

# ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

de la Commission permanente  
des affaires sociales

Le jeudi 19 mars 1998 — N° 105

Consultations particulières sur le projet de loi n° 404 — Loi  
modifiant la Loi sur les services de santé et les services  
sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (4)

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

QUÉBEC

**Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):**

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

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

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

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

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des  
commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 19 mars 1998

### Table des matières

Auditions	1
Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec inc. (ACHAP)	1
Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)	9
Collège des médecins du Québec (CMQ)	17
Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)	25
Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle	34
Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (secteur santé et services sociaux)	39

### Intervenants

M. Rosaire Bertrand, président  
M. Léandre Dion, président suppléant

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

- \* Mme Francyne Jolicoeur, ACHAP
- \* M. Jacques Renaud, idem
- \* M. Harold J. Olney, FMRQ
- \* M. Jean-Sébastien Delisle, idem
- \* M. Jacques Castonguay, idem
- \* M. Jean Gouin, idem
- \* M. Roch Bernier, CMQ
- \* M. Denis Lazure, OPHQ
- \* Mme Anne Hébert, idem
- \* M. Benoit Coulombe, idem
- \* M. Jean-Jacques Camera, Fédération québécoise des centres de réadaptation  
pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
- \* Mme Mireille Tremblay, idem
- \* Mme Lise Hébert, Table des regroupements provinciaux d'organismes  
communautaires et bénévoles (secteur santé et services sociaux)
- \* M. Mario Bousquet, idem
- \* M. Jean Gagné, idem
- \* M. Robert Rodrigue, idem
- \* Mme Madeleine Lacombe, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 19 mars 1998

## Consultations particulières sur le projet de loi n° 404

*(Neuf heures quarante-huit minutes)*

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Mme la secrétaire, est-ce que le quorum est constaté?

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

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

Est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. M. LeSage (Hull) sera remplacé par Mme Lamquin-Éthier (Bourassa); M. Paradis (Brome-Missisquoi) par M. Marsan (Robert-Baldwin).

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. Vous avez l'ordre du jour devant vous. Il y a le député de Nelligan qui m'a demandé d'intervenir avant qu'on débute.

**M. Williams:** Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Un commentaire avant une suggestion. Compte tenu que nous sommes déjà 20 minutes en retard, je propose que le ministre demande moins de questions, et on peut récupérer le temps. Parce que, malheureusement, comme il sait que nous avons un caucus à 12 h 30, je suis un peu déçu que ça commence à être une tendance régulière qu'on commence en retard. Avec ma suggestion, peut-être qu'il peut être plus bref dans ses questions.

**M. Rochon:** M. le Président, je m'excuse d'être en retard. On va faire toute la collaboration qui va correspondre à celle qu'on va recevoir. Merci.

**M. Williams:** Une deuxième chose, M. le Président. J'ai reçu une lettre, et je pense que vous aussi et le ministre avez reçu une lettre de M. Daniel Jacoby. Je voudrais déposer cette lettre et aussi une lettre de moi-même qui propose qu'on doit entendre le Protecteur du citoyen et aussi la Commission d'accès à l'information avant que nous ayons terminé nos consultations sur le projet de loi n° 404. Je sais que le ministre a une chance peut-être pas tant de décider, mais je pense que ça va être une chose pas mal intéressante d'écouter le Protecteur du citoyen.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Nous avons reçu aussi ce document. Nous allons en prendre connaissance et regarder ce qu'on peut faire. Est-ce que c'est dans le même ordre?

● (9 h 50) ●

**Mme Lamquin-Éthier:** Oui. Il y a beaucoup d'articles qui vont avoir une incidence autant pour la clientèle qui est hébergée que pour les propriétaires. Est-ce qu'il ne serait pas intéressant d'avoir l'avis du Vérificateur général aussi?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Nous allons regarder. Non, de prime abord, mais enfin, nous allons regarder.

Alors, nous commençons nos travaux. J'invite...

**M. Williams:** M. le Président, quand est-ce que nous allons décider? Parce que la dernière journée prévue, c'est mardi prochain. Est-ce qu'on peut décider aujourd'hui?

**M. Rochon:** Dans les meilleurs délais, M. le Président.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je dirais définitivement avant mardi. O.K.?

**M. Williams:** Avant qu'on commence à l'heure, mardi?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Avant mardi, s'il vous plaît.

**Auditions**

Alors, nous recevons maintenant les représentantes de l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec inc. Je vous invite, Mme Francoeur... C'est ça?

**Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec inc. (ACHAP)**

**Mme Jolicoeur (Francyne):** Francyne Jolicoeur.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je m'excuse, Mme Jolicoeur. Je vous invite à présenter la personne qui vous accompagne et à débiter votre présentation.

**Mme Jolicoeur (Francyne):** Alors, je suis vice-présidente de l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec. Je suis accompagnée

de M. Jacques Renaud, qui est le directeur général de l'Association.

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de présenter le mémoire de notre association. Ce mémoire cible principalement les articles 146 et 147 du projet de loi n° 404. Nous traiterons des conséquences de ces changements pour les établissements privés conventionnés actuellement en opération et des modifications que nous proposons au législateur. Nous voulons également porter à votre attention ce que nous croyons être une omission, à l'article 81 du projet de loi.

Permettez-moi, dans un premier temps, de vous présenter notre association et les bases contractuelles qui nous unissent à l'État. L'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés et conventionnés du Québec, connue sous la désignation ACHAP, est un regroupement de 90 établissements de santé appartenant à un groupe de 64 entrepreneurs. Ces entrepreneurs gèrent 7 000 lits offerts aux citoyens du Québec, dans 12 régions administratives. La très grande majorité des citoyens desservis sont des personnes âgées en perte d'autonomie.

La formule «privé conventionné» en est une de partenariat privé-public, développée fin des années cinquante, début des années soixante et adaptée annuellement par un mécanisme de négociation. Chaque entrepreneur s'est vu octroyer un permis par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour opérer un établissement. Ces permis ont été octroyés en majorité à des entreprises familiales qui hébergeaient déjà, à cette époque, des gens en perte d'autonomie. L'entrepreneur a reçu, depuis ce temps, un budget de l'État pour fournir les services afin d'administrer les opérations et fournir les installations physiques requises. Le ministère de la Santé lui paie un loyer pour utiliser ces installations.

Fin des années soixante, avant l'implantation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le gouvernement met un moratoire sur le développement de cette formule. Le ministère de la Santé et des Services sociaux continue de budgétiser les opérations et les immobilisations des centres existant à cette époque, mais n'accorde plus de nouveaux permis d'exploitation.

Les représentants de l'État et ceux des entrepreneurs ont développé conjointement un modèle de budgétisation très efficace pour la gestion d'un établissement de santé et de services sociaux. Les principaux paramètres budgétaires qui lient les parties sont les suivants: le financement est assumé par le gouvernement et il y a contribution du client selon les directives du gouvernement, au même titre que dans les établissements publics; la répartition du financement est affectée à 60 % pour couvrir les dépenses des services cliniques, essentiellement les salaires du personnel, et 40 % au fonctionnement pour assurer les salaires, les fournitures, l'administration, le fonctionnement des installations, le renouvellement du mobilier ainsi que le loyer pour les bâtisses, le financement clinique, qui représente 60 % du budget, est une enveloppe fermée et sans but lucratif, alors qu'il y a possibilité de profits sur la partie fonctionnement, qui représente 40 % du budget. Bien entendu, cette profitabilité n'est possible

qu'après réalisation pleine et entière des obligations contractuelles.

Quant aux paramètres, ils comprennent: l'obligation de respecter le taux d'occupation, sinon il y a pénalité financière pour l'entrepreneur; les lits prévus au permis doivent être occupés à 99 %; les déficits sont à la charge exclusive des entrepreneurs; les entrepreneurs fournissent les bâtisses, les équipements et l'ameublement moyennant un loyer prévu à cette fin, loyer qui est révisé régulièrement pour s'ajuster aux réalités hypothécaires ou bancaires; ce sont des comités d'admission publics qui nous acheminent notre clientèle; le personnel des centres est couvert par les mêmes conventions collectives que les centres du réseau public ainsi que par les mêmes décrets sur les conditions de travail des cadres; nos centres sont soumis aux directives du ministère comme les centres du réseau public; des modalités financières précises sont convenues annuellement sur la base de ces paramètres; finalement, il y a négociation annuelle des changements requis au contrat par les parties pour l'ajuster à la réalité du réseau.

Bien que le modèle contractuel ait été initié dans les années soixante, il n'est pas inerte et a évolué régulièrement par les négociations contractuelles annuelles entre les représentants des entrepreneurs et ceux du gouvernement.

Le gouvernement et les propriétaires n'ont pas remis le cadre contractuel en cause pendant toutes ces années, mais ont plutôt travaillé à l'adapter aux réalités changeantes de notre société.

Actuellement, l'entrepreneur a une bonne base contractuelle pour trouver le financement requis pour son entreprise. Tout changement à ce régime contractuel doit être fait en minimisant les risques de rendre la situation financière des établissements privés conventionnés précaire vis-à-vis ses bailleurs de fonds, les banquiers, partenaires essentiels de son entreprise.

En décembre 1996, le ministre a déposé une nouvelle orientation concernant les établissements privés conventionnés. Ce document vient altérer profondément la relation contractuelle et les paramètres contractuels sont totalement modifiés. Nous avons convenu d'adapter les paramètres contractuels pour se conformer aux volontés du ministre. Nous comprenons donc mal qu'il y ait des modifications envisagées aux articles 475 et 476 de la loi actuelle.

Les amendements aux articles 475 et 476 proposés par le projet de loi n° 404 viennent mettre un terme au régime actuel de négociation en ce qui concerne les établissements privés conventionnés

● (10 heures) ●

Selon le nouvel article 476, qui devient l'article 147, les conditions contractuelles et les modalités de financement sont déterminées par le ministre. Selon le nouvel article 475, qui devient l'article 146, en cas de mésentente avec la régie régionale concernant les conditions contractuelles ou les modalités de financement, le ministre seul détermine le contenu du contrat. Or, la stabilité des rapports contractuels entre les établissements

privés conventionnés et l'État, basée en partie sur cette négociation, constitue le fondement des entreprises privées conventionnées.

Depuis 30 ans, cette stabilité essentielle à la viabilité de l'entreprise privée conventionnée est assurée par un contrat et des modalités de financement négociés par le ministère avec l'association mandataire des établissements.

Ce régime de négociation permet à l'établissement privé conventionné de sensibiliser le ministère aux paramètres inhérents à l'entreprise privée et permet au ministère de traduire ses attentes et de faire connaître ses exigences.

