fillion, merci. Merci de votre présentation, de votre mémoire constructif, et je pense qu'on sent très bien, dans tout votre travail, la volonté de trouver des solutions pour la population et d'améliorer l'accès. Alors, moi, je vous félicite. Comme j'ai complété ma maîtrise par un stage en soins palliatifs au CHUS, alors je peux témoigner de la pratique collaborative qui y règne, et ce ne sont pas que des paroles, il y a vraiment énormément de... C'est une culture, hein? C'est vraiment... et ça, on le sent auprès de l'ensemble des professionnels et des gestionnaires aussi, de soutenir cette culture-là.

Donc, je vous dirais que, votre demande, en fait, d'être reconnu, là, je ne suis pas certaine d'avoir bien compris. Est-ce que le CIUSSS vous donne automatiquement, ou, en tout cas, dans ce contexte-ci, le statut suprarégional? Parce que moi, je considère que ça vous revenait et que ça vous revient, cette dimension également suprarégionale, et que la région de Sherbrooke et de Québec y a droit. Votre compréhension, c'est que... C'est bien ça, M. le ministre?

Une voix : ...

Mme Lamarre : Non, je le sais. Alors, vous vérifierez pour acquiescer.

Une voix : Avec le consentement...

Mme Lamarre : Avec le consentement, vous pourriez...

M. Tremblay (Stéphane) : Peut-être pour un point de clarification, pour nous, le fait d'obtenir un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux, ce n'est pas moins qu'un CHU, là. Ce n'est pas ce qu'on vous dit. On vous dit que c'est du même niveau qu'un CHU qui pourrait potentiellement, dans l'adoption du projet... de la loi actuelle, demeurer autonome. Donc, ça a le statut suprarégional qui était décrit dans l'article 7.

• (15 h 40) •

Mme Lamarre : D'accord. Alors, on se comprend bien. Alors, excellent. Donc, je pense, effectivement, il y a quelque chose qui est très intéressant.

Ce qui, par contre... Ce que je vois aussi, c'est que, dans votre mémoire, à la page 8, vous faites des suggestions pour favoriser la participation accrue des usagers à la gouvernance des CIUSSS. Et on a eu plusieurs groupes de patients, plusieurs groupes de citoyens, d'usagers, des personnes avec des handicaps, avec des déficiences qui sont venus témoigner de l'importance de cette participation, qui, on doit dire, dans le projet actuel, a été restreinte à un seul usager par conseil d'administration. Alors, peut-être... Quelles sont vos solutions que vous préconisez pour ajouter, améliorer cette participation des usagers?

M. Fortier (Jacques) : Écoutez, c'est évident que c'est une préoccupation que nous avons. Au CHUS, on a un comité des usagers qui est vraiment très, très dynamique, son président doit être impliqué 25 heures par semaine, et, dans les dernières années, on a vu à quel point c'était important.

Alors, la réponse, je ne l'ai pas, mais on va trouver des mécanismes à travers chacun des établissements, il va y avoir un établissement, mais tous ceux qui sont reliés à l'établissement. Est-ce qu'il y aura des représentants par établissements? Je n'ai pas la solution aujourd'hui, mais on va trouver des mécanismes, parce que c'est important que les usagers puissent se faire entendre.

Au conseil d'administration, je pense qu'il y a déjà un poste de prévu, puis il va y avoir un comité des usagers dans le nouvel établissement, si j'ai bien lu. Donc, ça va prendre des représentants, dans ce comité-là, de chacune des régions, et ça va être, je pense, un travail qui va être assez facile à faire, d'intégrer toutes les régions, tous ceux qui sont sur notre territoire, pour qu'ils puissent s'exprimer. C'est la base. Là, il va y avoir un conseil d'administration, donc ça va être important, le rôle que les usagers vont jouer dans chacun des... je ne veux pas... je les appelle l'établissement, là, parce qu'il y a un établissement, on est porté à parler chacun des endroits où les soins sont desservis.

Mme Lamarre : Donc, vous voyez le maintien d'une autre structure pour chacun des autres établissements dans lesquels les usagers participeraient?

M. Tremblay (Stéphane) : Bien, peut-être... Il faut comprendre qu'au-delà du comité des usagers ça serait triste de penser que la seule place où il y a une participation citoyenne, c'est au comité des usagers, O.K.? Ça se passe au-delà de ça. Et il y a plusieurs moyens qui sont à notre disposition, justement, pour impliquer les patients, les usagers à travers différents niveaux dans l'organisation, différents niveaux décisionnels. Je vais vous en nommer un. Juste au niveau du comité de direction de l'hôpital que je dirige pour l'instant, on vient de prendre la décision de mettre un usager sur notre comité de direction, O.K., parce qu'il y a... On est partis dans une philosophie d'expérience patient qui est fort pertinente. Donc, sur nos projets, autant nos projets d'amélioration continue, les projets «lean», entre guillemets, autant dans différents groupes à l'intérieur de l'hôpital, on recherche la participation citoyenne. Donc, il y a différents moyens d'amener cette représentativité, et c'est pour ça qu'on vous dit que nous, on a une expérience très positive et que même la région a commencé déjà à réfléchir sur quels outils étaient à notre disposition pour augmenter la représentativité citoyenne.

M. Lepage (Serge) : Juste peut-être pour compléter, parce qu'on parle beaucoup des usagers, puis c'est très important, parce qu'ils sont centraux dans nos décisions, on ne parle pas beaucoup du CMDP. Moi, je fais partie de l'ACMDP, on a eu des tentatives de pouvoir unifier ces mouvements-là. N'oubliez pas ce que vous demandez au CMDP régional — je ne sais pas comment est-ce qu'on va les appeler, là — on va nous demander d'assurer le contrôle de la qualité des soins dans chacun de nos établissements. Ça, ce n'est pas moi, comme président du CMDP, qui vais aller me promener. Je vais avoir des délégués dans chacun des établissements. Donc, sur le même principe, il va y avoir aussi de l'information locale. Si on a une plainte à faire, habituellement, ce n'est pas une plainte réseau, c'est des plaintes spécifiques dans un établissement. Il va devoir y avoir des mécanismes communs dans tous les établissements.

Puis, pour terminer, ce que je pourrais dire, c'est que le comité des usagers devrait être présent partout. D'ailleurs, nous, on les reçoit systématiquement deux fois par année, au CMDP puis, cette année, on a une félicitation pour la collaboration qu'on a eue avec eux. Donc, bien comprendre, le but commun du CMDP, de l'administration des patients, c'est que tout se passe le mieux possible. Puis le travail que vous faites en Chambre, c'est ça qui est présentement à l'étude, c'est d'améliorer... Puis j'ai toujours dit : On fait un très, très bon travail lorsque le patient est à l'hôpital. Il faut mieux améliorer lorsque le patient attend pour venir nous voir. Puis également, aussi, l'autre parent pauvre, c'est lorsque le patient quitte l'hôpital et se retrouve encore perdu dans le système. C'est ça qu'il faut améliorer.

Mme Lamarre : Ce que vous nous dites, ce que vous me décrivez, c'est ce qu'on retrouve déjà actuellement dans les CSSS qui ont des CMDP, qui ont des comités d'usagers, qui ont cette représentation-là. Et c'est ce qui inquiète beaucoup de gens, de voir que, dans le projet de loi, il n'y a rien qui garantit, qui assure, qui confirme ces formules gagnantes là. Et, avec tout le respect que je vous dois, vous êtes ici aujourd'hui pour vous faire confirmer des choses, et ces patients-là et ces regroupements de citoyens sont... viennent aussi et veulent entendre la même confirmation. Or, j'entends le ministre être plus positif et plus clair dans ses affirmations à votre endroit par rapport au CIUSSS que par rapport à l'utilisation, la présence... l'utilisation des ressources que les usagers et qu'également les regroupements communautaires peuvent apporter.

Je connais votre ouverture, mais je pense que ce qu'on veut dans un projet de loi, quand on est là pour légiférer, c'est donner une garantie qu'il y ait une équité et qu'il y ait une uniformité, que les valeurs soient bien comprises par tout le monde au même niveau. Alors, je vous avoue que j'entends bien votre préoccupation, j'espère que... en fait, votre volonté et votre ouverture, mais je trouve que, malheureusement, dans le projet de loi... je comprends très bien les organismes qui viennent nous dire qu'ils ne retrouvent pas ces garanties-là actuellement.

M. Fillion (Carol) : Bien, nous autres, là, l'évaluation qu'on fait puis la compréhension qu'on a du projet de loi, c'est qu'il nous invite à construire le nouvel établissement sur une connaissance pointue des besoins de la population dans les diverses communautés qui forment notre territoire. Pour faire ça, là, il y a des données d'experts, on a des outils. Par exemple, l'observatoire des communautés en Estrie nous donne un certain nombre d'éléments.

Inévitablement, il faut travailler avec les usagers et les communautés, parce que notre prochain établissement va donner des services ultraspecialisés qui nécessitent des expertises, veut aussi être tout près des communautés et de la population pour participer au développement des communautés. Un établissement comme celui dont on parle est un levier très puissant du développement des communautés, qui donne des soins, qui soigne, mais qui prévient, qui accompagne dans l'éducation de la santé. Et nous autres, dans le projet de loi, on voit des opportunités pour permettre cette participation, Dr Tremblay en a nommé, en lien avec l'engagement des usagers dans diverses structures de l'établissement décisionnel. Et, pour nous autres, là, quand on parle de mettre un programme, donner un service et aller évaluer le bien-fondé et le résultat de ce programme-là, ça veut dire faire ça avec les usagers.

Pour nous autres, un usager partenaire, c'est quelqu'un qui a une connaissance de son aspiration qui doit être mise au profit du développement de l'offre de services qui se fait, et ça, ça ne peut pas être la même chose dans les diverses communautés. Ça veut dire qu'au centre-ville de Sherbrooke il peut y avoir des choses qui sont propres au centre-ville qui pourraient être différentes à Windsor, qui pourraient être différentes à Coaticook. Alors, pour nous autres, là, l'établissement doit vraiment se développer sur la connaissance pointue des besoins et des cultures des communautés qu'il doit desservir et au service de qui il existe, là.

Mme Lamarre : C'est sûr que c'est de la musique aux oreilles du ministre, et à mes oreilles aussi, mais vous comprendrez qu'il reste qu'il y a une garantie qui doit passer par un projet de loi. Et, juste pour illustrer, là, je vais juste vous taquiner un peu ou voir un peu jusqu'où on va, mais vous nous présentez, en annexe de votre mémoire, le mémoire du CSSS La Pommeraie, dans lequel on sent qu'il y a un accord de la part de... dans ce mémoire-là, pour joindre... Parce que, là, on se rend bien compte, là, vous êtes... Votre proposition pour atteindre le 500 000 de population, c'est de déplacer les gens de Granby et les gens de La Pommeraie qui sont plus... Bromont... en fait, Haute-Yamaska, c'est Granby, là, c'est la région de Granby, et de les ramener. Puis on nous a dit que, pour l'hôpital, ça allait assez naturellement, que les gens utilisaient beaucoup l'hôpital de Sherbrooke, donc je ne mets pas ça en doute. Par contre, on se rend compte qu'on va avoir besoin de services locaux aussi.

Alors, est-ce que vous avez fait participer des citoyens ou est-ce que vous seriez prêts à faire, je ne sais pas, moi, un sondage auprès des résidents, des gens de La Pommeraie ou de la Haute-Yamaska pour savoir s'ils préfèrent, finalement, être rapprochés à votre région plutôt qu'à celle de la Montérégie? Parce que, là, on parle de participation, alors on... Est-ce que vous seriez prêts à faire ça?

M. Tremblay (Stéphane) : Écoutez, je veux prendre la parole parce que peut-être que nous nous sommes mal exprimés. Un, il n'est pas question de déplacer des populations, par exemple, de la Haute-Yamaska ou de La Pommeraie vers Sherbrooke. On offre déjà des services spécialisés, surspécialisés à ces populations, et ce sont aussi...

Mme Lamarre : Mais vos collègues, il y a quelques jours, sont venus nous dire que ces gens-là allaient... ce n'était pas loin, 40 minutes, là.

M. Tremblay (Stéphane) : Non. C'est que, naturellement, si moi, je vis à Cowansville puis que j'ai le malheur d'avoir un infarctus du myocarde...

Mme Lamarre : On s'entend.

M. Tremblay (Stéphane) : ...le service, il est à quelque part, mais pas chez moi, donc je dois me déplacer...

Mme Lamarre : Mais, si vous avez une infection urinaire...

• (15 h 50) •

M. Tremblay (Stéphane) : Bien, ultimement, si j'ai une infection urinaire, je vais la faire traiter à Cowansville. Si je me fracture un bras ou une jambe en descendant une pente de ski de Bromont, bien, je vais aller dans les établissements au pourtour de Bromont.

Ça, je pense que c'est important. On ne déplace pas des points de service, on ne veut pas déplacer des niveaux de service. Ce qu'on vous dit, c'est qu'avec la population de l'Estrie, la population dont on parle, là, de la Haute-Yamaska et de La Pommeraiie, c'est une population qui ressemble à l'Estrie en termes de démographie francophone, anglophone, etc., et on a des liens avec cette population, et que nous, on pense, parce que, pour avoir exposé notre vision de ce qu'était un CIUSSS... nous, on pense que les établissements actuels de La Pommeraiie et de la Haute-Yamaska bénéficieraient du modèle qu'on propose, mais les patients vont en bénéficier près de chez eux, près de leurs lieux de résidence. On ne veut pas les amener à Sherbrooke. Ça fait que ça, je pense qu'il faut clairement l'identifier...

Mme Lamarre : Mais le centre administratif serait à Sherbrooke.

M. Tremblay (Stéphane) : O.K. Puis c'est la même réalité pour Lac-Mégantic.

La Présidente (Mme Hivon) : Je vais vous inviter à conclure.

M. Tremblay (Stéphane) : Donc, je voulais seulement clarifier ce point-là. Et est-ce qu'il y a eu un sondage de fait auprès de la population? La réponse est non, parce qu'on n'était pas dans cet élément de décision là actuellement.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci. Merci, c'est tout le temps qu'on a pour l'opposition officielle, alors je vais maintenant céder la parole au deuxième groupe d'opposition, M. le député de La Peltrie, pour une période de 8 min 30 s.

M. Caire : Merci, Mme la Présidente. Bonjour à vous cinq, merci de votre présentation. Fort intéressant. D'entrée de jeu, j'ai envie de vous parler de gouvernance, parce qu'on part d'un CHUS, qui est une entité autonome avec une mission hospitalière, bien sûr, mais aussi un volet universitaire, et des CSSS qui ont une responsabilité populationnelle au niveau de la prestation des soins, et là on va intégrer... selon le modèle que vous nous proposez, on va intégrer ces deux réalités-là qui, si elles ne sont pas diamétralement opposées, ont quand même des réalités différentes.

Vos collègues de l'Université de Sherbrooke proposaient, eux, un conseil d'administration tenant compte du volet universitaire en ayant deux membres issus du volet universitaire. Et, Dr Tremblay, tantôt, vous disiez... vous étiez plus global, puis c'est peut-être un peu là-dessus que je veux vous amener, parce que vous disiez : Il faut que la gouvernance du CIUSSS tienne compte de cette espèce d'expression là d'intégrer, parce que c'est vraiment une intégration complète que vous faites du volet soins, du volet enseignement, et donc comment la gouvernance, selon vous, comment la gouvernance d'un CIUSSS peut faire pour intégrer de façon harmonieuse deux missions qui, comme je l'ai dit, ne sont pas diamétralement opposées mais qui amènent des responsabilités qui sont quand même significativement différentes à quelques égards.

M. Tremblay (Stéphane) : Je vous mentionnerais que l'ultime responsabilité, c'est de s'occuper de nos patients, puis ça, c'est vrai pour la première ligne, la prévention puis du quaternaire, hein? Quand on est en médecine, qu'on s'occupe d'un patient aux soins intensifs ou qu'on s'occupe d'un patient dans une clinique externe, on s'occupe d'un patient. Donc, on revient toujours à la responsabilité qui est primaire. Puis il faut se rappeler aussi que, pour tout clinicien ou tout professionnel du réseau de la santé, ce qu'on veut bien faire, on veut bien faire notre travail puis on veut s'assurer que le geste qu'on va poser... ou la décision que nous allons prendre, c'est la bonne pour le patient.

Et, dans le fond, le modèle, c'est ce qu'il vise, il vise la première chose pour nous, un transfert d'information. Moi, je ne veux pas que l'information suive le patient. Exemple... Puis je vais revenir à votre volet universitaire. Je veux que l'information précède le patient. Si moi, je vais voir mon gastroentérologue, je veux que, si je retourne voir mon médecin de famille, mon médecin de famille a déjà l'information avant que j'arrive dans son bureau. Et ça, actuellement, ce n'est pas possible dans les murs administratifs avec lesquels nous vivons. Ça, c'est le premier volet.

Le deuxième volet, quand je vous parle de pratique exemplaire, je vous parle d'universitaires, O.K., ou de développement de pratiques, et ce développement de pratiques là, il peut se faire à Mégantic, il peut se faire à Cowansville puis il peut être implanté à l'intérieur des installations physiques du CHUS, actuellement, en première ligne. Ça, c'est important.

Le troisième point, c'est que n'oubliez pas que le CHUS, ce n'est pas un autre CHU du Québec, nous avons une mission locale. Les seules salles d'urgence dans la ville de Sherbrooke, bien, elles sont dans l'hôpital tertiaire, O.K.?