Le projet de loi n° 404, par les amendements proposés aux articles 475 et 476, menace sérieusement la stabilité des rapports contractuels entre les établissements privés conventionnés et l'État en donnant au ministre le pouvoir absolu de déterminer le contenu du contrat et des modalités de financement et en enlevant le droit de négocier avec le ministre ou la régie régionale. Ces changements majeurs nous amènent à nous questionner sur la volonté du ministère de continuer de façon positive sa relation avec notre groupe d'entrepreneurs.

Nous sommes profondément déçus de voir la teneur des modifications proposées aux articles 475 et 476. Nous avons travaillé très fort, depuis plus d'un an, à adapter nos entreprises au cadre proposé par le ministre de la Santé, dans l'orientation ministérielle qui nous a été déposée le 5 décembre 1996 et modifiée le 18 décembre de la même année. Le principe de négociation conventionnelle est, à toutes fins pratiques, éliminé par les amendements prévus.

Dussault et Borgeat, dans leur *Traité de droit administratif*, arguent en faveur d'une reconnaissance d'une forme de protection pour le particulier qui contracte librement avec l'État, et je cite: «Même si l'on admet que l'Administration doive jouir de droits et prérogatives spéciales lorsqu'elle contracte, cette situation ne doit pas faire oublier l'état de dépendance mutuelle qui existe entre la partie privée et l'organisme administratif dans l'exécution d'une tâche d'intérêt public. Aussi, apparaît-il nécessaire de garantir une juste protection des droits du particulier qui collabore librement à l'action administrative». Fin de la citation.

Selon nous, cette citation vient bien circonscrire la problématique des modifications aux articles 475 et 476 de l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux, en ce sens que les modifications proposées enlèvent à la partie privée son droit de négocier.

En fonction du régime contractuel convenu avec l'État, les établissements privés conventionnés ont fait, au cours des années, des investissements importants dans leurs installations actuelles et un marché s'est créé pour la valeur de ces entreprises.

Le nouveau régime, proposé par les amendements aux articles 475 et 476 préconisés par le projet de loi n° 404, remplacera le régime contractuel actuellement en vigueur par un régime déterminé par décret du ministre.

Déjà, dans une négociation précédente, nous avons accepté, dans le cadre d'un comité formel prévu au contrat signé entre les parties, de regarder s'il y avait des irritants dans nos modalités qui empêchent le réseau privé conventionné de se régionaliser ou de se transformer, au besoin, selon les attentes exprimées par les régies régionales et le ministre. Une lettre d'entente à cet effet avait d'ailleurs été signée par le ministère et l'ACHAP, en décembre 1995.

Selon nous, il est possible d'utiliser les modalités actuelles sans entrave aux nouvelles réalités, qu'elles résultent de la transformation, de la régionalisation et/ou des compressions. Cette opération ne s'est toutefois pas actualisée. Nous avons, à la place, négocié les nouveaux paramètres contractuels résultant de l'orientation ministérielle.

Nous pensions avoir convenu, à la satisfaction des parties, des changements requis par l'État.

Il faut se rappeler que l'orientation du ministre à notre égard n'est pas une simple négociation d'ajustement, mais bien un changement en profondeur du régime en place. L'administration change les principes de base de la relation contractuelle. Cela ne pouvait se faire en quelques semaines, voire quelques mois. Il y a 64 entreprises impliquées, un chiffre d'affaires de 300 000 000 \$, et des actifs pour également 300 000 000 \$. De plus, les règles sont stables depuis une vingtaine d'années. Il fallait quand même s'assurer que les nouvelles règles soient viables pour un entrepreneur et n'aient pas pour effet de le conduire à des difficultés financières.

Les modifications étant très sérieuses, les entrepreneurs ont eu besoin de toute leur créativité et de latitude pour relever le défi avec succès et proposer des solutions valables. Pour cela, ils ont eu besoin de temps. Oui, la négociation a été longue, mais les enjeux étaient majeurs.

Nous comprenons que le ministre se soit impatienté face à la lenteur des récentes négociations entre notre association et ses représentants. Par ailleurs, ces longues discussions devraient permettre de développer un nouveau partenariat adapté aux réalités changeantes de notre société et à la volonté de régionalisation.

Nous sommes persuadés que des conditions déterminées plus rapidement n'auraient pas permis d'atteindre des résultats satisfaisants pour les deux parties, et nous sommes sur le point d'y arriver présentement.

Nous sommes convaincus que les articles 475 et 476 actuels sont viables. Nous reconnaissons volontiers l'introduction des régies régionales en tant qu'autorités contractantes.

Selon nous, le ministre n'a pas besoin de ce pouvoir de décréter. Le principe de la négociation des conditions contractuelles ainsi que des changements réguliers qu'il faut y apporter doit demeurer. Que la fréquence de ces négociations change pour ne pas entraver l'action des régies régionales et la transformation du système ne pose pas de problème en autant que le pouvoir de négocier les conditions demeure.

Voici les modifications que nous suggérons au libellé:

«475. Une régie régionale peut, si elle estime que les besoins de sa région le justifient, conclure avec un établissement privé une convention à l'une ou l'autre des fins suivantes:

«1° le rémunérer, pour les services de santé et les services sociaux qu'il dispense conformément à la convention, à un taux forfaitaire que le gouvernement fixe pour toute catégorie de centres ou de services qu'il désigne;

«2° lui rembourser tout ou partie des dépenses qu'il fait et qui sont admissibles à l'allocation de subventions conformément aux règles budgétaires visées à l'article 465.

«Les conditions et modalités de financement prévues dans une convention conclue en application du premier alinéa sont subordonnées au respect des dispositions de l'article 476. Il en est de même dans le cas du renouvellement d'une telle convention.»

Quant au nouvel article 476, il se lirait comme suit:

«476. Le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor et aux conditions que ce dernier détermine, négocier et accepter des modalités applicables à l'ensemble des conventions de financement conclues en vertu du paragraphe 2° de l'article 475 et auxquelles, sous réserve d'exceptions prévues par le ministre, tout établissement privé conventionné sera soumis.

● (10 h 10) ●

«De cette manière, le ministre peut déterminer le contenu minimum, la durée et, si nécessaire, la forme des conventions conclues en application de l'article 475. Le contenu de ces conventions peut varier selon les régions, la nature ou l'étendue des services dispensés par les établissements de même mission ou les usagers desservis par ces derniers.»

En tant qu'entrepreneurs privés liés par un contrat, nous demandons le maintien de la négociation contractuelle prévue à l'article 476 de la loi actuelle. En raison de son imputabilité, l'entrepreneur privé doit respecter ses engagements financiers et assumer ses déficits, s'il y a lieu. Étant captif de son seul client, l'État, il doit pouvoir convenir des conditions contractuelles pour ne pas mettre son entreprise en péril.

Finalement, nous portons à votre attention que le libellé de l'article 269.1 visé par l'article 81 du projet de loi n° 404 est ambigu et porte à confusion pour les établissements privés conventionnés. Cet article 269.1 traite de l'avoir propre d'un établissement sans préciser s'il s'agit d'un établissement public ou privé conventionné, alors que cet article ne pourrait d'aucune façon s'appliquer à un établissement privé conventionné.

Je vous remercie de votre attention. Le directeur général de l'ACHAP, M. Jacques Renaud, se fera un plaisir de répondre à vos questions.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Vous pouvez terminer votre dernière page, là, parce que vous parlez de l'article 272, 65, 69. Les deux derniers paragraphes, est-ce que vous les avez omis ou...

**M. Jolicoeur (Francyne):** Non. Je les ai donnés.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Oui?

**M. Jolicoeur (Francyne):** L'article 269°

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je m'excuse. C'est moi qui... Alors, j'invite maintenant M. le ministre à débiter les échanges.

**M. Rochon:** Merci beaucoup pour votre mémoire et votre présentation, Mme Jolicoeur.

Vous êtes très précis sur deux points qui impliquent les établissements privés conventionnés. Je vais commencer par le dernier, parce que je pense que ça m'apparaît encore plus spécifique.

L'article 81, on va révéfier. Je peux vous assurer qu'il n'y avait pas d'intention détournée

**M. Jolicoeur (Francyne):** Non. On a pensé que c'était une omission.

**M. Rochon:** ...d'exproprier l'avoir propre d'un établissement privé conventionné. Et, comme les arrangements prévoient spécifiquement que les profits qui peuvent être faits ne sont pas sur le financement de la composante clinique, il n'y avait aucune intention là de faire quelque expropriation...

**Mme Jolicoeur (Francyne):** Non. On a vraiment pensé que c'était une omission, M. le ministre

**M. Rochon:** C'est ça. Alors, ça, je vous l'assure, là, ça va être révéfié. S'il y a des précisions, des concordances à préciser, ou quoi que ce soit, on en prend note formellement et on va bien s'assurer de ça.

Votre autre commentaire en ce qui regarde, par contre, les articles 475 et 476, là je voudrais d'abord dire que, comme vous l'avez dit, si je vous ai bien comprise, on reconnaît qu'il y a eu, depuis les trois dernières années, un changement important, très important pour les établissements privés conventionnés de soins de longue durée quant à ce qui est le régime de fonctionnement. Je pense qu'on résumerait correctement le noeud de ce changement-là en disant que, d'une part, comme vous l'avez bien dit, les ententes doivent tenir compte peut-être plus qu'avant de la réalité régionale et de l'équilibre, à l'intérieur de chaque région, des lits, des services et des soins accessibles. Vous avez accepté, d'ailleurs — je le reconnais, ça, très correctement — cette logique de planification régionale et l'équilibre nécessaire entre les ressources privées et publiques.

Un autre changement qui est important, que je reconnais et, même s'il a fallu en discuter beaucoup, là, ce n'était pas évident au début, c'est que là il y a une distinction beaucoup plus claire qui est faite et un changement important en ce qui regarde la partie de la propriété de l'établissement. Je pense qu'on a convenu que, en approchant de l'an 2000, les conditions ne sont

plus, quant aux immobilisations, ce qu'elles étaient dans les années soixante. Et, sans remettre en question ce que pouvait être l'intérêt du régime actuel quant à la propriété dans les années soixante, on ne pouvait pas — je ne veux pas rentrer dans les détails — réimaginer simplement poursuivre ce genre de régime. Par contre, on s'est bien entendu que, pour tout ce qui regarde la gestion privée de certains établissements, là, avec des modifications nécessaires, il y a toujours une collaboration, que je peux redire, qui est souhaitée de la part du gouvernement.

Maintenant, le point précis de la modification qui est proposée. Ce n'est pas du tout qu'on ne veut pas s'entendre et négocier. Je pense que, dans toutes les transactions qu'on a avec des partenaires privés, c'est tout à fait normal qu'il y ait une entente et, de toute façon, il y a une forme de contrat dont on convient. C'est vrai, parce que, en plus de vous, vous êtes les seuls, je pense, établissements privés qui avez ce genre de régime de négociation avec le gouvernement. Il y a beaucoup d'autres ressources privées dans le domaine de la santé en ce qui regarde l'hébergement. Toutes les ressources intermédiaires sont un secteur très important de différents types d'établissements privés qui ont différentes formes de contrats, soit avec des établissements ou avec le ministère.

Maintenant, l'intention de cette modification qui est faite là, c'est de corriger une chose. Comme l'article est présentement formulé, c'est un article où il n'y a pas de fins. C'était un peu une obligation de s'entendre sans formule d'obligation de résultat du processus de négociation et, au besoin, d'un arbitrage final par le gouvernement qui est quand même responsable de la dépense des fonds publics. Et c'est ça qui est la loi actuelle. On peut négocier, puis là, effectivement, je reconnais que les changements à faire étaient importants et que la longueur... On est en négociations depuis deux ans et demi, trois ans, presque. Il y a eu différentes étapes. On en a fermé. Depuis à peu près au moins un an et demi... La dernière négociation dure depuis la fin de 1996. Mais ce qui nous est apparu qui était quelque chose qu'il fallait préciser, ajuster, comme pour tout le reste du fonctionnement de la dynamique du système de santé et de services sociaux, c'est que les parties sont dans une situation de s'entendre — ça va toujours mieux quand on a convenu quelque chose par entente — mais qu'il y ait quand même un point final de décision. Ça ne peut pas aller indéfiniment.

S'il reste une chose sur laquelle on ne s'entend pas et qu'il n'y a pas moyen de trouver un terrain d'entente, bien là, on ne peut pas signer de convention. C'est comme ça que la loi est faite actuellement. Ça reste ouvert. Ça ne change pas. Puis ça peut durer de même des années et des années, à moins qu'il n'arrive quelque chose à un moment donné qui fasse qu'une des deux parties, de guerre lasse ou autrement, pour quelque autre raison...

Alors, tout ce que ça veut faire, ce n'est pas, je pense, de donner des pouvoirs exorbitants. Si c'était ça que ça avait l'air de donner, on peut apporter les précisions qu'il faut aux modifications qu'on veut faire. Mais ce qu'on vise, c'est que, après un délai de négociation

normal, en bout de ligne, s'il y a vraiment un point sur lequel il n'y a pas d'entente possible, bien, le gouvernement assume ses responsabilités, prend une décision sur comment les fonds publics vont être gérés à cet égard-là. Il va devoir en être imputable, sur le plan politique, d'avoir une décision qui va devoir démontrer l'équité et la valeur, ou en subir les conséquences. C'est ça qui est l'intention de la loi.

Encore une fois, est-ce que cette intention-là, ça aussi, vous n'êtes pas d'accord avec? Vous voulez plutôt qu'on garde un régime de négociation sans obligation de résultat, qui peut durer indéfiniment, ou si c'est des aspects particuliers, de la façon dont l'amendement est proposé, qui vous laissent croire que ça viserait quelque chose de plus ou de différent?

**M. Renaud (Jacques):** Écoutez, je pense que, au point de départ, notre perception des modifications qui étaient proposées là était effectivement plus grande que ce que vous manifestez, qui est la visée du gouvernement, à savoir qu'on en vienne, à un moment donné, à ce qu'il y ait un point que, de guerre lasse ou après une longue durée dans le temps, ils doivent être évacués et une décision soit prise. Ça, je pense que c'est une dimension qu'on arrive à comprendre.

Maintenant, notre perception était davantage celle de dire: Bon, on s'en va dans un nouveau régime où, finalement, notre droit de dire ou d'allumer une lumière rouge pour dire que ce que le gouvernement nous propose risque de mettre les entreprises en péril ou risque de nous amener à ne plus être capables d'assumer les responsabilités qu'on a prises vis-à-vis de l'État... C'est davantage ça qui nous inquiète.

● (10 h 20) ●

C'est que ça soit non pas sur un point, mais sur un ensemble de points plus large où il y aurait eu probablement moyen de s'entendre. Parce que, si on regarde l'ensemble des négociations qui ont eu lieu, que ce soit loin dans le temps ou encore les dernières, je pense que les dernières ont permis, de part et d'autre, de mieux se comprendre même si ça n'a pas toujours été facile. Mais je pense que n'importe quelle négociation, c'est ça. Elle permet aux gens de mieux se comprendre, mais souvent c'est en se brassant un petit peu. Mais c'est le propre d'une négociation. Alors, nous autres, notre impression en voyant les changements, c'est de dire: Bien, malgré qu'on en soit à un ou deux sujets de le faire, le virage ou la transformation complète des privés conventionnés, on voit apparaître ces articles-là. Alors, c'est ça qui nous a définitivement fait dire: Bon. Dommage! C'est ça qui est notre point là-dessus.

**M. Rochon:** O.K. Bon, bien, ça, on va s'assurer d'examiner correctement ce qui est là. Moi, je peux vous dire une chose, il n'y a pas une intention de dire: À l'avenir, on ne se parlera plus, puis le gouvernement va décréter de façon unilatérale, puis, que ça fasse votre affaire ou pas, tant pis! Ce n'est pas ça qui est l'intention. Par contre, c'est carrément l'intention de dire: On ne

restera pas dans un régime où il n'y a pas d'obligation de résultat puis que les deux parties puissent se regarder indéfiniment sans être capables de conclure...

**Une voix:** En chiens de faïence.

**M. Rochon:** ...comme des chiens de faïence, me suggère ma collègue. Je ne dis pas que c'est ça qu'est notre relation. C'est loin de ça, là. Parce qu'un régime comme ça, à un moment donné, ça peut amener à ça. S'il n'y a pas une obligation de résultat, il n'y a à peu près pas de régime de négociation qui est conçu comme ça. C'est ça qui nous apparaissait, en rétrospective, être une anomalie et c'est ça qu'on veut corriger. C'est sûr qu'on souhaitera toujours, je pense, comme tout gouvernement démocratique avec tous ses partenaires, d'abord tout faire pour établir des ententes, et c'est comme ça qu'on marche en général. Et je pense que la population accepte aussi, en général, qu'un gouvernement doit assumer ses responsabilités et qu'après un temps normal équitable de discussions on peut reconnaître qu'on ne peut pas forcer des gens à dire: Oui, j'accepte certaines choses. Même s'ils sont prêts à le dire, on reconnaît qu'un gouvernement peut prendre ce choix-là et, si c'est sa décision, on ira. Mais ne nous demandez pas d'être nécessairement d'accord avec ça, parce qu'on a une autre façon de voir. C'est plutôt ça qu'on vise, qu'en bout de ligne le gouvernement soit mis dans la position de prendre ses responsabilités vis-à-vis de la population, mais sur une base correcte avec ses partenaires aussi.

Alors, on va s'assurer de bien relire cet article et aussi que c'est une décision qui est prise par un gouvernement, que ce n'est pas un ministre seul, de façon isolée, qui pourrait agir de façon non encadrée, et que ce soit vraiment une responsabilité gouvernementale.

**M. Renaud (Jacques):** Remarquez que je respecte la position que vous émettez là. Nous autres, on avait davantage tablé sur le beau risque, dans le sens que, jusqu'à date, on a toujours réussi à s'entendre. Mais, comme vous dites, à un moment donné, le décisionnel, c'est l'Assemblée législative, c'est vous et vos confrères.

**M. Rochon:** Ou c'est le gouvernement, le Conseil des ministres.

**M. Renaud (Jacques):** C'est ça. Alors, on est venus livrer notre message en vous disant ce qu'on voyait, puis je pense qu'on va respecter les décisions de l'Assemblée nationale, c'est sûr.

**M. Rochon:** On va s'assurer, dans ce sens-là, d'avoir un régime qui permette qu'on s'entende.

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

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

**Mme Lamquin-Éthier:** Bonjour. Merci de votre présence et surtout du dépôt de votre mémoire que nous avons lu avec attention. Vous traitez, dans ce mémoire-là, principalement des articles 146 et 147 du projet de loi n° 404, lesquels vont venir modifier les articles 475 et 476 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Plus particulièrement quant à l'article 146 du projet de loi, soit celui qui va modifier l'article 475 de la Loi sur les services de santé, il y a une modification importante qui est introduite, suivant laquelle la régie, six mois après le début des discussions entre l'État et un établissement privé conventionné, pourra demander au ministre de déterminer les conditions de la convention.

Vous soulevez, dans votre mémoire, que cette modification ferait en sorte que la convention ne serait plus librement négociée suivant un mécanisme de négociation entre l'État et l'établissement. Quelles conséquences cette modification risque-t-elle d'entraîner sur la stabilité et la viabilité des 64 entreprises privées conventionnées, concrètement?

**M. Renaud (Jacques):** Concrètement, le danger qu'on a vu, nous, au fait que les conditions soient décrétées plutôt que convenues est relié directement tant à l'imputabilité financière qu'on a, tant aussi face à l'ensemble des services qu'on a à rendre. Alors, jusqu'à date, par le principe de la négociation, on s'est toujours assuré qu'on avait ou qu'on obtenait du gouvernement les ressources nécessaires pour pouvoir donner des services de qualité aux citoyens qui nous sont confiés. Également, cela nous permettait aussi de dire aux servants de l'État avec qui on négocie qu'avec les conditions qui étaient mises sur la table on encourait des dangers financiers. Alors, évidemment, dans le contexte où on enlève ou on limite dans le temps ce droit de négocier et qu'il y a un droit de décréter qui est présent, bien, on se dit: Si on n'a pas réussi, dans le laps de temps qui nous est accordé, à s'expliquer à fond, bien, il y a danger de ce côté-là que ça se produise. Et c'est, je pense, le point majeur qu'on voulait faire ressortir par rapport à la dimension limitative du six mois qu'ont les régies régionales. Comme ça a été dit tout à l'heure, peut-être bien que les régies régionales ne feront pas systématiquement appel au ministre pour trancher les choses après six mois, mais, si elles le font et qu'on en est dans un point crucial, bien, ça pourrait conduire à des situations difficiles.

**Mme Lamquin-Éthier:** Donc, ça pourrait notamment rendre la situation des EPC financièrement précaire.

**M. Renaud (Jacques):** Bien oui. Je pense que, pour certaines personnes, ça pourrait conduire à ça, oui, effectivement. Si vous me permettez, c'est toujours difficile d'anticiper ce que sera le futur, mais, évidemment, dans le contexte actuel où l'argent est rare..

**Mme Lamquin-Éthier:** Pouvez-vous aussi m'expliquer concrètement ce qui pourrait arriver quant à la qualité des services ou à l'étendue des services à la clientèle?