M. Caire : Je comprends, mais...

M. Tremblay (Stéphane) : Et cette réalité-là d'adapter la réalité tertiaire ou la mission tertiaire de la première ligne avec une responsabilité populationnelle, une salle d'urgence démontre bien ce que c'est, une responsabilité populationnelle, jusqu'à faire de la médecine de haut niveau, on l'a bien intégrée à l'intérieur des murs actuellement et lorsqu'on était l'hôpital de proximité pour certains établissements de la région. On prétend qu'on est capables de le faire ensemble, avec tous les établissements. Et la raison pour laquelle je souhaite que le P.D.G. porte la mission universitaire, c'est parce que, quand on dirige un hôpital universitaire, ça fait partie de nos éléments de réflexion quand on prend des décisions...

M. Caire : Je vais vous amener...

M. Tremblay (Stéphane) : ...constamment, et c'est la raison pour laquelle...

M. Caire : ...graduellement un peu plus vers ma question de gouvernance. Deux choses, dans le fond, conséquemment à ce que vous venez de dire. Est-ce que vous considérez que le conseil d'administration, tel qu'il est défini présentement par le projet de loi, peut arriver à faire cette fusion-là, à savoir à faire un arbitrage éventuellement entre l'obligation de diminuer les listes d'attente en chirurgie, d'avoir une fluidité plus grande dans nos salles d'urgence et, parallèlement à ça, octroyer des ressources nécessaires à vos missions universitaires sur le territoire régional? Et, d'autre part, le fait que ce conseil d'administration là n'aura pas la mainmise, si je peux m'exprimer... le mot est peut-être mal choisi, là, mais ne sera pas celui qui sera responsable de la nomination de son P.D.G. et du P.D.G. adjoint, et donc que ce volet-là échappe un peu à cette gouvernance dont vous dites qu'elle doit incarner la mission universitaire et la proposition que vous nous faites aujourd'hui, là.

M. Fillion (Carol) : Juste un petit mot pour dire que, pour nous autres, il n'y a pas vraiment d'opposition entre les listes d'attente en chirurgie et les listes d'attente en signalement pour la protection de la jeunesse. Pour nous autres, l'offre de services est construite sur un continuum, un continuum qui commence de la prévention et qui va jusqu'aux services quaternaires, et là, chacun d'entre nous, on veut jouer un rôle avec notre partenaire universitaire pour développer des meilleures pratiques et assurer cette fluidité qui doit exister dans un établissement.

Alors, justement, unis dans un établissement, on ne peut plus se soucier uniquement d'une partie. Le conseil d'administration aura le mandat et devra se soucier de l'ensemble du continuum. Et là, des exemples, on en a. La pédiatrie sociale, qui se fait dans un contexte d'intervention de quartier, qui a débuté par une première intervention psychosociale où on a réalisé qu'il y a des enfants qui avaient besoin de soins spécialisés auxquels ils n'avaient pas accès, pour toutes sortes de raisons, on l'a conçue de façon à avoir cet accès-là. Alors, pour nous autres, le projet de loi vient nous donner un outil supplémentaire pour le faire encore plus. Le port des casques de vélo à Sherbrooke, un exemple qu'on vous donnait aussi, là, à la fin de notre mémoire, où, pour diminuer les traumatismes suite à des accidents de vélo, tout le milieu communautaire et institutionnel s'est lié, allant même jusqu'à convaincre nos élus municipaux de voter un règlement qui oblige les enfants de 18 ans et moins à porter un casque de vélo à Sherbrooke, ce qui a diminué de 50 % les traumatismes suite à un accident à vélo.

Alors, pour nous autres, ce n'est pas une opposition, c'est comment peut-on garantir la continuité à partir de tout et de miser sur l'engagement, le professionnalisme de notre personnel aussi, pour réussir à relever ce défi-là? Et ça, ça ne peut pas être une loi qui...

M. Caire : En fait, oui, je comprends ce que vous me dites. Puis, je suis entièrement d'accord, la législation ne pourra jamais remplacer la bonne volonté, mais à l'inverse, puis c'était ça, le sens de ma question, est-ce que vous pensez que le conseil d'administration actuel peut refléter cette bonne volonté là? Parce que, comme je vous dis, là, les gens de l'université sont venus nous dire : Ça prendrait au moins deux représentants du milieu universitaire pour bien représenter, bien porter ce message-là de la mission universitaire à l'intérieur du CIUSSS. Et là je me demandais, bon... Bien, est-ce que vous, vous dites : Non, dans le contexte actuel qui est proposé par la réforme, nous, on pense qu'on est capables d'arriver à cette mission d'intégration là? Parce que je comprends ce que vous me dites, puis, s'il n'y a pas d'opposition, bien, ça reste qu'il y aura toujours des arbitrages à faire, puis, je veux dire, tant mieux si ce n'est pas votre cas, mais je serais quand même assez étonné.

Donc, je repose ma question et... sur la question du P.D.G., parce que, Dr Tremblay, vous dites quand même que lui doit incarner cette volonté-là. Donc, est-ce qu'il ne devrait pas plutôt relever entièrement du conseil d'administration et donc être nommé par le conseil d'administration?

La Présidente (Mme Hivon) : Je vous invite à une réponse courte. Il reste 40 secondes.

• (16 heures) •

M. Fortier (Jacques) : Nous, on est confortables avec ce que le ministre propose. L'université a parlé d'un siège additionnel. Ils vous ont fait une proposition, on n'est pas contre ça, mais on est confortables et on est confortables que le ministre nomme le P.D.G. Il n'y a pas un D.G. ou un P.D.G. actuellement qui est nommé si le ministre n'est pas d'accord, je pense, là, même si c'est les conseils qui décident. Moi, je suis confortable avec ça. C'est quand même... C'est le gouvernement. Puis on est confortables avec le détail du conseil d'administration qui est là, et on fait confiance, après, au P.D.G. qu'il va savoir trouver les bonnes personnes et avec le groupe d'experts qui vont nommer les personnes du conseil d'administration.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci beaucoup. Alors, je vous remercie, M. Fillion, Mme Gingras, M. Fortier, M. Tremblay et M. Lepage, d'être venus nous présenter votre mémoire.

Alors, je vais suspendre les travaux quelques instants. Et j'invite le prochain groupe, le Centre hospitalier universitaire de Québec, à prendre place. Merci.

(Suspension de la séance à 16 h 1)

(Reprise à 16 h 3)

La Présidente (Mme Hivon) : À l'ordre! À l'ordre, s'il vous plaît!

Des voix : ...

La Présidente (Mme Hivon) : À l'ordre, s'il vous plaît! Donc, je vais inviter les représentants du Centre hospitalier universitaire de Québec à prendre place. Donc, je vous souhaite la bienvenue et, pour les fins d'enregistrement, je vous demande de bien vouloir vous présenter ainsi que les personnes qui vous accompagnent. Je vous rappelle que vous disposez, donc, de 10 minutes pour votre présentation et que, par la suite, il y aura une période d'échange. Alors, sur ce, je vous laisse la parole.

Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

M. Bédard (Gaston) : Merci, Mme la Présidente. Mmes, MM. les parlementaires, merci de nous accueillir aujourd'hui, surtout de nous donner la chance de vous parler de nos réflexions autour de ce projet important, le projet de loi n° 10.

Deux personnes qui m'accompagnent, qui représentent le CHU de Québec. Il y a, à ma droite, le Dr Poitras, qui est membre du conseil d'administration du CHU de Québec et vice-doyen à la direction facultaire et aux projets stratégiques de la Faculté de médecine de l'Université Laval; et aussi, à ma gauche, le Dr Alain Naud, qui est président du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens du CHU de Québec. C'est quand même tout près de 1 700 membres qui sont membres de ce conseil.

Encore une fois, encore merci de nous permettre de prendre part à l'étude, surtout, de ce projet de loi n° 10.

Le CHU de Québec, je vous le rappelle, je nous le rappelle, est né en juillet 2012 de la fusion volontaire du Centre hospitalier universitaire de Québec, le CHUQ, et du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, le CHA, 2012. Cette fusion poursuivait d'ailleurs des objectifs semblables au projet de loi n° 10. Je vous les rappelle : un accès et un parcours simplifiés pour le patient, une meilleure circulation de l'information clinique, une augmentation de la performance globale, une amélioration du positionnement stratégique de nos établissements sur l'échiquier universitaire canadien et, bien sûr, comme CHU international.

Nous souscrivons donc aux objectifs du projet de loi n° 10. À cet égard, nous désirons être des intervenants proactifs, des collaborateurs de premier plan dans cette réforme. Ainsi, nous proposons certains ajustements au présent projet de loi pour le CHU de Québec et pour la région de la Capitale-Nationale.

Le CHU de Québec est le plus important, je nous le rappelle, le plus important établissement de santé au Québec, il se classe parmi les trois plus importants au Canada, avec Toronto et Ottawa. Et c'est 17 000 personnes, plus ou moins, qui y travaillent, qui y collaborent, dans la réalisation de ses quatre missions. Il offre des soins généraux, spécialisés et surspécialisés à la population de la grande région de la Capitale-Nationale et tout l'Est du Québec, soit une desserte de plus de 2 millions de personnes.

Après seulement 27 mois de fusion, le CHU de Québec en est actuellement à une phase cruciale de consolidation et d'harmonisation de ses pratiques. Une deuxième fusion sans analyse de risques préalable serait un facteur sûrement important de difficulté, puisque les missions regroupées sont fort différentes. Donc, c'est un projet qui est en voie de belles réussites qui seraient à risque si nous opérions un autre projet de fusion.

Le conseil d'administration est d'avis que le scénario retenu pour la région de Québec devrait être ajusté afin de préserver le statut juridique actuel du CHU de Québec, de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, en plus de créer un CUSSS et de maintenir ainsi le meilleur équilibre pour la région de Québec.

L'ampleur de nos missions provinciales et de nos activités suprarégionales est plus que comparable à celle des établissements désignés superrégionaux dans le projet de loi. Juste un petit rappel de deux données : au niveau de nos activités nationales, on parle de plus de 140 000 personnes qui en bénéficient et, au niveau des activités suprarégionales à l'extérieur de la Capitale-Nationale, on parle de 23 000 personnes. Les données préalables dans notre mémoire sont très éloquentes, d'ailleurs, à cet effet.

La différence de statut pour les établissements de même nature désavantagera la population de Québec et de tout l'Est de Québec, qui risque fort de voir réduire graduellement l'offre de soins et de services spécialisés et surspécialisés. Cela affectera aussi la compétitivité du CHU de Québec dans sa mission de recherche et de générateur de savoir et de richesse.

Mme la Présidente, quelques chiffres, si vous me permettez. Notre centre de recherche génère 2 500 emplois directs et obtient annuellement des prêts de 90 milliards de subventions, de bourses et de contrats de recherche provenant essentiellement d'organismes hors de la province. Nos chercheurs ont obtenu 65 nouveaux brevets au cours des cinq dernières années. En termes de retombées économiques sur la région de la Capitale-Nationale, on parle d'entreprises, à Québec, comme GlaxoSmithKline, au niveau des vaccins; BD Diagnostics, au niveau des tests de diagnostics moléculaires rapides des infections; DiagnoCure, tests moléculaires et génomiques en oncologie donnant naissance à de nouvelles entreprises, comme c'est le cas pour Folia Biothec au niveau des vaccins plus particulièrement. Autre exemple d'impact économique direct, le Centre de recherche du CHU de Québec est à l'origine de la propulsion de la région de Québec comme leader international de la production de vaccins.

Permettez-moi de revenir sur une autre thématique qui nous est importante, pour nous, en termes de représentativité sur le grand territoire de la Capitale-Nationale. La région ne disposerait que d'un seul conseil d'administration et d'un seul poste de P.D.G. pour toute la région, et ce, comprenant les missions suprarégionales pour tout l'Est du Québec, les missions nationales dévolues aussi, également, au CHU de Québec et les missions académiques. Il nous apparaît clairement disproportionné ou déséquilibré en termes de représentation. Je me permets un exemple : un poste ou un représentant pour la grande région de Québec, incluant ses activités suprarégionales et provinciales, par rapport à une autre grande région, Montréal, avec neuf conseils d'administration et neuf P.D.G., dans le projet de loi, bien sûr.

• (16 h 10) •

Un rappel sur le pourquoi qu'on souhaite un maintien de certaines activités actuelles pour le CHU de Québec dans sa structure, dans ses missions. Je vous les rappelle, elles sont au niveau de cinq :

1° mieux soutenir, dans un premier temps, les besoins spécifiques des activités nationales et suprarégionales, le rôle de l'établissement en tant que centre hospitalier universitaire et ainsi être représenté de façon équitable auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux;

2° mieux défendre nos intérêts de centre hospitalier universitaire, qui sont distincts, auprès de multiples organisations et tribunes réglementaires, subventionnaires, professionnelles, d'enseignement, de recherche et associatives;

3° demeurer un centre attractif — donc, on parle de «branding», un centre attractif — et fidéliser les meilleurs éléments parmi les médecins spécialistes, les professionnels, les chercheurs, les postdoctorats et les Fellows propres à un environnement universitaire de haut calibre;

4° planifier stratégiquement des levées de fonds auprès d'organismes subventionnaires, philanthropiques et privés afin de nous aider à nous maintenir à la fine pointe des avancées médicales; et

5° préserver notre agilité actuelle, sa flexibilité, sa réactivité afin de maintenir sa capacité de complexité au plan national et au plan international.

La perte d'un statut juridique d'établissement universitaire suprarégional, avec un conseil d'administration distinct, affectera définitivement les activités de l'Université Laval, avec laquelle le CHU est affilié. L'Université Laval aura d'ailleurs l'occasion de vous en présenter ses vues à ce sujet lors de sa propre audition.

Il est à noter que notre position est appuyée non seulement par l'Université Laval et le CMDP de notre institution, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, dont les résolutions sont en appui, mais également... en appui de notre mémoire, mais également par les conseils d'administration des établissements de la région de la Capitale-Nationale. Ces derniers reconnaissent l'importance, pour la population de la région de la Capitale-Nationale et de tout l'Est du Québec, d'avoir un CHU distinct du CISSS, pour des raisons que j'ai... les cinq principales raisons dont j'ai mentionné précédemment.

Je vous rappelle également que le CHU de Québec est reconnu, depuis plusieurs années, dans plusieurs domaines, comme un partenaire proactif dans la création de collaborations interétablissements. Ainsi, il entend s'inscrire dans le même sens que le présent projet de loi afin de garantir un accès équitable à des soins et des services spécialisés et surspécialisés de qualité pour la population de Québec et de tout l'Est du Québec, dans nos activités suprarégionales. Le CHU de Québec affiche déjà une des meilleures performances administratives du réseau, notamment à l'égard des ratios d'encadrement et des coûts des services de soutien administratif qui sont les plus bas parmi les établissements comparables au Québec. Le CHU de Québec est reconnu également par Agrément Canada comme un modèle canadien en matière de gouvernance et est en voie d'atteindre l'équilibre budgétaire pour une 12e année consécutive. Le conseil d'administration et les équipes du CHU de Québec — médecins, professionnels, chercheurs, cadres, employés — s'activent depuis plus de deux ans à harmoniser et à uniformiser les meilleures pratiques et les trajectoires de soins, à fédérer leurs forces avec, comme vous le savez, passion et engagement.

Soyez assurés, donc, que nous saurons poursuivre les collaborations avec nos partenaires, notamment les IUCPQ, le nouveau centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et les huit autres CISSS de l'Est du Québec, et ce, au bénéfice, bien sûr, des patients et de toute la population à desservir. Merci.

La Présidente (Mme Hivon) : Je vous remercie de votre présentation. Alors, nous allons débiter la période d'échange, pour une durée d'environ 23 minutes, avec la partie ministérielle. À vous la parole, M. le ministre.

M. Barrette : Merci, Mme la Présidente. Alors, M. Bédard, Dr Naud, Dr Poitras, bienvenue. Nous avons un après-midi académique, on peut dire.

Alors, comme je l'ai dit à vos prédécesseurs de tout à l'heure, comme chacune des universités vient faire des présentations, soit par l'université elle-même, soit par le centre hospitalier, je vais faire la même chose avec vous que j'ai faite avec l'Université de Sherbrooke... le CHU, pardon. Je vais faire un lien, malgré tout qui est nécessaire, je pense, avec la présentation qui a été faite par d'autres cette semaine. Puis je constate aussi que, dans la salle, on a essentiellement le même groupe, pour ce qui est de Québec, lorsque l'institut est venu. Alors, je vais faire le lien entre tout ça, si vous me le permettez.

Alors, je vais faire quand même, donc, le lien en faisant quelques commentaires. Je suis un peu surpris... Je comprends, là, le fond de votre commentaire, et je ne peux pas m'empêcher de faire le parallèle avec le CHUS, qui vient de faire sa présentation, et je ne peux pas m'empêcher de noter qu'une des grandes différences entre les deux présentations vient du fait qu'au CHUS on n'a pas fait une présentation avec un élément de comparaison avec Montréal et de compétitivité dans la visibilité, la notoriété, et que vous le faites, et qu'en même temps vous deux, vous avez... vous êtes tous les deux, là, vous et Sherbrooke, dans un mode d'intégration qui est plus avancé que ce que fait Montréal ou ailleurs dans la province, sauf peut-être le Saguenay—Lac-Saint-Jean. Et j'insiste là-dessus, là, parce que vous le dites vous-même dans votre présentation, là, vous vous êtes intégrés dans la grande ville de Québec, la capitale nationale, on va dire, au sens large du terme, là, parce que ça déborde la ville elle-même, vous vous êtes intégrés, vous êtes reconnus, je vous ai moi-même cité souvent en exemple, et là, aujourd'hui, là, le pas supplémentaire devient une impossibilité pour cause d'altération de notoriété et de perte de compétitivité académique sur le plan du rayonnement, des publications, la notoriété, les levées de fonds, et ainsi de suite. J'ai de la difficulté, moi, à embarquer là-dedans, là. J'ai de la difficulté à être convaincu que ce que vous décriez soit vraiment quelque chose qui va se réaliser, mais je comprends quand même votre argument.