**M. Renaud (Jacques):** Bien, je vous dirais que, au niveau des services à la clientèle, probablement qu'on vit le même genre de difficulté ou de questionnement que l'ensemble des CHSLD du Québec vivent, à savoir si le niveau de ressources qu'on a actuellement pour donner les services...

**Mme Lamquin-Éthier:** Est insuffisant.

**M. Renaud (Jacques):** ...va pouvoir être augmenté. Vous savez sans doute qu'on donne des services avec un taux de satisfaction aux alentours de 70 %. C'est un plancher minimal. Et je pense qu'au cours des années à venir il va falloir qu'on envisage de pouvoir augmenter le niveau de ressources qui nous est accordé pour les services à cette clientèle-là, d'autant plus que l'ensemble du virage ambulatoire fait en sorte que la clientèle nous arrive avec une demande de soins et de services beaucoup plus forte qu'aparavant.

**Mme Lamquin-Éthier:** À l'égard du taux de satisfaction dont vous avez parlé, 70 %, il m'apparaît que ça devrait toujours être 100 % qu'on devrait satisfaire. C'est peut-être utopique, c'est peut-être idéaliste. En tout cas, je le pense sincèrement.

**M. Renaud (Jacques):** Non. Je suis entièrement d'accord avec vous.

**Mme Lamquin-Éthier:** Est-ce que vous avez observé et est-ce que vous craignez pour l'avenir, eu égard aux modifications, une diminution importante quant à la satisfaction réelle des besoins des personnes?

**M. Renaud (Jacques):** On espère que l'ensemble des conditions qu'on a actuellement vont pouvoir être maintenues et améliorées. Il est évident que des ponctions supplémentaires dans les budgets d'opération des centres risquent d'avoir des effets difficiles pour la clientèle, et on ne veut pas avoir à opérer des établissements de ce genre en sachant qu'on n'a pas les ressources complètes pour pouvoir donner à nos citoyens âgés le meilleur de ce à quoi ils ont droit.

**Mme Lamquin-Éthier:** Je partage entièrement cet objectif.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va? M. le député de Nelligan, une courte question?

● (10 h 30) ●

**M. Williams:** Oui. Merci, M. le Président. Quelques courtes questions. Merci beaucoup à l'Association pour votre présentation aujourd'hui et aussi pour votre travail dans le milieu. Vous jouez un rôle assez important. Je sais que votre mémoire était assez ciblé sur deux articles de la loi, et vous avez bel et bien présenté votre perspective sur ça. Je voudrais savoir, peut-être sur un autre sujet, tout le mécanisme des plaintes, s'il y a des problèmes. Je sais qu'il n'y a jamais de problèmes, là,

mais comment ça marche? Et avez-vous quelques commentaires sur les recommandations du projet de loi n° 404?

**M. Renaud (Jacques):** Dans un premier temps, je vous dirais qu'on vise, comme tous les établissements du réseau, à ce qu'il n'y en ait plus de plaintes. Ça, c'est ce que tout le monde souhaite dans un premier temps. Dans un deuxième temps, évidemment, comme n'importe quel groupe, nous aussi, à l'occasion, on a à composer avec ces mécanismes-là. Je pense que, à date, ce qu'on peut dire, c'est que l'introduction d'un mécanisme de plaintes, ça a été certainement une bonne chose parce que, finalement, on est au service des citoyens qui sont dans nos centres et non pas le contraire. Ça, c'est une règle de base qui est incontournable.

Quant à l'ensemble des changements qui sont proposés, il y en a un, entre autres, qu'on a trouvé facilitant compte tenu du fait qu'on a plusieurs petits établissements, c'est la question que ce ne soit pas nécessairement un cadre supérieur, mais que ce soit quelqu'un de l'établissement qui puisse recevoir les plaintes. Ça nous facilitait les choses parce que des cadres supérieurs, dans beaucoup de nos établissements, on n'en a pas.

Et, bon, pour ce qui est des mécanismes plus détaillés, je pense qu'on peut vous dire que, nous, on est capables de vivre avec les dimensions qui sont amenées là sans problème réel.

**M. Williams:** Merci. Nous avons eu quelques groupes, la semaine passée, qui ont parlé d'une liste noire, d'une «black list». Le monde a peur que, s'il fait une plainte dans un établissement public... Ils ont parlé d'un établissement public à ce temps-là. Ils ont peur parce que peut-être qu'ils vont avoir des problèmes de service plus tard. Et j'ai moi-même entendu cette question dans mon bureau de comté. Pensez-vous que ça va être intéressant d'avoir un système de plaintes plus autonome, un peu comme, peut-être, le Protecteur du citoyen, qui est complètement en dehors du système, qui peut donner soit plus une apparence de transparence et est moins directement connecté avec le réseau? Pensez-vous que ça va être utile?

**M. Renaud (Jacques):** Écoutez, je pense que je ne suis pas en mesure, vraiment, de dire un oui ou un non à ça. Ce que je peux vous signifier par rapport à la première partie de la question, c'est que c'est certain qu'il y a plusieurs personnes qui sont hébergées dans nos centres et qui en sont à un niveau d'autonomie très faible, et je ne pense vraiment pas que ce soit au niveau de l'établissement public ou des établissements privés conventionnés que le système dit de représailles envers les personnes âgées existe. Il s'agit peut-être pour nous, pour l'ensemble des acteurs, de le rendre encore plus disponible, de leur faire comprendre, à l'ensemble des citoyens qui sont là que, finalement, s'il y a quelque chose qui ne va pas, il faut le dire, plutôt en faire comme une obligation dans le but de

s'améliorer constamment. Et, dans ce sens-là, bien, je pense que tous les gestes qui sont posés, compte tenu, probablement, des discussions que vous allez avoir, vont aider à améliorer en bout de piste le système pour l'ensemble des citoyens qui sont hébergés.

**M. Williams:** Merci. Une dernière question. Pouvez-vous mettre 404 de côté pour le moment? Nous avons un moment privilégié avec le ministre disponible. Nous avons eu, année après année, des coupures dans le réseau. Nous avons vu qu'il y a de plus en plus une augmentation des cas lourds dans les centres comme les vôtres et partout. Avez-vous quelques autres suggestions au ministre pour améliorer la situation dans le réseau? Je sais que toutes les manchettes, aujourd'hui et hier, disent que ça va très mal dans le réseau. C'est votre temps, là, de passer le message, je vous donne la parole. À part de changer les règles, comme nous l'avons vu dans 404, qu'est-ce que vous avez besoin pour faire mieux votre travail comme centres d'accueil privés?

**M. Renaud (Jacques):** Bien, je vous dirais, dans un premier...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** ...M. le député, que vous n'invitez pas nos invités à être hors d'ordre, par exemple. On reste toujours dans le sujet. Allez-y.

**M. Williams:** Je laisse...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ne m'amenez à pas jouer sur la ligne. Allez-y.

**M. Williams:** La parole est à vous, et j'espère que le ministre écoute.

**M. Renaud (Jacques):** D'accord. Alors, je vais évidemment m'en tenir au secteur que je connais bien et je pense qu'il y aurait peut-être l'occasion, ici, de donner un message, effectivement, qui nous aiderait à collaborer davantage au mieux-être des citoyens dans notre fonction. Et là je fais référence au projet de loi n° 116 par lequel il y a eu des nouveaux conseils d'administration qui ont été créés sur des bases territoriales. Et, dans ce contexte-là ou cette conjoncture-là, l'établissement privé conventionné qui est sur un territoire donné avec un ensemble public, nous, on aurait souhaité qu'il puisse être partie prenante, en quelque part, avec le conseil d'administration unifié en question et que, de cette façon-là, les orientations qui sont prises par le groupe de citoyens pour une zone donnée, bien, on puisse les partager, qu'on puisse amener notre expertise là-dessus et, de cette façon-là, ne pas isoler, qu'il n'y ait pas un joueur qui soit isolé par rapport aux autres dans la prestation de services à donner. Ça, je pense que c'est peut-être un grand message qu'on pouvait envoyer dans le cadre des modifications.

**M. Williams:** Merci, monsieur.

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

**Mme Lamquin-Éthier:** Les établissements membres, là, les EPC, ils font tous un rapport annuel d'activité?

**M. Renaud (Jacques):** Pour la grande majorité, oui.

**Mme Lamquin-Éthier:** Sur 64, en tout cas une bonne proportion. Dans ce rapport annuel, est-ce qu'ils déclarent tous qu'ils... Quant au code d'éthique, au comité des usagers, au budget, est-ce qu'il y a une mention dans ce rapport d'activité là relative à ces trois thèmes-là?

**M. Renaud (Jacques):** Je ne peux pas vous l'assurer. Je pense que oui, mais ce que je peux vous dire, c'est que, je pense, 95 % ou 98 % de nos établissements ont mis en place des codes d'éthique, ont leur comité d'usagers et aident le comité des usagers en termes de gestion du budget qui lui est alloué. Et c'est une de nos forces, je pense, et un des secteurs d'intervention où on va travailler le plus fort, continuer le dialogue de plus en plus fort avec nos usagers de façon à ce que ça reflète vraiment que c'est leur domicile, cet endroit-là.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup au nom des... Oui, M. le ministre.

**M. Rochon:** Un tout petit mot. Un dernier commentaire, si vous me permettez, M. le Président. D'abord, avec l'ensemble des questions qui ont roulé, je pense que je veux redire ici que tout le réseau des privés conventionnés, les établissements que vous représentez donnent de très bons services à la population et que c'est les mêmes normes et les mêmes standards que dans le public que vous appliquez, et ça, il n'y a jamais eu de problème là-dessus, et que, d'ailleurs, là aussi, après certaines discussions, vous avez convenu que dans ces établissements-là comme dans tous ceux du réseau s'est ajoutée pour la population une garantie de qualité additionnelle en développant un système d'agrément des établissements. Ce n'est pas la seule, mais c'est une forme d'évaluation additionnelle et à laquelle tous les établissements adhèrent maintenant. Avec le Conseil québécois d'agrément, on n'a plus d'établissements, je pense, dans notre réseau, qui ne feront pas partie d'un système d'agrément comme un autre élément de plus, un autre outil de plus d'assurance de qualité, et ça, là, je vous reconnais que toutes les conditions sont prises pour que la population soit assurée d'une bonne qualité de services.

Et, en terminant, j'apprécie, M. Renaud, la façon dont vous... Je comprends que vous concevez le système de plaintes qui s'applique aussi au privé conventionné comme au public, beaucoup plus, si j'ai bien compris réponse, comme un service à la clientèle qui, lui aussi, a comme objectif d'assurer et d'améliorer constamment, comme vous l'avez dit, la qualité du service et la satisfaction du client.

**M. Renaud (Jacques):** Absolument, M. le ministre.

**M. Rochon:** Alors ça, c'est remarquable. Et, au-delà des choses où on n'a pas toujours été d'accord, sur les choses de fond, je pense qu'on s'entend très bien, et c'est ça qui est important.

● (10 h 40) ●

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. Au nom de tous les membres de la commission, merci beaucoup. J'invite maintenant les représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec à se présenter.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît. Alors, nous recevons les représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec. M. Olney, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent et débiter votre présentation.

#### Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

**M. Olney (Harold J.):** Merci. M. le Président, M. le ministre, Mme et MM. les députés, je vous remercie au nom de la Fédération des médecins résidents de nous avoir invités à présenter le point de vue des jeunes médecins à cette commission. J'aimerais tout d'abord commencer par présenter mes collègues: à mon extrême gauche, c'est le Dr Ronald Bourgeois, trésorier de la Fédération; le Dr François Cailhier, secrétaire de la Fédération; M. Jean-Sébastien Delisle, président de la Fédération des associations des étudiants en médecine du Québec; M. Jean Gouin, directeur général de la Fédération; et Me Jacques Castonguay, notre conseiller juridique.

Dans le temps qui nous est alloué, il est impossible de recouvrir tous les points qu'on a abordés dans notre mémoire. Je présenterai surtout deux mesures spécifiques qui, nous croyons, affecteront plus particulièrement les jeunes médecins dans le futur, soit les DRMG et les mesures de répartition des effectifs médicaux. Je commencerai par un bref historique des mesures qui ont été créées par législation ou par décret pendant les derniers 15 ans. Je passerai quelques commentaires sur leurs impacts et les effets pervers qui affectent surtout les jeunes médecins, bien sûr, mais également la population qui n'a pas l'accès aux mêmes soins qu'elle avait avant.

Au début des années quatre-vingt, un problème a été reconnu de répartition interrégionale des effectifs médicaux. Pour répondre à ce problème, on a mis en place plusieurs mesures pour s'assurer d'une répartition adéquate. En 1982, on a instauré le décret punitif réduisant les salaires des nouveaux médecins dans des régions urbaines. En 1984, on a créé la table de concertation qui réunissait pour la première fois tous les intervenants dans le réseau de santé et découlaient de cette table des mesures incitatives pour essayer de répondre aux besoins de répartition.

Vers la fin des années quatre-vingt, la loi 95 fut adoptée qui convertissait jusqu'à 25 % des postes en formation postdoctorale en postes de contrat, une mesure contraignant les jeunes à embarquer dans une spécialité, à travailler dans certaines régions, une mesure qui fut abandonnée plusieurs années après par manque de succès.

En 1991, le projet de loi 120 fut adopté, et on a vu le début de la régionalisation de la santé et la création des conseils médicaux régionaux qui cherchaient à répondre à des questions d'ordre médical à l'intérieur de chaque région.

En 1992, on transformait des programmes de formation par voie de décret en des catégories qui, à toutes fins pratiques, éliminaient la flexibilité de choix entre les résidences en spécialité.

En 1995, on a instauré la rémunération différentielle à la baisse pour les médecins spécialistes sortant sur le marché. Cette même année, on a accentué le virage ambulatoire et bouleversé le système avec des fusionnements d'établissements à un rythme effréné.

En 1996, on a instauré des stages obligatoires en région pour toutes les spécialités de base et l'omnipraticque.

Aujourd'hui, on note une pénurie intrarégionale. Pour y remédier, on dépose un nouveau projet de loi. Le projet de loi n° 404 vient encore modifier les règles du jeu en ce qui a trait à la répartition des effectifs médicaux. On veut créer des DRMG, transférer certains pouvoirs des conseils médicaux régionaux aux DRMG, intégrer les cabinets privés dans la planification des effectifs au même titre que les établissements. Enfin, on veut instaurer un genre de «billing number» ou permis de pratique restrictive. Et tout ça se fait pendant une période de profonde mutation. Les résultats, les effets pervers des mutations en cours sont inconnus.

Avec l'article 129 du projet de loi, le gouvernement crée une structure unique pour les médecins de famille, les départements régionaux de médecine générale. Ce département origine du syndicat professionnel des omnipraticiens. Le projet de loi verse tous les pouvoirs très larges à ce département mais ne contient aucune règle précise. Le but, c'est de permettre une répartition intrarégionale plus adéquate. La réflexion des jeunes médecins est qu'il y a plusieurs effets dangereux qui pourraient découler de ça, en premier lieu, quelque chose qu'on connaît très bien, des clauses orphelin protégeant encore une fois les droits acquis des médecins en place aux dépens des jeunes, qui vont être majoritairement touchés par ce projet. C'est un processus qui est contraire à l'approche interdisciplinaire et intégrée des soins de première, deuxième et troisième lignes proposée par le Collègue et même le ministère de la Santé. Le département sectorisera des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes. Ça crée un monopole qui risque d'exclure complètement les jeunes omnipraticiens dans certaines régions.

Dans un autre ordre d'idées, c'est aussi la fondation même, la première étape vers la capitation, un système mal adapté au Québec, mais assez séduisant pour des planificateurs. Ça laisse la porte ouverte au «billing number», l'obligation de travailler dans une région donnée sous

peine d'être exclu de la RAMQ. Ça abolit le choix libre d'installation pour le médecin et met en péril le choix du patient en ce qui a trait au médecin traitant. Ça va créer un palier administratif supplémentaire inutile et coûteux, selon nous, redondant vu qu'on a les CMR en place qui peuvent très bien répondre à ces besoins et qui ont l'avantage d'inclure les soins de première, deuxième et de troisième lignes. Un effet domino commence déjà à se faire sentir. Avec la création du DMRG, est-ce qu'on va arriver à une création de DRMS pour les médecins spécialistes, d'un DRMP pour les médecins psychiatres, d'un DMSI pour les infirmiers? La liste peut être infinie.

La FMOQ, qui prônait la création du DMRG, n'était pas du même avis il y a quelques années. Je citerai ici le mémoire qu'ils présentaient dans le cadre de l'adoption du projet de loi 120: «Il est exorbitant de soumettre l'ensemble des médecins exerçant en cabinet privé à une procédure d'agrément s'inspirant de l'esprit de la conscription militaire, procédure qui méconnaît les services que de nombreux médecins ont, pendant des multiples années, rendus à la société québécoise dans son ensemble.» C'est tout de même étonnant, un virage à 180° avec ce qu'ils proposent aujourd'hui.

● (10 h 50) ●

Quels facteurs le motivent? Y a-t-il d'autres changements qu'une enveloppe fermée? Jumelées à ces changements de DRMG, on propose, aux articles 105 et 106, des modifications de l'article 377 et l'addition de 377.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ceci cherche à intégrer tous les cabinets privés dans l'élaboration des plans d'effectifs médicaux, tant en omnipratique qu'en spécialité. L'article 168 modifie l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie et donne le pouvoir au ministre de négocier un «billing number» et, s'il n'y a pas d'entente, de l'imposer.

Pour les jeunes médecins, c'est très dangereux. Il ne faut pas intégrer les cabinets privés et fermer les régions aux jeunes. Il y a un équilibre précaire entre les spécialités. Ça prend de six à 10 ans à former un médecin et, comme on l'a vu dernièrement, ça ne prend pas très longtemps pour avoir des changements rapides dans le système. La mise à la retraite a créé des pénuries en anesthésie, en ophtalmologie. Ces mesures risquent de causer une pénurie plus grande encore. Donc, des impacts qui découlent de l'inclusion des cabinets privés: la fermeture de certaines régions pour les jeunes médecins; la fermeture de postes en spécialité dans certaines régions ou localités; la diminution du nombre de médecins qui voudraient poursuivre une formation postdoctorale dans certaines spécialités, craignant de ne pas pouvoir obtenir un poste à la fin de leur résidence. Ceci pourrait arriver à une perte de l'expertise de pointe qui est assurée par la relève. Ces derniers prendront plutôt la route de l'étranger face aux contraintes de 116.60. Cela risque de mettre en danger la qualité même de la médecine ici, au Québec, de créer une stagnation dans tout le développement de nouveaux services.

Il est déjà presque impossible pour les jeunes médecins de s'installer en cabinet privé, ils n'en ont plus

les moyens. On voit déjà la surenchère de l'achat du permis de pratique régionale. À Dorval, la fin de semaine passée, une omnipraticienne n'était pas capable de vendre sa pratique. D'inclure les cabinets privés est un pouvoir démesuré de négociation pour le gouvernement, et ce que nous craignons le plus, c'est l'installation de nouvelles mesures coercitives sans restriction.

Tout cela est proposé alors que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé convenaient, en septembre dernier, de réaliser un nouveau recensement national des médecins avant de mettre en place tout programme visant à améliorer la répartition et la rétention des effectifs médicaux. Pourquoi changer encore aujourd'hui? Pour une médecine plus humaine, de meilleure qualité? Est-ce pour l'accessibilité?

Depuis 1982, les mesures en place nous ont appris deux choses. La première, les mesures incitatives ont permis de corriger l'écart entre les régions urbaines, intermédiaires et éloignées, et, aujourd'hui, la répartition interrégionale souhaitée des effectifs médicaux a été atteinte. Depuis 1984, on a noté une augmentation de 140 % des médecins spécialistes qui s'installent en régions éloignées. On a vu une diminution de 22 % du nombre d'installations de médecins spécialistes dans des régions universitaires. Le ratio médecins spécialistes à la population s'est grandement amélioré au cours des dernières années. Le ratio de médecins omnipraticiens-population correspond amplement à la moyenne canadienne. Et comment avons-nous fait cela? Avec les jeunes médecins, c'est eux autres qui ont contribué à régler le problème. Le deuxième point qu'on a appris, c'est que les mesures coercitives mises en place ont créé des pénuries de médecins dans certaines régions situées en périphérie des régions urbaines. Là où il y a eu des incitatifs, on répond aux besoins, et il n'y a pas de problème. Donc, si on impose des mesures contraignantes comme l'inclusion des cabinets privés et les DRMG, on risque d'hypothéquer la relève. Les jeunes vont partir faute de place, faute de volonté de les accueillir comme leurs pairs. De créer une nouvelle pénurie de médecins est un risque réel.

On est en train de compromettre la formation, qui est de plus en plus exigeante. Les prérequis et les matières à maîtriser pendant une formation médicale sont de plus en plus rigoureux, les processus de certification beaucoup plus lourds. Les coûts de formation, les frais de scolarité, ici, au Québec, sans parallèle en Amérique du Nord, sont inacceptables. Les résidents sont écrasés par une dette, et on ne voit pas si on va être capable de bien en sortir. En compromettant la formation, on risque de créer des pénuries dans certaines spécialités.