Et je peux vous dire que, sur l'argument de la dénomination, je vous fais la même réponse que j'ai faite à Sherbrooke : Vous devez avoir évidemment, vous aussi, une dénomination universitaire, vous l'aurez, et vous devez

évidemment garder une mission qui est suprarégionale. Et, même commentaire que j'ai fait pour Sherbrooke, il n'a jamais été question de vous l'enlever. Et c'est vrai que la nomenclature qu'on a mise en place pouvait laisser entendre que c'était le contraire, mais ça n'a jamais été le cas.

Alors, si je comprends bien, et là j'ai de la misère, vraiment encore plus, à comprendre la position, là, que vous mettez de l'avant, vous voulez essentiellement qu'au bout de la ligne il y ait trois structures : qu'il y ait l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, vous voulez qu'il y ait le CHU de Québec puis vous voulez qu'il y ait un CISSS. Expliquez-moi le CISSS parce que, là, j'ai de la misère à le suivre, parce qu'un CISSS sans hôpital, ce n'est comme pas possible, là.

M. Bédard (Gaston) : Bien, si vous me permettez, rapidement, M. le ministre, pour le CHUS, on parle de deux institutions, deux organisations tout à fait différentes avec des territoires différents, avec des populations différentes en termes d'étendue de territoire, en termes d'activités. Donc, on ne parle pas du tout, du tout, du tout de la même chose.

Je voudrais juste revenir sur le CHU. Mais je comprends la comparaison que vous faites, mais... et je pense que la base de l'information nous guide vers d'autres orientations que d'autres partenaires CHU peuvent véhiculer, pour notre part. Concernant le CHU de Québec, ce n'est pas l'idée qu'on ne veut pas faire un pas de plus, même si, actuellement, comme je l'ai mentionné dans mon approche, nous sommes dans une phase critique, après 27 mois de fusion, où on a des beaux succès puis on est à consolider nos pratiques médicales dans nos cinq centres, et ça, c'est majeur. Outre ça, outre cet élément-là qui est important puis qu'il faut surtout poursuivre, c'est : on a des missions différentes complémentaires, et, on pense, pour un bel équilibre pour la région de Québec, dans nos missions respectives, le CI universitaire de la grande région de la Capitale va faire un travail bien intégré de première ligne. On s'assure, dans notre cas, de poursuivre nos activités complémentaires et en appui en termes d'activités de deuxième niveau, de troisième niveau, incluant des activités de première ligne, parce qu'on a la chance ici, à Québec, d'avoir cinq hôpitaux qui offrent des services aussi en appui à la première ligne.

Et on a des missions de recherche, on a des missions qui nous amènent aussi à essayer de repousser les limites, puis j'en ai donné des exemples, les limites de la santé. Ça fait que, ça, il faut aussi préserver ça. Et là je vais m'en tenir au CHU de Québec, si vous me permettez, même s'il a une position régionale, mais je pense que ça, c'est majeur en termes d'importance.

Et la dernière avant de laisser mes confrères parler, parce que je vous comprends dans vos questionnements très, très bien, M. le ministre, ce n'est pas évident, mais je voudrais juste rappeler, puis je sais que vous le savez, parce que vous connaissez les chiffres de votre réseau parfaitement : Le CHU de Québec, c'est 17 000 personnes. Le CHU de Québec en soi est plus gros que presque la majorité des CI proposés au Québec. Déjà, c'est une immense structure, une immense organisation qui est bien gérée, qui se dirige, je pense, à la bonne place, qui est en appui, qui assure des collaborations, qui assume bien ses responsabilités universitaires. Ça, je pense, c'est bien important de se le rappeler. Puis le CI sans le CHU, le CI de Québec, le CISSS de Québec lui-même serait déjà, par sa population, aussi important, même plus important qu'un très grand nombre de CI qui est proposé dans votre projet de loi n° 10. Mais, pour une question d'équilibre, d'agilité, je pense que c'est important de tenir compte également, M. le ministre, de ces données qu'on croit.

Peut-être, mes confrères voudraient compléter? Dr Poitras.

M. Naud (Alain) : Je vais y aller par un exemple...

M. Bédard (Gaston) : Dr Naud.

• (16 h 20) •

M. Naud (Alain) : ...M. le ministre, sur les différences que vous soulevez avec le CHUS, la région de Sherbrooke, au niveau du CMDP. Vous avez vous-même posé la question au groupe précédent sur l'exigence de Fellows qui était faite pour les spécialistes qui étaient recrutés au CHUS. Et on vous a répondu : Écoutez, il y en a qui vont l'avoir, mais on ne l'obligera pas pour tous parce qu'on a des services à rendre dans toute la région. C'est une immense différence avec le CHU de Québec où, pour nous, il est très clair qu'il y a une exigence de formation complémentaire pour tous nos médecins spécialistes et nos dentistes que nous recrutons, qui doivent faire une formation de une à trois années supplémentaires pour pouvoir venir pratiquer à l'intérieur du CHU de Québec. Et à ça s'ajoutent en plus des obligations au niveau de l'enseignement, au niveau de la participation à la recherche, lorsque requis.

Il faut considérer que le CMDP du CHU de Québec, actuellement c'est 1 600 membres, il est plus gros que le CMDP qui est projeté dans l'Estrie une fois que vous aurez réuni tout ce monde-là ensemble. Et le CHU de Québec est centré sur des missions tertiaires supraspécialisées et surspécialisées, et toute notre organisation médicale tourne autour de ça. Alors, on a une organisation qui est vraiment extrêmement différente de celle du CHUS. Et, comme M. Bédard vous l'a mentionné tantôt, en plus de remplir nos missions spécialisées, surspécialisées dans la région, nous l'offrons à tous nos partenaires du RUIS, qui est un énorme territoire dans la province, et nous offrons en plus des missions provinciales qui sont exclusives au CHU de Québec. Alors, on n'est pas du tout dans la même situation que le CHUS, actuellement.

M. Barrette : Ce n'est pas vrai, et je vais vous expliquer pourquoi. Recentrons le discours. Moi, je veux bien, là, on est ici pour échanger. Je comprends votre position, vous comprenez la mienne. J'aimerais voir s'il est possible d'avoir un terrain mitoyen ou un terrain où on peut se rejoindre en quelque part... peut-être pas mitoyen, en plein au sens, là, exactement entre les deux, là, mais, à un moment donné, là, avec l'approche que vous avez, qui est une approche comparative avec Montréal... Et je comprends et je ne conteste pas votre démarche, je ne la critique même pas, c'est juste qu'à la fin il faut qu'il y ait quelque chose qui fonctionne.

Alors, dans ce que vous dites, là, là où ce n'est pas vrai, c'est que, si vous prenez... Il y a trois CISSS au moins, dans la région de Montréal, où il va y avoir des gens qui devront rentrer dans ces CISSS là soit avec Fellow, pour la mission universitaire, soit sans Fellow, pour la mission non universitaire. Vous, il se trouve qu'actuellement, là, vous avez, dans le CHU de Québec, cinq hôpitaux qui étaient universitaires avant et, dans un nouveau CISSS, qui est celui proposé et que vous aimeriez qu'il ne se réalise pas — c'est correct, là, on en discute — il y aurait les deux, là, et ça se compare absolument.

Vous êtes dans une logique : il nous faut un CHU indépendant à Québec, on veut que l'institut... Parce que vous prenez la position de l'institut aussi, là. Je pense que vous êtes solidaires de la position de l'IUCPQ, ça, c'est correct de le dire, mais, au bout de la ligne, vous parlez vous-même d'un CISSS de Québec. C'est quoi, le CISSS de Québec? Vous ne me proposez rien, là. Il ne peut pas y avoir un CISSS de Québec composé comme le CSSS de la Vieille-Capitale, qui est à peu près le seul CSSS au Québec de cette grandeur-là et de cette mission-là sans hôpital. Il n'y aura pas un CISSS de Québec sans hôpital. Ça fait que je vais vous poser la question directement : Quel est l'hôpital que vous voulez abandonner? Quel est l'hôpital le plus généraliste du CHU de Québec actuellement? Il y en a un, là, je peux vous le dire.

M. Bédard (Gaston) : Oui. Mais, si vous me permettez, juste avant, on n'est pas en mode... désolé si je vous ai donné cette impression-là, M. le ministre, mais on n'est pas en mode de comparable au... Montréal. On s'est permis certains comparables mais pas pour tirer les choses de notre bord. Dans le fond, notre recommandation, notre positionnement est en lien avec les besoins de Québec et de l'Est du Québec et ce qu'on a comme responsabilités, aussi, comme CHU de Québec, en termes de recherche. Et puis c'est vraiment à ce niveau-là qu'on est au niveau du comparable. Je voulais le préciser au besoin.

Si vous nous demandez rapidement : Est-ce que vous êtes prêts à laisser un hôpital?, je pense qu'il faut faire attention de ne pas défaire les structures dans lesquelles on avance. Mais, juste avant, quand vous dites : Il y a... Puis je le dis bien respectueusement, mais, en 2012, on a fait un pas. On n'a pas anticipé le projet de loi n° 10, mais on était conscients qu'il y avait des besoins en termes de donner davantage d'accès, faciliter la fluidité des services, réduire l'administration. Et on l'a déjà fait! Et d'ailleurs, en guise d'entrée de jeu cet après-midi, j'ai parlé de l'importance ou l'ampleur du CHU de Québec déjà, qu'on a déjà fait des pas depuis 2012 puis on est à une étape cruciale à ce niveau-là. Maintenant, de là à dire est-ce qu'on libère un hôpital, il faudrait défaire les structures pour refaire des structures ou créer une double structure. Ça va même à l'encontre du propre projet de loi qui est sur la table, à ma connaissance. D'ailleurs, on en a parlé, c'est quelque chose qui ne nous paraît pas une solution qui serait avantageuse pour Québec, puis pour la population, puis pour les patients. Je pense que, déjà...

Je vous rappelle qu'on a cinq hôpitaux — je l'ai dit, tantôt, peut-être trop rapidement — qui sont près de la première ligne, puis on a déjà des corridors de services bien établis avec eux, on va les poursuivre. On a la chance, même, de ne pas avoir un hôpital, à quelque part, perdu dans la grande région, on en a toute une série qui sont près de cette première ligne là puis qui sont en collaboration.

Quand vous dites : Un CI, ça va être quoi?, juste notre CI, M. le ministre, à moins que je me trompe dans mes chiffres, mais le CI de Québec, il va être, lui-même, sans le CHU de Québec, un CI très, très important, au Québec, dans ses différentes spécialités, ses différents services.

Je laisserais le Dr Poitras peut-être compléter, si vous permettez.

M. Barrette : ...la parole au Dr Poitras. Je vais dans votre sens, M. Bédard, en ce sens que, quand vous avez été les premiers à faire une aussi grande intégration, je reprends vos mots, c'était pour le bénéfice des patients. Et puis, c'est vrai, là, vous avez fait quelque chose de bien. En plus, vous me dites que vous avez eu l'intérêt de vous occuper de la première ligne. Le pas d'après, c'est de l'intégrer de façon globale. Et il y a une logique, là, qui est... mais c'est la même logique que vous invoquez actuellement pour dire de ne pas le faire, la même logique, puis on l'utilise, vous et moi, pour dire de le faire ou de ne pas le faire. Mais la logique qui vous a menés à fusionner à Québec, c'est celle de l'intégration. Le bénéfice a été là. Vous nous dites en plus que vous intégrez... ou vous faites tout pour intégrer dans le corridor des services de première ligne. Pourquoi le prochain pas ne serait-il pas faisable?

Maintenant, s'il n'est pas faisable parce qu'il faut préserver une mission académique de recherche, que je ne vois pas qui serait altérée par le projet de loi, bien, à ce moment-là, qu'est-ce que vous me suggérez pour que le CISSS qui serait né, là, de cette nouvelle affaire là, qui n'existe pas actuellement... va être composé de quoi? Je vais dans votre sens, là, je vous demande de me donner la solution québécoise de Québec.

M. Poitras (Julien) : Il va être composé des autres établissements lorsqu'on...

M. Barrette : Bien, il n'y en a pas d'autre. On ne peut pas faire un CISSS de CLSC, là. J'intègre quoi, là?

M. Poitras (Julien) : Il y en a plein d'autres...

M. Barrette : Ça, ça s'appelle un CSSS.

M. Poitras (Julien) : Il y a la réadaptation, il y a un centre de jeunesse, il y a une douzaine d'établissements, là, qui ne sont pas le CHU et l'institut dans la région de Québec.

M. Barrette : Le projet de loi vise à intégrer le continuum de soins. Ce que vous me donnez comme option, c'est d'intégrer un continuum tronqué de soins.

M. Poitras (Julien) : Non, c'est de continuer dans le même sens qu'on travaille depuis deux ans avec cette fusion-là puis avec l'expertise qu'on a développée et que vous avez vous-même vantée concernant les capacités qu'on a de créer des ententes de service avec les autres établissements en première ligne, en posthospitalisation ou autres.

Et les éléments qu'on vous amène, de réflexion, concernant la proposition sont vraiment de deux ordres et ne sont pas du tout comparatifs avec la région de Montréal. L'élément principal qui est soulevé, c'est la question de... Vous parlez de notre expertise, de l'exemple qui est donné par ce qui a été fait par cette fusion-là. Ce qu'on vous dit, c'est que cette fusion-là, c'est extrêmement pesant sur les équipes. C'est grevant en termes d'efforts qui doivent être mis pour fusionner des équipes médicales mais également l'ensemble des autres équipes de professionnels, les cadres, etc. Ce qu'on vous dit, c'est que ça fait 27 mois qu'on travaille là-dessus. On en arrive à peine à pouvoir, actuellement, là, surnager. Puis, oui, on a des succès, mais ces succès-là restent fragiles, et l'idée d'amener une fusion supplémentaire nous fait extrêmement craindre un recul de deux ans, là, facilement, sur les développements, et ce qu'on a réussi à faire, et ce que vous mettez de l'avant.

L'autre ordre de risque qui est soulevé, c'est la question du «branding», la marque de commerce. Un CHU, ça veut dire quelque chose. Vous vous promenez de façon internationale, un CISSS, ça ne dira pas du tout... quoi que ce soit à un chercheur français qui cherche une collaboration au Québec, alors qu'un CHU, ça reste quelque chose qui est marquant et qui signifie quelque chose pour des collaborations futures, pour le positionnement du CHU sur l'échiquier international.

• (16 h 30) •

M. Barrette : Je vais me permettre un commentaire, puis là je vais... j'annonce à l'avance mon biais, là, il est biaisé, là : Avant, j'étais président de ce qu'on pouvait appeler le comité des plaintes du monde médical et, lorsque vous avez fait votre fusion, là, je peux vous dire que je n'ai reçu aucune plainte de la région de Québec. Alors, quand vous me dites... C'est vrai qu'il y a une difficulté à faire des fusions, là, mais elle s'est faite dans une surprenante harmonie, d'une part, et elle s'est faite dans un silence radio le plus total. Alors, quand vous me dites que le fait d'arriver avec le projet de loi n° 10, ça va tout défaire, là, ça, j'ai de la misère à le concevoir à cause de l'expérience des trois dernières années, d'une part.

Et, d'autre part, je vais revenir à votre argumentaire. Votre argumentaire fondamental, là, que vous exprimez très clairement, et je ne le conteste pas, c'est le «branding». C'est le terme que vous utilisez, là, je vais l'utiliser, moi aussi, c'est ça. Maintenant, mettons que, là, le «branding» reste, je le fais comment, moi, mon CISSS après? Où est le continuum complet? Avec quel hôpital? Et moi, je postule... On débat, là, on débat, ça sert à ça, puis on verra comment ça finira, c'est pour ça qu'on a ces échanges-là. Moi, je ne vois pas le «débranding» que ça va faire si on fait la fusion des autres activités qui existent actuellement, parce qu'il y en a pas mal moins, là, parce qu'en termes d'activités, là, les cinq hôpitaux ensemble, là, c'est 80 % de tout ce qui existe dans la grande région de Québec.

M. Naud (Alain) : M. le ministre, je tiens à appuyer ce que vous avez dit tantôt à l'effet que, depuis juillet 2012, effectivement, ça s'est bien passé, et je vais vous expliquer pourquoi : Parce qu'on a fusionné deux établissements sensiblement identiques, alors deux établissements dans la ville de Québec, à l'intérieur d'un territoire limité, qui avaient des mêmes missions de soins spécialisés, surspécialisés, qui partageaient des mêmes effectifs médicaux, dentaires et pharmaceutiques, un même bassin de clientèle et de soins à délivrer. Alors, oui, effectivement, dans ce contexte-là, les gens y ont vu une opportunité, et on a travaillé là-dessus.

Et je veux juste manifester ici que ça ne va pas de soi, on travaille là-dessus de façon intense depuis 27 mois maintenant. Moi, je mobilise, au niveau du CMDP, mes 1 600 membres autour de cette fusion-là. Mais ils sont sur leur terrain de jeu, parce qu'ils sont dans leurs missions de soins spécialisés et surspécialisés. Alors, quand moi, je fais un comité d'évaluation de l'acte, ce n'est pas pour voir si les visites à domicile se font à une fréquence régulière. Et, si vous m'aviez demandé en juillet 2012 d'intégrer en plus tous les autres établissements de la région, c'est sûr que mes 1 600 membres, ils n'auraient pas été là, là, parce que, là, on n'est plus dans leurs platebandes, on n'est plus dans le rôle qu'ils ont à jouer, on n'est plus dans les exigences qu'on leur demande et là on parle d'une tout autre chose.