On a vu avec le programme de radio-oncologie une démission marquée des résidents dans ces programmes, alors qu'on avait cru avoir un surplus d'effectifs à leur sortie. Aujourd'hui, on est en train d'embaucher des médecins étrangers, enlevant des postes qui auraient pu aller aux jeunes médecins du Québec. Je reprends, ça prend un minimum de huit ans pour former un spécialiste. Si on joue avec la relation précaire entre les spécialités, on risque de vider une spécialité et, avec des changements

imprévus, de voir des pénuries s'installer. Une fois qu'un programme est fermé, ça prend de six à 10 ans pour former d'autres médecins spécialistes. On sacrifiera toute une génération de jeunes médecins, et c'est la population qui va écoper.

Il faut valoriser les jeunes médecins, non pas les ostraciser. Encore pour reprendre les paroles de la FMOQ, il est inutile et prohibitif de construire sur une base régionale la profession médicale dans son ensemble pour résoudre — du moins, en ce qui a trait aux médecins omnipraticiens — certains problèmes mineurs d'effectifs médicaux, que les problèmes en cause soient de l'ordre de la répartition régionale à incidence institutionnelle ou, voire enfin, relatifs au domaine de la nécessaire coordination qui doit exister entre les divers niveaux de soins.

Donc, face à ces enjeux et aux effets pervers que comportent ces changements, conscients qu'il y a eu cinq lois ou règlements depuis 1990 qui n'exercent pas encore leur plein effet, la Fédération des médecins résidents recommande d'abord de recentrer nos plans d'effectifs sur les patients, répondant aux besoins réels exprimés par la population; de revoir les programmes incitatifs qui ont fait leurs preuves dans la répartition interrégionale et qu'on les adapte maintenant pour assurer une répartition intrarégionale adéquate; que les cabinets privés ne soient pas assujettis aux mêmes règles que les établissements, qu'ils soient considérés complémentaires aux établissements; qu'on rejette le projet d'implémentation des départements régionaux de médecine générale; qu'on laisse aux médecins le libre choix du lieu d'installation, qu'on élargisse plutôt le mandat des commissions médicales régionales pour inclure les responsabilités qui seraient dévolues au DRMG pour combler des lacunes mineures dans la répartition intrarégionale; de donner, par l'article 114 du projet de loi, la voix nécessaire aux médecins sur les conseils d'administration des régies régionales, d'avoir une balance avec un omnipraticien et un spécialiste sur ces conseils.

On rejette les modifications proposées aux articles 105 et 106 du projet de loi et l'article 168 du projet de loi modifiant l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

● (11 heures) ●

Avant de terminer et de céder la parole à Jean-Sébastien Delisle, le président de la Fédération des associations des étudiants en médecine du Québec, j'aimerais vous poser une question: Les jeunes médecins ont-ils une place dans le système de santé québécois? Plusieurs d'entre nous en doutent. En cherchant les commentaires de nos membres, quelque 150 sont revenus. Le commentaire le plus fréquent est de rejeter les changements proposés. En plus, une majorité inquiétante disent qu'ils quitteront le territoire québécois si le projet de loi est adopté tel qu'il est présenté actuellement.

Mmes et MM. les députés, je vous remercie de votre attention. Je cède la parole à mon collègue Jean-Sébastien Delisle; ensuite, on sera prêts à prendre vos questions.

**M. Delisle (Jean-Sébastien):** M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, la Fédération des

associations des étudiants en médecine du Québec comprend plus de 2 000 membres et regroupe, avec la FMRQ, la quasi-totalité de ceux et celles qui débiteront une carrière en médecine au cours des 10 prochaines années. C'est donc en bloc, ce matin, que vous sont présentées les propositions et recommandations d'une décennie de futurs praticiens.

Le mémoire de notre fédération a insisté sur les deux éléments du projet de loi qui sont le plus susceptibles de modifier le paysage de la médecine québécoise, c'est-à-dire l'inclusion des cabinets privés dans les plans régionaux des effectifs médicaux et l'instauration des DRMG.

Pour ce qui est des plans d'effectifs médicaux, notre fédération est sceptique face à la nécessité de réglementer à ce point la gestion des effectifs régionaux. Nous croyons que cette nouvelle mesure mènera à l'instauration de permis restrictifs sur une base régionale et constituera, par conséquent, une alternative inacceptable aux mesures déjà déployées afin de veiller au contrôle des effectifs médicaux.

Nous savons que certaines mesures incitatives ont largement contribué à améliorer, depuis 1980, la distribution de la main-d'oeuvre médicale au Québec et que l'implantation d'un système potentiellement restrictif n'est pas nécessaire, surtout dans un réseau de santé dont la restructuration n'est pas achevée. De plus, la rigidité que laisse présager ce segment du projet de loi pourrait mener à la fermeture de certaines régions et laisser les jeunes praticiens incapables de se forger une pratique saine, satisfaisante et profitable à la population du Québec.

À notre avis, le maintien d'une médecine de qualité dépend d'abord des gens qui la pratiquent et ensuite de ceux qui tentent de la gérer. C'est pourquoi nous suggérons le retrait des articles 105, 106 et 168 du projet de loi.

En ce qui concerne les DRMG, nous percevons, dans cette nouvelle structure, une volonté d'accroître le rôle des médecins omnipraticiens auprès des instances régionales. Bien que nous ne soyons pas fondamentalement opposés à ce principe, nous y voyons cependant des inconvénients qui nous poussent à rejeter, dans sa totalité, l'article 129 de l'actuel projet de loi.

En tout premier lieu, le spectre de la capitation se pointe manifestement lorsqu'on parle de regrouper toute la première ligne sous une seule autorité. En deuxième lieu, l'enseignement de la médecine insiste beaucoup sur l'importance des échanges entre différents professionnels de la santé, et nous croyons que la compartimentation que laissent entrevoir les DRMG va à l'encontre de ce que prône, par exemple, la commission pour l'exercice des années 2000, lorsqu'elle déclare que le regroupement des médecins, le travail en équipe et une approche intégrée et interdisciplinaire constituent des moyens de garantir la prise en charge d'une population donnée du point de vue des soins de santé, à la condition que soit maintenue l'importance absolue et fondamentale de la relation patient-médecin.

L'ajout d'une structure au sein des régies régionales est inquiétant si on considère que les commissions médicales régionales existent et pourraient très bien

s'acquitter des tâches que l'on veut confier aux DRMG. Enfin, soulignons que l'octroi de pouvoirs importants à quelques médecins seulement est troublant pour la relève médicale.

En conclusion, nous craignons que la population et les jeunes médecins soient lésés si ce projet de loi voit le jour dans sa forme actuelle. De façon générale, nous croyons que ces deux éléments du projet de loi privilégient davantage un idéal bureaucratique plutôt qu'humain. Merci.

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

**M. Rochon:** Oui, Merci. Alors, bienvenue à la commission, et je vous remercie pour votre mémoire qui est très détaillé, votre présentation.

Je vais d'abord répondre au moins un peu à la question que vous avez soulevée, et peut-être vous poser d'autres questions de clarification après.

Quand vous demandez: Est-ce que le médecin résident ou l'étudiant a une place dans notre système? Vous le savez, on a déjà eu quelques rencontres, on en a d'autres de prévues. Je peux vous le redire encore en cette commission, les étudiants en médecine, les résidents occupent de facto, je pense, déjà une place très importante dans le système de santé, dans la distribution des services médicaux. C'est un statut pas facile à vivre, le statut de résident, surtout de résident, parce qu'on est encore étudiant à certains égards, ou on veut bien l'être, et, par beaucoup d'activités des programmes de formation, on est dans une situation pour donner des services directement à des patients, aussi, et donc un peu un travailleur dans le système de santé. C'est deux facettes d'un rôle qui ne sont pas toujours faciles à réconcilier pour ceux qui sont dans le rôle comme pour ceux qui sont responsables de leur programme de formation, d'ailleurs, et ceux qui sont responsables du fonctionnement des établissements de santé.

Mais, de facto, c'est une fonction très importante qui est jouée dans un établissement de santé, un établissement où il se fait des programmes de formation par un médecin résident. Et, je pense, pour tous les autres professionnels et travailleurs de la santé, d'ailleurs, qui sont en formation, tous les jeunes constituent la relève. La relève, pour la continuité d'une société, d'un système de services à la population, est très importante. Et je peux comprendre très bien que, dans l'époque qu'on vit présentement, où il y a beaucoup de changements dans notre société, pas seulement dans notre système de santé et de services sociaux, mais là aussi, les changements dans le système des services, c'est ce qui nous touche de façon plus quotidienne peut-être. Je peux très bien comprendre que ça soulève des inquiétudes.

Quand tout est stable ou bouge très lentement, bien, on a une image très précise de ce que sera notre vie au lendemain d'un programme de formation; les modèles sont là, sont clairs, ne bougent pas trop, pas trop vite.

Alors, c'est sécurisant comme vision d'avenir; on sait à quoi s'attendre plus précisément. Quand les choses bougent, les choses évoluent rapidement, on est dans une période de transition, de transformation. Je pense que c'est bien humain, c'est très compréhensible que ça soulève des inquiétudes et des interrogations, parce que c'est plus difficile de voir quel sera le monde réel, exactement, quand on va y être dans un an, dans deux ans, dans trois ans ou dans quatre ans.

C'est pour ça que je vous redis que je trouve très important que les médecins en formation, comme, encore une fois, c'est vrai pour les autres professionnels en formation, vous ne vous retrouviez pas isolés et coupés du courant. C'est très exigeant, un programme de formation; on n'a souvent plus grand temps pour lire, pour écouter, pour parler et faire autre chose. C'est déjà remarquable que ceux qui sont ici, ceux de vos collègues qui s'occupent de faire fonctionner vos associations trouvent le moyen d'investir là-dedans.

Je pense que c'est très important que ces contacts-là soient développés, enrichis pour que vous voyiez plus venir l'avenir et pour qu'on profite aussi de vos commentaires, de vos suggestions qui peuvent peut-être, je pense et je souhaite, être plus détachés de risques, de situations d'intérêts immédiats parce que vous n'êtes pas encore coincés par un passé, par un avenir, par des conditions, souvent, qu'on s'est créées ou des obligations qu'on s'est créées une fois qu'une vie professionnelle est installée.

Vous avez de la marge de manoeuvre, vous avez encore pas mal tous vos degrés de liberté, comme on dit en biostatistique, beaucoup plus que quelqu'un qui est en pratique depuis 10 ans, depuis 20 ans ou depuis 30 ans, et ça, ça devrait vous donner une position assez particulière et une autre place d'importance pour être, peut-être plus que nous qui commençons à être des anciens, plus imaginatifs, plus ouverts, plus prêts à voir comment la société de demain pourra fonctionner, puis fonctionner mieux, et comment la médecine pourra se pratiquer pour mieux servir les gens.