Ça semble simple, une fusion. Au CMDP du CHU de Québec, j'y travaille — et moi, je suis là depuis le tout début, je pilote cette fusion-là au niveau des deux CMDP — je peux vous dire qu'il y a une quantité astronomique de temps, d'énergie. Et, quand on parle du CMDP, qui a un rôle essentiel dans l'établissement, qui est essentiellement celui d'être gardien de la qualité de l'acte, on a besoin des gens qui sont sur le terrain. Donc, comme vous le savez, le CMDP, ce sont des cliniciens qui sont sur le terrain, qui sont des volontaires et qui sont en grande partie des bénévoles. Alors, si on les laisse sur leur terrain de jeu, ils vont faire le travail, et ils le font très bien actuellement. Si vous leur demandez d'aller jouer sur des platebandes qui ne leur appartiennent pas, vous allez diluer complètement l'énergie que les gens sont prêts à mettre, et je ne suis pas sûr qu'en bout de ligne, là, il y a beaucoup de gens qui vont en bénéficier.

M. Barrette : Là-dessus, la seule chose que je peux répondre, c'est que ça dépend... c'est une question d'approche et d'attitude des individus. J'irais même jusqu'à dire que c'est une question de braquage. Moi, je pourrais vous répondre qu'on peut faire un pas, pas le trajet au complet, en arrière, là, mais on peut faire un pas en arrière et avoir un hôpital affilié qui va, à ce moment-là, jouer un rôle dans le CISSS, comme un hôpital affilié aura ce rôle-là à Montréal pour trois CISSS.

M. Poitras (Julien) : Il y a une question de timing, à mon avis, cependant, là. Ce timing-là, ce qu'on vous dit, c'est que... Vous reconnaissez, là, les bons coups puis ce qui a été fait de façon positive au niveau du CHU. Ce qu'on vous dit, c'est : Comme timing, ce n'est vraiment pas adéquat avec les efforts qui ont été mis par ces équipes-là.

Puis, moi, probablement que je travaille dans le deuxième bureau de plaintes, là, médical à la Faculté de médecine, parce qu'on reçoit également cet éclairage-là, puis je peux vous dire que...

M. Barrette : ...plaintif?

M. Poitras (Julien) : C'est ça. Puis moi... Écoutez, moi, je ne suis même pas dans l'organisation, là, je ne suis pas un professionnel qui oeuvre dans le CHU, je travaille sur la Rive-Sud de Québec, et j'ai quand même vu, là, ces équipes-là à travers ce cheminement-là qu'elles ont fait, et c'est extrêmement intensif en termes d'efforts qui ont été faits, là, à tous les niveaux, autant au niveau médical qu'en les autres professionnels.

La Présidente (Mme Hivon) : Il vous reste deux minutes.

M. Barrette : Deux minutes. Bien, écoutez, je vais terminer là-dessus. Essentiellement, je comprends donc que votre position, c'est une position essentiellement de statu quo.

M. Bédard (Gaston) : Non. Désolé, là, de vous contredire, M. le ministre, bien respectueusement, c'est loin d'être une position de statu quo. On se ramasse, à Québec, 12 institutions avec trois piliers importants pour desservir notre population, incluant nos activités suprarégionales puis incluant nos activités de recherche puis d'enseignement, puis avec des vocations qui sont provinciales dans plusieurs cas, comme vous avez vu dans notre mémoire. Et puis, déjà, on a fait des pas depuis 2012 dans le sens du projet de loi n° 10, tu sais, on n'est pas partis... Ça fait qu'on est loin d'être dans le statu quo, au contraire. Et il y a une position, que vous avez en annexe, régionale qui dit qu'avec ça, à l'intérieur des objectifs visés par le projet de loi n° 10, je pense qu'on y correspond, on y répond en large partie.

Le reste, je pense que l'expérience dans la grande région de Québec et l'Est du Québec démontre qu'on a une collaboration facile. C'est facile à dire que c'est facile, mais une collaboration, vous l'avez dit, effectivement, qui est plus naturelle, mais juste rappeler qu'il y a quand même un effort qui va devoir continuer. Et d'ailleurs vous avez prévu, dans votre projet de loi... si cette concertation ne se fait pas, vous avez déjà des articles prévus, pour d'autres régions, pour obliger cette concertation-là, qui est assez naturelle chez nous.

M. Barrette : On comprend votre commentaire. Quand je dis «statu quo», je ne veux pas dire qu'on revient à la case départ, qui est 2011, là, ce n'est pas ça que je dis. Ce que je dis, simplement, c'est que... Et je vais le dire en d'autres mots : Ce que vous nous proposez, c'est le statu quo pour ce qui est de votre situation et celle de l'IUCPQ, et vous nous proposez de faire un CISSS sans hôpital.

M. Bédard (Gaston) : Je me permets, s'il me reste quelques secondes...

La Présidente (Mme Hivon) : Il vous reste 30 secondes.

M. Bédard (Gaston) : 30 secondes, c'est suffisant, M. le ministre. Nous, c'est ça, le CHU de Québec, on s'engage avec vous, avec les autres CHU, dans les prochaines années, à regarder l'évolution de nos CHU dans des activités complémentaires, si nécessaire, avec la première ligne. Ça, vous pouvez compter sur notre appui de ce côté-là.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci beaucoup. Alors, on va maintenant passer à la période d'échange avec l'opposition officielle, donc, pour une période de 13 minutes. La parole est à vous, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Alors, bienvenue et bien heureuse de vous entendre cet après-midi, Dr Naud, Dr Poitras et M. Bédard.

Dans le fond, je vous écoute et j'essaie vraiment, là, de... Je pense que je comprends bien votre réaction. Puis j'ai quelques chiffres qui nous permettent peut-être... On ne veut pas comparer les gens, mais on vient d'entendre un groupe de Sherbrooke qui a une réalité particulière, et vous en traduisez une autre, mais juste quelques chiffres comparatifs. Par exemple, en termes de personnel dans la région de l'Estrie, là, si on regroupait selon le CISSS, on aurait 11 000 employés. De votre côté, vous en auriez 26 000. Au niveau des médecins, écoutez, on est à 918 pour l'Estrie, et puis vous en avez 1 937. Alors, on voit tout de suite qu'il y a quand même, dans des réalités... Puis, pour les populations desservies, actuellement, on l'a entendu, là, la région de Sherbrooke est autour de 300 000, et donc c'est pour ça qu'on voudrait rajouter d'autres régions pour essayer de faire quelque chose qui se rapproche de 500 000, mais vous êtes déjà, vous, à 697 000. Donc, vous traduisez quand même des réalités qui sont différentes en termes de préoccupations de société, et de regroupements, et de coalitions.

Ce que j'entends de votre démarche, c'est que vous avez eu une fusion à laquelle vous avez adhéré de bonne foi et qui correspondait à une fusion de deux établissements de santé qui étaient quand même deux établissements prestigieux, disons-le, qui avaient déjà une réputation. On sent que les médecins ont fait un effort de mise en commun de leurs cultures, de probablement beaucoup de projets qu'ils ont développés personnellement, puis ils ont mis ça en commun pour y arriver. Vous dites : Ça a pris deux ans et demi — c'est ce qu'on dit actuellement, là, on dit 25 mois, 27 mois, c'est ça — pour arriver à recréer un mode de fonctionnement adéquat au niveau du CMDP.

Alors, vous avez dit que le CMDP était responsable de la qualité de l'acte. Est-ce que vous diriez que, dans ces mois-là, là, vous avez eu moins de temps pour vous occuper de la qualité de l'acte, sans dire que vous avez été négligents, là, mais mettons que les priorités étaient ailleurs dans la conciliation d'équipes de travail pour rendre ça fonctionnel? J'aimerais ça que vous nous parliez de la fusion concrètement, au jour le jour, là.

M. Naud (Alain) : Écoutez, il se faisait déjà de l'évaluation de la qualité de l'acte, l'appréciation dans nos deux anciens établissements, le CHA et le CHUQ. Et tout ça s'est juste poursuivi de façon naturelle. Parce que, comme je

l'ai dit tantôt, l'avantage qu'on a eu en 2012, c'est de fusionner deux établissements assez identiques. Donc, les cultures étaient là, les structures étaient là, et on les a poursuivies, tout simplement. Je vous précise que, 27 mois plus tard, au niveau du CMDP — alors, je ne parlerai pas pour l'administration et tout l'établissement, là — notre fusion n'est pas encore complétée, elle est encore en cours.

Mme Lamarre : Qu'est-ce que qui n'est pas complété?

• (16 h 40) •

M. Naud (Alain) : Qu'est-ce qui n'est pas complété? C'est qu'à travers tout ça il faut, entre autres tâches, et elles sont énormes, là, revoir tous les règlements de départements et de services, refusionner notre règlement de régie interne, il faut renommer tous les chefs de département et de service pour définir un plan d'organisation clinique. Et ça, bien, on a encore des chefs de service et de département à nommer. Les anciens qui sont en place ont continué leur travail, alors les soins se sont donnés quand même. Mais, quand on veut développer maintenant, on veut s'en aller vers autre chose, on a besoin d'avoir des gens qui sont en poste de responsabilité et d'imputabilité. Donc, on a besoin, en bout de ligne, d'avoir des chefs de département, des chefs de service avec des objectifs qui sont clairement définis pour savoir qu'est-ce qu'on veut faire de plus. Et ça, bien, on est encore en train de le faire. Mais, dès le départ, on a très bien compris qu'on avait, dans l'intérêt de la population, avantage à organiser nos corridors de services aussi avec la première ligne et on s'est attardés à ça aussi, là, dès le départ, là. Alors, ça a été un gros travail.

Et j'ajouterais un élément supplémentaire, c'est que je disais tantôt : Des cliniciens au niveau du CMDP, nous sommes 1 600, alors on le fait sur une base volontaire, parce qu'on croit à notre système de santé, on veut s'impliquer dans l'amélioration, là, de la qualité des services qu'on offre à nos populations. On a besoin de support administratif pour faire ce travail-là, on a besoin de secrétaires. La fusion, là, ça amène un chambardement important, parce qu'il y a des gens qui doivent déménager, il y a des gens qui doivent changer de fonctions. Alors, ça prend du temps avant que ces gens-là soient en place définitivement, acquièrent une certaine expérience et soient capables de faire le travail. Donc, c'est des éléments avec lesquels on a composé, là, on a fait le travail qu'il fallait quand même, mais c'est éléments qui ne sont pas nécessairement facilitants quand on parle de fusionner beaucoup d'établissements en même temps. Nous, on a fait l'exercice pour deux établissements dans la région de Québec.

M. Poitras (Julien) : Je me permettrais peut-être d'ajouter également que, par-dessus ça, s'ajoute une couche, je dirais, académique, parce que tous ces intervenants-là continuent à faire de l'enseignement, à faire de la recherche, de l'évaluation des technologies. C'est l'aspect spécifique du CHU, puis c'est un des éléments importants de notre discours aujourd'hui. Là, ce qu'on vous dit, c'est que c'est une fusion qui était déjà difficile à réaliser dans un contexte d'établissements universitaires et que l'idée de présenter un seul établissement pour la région de Québec en fonction de cette réalité-là puis des spécificités du CHU, pour l'instant, n'est pas recevable.

M. Bédard (Gaston) : Je me permettrais, sur votre question, de compléter également l'information de mes deux confrères, c'est que jamais le service aux patients, patientes n'a été négligé à partir de la première journée. Ça, il n'y a pas eu de gap ou il n'y a pas eu d'écart de ce côté-là parce qu'il y a eu un projet de regroupement, un projet de fusion, absolument pas. Puis ça, c'était une des conditions pour nous, dans notre projet de regroupement.

Ce qu'on veut, puis on est rendus à 27 mois de cette fusion-là, on veut bénéficier parfaitement, complètement, totalement des effets, des bénéfices d'une telle fusion, et ça, ça prend un peu de temps. Là, je l'ai dit tout à l'heure en guise d'entrée de jeu, on est rendus à une phase cruciale, qui est l'harmonisation, qui est toute la consolidation de nos pratiques médicales dans les cinq hôpitaux, incluant nos centres spécialisés qui se retrouvent dans ces cinq hôpitaux. C'est surtout ça qu'on veut profiter pleinement de cette fusion-là, pour qu'ils nous portent plus loin, comme on le souhaite, parce que c'était notre objectif.

Mais, le service aux patients et patientes, ça, dès la première journée, pour nous, puis je pense que le Dr Naud l'a mentionné également, on a protégé ça. Ça, c'était important pour nous, mais on veut faire plus. Dr Naud.

M. Naud (Alain) : Et pour vous donner un autre exemple, Mme la députée, c'est que, d'entrée de jeu en 2012, nous avons eu à créer des comités du CMDP supplémentaires en lien avec nos missions spécialisées et surspécialisées. La loi nous impose, au CMDP, d'avoir trois comités obligatoires : pharmaco, évaluation de l'acte et comité d'examen des titres. Nous en avons 20 au CHU de Québec, alors on a dû en créer 17 supplémentaires, qui sont axés sur essentiellement l'évaluation de l'acte et la qualité des soins dans l'établissement pour tenir compte, justement, de notre mission très, très spécifique, spécialisée et surspécialisée. Alors, ça, on les a mis en place, là, dès le départ, à la fusion en 2012, parce que le besoin était là, et, pour nous, c'était important.

Mme Lamarre : Je veux rassurer de façon absolue et rassurer aussi tous les citoyens : Je n'ai jamais douté que vous ayez pu compromettre la qualité de l'acte, je sais que vous l'avez priorisée. Mais je trouve que vous êtes les premiers à nous décrire concrètement qu'est-ce que ça représente, la fusion. Et ce n'est pas juste un mot et ce n'est pas quelque chose qui se passe en claquant des doigts, il y a énormément d'énergie, ça gruge de l'énergie à tout le monde, sans permettre nécessairement le développement qu'on veut, l'amélioration. On assure des suivis, mais on fait tout ça en supplément. Et je vous remercie sincèrement parce que vous nous éclairez sur les multiples enjeux qui gravitent autour de ce que ça correspond d'avoir à se fusionner, et de faire ensemble, et de refaire, et de standardiser des choses. Et il y a des cultures. Alors, vraiment je vous remercie énormément, je pense que c'est très éclairant.

Et je nous rappelle à tous que vous étiez deux établissements qui aviez des vocations relativement similaires, et là, dans la grande fusion qu'on nous propose, on va avoir à joindre à ça des centres de réadaptation pour des déficients

intellectuels, des déficiences physiques, des centres jeunesse. Écoutez, c'est énorme, le travail. On veut juste que le ministre en prenne la mesure, de tout ce que ça représente de mettre ces fusions-là... d'imposer des fusions. Et, quand on dit qu'on va avoir une période de plusieurs années où on va rendre les choses probablement très difficiles en termes de fonctionnement de base et en termes de développement, définitivement pas. Et moi, je redis qu'on ne part pas à un niveau zéro. Dans les centres universitaires, vous avez une portion, je pense, de la population, mais, quand on regarde l'ensemble des citoyens du Québec, sur 8 millions de Québécois, on part avec 2 millions qui n'ont pas de médecin de famille actuellement, et on met en priorité ce réaménagement-là.

Alors, moi, je vais vous dire, je comprends, en tout cas, votre... Je pense qu'il y a une énergie, hein? Quand on vient de déménager une fois, on n'a pas l'énergie pour redéménager, on voudrait pouvoir profiter un petit peu de tout ce qu'on a généré, des efforts qu'on a faits. Alors, je suis sensible à votre propos. Par ailleurs, je suis celle qui, vraiment — à la première lecture, je l'avais dit — voyait bien qu'il y a une vocation suprarégionale qui doit être reconnue aussi pour la région de Québec. Alors, moi, je pense qu'il y a vraiment des dimensions que vous nous avez bien précisées et qui sont très, très éclairantes par rapport à ça.

Si vous aviez, là, à entrer dans ce processus qui nous est proposé, parce que c'est ça qui nous est imposé, avez-vous une idée de ce que ça représenterait de plus? Avez-vous des exemples de qu'est-ce que ça vous obligerait à faire et, peut-être, du temps approximatif que vous voyez que ça prendrait avant d'atteindre le parcours normal, là, de fonctionnement?

M. Naud (Alain) : Je pourrais vous répondre juste du côté des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, là, je vous en ai parlé un peu tantôt, où nous en sommes rendus, après 27 mois de travaux et d'investissement... où on n'a pas eu à gérer de résistance au changement, je tiens à le préciser, là, parce que tout le monde y a vu de belles opportunités de joindre... d'unir nos missions qui étaient communes.

On a fait ce travail-là pour fusionner deux CMDP. Dans le projet actuel, tel qu'il est proposé, si on unit tous les établissements de la région 03, là, ça représente huit CMDP qu'il faut réunir ensemble. Alors, combien de temps ça prendra? Écoutez, je ne le sais pas, je ne peux pas vous donner de réponse, mais ce ne serait certainement pas plus facile ou plus simple, parce qu'il faut, de notre côté à nous, repartir à zéro : de nouveau refusionner tous les règlements d'établissements, refaire un plan d'organisation clinique, après ça, bien, revoir toutes les ordonnances collectives de tous les établissements à la lumière du nouvel établissement, les règles d'utilisation, les règles de soins, renommer de nouveau des chefs de département et de service. Alors, ça ne nous donne pas nécessairement une longueur d'avance.

M. Bédard (Gaston) : Moi, si vous me permettez, c'est... En fait, c'est une des raisons, mais rappelez-vous les cinq raisons que j'ai énumérées, de pourquoi qu'on propose un plan pour la grande région de Québec, qui inclut des activités suprarégionales dans l'Est du Québec et des activités qui sont en lien avec nos missions universitaires. Ça, c'est important, c'est une des raisons.

Bien sûr, on n'est pas à bout de souffle, mais, après 27 mois, on dit que ça serait important d'essayer de profiter pleinement de cette fusion qu'on a réalisée, qui, elle-même, émane de cinq hôpitaux, parce qu'il y en avait d'autres avant, là, c'est une deuxième.