Ça reste essentiellement une profession de services, je pense, la médecine. Je pense que c'est surtout ce qu'on veut que ça fasse. Et, à cet égard — je termine mon commentaire là-dessus — je pense que c'est important qu'on se partage ça, que ces contacts, ces rencontres, pas seulement avec le ministre, le ministère, avec les autres organisations professionnelles, avec ceux qui sont responsables de l'encadrement de la pratique médicale, comme le Collège des médecins, que ces contacts-là soient très importants pour préparer cet avenir et en nous faisant bénéficier déjà de votre début d'expérience, mais de s'assurer qu'on laisse les marges de manoeuvre ouvertes et qu'on ne fasse pas que recréer des vieux modèles. Et ça, je peux vous assurer qu'on va faire tous les efforts — je vous l'ai déjà dit, d'ailleurs — pour que vous soyez bien informés et que vous sentiez qu'il y a des canaux ouverts pour que l'information vienne de votre part et se rende aux bons endroits aussi.

• (11 h 10) •

Dans ce contexte-là, j'aimerais vous entendre un peu plus sur les commentaires que vous faites, surtout sur deux points. On ne pourra pas tout toucher ce matin; on aura la chance de se reparler sur des points plus pointus. Les fameux départements régionaux de médecine générale. C'est le seul élément nouveau qui est rajouté dans ce projet de loi là. À peu près tout le reste, c'est des ajustements, des allègements administratifs et certains réalignements.

D'abord, les différents moyens de contrôle ou d'orientation, d'encadrement de la répartition des effectifs. Je pense que vous reconnaissez que c'est important. On reconnaît tous qu'il y a eu une grosse amélioration, mais parce qu'il y a eu des mesures de prises pour la répartition des effectifs entre les régions. On reconnaît tous que là on a un problème à l'intérieur des régions et qu'il faut ajuster nos mesures un peu.

D'abord, est-ce qu'on s'entend que, si on soulevait toutes les mesures qui existent, on risque de retourner au problème qu'on avait avant, premièrement, et que, si on ne raffinaît pas nos mesures, puis qu'on laissait aller selon, c'est loin d'être évident que la répartition des effectifs laissée complètement, sans encadrement, à la décision de chaque individu va donner le résultat de répartition équitable pour la population?

Et ça, je pense qu'on avait déjà accepté ça, parce que les plans d'effectifs existent depuis longtemps dans la loi, sauf qu'il y avait un mécanisme pour les établir, pour les gérer, qui était relié à l'établissement de santé. Quand ça a été fait, ça a été à une époque où il n'y avait à peu près pas de pratique médicale, même de médecine générale, qui n'était pas reliée en bonne partie à un établissement, à un hôpital principalement.

D'ailleurs, les médecins de famille avaient obtenu que chaque hôpital ait son département de médecine familiale parce que tout médecin, à l'époque, souhaitait avoir une partie de sa pratique qui soit reliée de près à l'hôpital. Ça permettait donc, à partir de l'établissement, de s'assurer d'un plan d'effectifs, qu'il y avait sur le territoire le nombre d'effectifs suffisant et qu'on encourageait les médecins à aller plutôt aux endroits où il manquait de médecins.

Or, les choses ont évolué, les choses ont changé. Il y a une partie importante de la pratique médicale qui se fait presque sans aucun lien avec un établissement. Même dans certaines spécialités aujourd'hui, avec les développements de la technologie, c'est possible de faire, me dit-on, dans certaines spécialités, 80 % de la pratique et même plus sans avoir besoin nécessairement d'un hôpital parce que les équipements sont beaucoup plus légers puis ils sont beaucoup plus perfectionnés.

C'est ce concept-là, d'ailleurs, qui a évolué, et c'est à partir de ça qu'est venu, dans les discussions entre le ministère et la Fédération... La Fédération en était venue à proposer: Transposons sur le territoire le même concept qui a été celui du département hospitalier où des médecins collectivement assument la responsabilité d'organiser leur travail entre eux pour que la population ait accès aux services 24 heures par jour, sept jours par semaine, et que les médecins collectivement donnent la gamme complète des services; dans ce cas-ci, des services

de première ligne. Qu'on n'ait pas, par un effet du hasard, sur un territoire, suffisamment de médecins, mais pas assez de médecins qui veulent voir des enfants, par exemple, ou qui veulent voir des personnes âgées, ou qui, dans leur pratique, sont intéressés à des gens qui ont des maladies chroniques. Que des médecins assument collectivement leur responsabilité qu'ils vont devoir couvrir l'ensemble des services dont la population a besoin.

C'est ça que le DRMG veut faire, et uniquement ça, de donner ce type d'encadrement à la pratique en cabinet privé et, en plus, d'assurer une meilleure interface, une meilleure collaboration avec le CLSC qui est devenu, pour la première ligne, l'établissement qui était l'hôpital, avant, pour l'ensemble des services. C'est de plus en plus le CLSC qui est l'établissement public qui joue ce rôle-là sur le territoire. Donc, sans faire du département de médecine régional un département du CLSC, de mettre les deux organisations, département et CLSC, imputables vis-à-vis de la même population d'organiser leurs affaires ensemble, et les médecins entre eux, pour que la population ait les services auxquels elle a droit.

Alors, je ne pense pas qu'à partir de ce concept-là on puisse faire le saut, comme vous dites, pour dire que c'est à peu près l'équivalent ou qu'on n'est qu'à un pas du «billing number». Le «billing number», c'est une toute autre affaire. C'est vraiment de décider centralement qu'après un certain nombre de médecins, de façon générale ou sur un territoire, un médecin qui voudrait voir ses honoraires payés par le régime de l'assurance-maladie, on pourrait lui dire: Si tu vas sur tel territoire, non, on ne te paie pas. Ça ne va pas jusque-là. Il n'y a pas de mesure là-dedans qui fait qu'un médecin qui irait sur le territoire n'aurait pas son numéro à la Régie de l'assurance-maladie.

Mais ça amène un contexte, par exemple, où, dans le cadre des négociations avec les médecins, il pourra y avoir des incitatifs pour que la pratique médicale soit rémunérée en fonction des services qui sont le plus requis pour la population surtout, que d'autres services qui sont moins requis pour la population. Donc, je ne peux pas voir à quoi tient cette crainte-là que ça, c'est un pas vers le «billing number». Il pourrait venir facilement autrement.

Deuxième point, c'est le lien que vous faites avec la capitation. La capitation, on s'entend, c'est un mode de rémunération des médecins développé dans d'autres pays, surtout des pays anglo-saxons et surtout la Grande-Bretagne, où le médecin est d'abord payé à un honoraire — je le redis, là, pour être sûr qu'on parle de la même réalité — un salaire ou un forfait, comme on veut appeler ça, fixe, global pour une année, correspondant à la responsabilité d'assumer l'accès à des services à une liste de patients. Et là il y a des mécanismes pour que les patients puissent s'inscrire sur une liste, changer de liste, ou des choses du genre. Il y a une gestion à faire de ça. En plus de ça, je pense qu'il n'y a pas de système où la capitation existe qui n'a pas d'autre mode de rémunération en plus du médecin.

En Angleterre, par exemple, on avait rajouté, en plus, un paiement à l'acte pour des visites à domicile pour certains types de maladies ou certains types de services

pour ne pas avoir un incitatif de plus. Bon, ça, c'est un mode — je suis d'accord avec vous — qui a ses qualités, qui a ses avantages. Puis il n'y a pas de mode de rémunération qui n'a pas ses inconvénients. Et ça, c'est à voir en discussion. Ça «sera-tu» bon à un moment donné dans l'avenir pour certaines choses ou pas? Je ne le sais pas. Moi, je n'ai pas de vue, de théorie là-dessus. Mais, de là à dire que d'avoir une meilleure organisation pour l'accessibilité aux services sur un territoire ouvre la porte à la capitation, comme pour le «billing number», ça m'apparaît être des choses qui peuvent toutes venir ensemble, mais qui n'ont pas besoin de venir ensemble. Et de prendre un de ces éléments-là, je ne peux pas voir comment ça entraîne les autres.

Bon, j'aimerais vous entendre là-dessus, là, parce que, s'il y a des effets pervers possibles qu'on n'a pas vus, je voudrais bien les voir, parce qu'il n'y a pas d'intention à cet effet. Par contre, je ne voudrais pas non plus qu'à un moment donné on fasse des débats sur des fantômes parce qu'on a cru à une relation. J'aime autant qu'on clarifie les choses que de faire un débat qui repose sur des ambiguïtés. Merci.

**M. Olney (Harold J.):** M. le ministre, vous avez beaucoup de questions à l'intérieur de vos questions. Je vais essayer de les adresser une à la fois. C'est certain qu'on reconnaît l'importance de répartir les effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire du Québec. C'est un acquis. Ce que nous présentons aujourd'hui, c'est que les moyens favorisés dans le projet de loi n° 404 ne sont pas ceux que nous favorisons, parce que nous croyons que ça va avoir des effets pervers qui vont être directement subis par les jeunes médecins de demain.

C'est clair que ce que nous revendiquons depuis la première table de concertation, en mai 1984, c'est que toute mesure contraignante et coercitive soit abolie. On ne veut pas abolir les mesures incitatives. Notre présentation aujourd'hui était justement sur l'importance de ces mesures incitatives qui, nous croyons, vont solutionner le problème. Où il y a eu des efforts coercitifs, on a eu des problèmes. Je pense que les mesures incitatives, ce n'est pas juste avec une bonification de tarif à l'acte. C'est les autres mesures qui ont été prises pendant les derniers 10 ans qui font en sorte que les régions aient une pratique intéressante et valorisée.

Un exemple très précis: les résidents, les jeunes médecins apprécient énormément la chance de faire une partie de leur formation en régions éloignées. Ces mesures-là leur ouvrent les yeux à une possibilité de pratique qu'ils ne voient pas à l'intérieur d'un réseau universitaire, qui est complètement différente d'une pratique communautaire. Et ils apprennent beaucoup pendant ces stages-là.

Les mesures de rétention, d'installation, de ressourcement, d'avoir doté le territoire québécois des ressources humaines et financières nécessaires pour avoir une médecine intéressante, de ne pas isoler les médecins dans les régions avec l'avènement de la télémédecine et tous ces enjeux-là, justement, la pratique en région n'est

pas vue de la même façon qu'elle était vue dans les années quatre-vingt. Donc, en enlevant les mesures coercitives et contraignantes, nous ne pensons pas qu'on va retomber à la situation des années soixante-dix et début quatre-vingt.