Mais, ceci dit, il y a d'autres raisons pourquoi on propose un projet à trois avec un CI, un CI universitaire pour la région de Québec, et également le CHU de Québec, et un institut. Il y a d'autres raisons que j'ai énumérées tantôt : de mission, d'accomplir pleinement notre mission, être bien complémentaire aux autres activités du CISSS. Ça, c'est important de ne pas l'échapper. Parce que je pense qu'on pourrait réaliser d'autres projets de regroupement, même si ça serait difficile, mais ça deviendrait hasardeux en termes de ce qu'on veut réaliser dans le projet n° 10. C'est à ce niveau-là, donc je voudrais vous le rappeler. Le Dr Poitras voudrait ajouter quelques éléments.

M. Poitras (Julien) : Très rapidement. C'est qu'il y a une difficulté supplémentaire qui s'ajoute à ce moment-là, c'est toute la question de la perte d'identité, là, dans le sens que ça veut dire quelque chose également oeuvrer dans un CHU pour les gens qui sont à l'intérieur de cet établissement-là. La question de la mission universitaire, d'un engagement de nos équipes au niveau académique, au niveau de la recherche, au niveau de l'enseignement, ce n'est pas banal, c'est ce qui permet également d'attirer des forces vives, des gens de l'extérieur. C'est un haut degré d'une haute valeur, je dirais même commerciale, entre guillemets, là, à cet égard-là. Et cette perte-là, dans une fusion avec une appellation, là, qui mitige ce rôle-là, universitaire, peut être extrêmement décourageante pour les équipes, là, du CHU, actuellement.

• (16 h 50) •

La Présidente (Mme Hivon) : Merci. Alors, on va maintenant passer au bloc d'échange avec le deuxième groupe d'opposition pour une période d'un peu moins de neuf minutes. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, Mme la Présidente. Bonjour à vous trois. En vous écoutant parler, je me disais, à la blague... En fait, une des choses qui m'agaçait dans le projet de loi qui a été proposé par le ministre, c'est le fait que Montréal garde ses instituts et ses installations universitaires autonomes et indépendantes, alors qu'à Québec on les intègre. Puis je vous avoue que ça m'agaçait parce que la raison qui est donnée, c'est qu'à Montréal on n'a pas été capables de s'intégrer, alors qu'à Québec on l'a bien fait. Je dirais que vous êtes pratiquement victimes de votre succès, ce qui est un peu particulier.

Puis je voulais dire aussi au ministre, qui dit : Je n'ai pas reçu de plaintes... puis je le comprends, parce que vous avez fait l'unanimité au sein de vos membres, mais il y a une différence entre une plainte puis une difficulté. Ça ne veut pas dire que, parce qu'il n'y a pas de plainte, il n'y a pas de difficulté. Et je comprends de ce que vous me dites que des difficultés, elles sont quand même nombreuses.

Ceci étant dit, l'objectif du projet de loi n° 10 est quand même une intégration des services, et le système actuel a des failles majeures, notamment au niveau de l'accessibilité, entre autres parce que les services ne sont peut-être pas suffisamment intégrés. Or, j'essayais de réconcilier les objectifs du projet de loi, qui sont louables, je pense, parce qu'ils visent à augmenter la prestation de services, et vos représentations, totalement légitimes... Puis l'institut de cardiologie et de pneumologie avait les mêmes, mais je dois dire qu'elles étaient tout aussi légitimes. Et tout à l'heure j'écoutais avec beaucoup d'attention les gens du CHUS puis, avant ça, les gens de l'Université de Sherbrooke venir nous parler de leur proposition, et je me demandais : Dans quelle mesure cette proposition-là pourrait trouver écho chez vous, dans la mesure où on crée, donc, pour Québec, un établissement qui est suprarégional, qui est universitaire, donc qui conserve l'ensemble de ses missions, mais qui va avoir peut-être comme intérêt d'intégrer de façon plus optimale l'ensemble du continuum de services? Donc, je voudrais vous entendre là-dessus, voir si, pour vous, c'est une proposition qui peut trouver un écho au CHUQ.

M. Bédard (Gaston) : Si vous me permettez, on parle de deux mondes. Je pense que, quand qu'on parle, pour nous, d'un CISSS universitaire, c'est un CISSS universitaire de première ligne. Là, quand on parle du CHU de Québec avec ses activités, on parle d'un centre universitaire avec d'autres aspects de sa mission, de spécialiste de deuxième, troisième ligne, tant au niveau tertiaire que quaternaire, en plus de la recherche qui est très omniprésente chez nous. On est dans une ville puis dans une région du savoir. Ça n'enlève rien aux autres régions, on est dans une ville, une région du savoir qu'on veut protéger pour l'avenir, et, pour ça, ça passe par une organisation qui est indépendante juste par sa grosseur elle-même qu'elle a, qu'elle existe actuellement, puis il faut poursuivre dans ce sens-là. Il faut, par contre...

Puis on est tout à fait en accord, puis je l'ai dit en entrée de jeu, avec les objectifs visés par le projet de loi n° 10. C'était de mieux s'intégrer, assurer une fluidité des services, faciliter les corridors de services, et on y travaille dans la grande région de Québec depuis plusieurs années. Je pense qu'on a, je dois vous dire, M. le ministre, quelques bons coups, quelques succès de ce côté-là et je pense qu'il faut poursuivre. Mais en même temps il ne faut pas négliger les autres éléments importants au niveau de la santé, parce qu'on a de la recherche, on a de l'éducation, on a de la formation, puis ça, c'est majeur, puis Québec est un lieu important à ce niveau-là, avec le RUIS puis avec l'Université Laval plus particulièrement.

Donc, juste vous dire... et il faut... Puis je pense que c'est deux choses quand on dit «intégré» ou «pas intégré». On est d'accord avec un CI universitaire, mais pour des activités universitaires de première ligne, avec toute son ampleur que ça représente, puis c'est important. Mais en même temps, quand on parle du CHU, on parle de d'autres choses, puis on parle... je l'ai dit tantôt, on ne parle pas du même environnement physique, là, on est dans deux mondes tout à fait différents — on a eu quelques statistiques, je pourrais poursuivre sur les statistiques — on est dans deux mondes différents, donc il n'y a pas nécessairement une seule réponse partout.

Puis je le redis pour le bénéfice du ministre : Nous, on croit vraiment que notre proposition va poursuivre dans la voie de l'ambition du projet n° 10 puis qu'il va aider Québec et l'ensemble de l'Est du Québec. Dans notre projet, on ne défait pas, là, on ne revient pas en arrière, on n'est pas en statu quo. Puis ce n'est pas une intégration qu'on souhaite, on vous le dit, avec le CISSS, parce qu'on ne veut pas diluer cet aspect-là.

M. Poitras (Julien) : Je pourrais peut-être préciser, M. Caire, deux petites... deux instants, sur le fait que la question de la dénomination n'est vraiment pas neutre. Quand on parle d'un CHU, on sait ce que ça veut dire, internationalement. Quand on parle d'un CISSS, ce n'est pas le cas. Puis il y a des exemples, quand même, dans le passé, là, au niveau de fusions d'établissements, pas plus loin que sur la Rive-Sud, où le CSSS du Grand-Littoral a été fusionné avec le CHAU de Lévis. Il y avait des inquiétudes à ce niveau-là, au niveau de la reconnaissance du rôle universitaire de cet établissement-là, puis ces inquiétudes-là — parce que je suis dans l'établissement comme tel — au niveau de la recherche, ça a eu des impacts, effectivement, en termes de reconnaissance, de capacité de développement. Et il faut vraiment prendre ça en considération, cet aspect-là, là, du nom, de la valeur, là, de «market» de cette appellation-là de CHU.

M. Caire : Dans l'hypothèse où on retient votre proposition et qu'on garde sa pleine autonomie au CHUQ... Moi, je vous ramène peut-être à d'autres préoccupations un peu plus terre à terre. Je vous donne un exemple. En pédopsychiatrie, on a des listes d'attente de deux ans à Québec, là, puis ça, c'est inacceptable, là, c'est humiliant, c'est gênant. Je veux dire, comme réseau, vous devez être gênés d'abandonner des enfants comme ça. Puis je ne dis pas «vous», vous personnellement, là, mais le réseau, là. On a vécu, il n'y a pas si longtemps encore, à l'hôpital de Portneuf, des découvertures parce que les médecins aimaient bien mieux pratiquer la médecine à Québec que d'aller à Portneuf. Donc, on abandonne ces populations-là.

Alors, je comprends ce que vous me dites, puis je vous suis à 100 milles à l'heure, mais en même temps, quand on parle de l'intégration des services puis... L'objectif du réseau de la santé doit aussi, essentiellement, être une prestation de services décente, ce qui n'est pas le cas présentement. Puis je m'excuse de vous le dire crûment, là, mais le système actuel échoue dans l'accessibilité aux soins, lamentablement.

Alors, comment on peut concilier votre position, qui vise à préserver des missions qui sont fondamentales et essentielles... puis, encore une fois, je le dis, je le répète, je suis d'accord avec vous, mais une prestation de services qui est tout aussi essentielle et fondamentale à une population qui en a besoin? Donc, comment vous pouvez concilier les deux?

M. Poitras (Julien) : Ce qu'on vous disait tout à l'heure, c'est que ce n'est vraiment pas le statu quo qui est proposé par la région de Québec, c'est la création d'un CIUSSS avec la reconnaissance des deux fonctions universitaires du CHU et de l'institut. Donc, on continue d'aller de l'avant et on fait preuve... et on utilise l'expertise qu'on a développée dans les dernières années en termes de signatures de protocoles d'entente pour que ces trois établissements-là puissent fonctionner toujours sous, comment dire, la collaboration de l'Université Laval pour offrir de meilleurs soins et de meilleurs services à la population. Donc, cette préoccupation-là est toujours présente.

M. Caire : Dr Poitras, si vous me permettez, je vais être peut-être plus précis dans ma question : Comment le CHUQ, qui resterait dans sa forme actuelle, et le CISSS de Québec arriveraient à dégager des corridors de services ou une intégration des services pleine et entière, comme un CISSS normal le ferait, pour assurer une augmentation du volume de services et une meilleure prestation de services sur le terrain, là? Parce que je comprends que vous voulez...

M. Naud (Alain) : Nous avons déjà entrepris cette démarche-là en 2012, et je vous donne des exemples. Il y a eu la création d'une unité d'hospitalisation brève, donc 25 lits qui sont gérés en même temps par le CHU de Québec et par le CSSS Vieille-Capitale pour désengorger les hôpitaux, permettre un milieu de transition avant le retour à domicile. Nous avons, à l'intérieur du CHU de Québec, déjà des professionnels des CSSS qui viennent oeuvrer à l'intérieur du CHU de Québec pour faire le lien avec la première ligne. Il y a des infirmières, par exemple, en toxicologie qui sont dans nos urgences pour identifier rapidement les patients qui ont des problèmes de dépendance et pouvoir après ça les réorienter aux bons endroits. Il y a des travailleuses sociales réseau qui sont dans nos hôpitaux, pour nos patients qui ont besoin d'être relocalisés. Alors, on est déjà embarqués dans cette collaboration-là, il y a deux ans, parce qu'on reconnaissait cette importance-là.

M. Caire : Ce que vous me dites, Dr Naud, c'est que ça se fait?

M. Naud (Alain) : Ça se fait déjà.

M. Caire : Ça se fait très bien, puis...

M. Naud (Alain) : Et ça peut se faire... On n'a pas besoin de rechanger toutes les structures complètement et de fusionner tout le monde pour en arriver à des collaborations de ce type-là.

Puis, encore là, M. Bédard l'a répété à plusieurs reprises, là, on veut collaborer aussi, évidemment, à cette intégration-là de la première ligne et des soins spécialisés dans le CHU de Québec. Et la reconnaissance de notre statut ou du maintien de notre statut de CHU de Québec n'est pas à l'encontre de ça du tout, là. On ne vise pas à enlever cet aspect-là, qui est important, mais je vous dis juste que, si on veut intégrer le CHU de Québec à ça, bien, le danger, c'est de perdre les missions spécifiques du CHU de Québec. Parce qu'à l'intérieur d'un CHU, au-delà de la désignation universitaire, il y a aussi des missions très, très spécifiques qui ne sont remplies par personne d'autre, là : évaluation des nouvelles technologies, développement de nouvelles façons d'opérer, utilisation du robot chirurgical qu'on fait chez nous; et notre UETMIS là, Unité d'évaluation des technologies, là, après ça fait référence et dissémine ça dans le reste du monde médical, là. Alors, ça, ça appartient à un centre hospitalier universitaire, ça ne peut pas se faire dans un centre, là, de première ligne, parce que ça implique des technologies spécialisées et surspécialisées.

La Présidente (Mme Hivon) : Je vous remercie. Alors, cela met fin à nos échanges. Alors, M. Poitras, M. Bédard et M. Naud, je vous remercie de votre présentation.

Je vais suspendre les travaux quelques instants, le temps que notre prochain groupe s'installe, le Regroupement provincial des comités d'usagers.

(Suspension de la séance à 17 heures)

(Reprise à 17 h 2)

La Présidente (Mme Hivon) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission reprend ses travaux. Alors, je souhaite maintenant la bienvenue, donc, au regroupement des comités d'usagers. Je vous rappelle que vous avez 10 minutes pour faire votre présentation. Alors, sans plus tarder, je vous laisse la parole, en vous demandant d'identifier les personnes qui vous accompagnent.

Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

M. Ménard (Claude) : Bonjour, Mme la Présidente. Je me présente : Claude Ménard, je suis le président du Regroupement provincial des comités des usagers. À ma gauche, le vice-président du regroupement provincial, André Poirier, également président du Comité des usagers CSSS Arthabaska-Érable; complètement à ma droite, également membre du conseil d'administration, Mme Catherine Bessette, qui est agente de liaison pour le comité des usagers des centres jeunesse de la Montérégie; et, à ma droite, le directeur général du RPCU, Pierre Blain.

Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, membres de la commission, merci de nous accueillir au nom des 86 % des comités des usagers et comités de résidents membres du Regroupement provincial des comités d'usagers.

Est-ce la bonne réforme pour les usagers cette fois-ci? D'entrée de jeu, le Regroupement provincial des comités d'usagers du réseau de la santé et des services sociaux pose cette simple question : Est-ce la bonne réforme pour les usagers cette fois-ci?

Depuis plus de 25 ans, le réseau de la santé et des services sociaux au Québec passe d'une étude et d'une réforme à l'autre. Des gains ont été réalisés, mais plusieurs améliorations promises ne sont pas réalisées. Gabrielle Marion-Rivard, vedette du film *Gabrielle* et présidente d'honneur de l'édition 2014 de la Semaine des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux, nous rappelait l'importance des services lors du congrès du RPCU, le 23 octobre dernier.

Pourquoi cette fois-ci serait alors la bonne? Parce que cette réforme est proposée par un ministre qui a une vision, une connaissance du milieu et qui donne une direction ferme.

Ce projet de loi est une véritable révolution dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il bouleverse tout. Le projet de loi ne met pas seulement l'emphase sur les structures, mais également sur les services à dispenser. Et c'est ce que les usagers attendaient.

Cette réforme ne pourra réussir que si les façons de faire changent. C'est à un changement de culture que le ministre nous convie avec ce projet de loi. Le diagnostic du ministre est juste.

Le RPCU a commandé un sondage à la firme Léger afin de connaître la perception des usagers sur le projet de loi n° 10. Les deux tiers des Québécois sont d'accord avec la création des CISSS.

Le RPCU a consulté également ses membres. Plusieurs craintes ont été exprimées, mais, tout bien considéré, le RPCU pense que cette réforme peut réussir.

Le RPCU donne un appui au ministre sur les grands principes du projet de loi n° 10, avec toute une obligation de résultat... avec toutefois une obligation de résultat.

Le projet de loi contient aussi des éléments que réclamaient depuis longtemps les usagers. Mentionnons la disparition des agences régionales, une plus grande fluidité entre la première et la deuxième ligne, l'introduction de corridors de services, une plus grande imputabilité, la simplification des territoires et le partage des données informatiques. Mais, avant tout, le RPCU croit que cette réforme doit avoir un sens. C'est pourquoi nous vous suggérons des modifications.

M. Blain (Pierre) : Elle doit avoir un sens d'abord dans l'appartenance à une communauté et le retour à des services de proximité, qui sont essentiels à son succès.

Le RPCU croit que l'on devrait revoir aussi la composition de certains CISSS, entre autres ceux de la Montérégie, tout comme les vocations universitaires du CHU et du CHUS.

Nous croyons surtout que l'intégration des services permettra de briser le moule de l'hospitalocentrisme et améliorera l'accessibilité aux soins et aux services pour les usagers. Ces services ne seront plus offerts seulement par des médecins en centre hospitalier, mais par l'ensemble de professionnels de la santé et des services sociaux et aussi les groupes communautaires.

La première ligne doit être mieux coordonnée sur un territoire, tant régionalement que localement.

Plusieurs craignent la disparition de l'offre service social. Le ministre doit rassurer le réseau et la population sur l'importance des services sociaux et nous parler également de promotion de la santé.

Récemment, une organisation a proposé un modèle qui remettait même en question la place des usagers sur les conseils d'administration du réseau de la santé, la voix citoyenne et la transparence dans la prise de décision des conseils d'administration.

L'État québécois n'est pas une entreprise privée. On ne gère pas des établissements de santé comme on gère un commerce. D'ailleurs, 78 % des Québécois sont d'avis que la fonction première d'un conseil d'administration est de s'assurer que les services demeurent accessibles. Nous proposons d'ailleurs de revoir l'article 174 de la loi afin d'y inclure une obligation pour les administrateurs de défendre l'intérêt public. Les codes de déontologie et d'éthique des conseils d'administration devraient favoriser l'indépendance des membres et la parole citoyenne, ce qui n'est pas le cas actuellement dans plusieurs établissements. Les groupes qui désignent des membres au conseil d'administration devraient avoir la latitude nécessaire pour faire valoir leurs points de vue, puisque ce sont eux qui sont sur le terrain et qui vivent la réalité du quotidien dans les établissements. Je parle, bien sûr, des CMDP, des conseils des infirmières, de multi et des comités des usagers.

D'ailleurs, il s'est dit dans cette assemblée, déjà en 2011, que les usagers n'étaient pas compétents pour siéger à un conseil d'administration. Moi, je vous dirai que cette affirmation est fautive, puisqu'on pourrait vous dire la même chose de vous, MM. et Mmes les députés, qui gérez un gros conseil d'administration, l'État québécois.

Un président d'un comité des usagers a même été blâmé par son conseil pour avoir pris la défense de personnes vulnérables qui avaient été maltraitées pendant des années au pavillon Marquette. Le comité de la gouvernance de l'établissement a même déclaré, dans sa décision, qu'un administrateur a l'obligation de siéger au conseil d'administration d'un établissement dans le seul et unique intérêt de cet établissement et non pas pour défendre les intérêts du groupe qui lui a permis d'accéder à ça.

Accepter une telle logique remet entièrement en question le sens démocratique de notre société et la légitimité des conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux desquels on évacuerait complètement l'intérêt public.

• (17 h 10) •

Actuellement, des conseils d'administration à Montréal et à Saint-Jean-sur-Richelieu se battent contre leurs comités des usagers par avocats interposés. C'est un gaspillage éhonté des fonds publics qui ne devrait pas exister. Le ministre devrait intervenir de la même façon qu'il l'a fait avec la publicité au CUSM et rappeler à l'ordre ces conseils.

Le regroupement s'inquiète également du libellé de l'article 12 qui prévoit qu'un seul organisme en gouvernance propose des experts pour l'établissement de profils de compétence et la recommandation des candidats. Au contraire, le ministre devrait former un groupe d'experts issus de divers horizons, dont les usagers, bien sûr. L'École nationale d'administration publique s'est déjà intéressée à cette question et devrait donc être le fer de lance pour la formation de ce groupe.

Nous estimons également que les représentants des usagers devraient continuer à occuper deux postes au sein du conseil d'administration. Il ne faut pas oublier que seuls les membres issus des conseils des usagers ont aussi des responsabilités en vertu de la loi, c'est-à-dire aller siéger au comité de vigilance. Donc, nous suggérons donc que

deux usagers... que les comités d'usagers désignent deux candidats au ministre, au conseil d'administration. Si le ministre n'est pas convaincu de ces nominations, il pourra toujours les refuser. Mais nous nous engageons, nous, le RPCU, à fournir également un profil de compétence pour que les gens qui y iraient soient aussi compétents.

Bien sûr, le projet de loi va modifier en profondeur le travail des comités des usagers et de résidents. Le nombre des comités... Nos membres sont extrêmement inquiets à ce sujet. En effet, passant de 300 comités représentant plus de 2 500 personnes... ils ne seront plus que 28 à l'avenir pour faire valoir la voix des usagers, un déficit dans la voix citoyenne, en réduisant le nombre. Cependant, le RPCU n'a pas les mêmes craintes, car nous avons proposé à nos membres un modèle qui pourrait s'appliquer facilement à tous les niveaux de l'organisation.

Cependant, le nerf de la guerre demeure tout de même les budgets. Il est essentiel de préserver les budgets actuels des comités sur une base régionale. Les mêmes sommes devraient être mises à la disposition des comités pour assurer le travail et aussi pour faire en sorte que les comités puissent conserver leur indépendance face à l'administration afin qu'ils puissent accomplir correctement et pleinement leurs mandats.

Plusieurs comités ont recours à des personnes-ressources. Il faut également rassurer ces personnes et pouvoir leur donner un genre de permanence. Il en est de même pour les établissements qui ont une vocation particulière, comme les centres jeunesse, les centres en santé mentale, en réadaptation, en déficience et en dépendance. L'accompagnement de l'utilisateur y prend une place importante.

De la même façon que nous avons dit, dans les pages précédentes, que les services doivent être donnés localement, nous croyons que la nouvelle structure des comités des usagers devrait également se calquer là.

Et, pour assurer l'indépendance des comités, il faudrait leur fournir une certaine forme de reconnaissance juridique afin qu'ils puissent administrer le budget prévu à la loi et surtout engager du personnel. C'est actuellement un écueil important qui risque de vider les comités des usagers de toute autonomie et de représentativité.

En conclusion, nous pensons que le RPCU pourrait être mandaté par le ministère pour mettre fin, dans beaucoup de cas, à des duplications, et qu'il pourrait ainsi favoriser une cohérence au niveau du travail des comités des usagers. Cela permettrait de faciliter et de coordonner la reddition des comptes, qui s'en trouverait ainsi simplifiée, et aussi de rationaliser les ressources et les dépenses que le ministère consacre à cet exercice.

Le projet de loi n° 10 est ambitieux. Le RPCU le reconnaît, mais il est prêt à lui donner une chance. Le projet de loi n° 10 est aussi l'occasion d'assurer un meilleur encadrement des comités des usagers en nous mandatant pour donner les formations nécessaires et pour coordonner les différentes redditions de comptes. Le ministre sera alors en mesure d'assurer leur autonomie et la forme juridique nécessaire à leurs activités de représentation des usagers auprès des gestionnaires et des conseils d'administration. Merci.

La Présidente (Mme Hivon) : Je vous remercie, M. Blain. Alors, je vais maintenant céder la parole à la partie ministérielle pour une durée d'un peu plus de 23 minutes. M. le ministre.

M. Barrette : Merci, Mme la Présidente. Alors, M. Ménard, M. Blain, Mme Bessette et M. Poirier, bienvenue et merci de vous présenter aujourd'hui pour venir nous faire part du très important point de vue des usagers.

Ce projet de loi là et ce changement-là, s'ils n'arrivent pas à améliorer votre situation, je pense qu'on va faire des efforts pour rien. Et, vous avez bien compris — et je vous remercie pour vos bons mots et de votre appui pour le projet de loi — vous avez bien compris, c'est pour vous autres qu'on fait ça, pour nous tous. Un jour ou l'autre, on va être là, là, et malheureusement on aura à cheminer dans ce système-là, puis on aimerait ça que ce soit mieux que ce que l'on a aujourd'hui. Et la finalité de ça, elle est vraiment dirigée vers une amélioration pour l'utilisateur, peu importe le type de service qu'il utilise, parce qu'évidemment on ne parle pas simplement ici que des hôpitaux, on parle aussi de la première ligne, des services sociaux et tous les autres services qui existent dans notre système de santé et de services sociaux.

Et vous avez été très, très, très clairs, et intenses même, je dirais, dans votre prise de position, puis je vous en félicite, je pense que vous avez mis le point sur un bon nombre de choses. Vous m'avez quand même appris un certain nombre de choses que je ne savais pas, là, et j'aimerais ça que vous élaboriez là-dessus dans quelques instants. La problématique de poursuite, là, vous me dites qu'il y a des conseils d'administration qui ont des relations juridiques avec leurs comités des usagers?

M. Blain (Pierre) : Tout tourne alentour du fait qu'un comité des... que les codes d'éthique actuels disent qu'il faut être solidaires de toutes les décisions prises par le conseil d'administration et de ne jamais intervenir à leur encontre. C'est complètement ridicule, dans un système public, quelque chose semblable.

De façon générale, les comités des usagers qui ont de bonnes relations avec le conseil d'administration ou plutôt les conseils d'administration qui comprennent bien c'est quoi, le travail d'un comité des usagers, il n'y en a pas, de problème. Mais il y a eu des cas qui se sont produits et qui sont encore en poste... qui sont encore en action actuellement, et on pense que c'est complètement ridicule.

Nous avons toujours préconisé, au RPCU, la collaboration nécessaire entre le comité des usagers et l'établissement. Pour nous, tous les deux doivent travailler ensemble. Et je vais vous donner un exemple précis où ces comités doivent travailler. Entre autres, on nous parle beaucoup de l'expérience patient. Nous, au RPCU, on a incité fortement nos comités des usagers à travailler sur l'expérience patient, d'être intégrée à l'intérieur. Par conséquent, quand on nous parle d'un comité national des patients, on n'en a pas besoin, vous les avez déjà en place, vos comités de patients, en travaillant, justement, dans cette expérience-là.

M. Barrette : J'ai envie de vous demander si c'est possible de nous donner un exemple, sans mettre personne en cause, sans que les gens se reconnaissent à la caméra, là, de ce que vous trouvez qui ne fonctionne pas, là. Parce que

ce que je comprends, c'est qu'il y a eu des circonstances... ou des décisions de conseils ont été à l'encontre de la vision du représentant ou des représentants des usagers, là. Est-ce possible d'avoir des exemples, sans qu'on puisse cibler quelqu'un ou un hôpital en particulier, là?

M. Blain (Pierre) : Oui. Pavillon Marquette. Le président du comité des usagers siégeait au conseil d'administration. Il a fait une déclaration dans un communiqué de presse que nous avons émis, nous, le RPCU. Et imaginez-vous ce qu'il a dit dans ce comité de presse là... Parce qu'il avait été blâmé dans le rapport qui avait été fait, en disant : Le comité des usagers n'a pas agi dans le cas d'une ressource intermédiaire. On ne peut pas agir dans une ressource intermédiaire quand on est un comité des usagers, on n'a pas cette responsabilité-là. Mais les rapporteurs l'avaient dit. Donc, tout simplement, dans notre communiqué de presse, il a dit : Je ne pouvais pas intervenir parce que je n'avais pas l'autorité pour le faire. Le conseil d'administration a pris ça comme un blâme à son endroit, ils l'ont convoqué en déontologie. Et c'est là où la décision, que nous avons mise là-dedans, qui dit : Il faudrait qu'un citoyen y pense à deux fois avant d'aller siéger sur un conseil d'administration. C'est ridicule.

Alors, je pense que ça se règle facilement, mais c'est pour ça que nous vous parlons de l'importance, peut-être, d'avoir aussi l'intérêt public présent sur les conseils d'administration. Et, pour nous, en le faisant en référence à l'article 3, il n'y en a aucun, problème, mais sauf qu'il y a des gens qui ont l'impression, parce qu'ils étaient dans un établissement comme ça, qu'ils étaient les rois et maîtres et qu'ils pouvaient dicter.

Dans un autre cas, pour régler un problème supposément d'attitude d'une personne, on a imposé un code de conduite aux membres du comité des usagers, sans même les convoquer, en leur disant : Vous êtes en conflit d'intérêts, vous ne pouvez pas participer à ça. Et là je ne sais pas quelles sommes ont été dépensées en frais d'avocat inutiles pour des batailles stupides.

M. Barrette : Bon...

M. Blain (Pierre) : Excusez, excusez-moi, c'est Monseigneur-De Laval.

M. Barrette : Mais c'est correct, vous, vous avez le droit d'avoir des propos non parlementaires, là, moi, je n'ai pas droit. Mais c'est comme...

Une voix : Ce qu'on ne fait jamais.

• (17 h 20) •

M. Barrette : Ce qu'on ne fait jamais. Et je ne ferai pas la pratique illégale du droit, alors je vais me réserver des commentaires, évidemment. Mais je peux comprendre, par exemple, votre sentiment.

Dans votre mémoire, vous avez, à l'annexe IV, un organigramme que vous nous proposez. Pouvez-vous l'aborder, là, l'organigramme? Parce que ce que je comprends, c'est que... Je veux juste bien comprendre, là. Dans un CISSS, il y aurait un comité des usagers, et là il y aurait une arborescence, là. Mais l'arborescence, elle est dans le CISSS, pas dans un établissement.

M. Blain (Pierre) : Voilà!

M. Barrette : Et il y a un représentant de cet organigramme-là qui est au — ou deux, là, vous allez probablement me dire «deux» — conseil d'administration. Est-ce que c'est comme ça que je dois comprendre ça?

M. Blain (Pierre) : Oui. Ce que je veux vous dire ici, en commission, c'est que, présentement, les comités des usagers, comme les articles 209 à 212 ne sont pas changés, le comité des usagers, contrairement à tous les autres comités de l'établissement, a une autonomie fonctionnelle, et il fait lui-même ses propres règlements. Par conséquent, si le comité des usagers voulait prendre un organigramme semblable... Et d'ailleurs nous l'avons validé en fin de semaine dernière, lors de notre congrès. On nous a dit : On pourrait aller par collèges électoraux, on pourrait justement... Pour élire le grand conseil du comité des usagers, on pourrait avoir des collèges électoraux qui, eux, iraient... qui colleraient, jusqu'à un certain point, à tous les CSSS que nous avons actuellement, plus les missions que nous allons y inclure. Ça voudrait dire qu'à ce niveau-là tout le monde pourrait continuer à travailler de la même façon, et il n'y aurait pas un déficit de voix citoyenne à l'intérieur de ça. Surtout que je suis convaincu que vous allez nous garantir les budgets, ce qui fait en sorte qu'à chacun de ces niveaux-là il pourrait y avoir des budgets qui seraient suffisants pour que les gens continuent à travailler comme avant et qu'on ait autant de représentations de voix citoyenne.

Bien sûr, sur le grand comité en haut, il y aurait peut-être un comité d'environ 15 personnes, ou 16, dépendant de la division qui serait faite dans ce territoire-là. Nous l'avons fait, M. Poirier l'a fait pour son territoire — et je pense que tu arrives à peu près à 18 personnes. Donc, ce sont des modèles qui existent déjà dans beaucoup de cas. Dans certains CSSS actuellement, on a divisé déjà par territoires, qui fait en sorte qu'on est capables de répondre à toutes les structures à l'intérieur du... Et, pour nous, on pense même que l'établissement devrait calquer ça pour qu'on puisse donner au niveau local la même chose, les services. Donc, c'est tout simple, cet organigramme-là, c'est le gros bon sens.

M. Barrette : Je comprends votre point, là, mais ne soyez pas vexé, mais il y a un bout que je ne vois pas, là, dans votre organigramme. Parce que, là, ici, vous faites un organigramme de CISSS et vous me parlez de continuer comme maintenant, alors que, maintenant, c'est par, évidemment, établissements. Alors là, actuellement, dans l'organigramme

que vous me proposez, là, c'est un organigramme de CISSS, il n'y a pas de comité dans les établissements, mais vous, vous me dites qu'il y en aurait un quand même.

M. Blain (Pierre) : Oui, des sous-comités, à ce moment-là. Mais mon président va vous préciser.

M. Barrette : Il manque des boîtes, à ce moment-là, sur votre...

M. Blain (Pierre) : Oui, oui, oui.

M. Ménard (Claude) : C'est que la colonne où vous voyez, là, la rangée, c'est beaucoup plus...

Une voix : ...

M. Ménard (Claude) : Oui, c'est beaucoup plus au niveau régional, dans le sens qu'autant chez André qu'en Outaouais il y a une table où il y a un regroupement régional de comités d'usagers où on regroupe un représentant de chacun, actuellement, des CSSS et chacun des représentants des comités des missions réadaptation, et on a pris comme décision : deux personnes qui représenteraient les comités de résidents.

Alors, sensiblement, au niveau régional, ça serait une répartition comme ça, qui, à partir de ce comité régional là, pourrait faire une recommandation au ministre par rapport à la désignation de deux personnes pour aller siéger au conseil d'administration, mais qui composerait également le comité des usagers du CISSS. L'important, c'est de s'assurer que, un, au niveau de chacun des territoires, les comités de résidents ne sont pas oubliés. Parce que, un, actuellement, si on prend le modèle qui est projeté, c'est qu'on retrouve à l'intérieur du CISSS beaucoup plus de représentants de comité de résidents qu'il y aurait de représentants de comités locaux au niveau des différents établissements, là, actuellement CSSS. Parce qu'on vient d'éliminer les comités d'usagers au niveau des CSSS et des missions en réadaptation, mais on n'a pas touché au niveau des comités de résidents. Alors, je pense que c'est un petit peu là où il y aurait inéquité. En établissant une espèce de comité régional qui regroupe l'ensemble des établissements actuels et/ou installations en réadaptation, bien là, à ce moment-là, on pourrait créer, à partir de ça, le comité des usagers.

M. Barrette : Je comprends bien votre point, on nous l'avait soulevé hier, là, que nos écrits, dans notre libellé, faisaient en sorte qu'effectivement il y avait un déséquilibre en faveur des comités des résidents, là. Alors, ça, c'est une erreur de notre part, là, je vous le concède, et votre organigramme permet de le corriger. Mais, si je prends toujours votre organigramme, puis je vais un petit peu à gauche, et je prends le CRDITED, par exemple, mais, de la manière que vous le présentez, il y aurait une arborescence en dessous, là.

M. Blain (Pierre) : Ils peuvent... On a fait juste un exemple dans chacune des missions. Dans le fond, on recrée ce qui est...

M. Barrette : C'est ça, dans chacune des missions, il y a une arborescence, comme pour les résidents.

M. Blain (Pierre) : C'est ça, exactement, pour chacune des autres, on fait la même chose. On reprend, dans le fond, ce qui est en place actuellement parce que ça fonctionne puis il n'y a rien qui nous empêche de le faire.

M. Barrette : O.K. Et là, à ce moment-là, le fait d'avoir un ou deux représentants au conseil d'administration, avec cette arborescence-là, vous êtes confortables.

M. Blain (Pierre) : Bien oui.

M. Barrette : Parfait.

M. Blain (Pierre) : Deux, surtout, au conseil d'administration, M. le ministre.

M. Barrette : Oui, j'avais compris.

M. Blain (Pierre) : Et nommés par le comité, bien sûr.

M. Barrette : Bien, ça, par exemple, je suis... je comprends ce point-là, il est très, très, très valable et valide. Quand vous nous parlez de reconnaissance juridique et d'éviter des duplications — l'un ne va pas avec l'autre, mais vous l'avez dit un après l'autre, là — vous faites référence à quoi spécifiquement, quand vous dites «reconnaissance juridique» et «éviter les duplications»? Alors, où sont les duplications aujourd'hui? Et vous voulez une reconnaissance juridique de quoi exactement et de quelle nature?

M. Blain (Pierre) : Le problème, le comité des usagers, de par la loi, c'est le seul qui a un budget. Il n'y a pas un autre comité, à l'intérieur de la loi sur la santé, qui a un budget. Ce n'est pas un comité de l'établissement, parce que, si c'était un comité de l'établissement, le directeur général, il aurait à y songer. La loi empêche spécifiquement un employé

de siéger à ces conseils-là. Par conséquent, c'est un comité qui est complètement indépendant mais qui relève du conseil d'administration, de la même façon, vous, M. le ministre, que vous relevez de l'Assemblée nationale et que vous devez rendre des comptes à vos députés, mais sauf que votre patron est ailleurs, parce que vous pouvez le faire.

Nous, on pense qu'en ayant une reconnaissance... Parce que, sans reconnaissance juridique, normalement on ne peut pas avoir un compte de banque. Alors, comment gère-t-on ces sommes-là si on veut être indépendants? Parce que, si... Et c'est le cas, actuellement, où il y a des conseils d'administration des établissements qui refusent à des comités des usagers de faire telle dépense parce qu'ils disent : Non, ce n'est pas ça que vous devez faire. Mais ce n'est pas à eux autres à le juger, puisqu'ils ont l'entière liberté. Cependant, on ne dit pas qu'ils doivent mal gérer. Au contraire, on pense qu'ils doivent gérer correctement les fonds publics, et c'est pour ça que nous, on pense qu'ils doivent être mieux encadrés pour le faire, et on est prêts à le faire.

M. Barrette : Est-ce que je dois comprendre, parce que c'est vraiment... Il faut une clarification, là, je cherche, là... Est-ce que ce que vous cherchez, c'est une autonomie budgétaire, simplement, ou... Parce qu'une reconnaissance juridique, ça veut dire que vous êtes juridiquement indépendants ipso facto du CISSS.

M. Blain (Pierre) : Pour nous, on ne veut pas qu'il soit complètement indépendant. Vous, comme ministre, vous pouvez décréter au registraire qu'il le fasse. Nous, ce qu'on veut, c'est vraiment une autonomie budgétaire, effectivement, le fait qu'ils puissent signer eux-mêmes.

Aïe! Imaginez-vous, M. le ministre, il est arrivé, dans des années, des établissements qui ont dit à des comités des usagers : Non, non, non, vous n'envoyez pas trois personnes au congrès du RPCU, vous allez en envoyer une. Bien, voyons! On est là pour donner de la formation. Ce n'est pas à l'établissement de déterminer quelles sont les fonctions qu'ils doivent faire. Alors, c'est dans ce sens-là que nous, on pense qu'ils doivent avoir une autonomie financière. Il faut que ce soit clarifié, d'une façon ou d'une autre. Ça peut se faire, à mon point de vue, peut-être dans une directive.

M. Barrette : Oui, d'accord. Et, l'aspect duplication, là, vous faites référence à quoi exactement?

M. Blain (Pierre) : Nous, on parle... Dans la duplication, on parle surtout au niveau de l'accompagnement aux plaintes, parce que, présentement, vous avez plusieurs instances qui le font. Le comité des usagers, lui, a une responsabilité bien particulière au niveau de l'accompagnement aux plaintes, sauf que vous avez la même chose avec un organisme communautaire, vous avez la même chose avec le commissaire aux plaintes. Pourquoi le commissaire aux plaintes devrait faire un accompagnement aux plaintes alors que vous avez un comité des usagers qui, lui, pourrait le faire? Et, à partir de ce moment-là, en travaillant avec les organismes communautaires, on pourrait joindre ces choses-là ensemble, et ça serait beaucoup plus efficace, et on pourrait donner des structures et surtout des ressources au comité des usagers pour accomplir correctement ce travail.

• (17 h 30) •

M. Barrette : Et donc vous faites référence à de la duplication dans le monde de la représentativité des usagers.

M. Blain (Pierre) : Principalement, effectivement. La même chose existe au niveau de qui représentent les comités des usagers. Présentement, ce que j'ai cru entendre en commission parlementaire hier, on est rendu à quatre ou cinq qui représentons les comités des usagers. Bien, ça fait beaucoup de monde.

M. Barrette : Je dois vous avouer qu'effectivement c'est... Je voulais voir si c'était à ça que vous faisiez référence. Parce que, vous avez raison, là, on a beaucoup de gens qui viennent représenter des catégories d'usagers, puis je pense qu'ils le font bien, là, et la bonne foi est là, puis on est tous d'accord, mais vous, vous trouvez que ça devrait être rassemblé sous un parapluie plus... un seul parapluie, en fait.

M. Blain (Pierre) : Il me semble que ça devrait être un seul parapluie, et surtout utiliser mieux les comités des usagers pour représenter les usagers. Je vous ai donné l'exemple de l'expérience patient. Tous les établissements, justement, doivent... ont, dans leur direction de la qualité... Et d'ailleurs nous avons travaillé avec la direction de la qualité à ce sujet-là. C'est absolument essentiel pour qu'on puisse avoir une cohésion. Donnons cette vraie responsabilité à aux comités des usagers, qui y travailleront, et par conséquent ils pourront intégrer aussi, dans leurs comités des usagers, des patients, des malades, mais pas juste ça. Parce qu'un usager du réseau de la santé, ce n'est pas seulement qu'un malade, c'est des gens aussi que représente Catherine, ici, les jeunes en centres jeunesse. Ce n'est pas des malades, ces gens-là. Une femme enceinte n'est pas malade. D'autres personnes, c'est... Des personnes handicapées, ce n'est pas des personnes malades. Donc, il faut qu'on puisse englober.

Le problème quand on tombe dans juste une nomenclature de maladies : on oublie, à partir de ce moment-là, beaucoup de gens et on n'est pas capables d'inclure tout le monde. Nous, on pense que le comité des usagers pourra inclure tout le monde.

M. Barrette : J'ai bien retenu de Mme Bessette son commentaire la dernière fois qu'on s'est rencontrés. Vous avez vu que j'ai toujours utilisé «usager» à date et non le mot «patient». Mais par contre je m'échappe, là. Je vous le dis, là, ça m'arrive encore de m'échapper.

Les autres organisations auxquelles vous faites référence, qui sont passées à date, à plusieurs reprises ont mentionné le souhait d'avoir un comité national d'usagers qui relève du ministre. Qu'est-ce que vous pensez de ça, vous?

M. Blain (Pierre) : Non, ce n'est pas un comité national d'usagers, c'est un comité national de patients.

M. Barrette : Bien là, eux autres, ils disent «usagers», là, mais c'est...

M. Blain (Pierre) : Bien là, je sais que vous êtes docteur, docteur. Et d'ailleurs, dans la loi sur la santé, on parle des usagers, on parle une seule fois de patients quand on parle de la rémunération qu'un médecin va recevoir.

M. Barrette : ...parce qu'on reproche souvent au projet de loi de ne pas avoir assez souvent le nom «patient». Et, comme vous le dites, moi, je peux vous dire que la loi de la santé et des services sociaux, ça a plus que 150 000 mots, puis ça a des milliers d'articles, puis effectivement il y a juste l'article 349.3 qui nomme le mot «patient», puis c'est pour transférer un dossier. Alors, on ne peut pas juger une loi au nombre de fois que le mot «patient» apparaît, mais il y en a qui le font. Mais ça, ce n'est pas grave.

M. Blain (Pierre) : Mais c'est parce que, justement, on... Pour moi, l'utilisateur est un concept beaucoup plus large. Chacun de ces groupes-là travaille correctement, et, au contraire, je pense que c'est important. La seule chose aussi, il faut comprendre parfois les intentions qui sont derrière certaines choses comme celles-là. Donc, il faut juste voir : Est-ce que c'est pour faire avancer une cause, une maladie? Mais là il va y avoir 2 000 maladies, il va y avoir 2 000 causes semblables. Comment met-on tout le monde alentour de la table? C'est impensable.

En passant, j'ai... Justement, quand on parle des patients... Puis là j'espère que vous ne serez pas choqué des propos que je vais vous tenir, mais je les ai entendus dans un grand comité. Nous ne siégeons pas ensemble, mais j'étais à un autre des comités, à la table de concertation de l'INESSS, et où on nous parlait des patients, où on voulait avoir des patients experts, et on m'a dit : Mais, vous savez, M. Blain, il n'est pas question d'avoir quelqu'un du bien-être social qui a une quatrième année. Alors, présentement, l'orientation qui se donne un peu, c'est d'aller chercher quelqu'un qui a un diplôme universitaire puis qui enseigne à l'université, et c'est eux qui représentent les patients. Non, les patients, c'est M. et Mme Tout-le-monde d'Hochelaga-Maisonneuve puis de Limoilou.

M. Barrette : Rassurez-vous, j'ai compris depuis longtemps que, peu importe son niveau d'éducation, un individu, un être humain est capable d'exprimer en général clairement sa pensée, avec des termes différents mais tout aussi percutants. Ça fait longtemps que j'ai compris ça.

Mais, pour en revenir à ces comités nationaux là, vous, vous n'y voyez pas nécessairement une plus-value, là.

M. Blain (Pierre) : Je n'y vois aucun avantage. Au contraire, je pense qu'il faut utiliser les comités des usagers correctement et les intégrer correctement à l'intérieur de toutes ces structures-là. Ils sont des sources inestimables. Vous avez eu la présentation du CHUS, tantôt, où on vous a parlé de votre comité des usagers de là-bas. Ils ont fait du travail absolument admirable. Il y en a d'autres qui le font, sauf que vous avez d'autres comités qui sont des comités de chaise avec des dames patronnesses. C'est bien gentil, mais je pense que la défense des droits demande aussi quelque chose de plus.

M. Barrette : O.K. Je pense que vos positions sont très claires, mais je peux vous assurer que, dans notre esprit, dans le projet de loi, la place que l'on réserve aux comités des usagers est toujours significative. Nous, on y voit une grande valeur. Peut-être que le poids n'est pas suffisamment important, mais je prends bonne note des recommandations que vous nous faites et j'espère que les aménagements qu'on fera vous satisferont. Je pense que j'arrive au bout de mon temps, là.

La Présidente (Mme Hivon) : ...

M. Barrette : Voilà. Merci beaucoup de vos propos et de votre appui.

La Présidente (Mme Hivon) : Alors, merci. Nous allons maintenant passer à la période d'échange avec l'opposition officielle pour une période d'un peu plus de 13 minutes. Mme la députée.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Alors, M. Blain, bonjour, bonjour à vos collaborateurs, M. Ménard, M. Poirier et Mme Bessette. Très contente de vous accueillir. Ça termine bien notre semaine. On termine sur le ton des usagers, et c'est notre priorité, ce sont ceux pour qui on travaille en priorité.

Je vous dirais quand même que votre présentation m'a amené plusieurs réactions. D'abord, juste repréciser, je croyais, d'après votre document, que le sondage Léger avait quand même dit que c'était 42 % des Québécois qui percevaient la réforme de santé de façon positive, 32 % qui ne savaient pas, puis 24 % qui considéraient que ce n'était pas une bonne chose. On ne s'obstinera pas sur les chiffres, mais il reste que 42 %, ce n'est pas deux tiers. Je veux juste apporter ça. Et je pense que l'exercice qu'on fait, qui est de mieux mettre des images concrètes sur un projet de loi, ça contribue aussi à ce que les gens comprennent bien toutes les dimensions.

Il y a une dimension dont vous avez parlé et qui m'a beaucoup troublée, c'est celle où vous dites que le comité des usagers est sujet à des poursuites. Je trouve que c'est effectivement inconcevable et je veux juste rappeler que, dans un passé récent, il y a eu un autre groupe de malades qui a été exposé à une poursuite qui a duré plusieurs années et dans laquelle notre actuel ministre de la Santé était impliqué à l'époque qu'il était président d'une fédération médicale. Alors, dans un cas comme dans l'autre, je trouve ça vraiment déplorable qu'on utilise les fonds et surtout qu'on expose les ressources, le temps, l'énergie des gens qui s'impliquent dans des comités comme les vôtres à se défendre dans des combats juridiques.

Vous avez évoqué quand même quelque chose... Et je comprends votre... et je félicite votre dévouement — vraiment vous êtes dédié, c'est plus qu'un dévouement, c'est... bon, on le sent, quand je vous ai rencontré, c'est la même chose, et votre association aussi — pour votre organisme. Et vous faites un travail extraordinaire. Et, pour avoir vu l'implication à votre colloque, le nombre de personnes que vous avez, les formations, vraiment des formations de qualité, je vous félicite, vous apportez une contribution importante. Mais il reste qu'il me semble qu'on n'est jamais trop pour faire contrepoids à toute la mégastucture de la santé. Et il y a quand même plusieurs autres groupes, comme la COPHAN, les groupes anglophones, la Coalition Priorité Cancer, CRF Côte-Nord, un chercheur pour la violence aux enfants. Il me semble que vous n'êtes pas trop de... Je vous comprends de vouloir bien positionner votre organisation, mais en même temps je pense que tous ces gens-là ont une voix, et, quelque part, vous devez effectivement tous vous féliciter d'être ces porte-parole d'organismes qui défendent vraiment les réalités qui sont parfois différentes en fonction de certains besoins d'usagers. Et parfois moi aussi, je m'échapperai en utilisant le mot «patient». Mais je fais attention.

Je trouve votre représentation des usagers, votre algorithme très intéressant, parce que je vois que vous avez travaillé dans un esprit positif et constructif. Et ça, je reconnais très bien ça. On a quand même eu un chercheur qui est venu nous dire que, quand on fait des réformes de structure et qu'on tend à trop les rendre simples, et c'est l'objectif, là — en fait, ce qu'on voit dans le projet de loi, c'est très, très simple, avec un seul C.A. — il y a un phénomène, je vous dirais, consécutif qui fait... de régénération de comités et d'autres structures qui se reconstituent. Mais ce que vous nous montrez, c'est que, votre structure actuelle, vous en avez besoin, et elle mérite d'être maintenue et d'être perpétuée, là, hein? C'est ce que vous nous démontrez.

• (17 h 40) •

M. Blain (Pierre) : Absolument. Vous avez très bien compris...

M. Barrette : M. Blain, je vais vous interrompre. Mme la Présidente, question de règlement. La députée de Taillon a fait référence, il y a quelques instants, au fait que j'aurais été impliqué juridiquement dans une poursuite qui mettait en cause les usagers. Je tiens à rappeler ici que ce sont des faits qui sont erronés. Les faits en cause impliquaient mon prédécesseur à la Fédération des médecins spécialistes. Je n'ai été ni cité en cour, ni eu à témoigner, ni ai été impliqué personnellement dans ce procès-là. Il est vrai que l'organisation l'a été, mais ceux qui ont été en cause sont mes prédécesseurs, et j'aimerais que la députée de Taillon corrige ce fait-là et s'excuse, à la limite.

La Présidente (Mme Hivon) : J'ai bien entendu le propos, alors je vais nous inviter et vous inviter tous, Mme la députée de Taillon aussi...

Mme Lamarre : Je vais...

La Présidente (Mme Hivon) : ...à la prudence. Et je ne veux pas qu'on parte un débat, les travaux se passaient bien jusqu'à maintenant, donc juste, peut-être, vous inviter à la prudence et laisser la parole à nos invités pour la suite. Merci.

M. Blain (Pierre) : Vous avez très bien compris, justement, que nous voulons conserver la voix citoyenne et nous voulons la ramener où elle était avant. Et, pour nous, ça donne l'exemple également aux CISSS qu'il faut qu'ils fassent ça. Il faut qu'on ramène au plus bas dénominateur commun, il faut revenir aux communautés. Et, pour moi, j'irais même plus loin, il faudrait qu'on envisage un jour d'aller un peu comme la France le fait avec les services de proximité. Ce sont les municipalités qui donnent les services de proximité. Les hôpitaux, les écoles, le maintien à domicile, tout ça est un service de proximité. Et, pour moi, si jamais la réforme ne donne pas ça, et si jamais, M. le ministre — je vous interpelle — dans le choix de vos présidents-directeurs généraux, qui ne comprendrait pas ça... Bien là, c'est là, le résultat. Et c'est là... Vous avez tout à fait raison, Mme Lamarre, il faut qu'on comprenne qu'il faut descendre la prise de décision. Ce n'est pas difficile.

Oui, des professeurs d'université peuvent nous dire : On va recréer... oui, c'est entendu. On conteste même le fait que, les réunions, il y a des... 80 % du temps, certains cadres font... passent leur temps en réunion. On ne veut pas ça. Il faut qu'on descende au plus bas dénominateur commun pour donner les services, et l'exemple qu'on vous dit : Nous, les comités des usagers, on est prêts à le faire puis on va continuer à travailler comme ça, et surtout que la loi ne nous l'empêche pas. Mais donnez-nous, cependant, la direction pour qu'on puisse le faire.

La Présidente (Mme Hivon) : M. Ménard, je pense que vous voulez ajouter quelque chose?

M. Ménard (Claude) : En ajout à ce que Pierre vient de mentionner, pour avoir travaillé pendant 35 ans dans le réseau, ça a été mentionné lors de d'autres présentations, ce nouveau projet de loi là va faciliter... va éviter le travail en silo. Mais je pense que c'est la même chose au niveau de l'ensemble d'une région, des différents comités d'usagers. Qu'est-ce qui fait que, un, on ne peut pas se partager entre nous cette expertise-là qui peut venir appuyer un autre comité des usagers dans une mission différente, à dire : Bien, écoutez, il y a quelque chose qui est profitable là? Alors, dans ce sens-là, je pense que, un, ça oblige les régions, les territoires à se réorganiser puis dire, bien, comment ça vaut la peine de travailler ensemble. Alors, c'est un petit peu à cet effet-là qu'on se dit : Cette nouvelle structure là, au niveau des comités d'usagers et comités de résidents, est une valeur ajoutée au niveau du réseau de la santé et des services sociaux.

M. Blain (Pierre) : Si vous me permettez d'ajouter, nous l'avons déjà démontré au RPCU. C'est comme ça qu'on fonctionne. Nous avons des représentants de toutes les régions, et plusieurs régions ont adopté le modèle qui

est proposé, et M. Ménard vous l'a dit tantôt. L'Outaouais est un exemple, l'Estrie est un exemple, le Saguenay, ça fonctionne déjà comme ça. Maintenant, la seule différence, c'est qu'ils vont prendre des décisions ensemble aussi plutôt que juste se parler.

Mme Lamarre : ...vous me parliez un peu des formations que vous donnez, parce que je pense que ça va nous éclairer sur les besoins, comment on doit bien équiper les usagers.

M. Blain (Pierre) : Vous avez tout à fait raison. Comment défend-on les droits? Ce n'est pas facile. On peut les dire... Bon, moi, je m'en vais sur un comité des usagers parce que ma mère est dans un CHSLD. Ce n'est pas ça, défendre les droits. Ça, c'est défendre ses droits à elle, s'assurer qu'elle va bien manger puis que sa couche va être changée. Ce n'est pas ça, défendre les droits. Défendre les droits, c'est de s'assurer que l'établissement va prendre les bonnes mesures pour que les usagers aient accès aux urgences, aient accès aux services et aux prises de sang. C'est ça, avoir accès à des soins, et je pense que c'est là le vrai travail qu'un comité des usagers doit faire.

Le comité des usagers a un outil extraordinaire, l'article 212, évaluation de la satisfaction... pardon, du degré de satisfaction, ce qui est complètement différent de la vocation que doit faire un établissement, et c'est là où parfois le bât blesse, où les comités n'ont pas cette formation-là, n'ont pas les moyens de le faire. Et c'est là, nous, le RPCU... Si vous mandatez un seul organisme qui serait responsable d'offrir ça, on sera capables d'arriver avec une direction.

Et je reviens au conflit que vous avez évoqué, avec le conseil d'administration. Le problème, dans beaucoup de cas, c'est un manque de formation et du comité des usagers, qui comprenait mal son travail... Un comité des usagers, ce n'est pas un groupe d'«advocacy», ce n'est pas un groupe communautaire. Un groupe communautaire est capable de déterminer sa mission, un comité des usagers ne le peut pas parce que la loi lui donne une mission particulière. Et la même chose du côté de l'établissement. Dans certains cas, des établissements disaient : Le comité des usagers, là, soyez beaux et ne parlez pas. Nous, on pense que c'est le contraire. Il faut qu'ils soient beaux mais qu'ils parlent.

Mme Lamarre : Écoutez, ça complète... Juste par rapport aux budgets, j'ai senti une préoccupation aussi, là, de voir que vos budgets soient protégés dans cette réforme-là. Pouvez-vous nous donner une idée à peu près du budget que vous avez actuellement pour le... ou du nombre d'usagers?

M. Blain (Pierre) : Les comités des usagers, globalement, au Québec, c'est environ 6,5 millions. Nous, on a toujours trouvé cependant qu'il y avait des disparités régionales et des disparités pour les établissements représentés aussi par Catherine et par M. Bousquet, ici, en arrière, qui, lui, vient des CRDITED. Ces établissements-là, dans le passé, parce qu'on calculait le pourcentage selon le budget de l'établissement, eux étaient toujours laissés pour compte, parce qu'ils avaient toujours des petits budgets. Maintenant, un grand comité qui... Supposons, donnons un exemple, supposons que la Gaspésie avait un budget global de 400 000 \$ et qu'on protège ce 400 000 \$, il faudra qu'ensuite de ça le comité des usagers, parce que c'est sa responsabilité dans la loi, répartisse ce montant-là parmi tous les comités que nous avons déterminés sur le petit organigramme. Donc, dans chacun des cas, il y aurait un budget particulier qui irait jusque-là. Par conséquent, on pourrait rétablir justement une équité entre plusieurs. Oui, c'est essentiel, ce budget-là, mais il faut que le comité puisse y avoir accès facilement. Nous, on est prêts à offrir toutes ces affaires-là.

M. Ménard (Claude) : Et, si on me permet d'ajouter, une expérience s'est vécue, en Outaouais il y a une dizaine d'années, où, avec l'agence, à ce moment-là, et les représentants de tous les comités d'usagers et de résidents, il y a eu une réorganisation au niveau des budgets au niveau de la région, qui a permis, à un certain moment donné, des ajustements, exemple, à l'ensemble des comités d'usagers de centres de réadaptation. Alors, il y a un modèle qui a été mis en place, qui a permis, exemple, aux comités en réadaptation de passer de 5 000 \$ à 9 900 ou à 11 000 \$, en tenant compte, exemple, d'une représentation régionale, en tenant compte également de dossiers que l'établissement a. Et ça, ça avait été accepté par l'ensemble des comités des usagers et l'ensemble des directions générales à ce moment-là, qui fait en sorte que, lorsque la première directive ministérielle a sorti, on a dit : On va maintenir les budgets qui sont déjà en place. Alors, ce qui fait en sorte que, un, effectivement, au niveau de d'autres régions administratives, il y a des iniquités, parce qu'il y a des centres de réadaptation qui, exemple, en Outaouais, se retrouvent avec un montant plus élevé qu'on peut retrouver dans une autre région. Alors, des modèles existent.

Mme Lamarre : Un souci d'équité dans la répartition des enveloppes, mais aussi la pertinence des formations, et ça, ça nous donne vraiment... Parce qu'il y a des gens qui ont déploré la contribution inégale. Moi, je pense que, quand on vous donne les bons moyens, vous êtes capables de bien faire les choses.

M. Blain (Pierre) : Nous avons déjà fait des propositions à cet effet, nous pensons que nous pouvons livrer la marchandise. Vous l'avez vu au congrès, vous avez vu les gens qui étaient là, la variété.

Mme Lamarre : Et la qualité.

M. Blain (Pierre) : Et la qualité, je pense.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci. Alors, je vais maintenant céder la parole au député de La Peltrie pour le temps d'échange avec le deuxième groupe de l'opposition pour une période de neuf minutes.

M. Caire : Merci, Mme la Présidente. Bonjour à vous quatre. Bien, merci de votre présentation, merci de vos propositions. Je dois vous dire que vous êtes probablement un des groupes les plus constructifs en termes de proposition qu'il nous a été donné d'entendre jusqu'à maintenant, puis je vous dirais par contre que ces propositions-là soulèvent un certain nombre de questions chez moi.

Vous parlez, dans le fond, d'avoir un mode de représentation très délocalisé qui se calquerait sur les actuels CSSS, qui aurait, finalement, la mission fondamentale dévolue au comité d'usagers, notamment sur la représentation, l'accompagnement, la formation. Cette structure-là se forme en collège électoral au niveau CSSS, calquée sur les territoires des CISSS, pour nommer un comité d'usagers régional. Je vous dirais que la mission, à ce moment-là, du comité régional, outre une répartition des budgets, là, dont vous venez de nous parler, m'échappe un peu. Parce que, si les missions fondamentales sont assurées au niveau local, quel est le besoin de les dupliquer au niveau régional, d'une part?

Et, d'autre part, j'aimerais vous entendre aussi sur les représentants au conseil d'administration. Pourquoi, à ce moment-là... Pourquoi le collège électoral ne serait pas celui qui aurait le mandat de nommer les gens appelés à le représenter sur le conseil d'administration? Et comment on assure l'indépendance des comités d'usagers versus les obligations d'un membre du conseil d'administration à s'astreindre au code d'éthique et de confidentialité du comité d'administration? Du conseil d'administration, pardon.

• (17 h 50) •

M. Blain (Pierre) : Bonne question.

M. Caire : Je le sais.

M. Blain (Pierre) : Je vais commencer par la première, c'est-à-dire la représentation au niveau régional, là. Le grand comité, dans le fond, va faire en... va s'assurer que chacun des comités locaux va travailler de la même façon. Présentement, c'est ça, le problème, il y a des disparités entre chacun des comités des usagers, qui n'ont pas une même façon de concevoir c'est quoi, le travail d'un comité. Il va falloir qu'il y ait une harmonisation.

Présentement, sur un même territoire, vous avez un comité qui fonctionne d'une façon, l'autre qui fonctionne d'une autre façon. Et c'est là où, avec les missions... Parce qu'il ne faut pas oublier que, dans les territoires, nous y ajoutons également les missions, c'est extrêmement important pour qu'ils puissent continuer à avoir des préoccupations particulières pour les clientèles les plus vulnérables comme les jeunes, les déficients intellectuels, les dépendances, etc. Le grand comité va justement harmoniser tout ce travail-là pour la représentation quand on va arriver au niveau de l'établissement comme tel.

Il y a toujours des négociations qui doivent se faire avec l'établissement, avec la direction générale. D'ailleurs, l'établissement, de façon générale, délègue quelqu'un pour être la liaison entre le comité des usagers et l'administration. Donc, ce comité qui est plus large aurait lui aussi un mandat plus large, si je peux dire, mais avec exactement les mêmes fonctions. La différence, c'est qu'on les délèguerait aussi à un autre niveau, ces fonctions-là, donc, dans un premier temps.

Le deuxième temps, concernant les conseils d'administration et leur indépendance, c'est essentiel. C'est essentiel. Il faut harmoniser les codes de déontologie. Un code de déontologie, là, quand on parle de confidentialité, il n'y en a pas, de problème à ce niveau-là. C'est plutôt : Est-ce que, justement, quand vient le temps de décréter... Parce que je dis bien : Décréter des coupures, qui, dans le passé, étaient faites par la direction générale, puis qui présentait un plan aux conseils d'administration, qui étaient des *béni-oui-oui*, souvent, puis qui disaient : Oui, voilà, on l'approuve. Là, plutôt, nous, on pense que le conseil d'administration, avec les gens compétents qui vont y être, va pouvoir donner de vraies orientations, va pouvoir dire, là, aux gens : Non, non, non...

M. Caire : Je comprends. Si vous me permettez... si vous me permettez, M. Blain...

M. Blain (Pierre) : Oui.

M. Caire : Je comprends ce que vous dites, puis je suis entièrement d'accord, mais l'essentiel de ma question n'allait pas dans cette direction-là. Je vous donne un exemple plus concret. Il va arriver qu'un conseil d'administration va recevoir une présentation ou un rapport qui n'est pas à rendre public. Ce qui va, à mon sens, un peu à l'inverse du rôle que je vois des comités d'usagers, qui est justement de s'assurer de la fluidité de l'information à tous les niveaux. Donc, comment vous conciliez ces deux missions-là qui sont... qui pourraient éventuellement être opposées?

M. Blain (Pierre) : Pour moi, il n'y a pas d'incompatibilité parce que, déjà, les comités des usagers sont là et respectent cette confidentialité. Pour moi, le problème n'est pas là, c'est l'intérêt public qui est la différence, c'est-à-dire dans les discussions publiques qu'on doit faire, et qu'on ne blâme pas...

M. Caire : Mais vous admettez que c'est une possibilité et vous dites : On est prêts à s'en accommoder.

M. Blain (Pierre) : Oui. Beaucoup de...

M. Caire : L'entité juridique, parce que, là, vous nous parlez que le comité d'usagers doit être une entité juridique, cette entité-là, on s'entend que c'est l'entité régionale, que les entités locales sont des organisations d'ordre... facilitantes mais qui n'ont pas une existence juridique, en tout cas de ce que j'ai compris.

M. Blain (Pierre) : Vous avez tout à fait raison.

M. Caire : O.K. À ce moment-là, je... Vous parlez de l'indépendance budgétaire. C'est des deniers publics, on s'entend, il y a une nécessaire reddition de comptes qui se fait. Et vous souhaitez, je comprends, avoir une certaine indépendance, à défaut d'une indépendance certaine, avec le conseil d'administration et l'établissement, ce qui est incompatible, à ce moment-là, avec un certain niveau de reddition de comptes, parce qu'on ne rend des comptes qu'à celui qui est notre patron ou celui de qui on dépend. Donc, vous la voyez comment, cette... à qui et comment, cette reddition de comptes là?

M. Blain (Pierre) : Comme elle est là actuellement, au conseil d'administration, de la même façon que le ministre de la Santé vient se présenter devant vous en commission parlementaire et défendre ses choses. La différence, c'est que vous n'êtes pas capables de lui dire quoi faire. Vous pouvez lui suggérer. Et...

M. Caire : Même ça, c'est difficile.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Blain (Pierre) : Donc, vous voyez, pour moi, oui, il faut qu'il y ait une vraie reddition de comptes, mais, d'abord, il faut que les comités comprennent comment font... dépenser leurs budgets. Il y a encore des comités des usagers qui achètent du chocolat.

M. Caire : Mais je vais faire du pouce sur ce que vous venez de dire. Théoriquement, l'Assemblée nationale pourrait refuser au gouvernement de lui octroyer les crédits que le gouvernement demande, bon, avec tout ce que ça implique comme procédures ensuite, on comprend que ça signifie donc un arbitrage par la population, une élection. Dans le cas qui nous préoccupe, est-ce que vous voyez ça de cette façon-là? Est-ce que vous diriez que le conseil d'administration pourrait, à la limite, refuser une dépense ou refuser l'octroi d'un crédit? Parce que, s'il y a reddition de comptes, il faut qu'il y ait un pouvoir d'intervention à quelque part. Je fais référence à ce que vous disiez tantôt, qu'ils nous refusaient trois personnes à notre congrès, ce qui n'a, de votre avis, pas beaucoup de bon sens, puis c'est très possible aussi, je ne veux pas juger, sauf que, si le comité... si le conseil d'administration n'a plus cette possibilité-là de sanctionner ou de refuser des dépenses, ce n'est pas une vraie reddition de comptes à ce moment-là.

Donc, comment vous... L'orchestration de ça et la conciliation avec ce que vous nous avez dit, vous le voyez comment?

M. Ménard (Claude) : Bien, je pense que, un, tout comité d'usagers a à prévoir toutes ses dépenses, toutes ses organisations en lien avec le cadre de référence. Le comité d'usagers a des fonctions légales. Alors, à partir du moment où je sors de ce cadre-là, bien, je pense que c'est tout à fait justifié de dire : Cette dépense-là...

M. Caire : Pour un conseil d'administration. C'est ça que vous dites : C'est justifié par un conseil d'administration.

M. Ménard (Claude) : Bien, un, le conseil d'administration pourrait, comme on le voit aujourd'hui, mandater le directeur général et de dire : Bien, écoutez, là... Tu sais, le conseil d'administration, je ne pense pas qu'il va recevoir une reddition de comptes, là, à tous les deux, trois mois du comité des usagers. Il va recevoir son rapport annuel.

M. Caire : Non, je comprends. Mon interrogation était à l'effet : Est-ce que... Dans le fond, ma question, c'est : Est-ce que vous reconnaissez aux conseils d'administration le droit quand même de refuser une dépense ou de ne pas octroyer des montants réclamés parce qu'ils les jugent hors de propos ou incompatibles avec votre mission?

M. Ménard (Claude) : Je dirais oui...

M. Caire : Auquel cas, il y a une certaine dépendance, quand même, qui reste avec le conseil d'administration.

M. Ménard (Claude) : Et le contraire se vit aussi. À ma connaissance, l'agence de Montréal a demandé à un établissement de rembourser le comité des usagers parce que cette dépense-là n'était pas dans le cadre...

M. Caire : La jugeait justifiée.

M. Ménard (Claude) : Alors, je me dis... oui.

M. Blain (Pierre) : Oui, vous avez raison, il faut qu'il y ait une vraie reddition de comptes. Présentement, il se faisait... pas vraiment. Nous, on dit : On est capable d'en faire une et on va le présenter aux conseils d'administration, les résultats, oui. Mais la différence, c'est que le conseil d'administration ne peut pas décider de ce qui est bon pour le comité. Est-ce que les dépenses qui sont là sont admissibles? Je vais vous donner un exemple, un exemple...

La Présidente (Mme Hivon) : ...15 secondes pour l'exemple, donc...

M. Blain (Pierre) : Oui. Communication. Est-ce qu'on peut acheter de la publicité?

M. Caire : Bien, M. Blain, avec votre permission, parce que ma dernière question, elle est, pour moi, assez fondamentale : Cette reddition de comptes là doit-elle se faire dans une assemblée publique? Parce que vous représentez les usagers. Et donc est-ce que vous considérez qu'il serait essentiel que ça se fasse dans le cadre d'une assemblée publique?

M. Blain (Pierre) : Oui.

La Présidente (Mme Hivon) : Parfait.

M. Blain (Pierre) : Puis ils le font actuellement.

M. Caire : Mais il faut continuer ça, il faut le prévoir comme ça dans la loi.

M. Blain (Pierre) : Oui, oui, absolument, absolument.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci. Merci beaucoup. Alors, merci, M. Blain, M. Ménard, Mme Bessette, M. Poirier, merci de votre présence parmi nous aujourd'hui.

Et, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux jusqu'au mercredi 5 novembre afin de poursuivre les consultations particulières et les auditions publiques sur le projet de loi n° 10. Merci et bonne soirée.

(Fin de la séance à 18 heures)