• (11 h 20) •

En plus, la Fédération est en train d'étudier différentes stratégies dont on va éventuellement discuter avec nos membres et avec les ministres, les ministères et les fédérations intéressés pour justement cibler la répartition intrarégionale. On ne s'est pas préoccupé de l'intrarégional parce qu'on avait un plus grand problème: c'était l'interrégional. Maintenant qu'on a réglé cette question-là, commençons à penser à l'intérieur des régions. Les mesures ne sont pas comblées par quelqu'un à la fin de la formation qui — l'âge moyen, je tiens à le souligner, d'un résident est de 30 ans. Ce n'est pas des gens qui commencent leur vie. Leur vie est déjà entamée. Ils ont des responsabilités, ils ont pris des décisions.

Donc, si on veut faire des changements dans le réseau du système, il faut être un peu patients. J'ai souligné qu'on a six mesures assez importantes, depuis les années quatre-vingt-dix, pour combler ces demandes. Laissons-nous une chance qu'elles mûrissent et qu'on les ajuste pour cibler les buts qu'on recherche.

Les DRMG divisent la profession médicale. On parle de plus en plus d'avoir une approche multidisciplinaire. Le conseil médical régional qui a été créé à l'intérieur des discussions du projet de loi 120 cherchait justement à avoir un équilibre — je pense que vous l'avez bien illustré.

Les médecins résidents et les étudiants n'ont pas le même bagage qu'un médecin en pratique depuis 10 et 20 ans. Ces structures-là pourront répondre au besoin de répartir les effectifs, et ça, sans créer une nouvelle structure avec d'autres effets pervers, à l'intérieur d'une mutation très profonde. On ne sait pas où on s'en va de façon précise, et il faut une stabilité pour avancer.

Notre «concern» avec le «billing number» est qu'à l'article 168 du projet de loi les modifications proposées à l'article 19 sont des mesures. C'est très large, des mesures. On est certains que le gouvernement ne fera pas l'erreur qui a été faite en Colombie-Britannique où le «billing number» a été déclaré contre les droits fondamentaux. Mais, à l'intérieur de mesures, il y a toutes sortes d'effets pervers qui ne sont peut-être pas la volonté aujourd'hui, mais vous comprendrez que les jeunes médecins ne vont pas faire un acte de foi, encore une fois.

On va proposer des changements précis pour répondre aux besoins que nous reconnaissons, qui sont nécessaires, mais on ne veut pas un encadrement tellement rigide qu'il n'y a plus de marge de manoeuvre. Ce n'est pas des menaces. Les commentaires qu'on a reçus sont spontanés. Les médecins résidents et les étudiants voient de moins en moins de flexibilité à l'intérieur du système. Pour des gens avec du talent et des intérêts, ils vont aller voir ce qui est possible ailleurs, et on risque de les perdre. On ne cherche pas ça, on cherche l'inverse.

**M. Rochon:** Juste une petite précision. Pour la question de l'article 19 de la Loi de l'assurance-maladie.

en identifiant le mot «mesures», là, je comprends plus ce que vous voulez dire. Ça a déjà été soulevé devant la commission et on a pris bonne note de ça. Il y a peut-être quelque chose à faire de ce côté-là.

Il y a juste une chose. Moi, je pense qu'il n'y a pas de raison pour qu'on ne réussisse pas à assurer une pratique médicale, à continuer d'assurer une pratique médicale au Québec, autant en omnipratique, en médecine de famille, qu'en spécialités, qui soit un profil d'avenir très positif, très excitant, même

Et, quand on regarde ce qui se passe ailleurs autour de nous, où les gens ont les mêmes difficultés, je pense qu'on est dans des conditions semblables et qu'il n'y a pas de grand risque, là, à moins qu'on ne fasse vraiment des bêtises, pour que le terrain d'à côté, qui peut avoir l'air plus vert quand on le regarde, soit vraiment plus vert que le terrain chez nous. Je pense que ça peut facilement être dans l'autre sens, puis, dans la mesure où c'est possible, je veux vraiment tous vous rassurer là-dessus.

Mais je comprends que, si vous associez, comme étant nécessairement des choses qui vont ensemble, capitation, «billing number» et toutes les autres choses d'effets pervers qu'on pourrait imaginer, à l'existence d'un autre moyen d'encadrement... On ne peut pas tout penser, là, mais tout ce qui avait été examiné comme rôle de la commission médicale régionale, qui était plus un peu de la nature peut-être de celle d'un CMDP, ou quelque chose du genre, s'il y a d'autres moyens de trouver comment ça peut jouer le rôle en gardant ces fonctions actuelles qui se sont avérées très importantes... joue aussi le rôle plus d'encadrement. En plus, si on atteint le même objectif plus simplement, je n'ai pas d'objection. Mais tout ce qui a été fait jusqu'ici comme travail, ça n'a pas paru évident. Si je comprends bien, par votre intervention, vous dites que vous êtes d'accord avec l'ensemble des mesures qui ont été prises jusqu'ici, qui ont réussi à améliorer l'interrégional comme répartition. Le même type de mesures, y compris des incitatifs plus forts pour aller à certains endroits plutôt qu'à d'autres, pourrait s'appliquer ou on devra jouer avec le même genre de coffre d'outils pour l'interrégional.

**M. Olney (Harold J.):** Vous avez bien compris, les mesures incitatives, pas les mesures...

**M. Rochon:** Je veux bien me faire comprendre. Le 70 %-100 %, par exemple, qui, comme il est utilisé présentement, a des effets nocifs à l'interrégional, mais qui a eu des effets très importants entre les régions présentement. Autrement dit, pas surtout qu'on en donne moins, mais qu'on en donne plus à quelqu'un qui va avoir un plus grand besoin. Ça, ce n'est pas nécessairement mauvais. Ou, si vous avez des moyens aussi efficaces différents, on va être bien intéressés à en discuter.

**M. Olney (Harold J.):** Je tiens à souligner...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. Je suis obligé de terminer cette partie-là. Mme la députée

de Bourassa. Vous pourrez toujours passer votre message quand même.

**Mme Lamquin-Éthier:** Il nous reste combien de temps, M. le Président?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Votre 20 minutes

**Mme Lamquin-Éthier:** Merci beaucoup. Bonjour Bienvenue à vous tous et merci de votre présentation. Un petit peu comme vous — vous vous sentez isolés — le patient se sent extrêmement isolé. Ce n'est pas simple d'être malade aujourd'hui, hein. C'est même rendu extrêmement compliqué. Il y a une multitude d'établissements. Il y a une multitude de professionnels. Il y a une multitude d'intervenants. Le patient ne sait plus où aller. Quand il y va, la porte est fermée. Si elle n'est pas fermée, il n'y a pas de médecin. Il vit des difficultés... Les patients ne sont pas préoccupés par les structures. Lui, le patient, il regarde ça puis il dit: Il y a des structures, des structures et des structures qui surveillent des structures et, moi, en bout de ligne, je n'ai pas, dans certains cas, accès à des services. Si j'y ai accès, ils ne sont pas nécessairement de qualité ou ne sont pas dispensés de façon humaine.

La préoccupation du patient, c'est d'avoir des services, des services de qualité et dispensés de façon compréhensive, dans le respect de ses droits. Il n'y a pas de solution miracle. Est-ce que vous pensez que ça ne serait pas mieux, finalement, d'avoir une loi, un texte de loi unique — surtout en période de compressions budgétaires, surtout compte tenu que le patient n'a pas le même accès et que les services se détériorent — un texte de loi qui assurerait au patient un accès à des services de qualité qui seraient dispensés par les professionnels habilités?

**M. Olney (Harold J.):** C'est certain qu'on favorise une structure beaucoup moins lourde. Pour ma pratique, si je peux l'utiliser comme ça, je travaille en oncologie et on voit les lacunes énormes pour nos patients. Mes journées sont remplies de remplir des demandes pour les CLSC, pour des médications d'exception, etc. C'est très compliqué pour le médecin d'aider ses patients à l'intérieur de ces structures-là.

C'est certain que tout projet qui simplifierait les règles du jeu, qui rendrait l'accès plus direct pour le patient et qui répondrait à tous les critères nécessaires pour avoir une médecine intéressante, de qualité, serait favorisé par nous autres.

**Mme Lamquin-Éthier:** Ce serait plus simple si on avait un texte de loi, quelques petits articles?

**M. Olney (Harold J.):** Ça dépend qui l'écrit

**Mme Lamquin-Éthier:** Ha, ha, ha! À la page 14 de votre mémoire, eu égard à la procédure d'examen des plaintes pour des raisons que vous avez explicitées, vous dites: Aucune mesure disciplinaire ne peut être prise ou

n'avait — c'est une suggestion que vous formulez — donc, un amendement à l'article pour un ajout, et l'ajout serait: Aucune mesure disciplinaire ne peut être prise contre le responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes, en raison de l'exercice de ses fonctions.

Faisant écho à cette préoccupation-là, vous savez, il est regrettable — et je sais que ce n'est pas souhaité et que ce n'est pas souhaitable — mais il y en a, des représailles. Est-ce que vous ne pensez pas qu'on pourrait aussi, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, avoir un article spécifique qui mettrait toute personne à l'abri contre toute forme de représailles?

**M. Olney (Harold J.):** Je pense que je vais céder la parole à notre conseiller juridique.

• (11 h 30) •

**M. Castonguay (Jacques):** Personnellement, je ne vois pas de problème à ce qu'il y ait un ajout comme ça qui soit fait dans la loi. Nous, on l'avait mentionné spécifiquement à l'égard de la personne responsable parce que, dans la mesure où on enlevait cette responsabilité directement à une personne haut placée à l'intérieur de l'établissement pour la donner possiblement à quelqu'un d'autre, on voulait éviter de faire en sorte qu'il puisse y avoir des mesures qui soient prises à l'égard de cette personne-là, dans la mesure où il y a un lien de subordination entre l'établissement et cette personne-là, peut-être, assez évident. Mais que ça s'étende à d'autres personnes, je n'ai, quant à moi, aucun problème; ça me semblerait même possiblement souhaitable.

**Mme Lamquin-Éthier:** Je trouve la suggestion que vous faites à la page 15 extrêmement intéressante, une proposition d'ajout où vous dites que le directeur général, en bref, en résumé, devrait être intéressé, donc informé de l'ensemble des plaintes. Qu'est-ce que vous avez pu observer sur le terrain qui vous amène à faire cette proposition-là?

**M. Olney (Harold J.):** Justement, certaines plaintes qui peuvent arriver n'avancent pas très, très loin. L'idée derrière la proposition, c'était vraiment d'avoir un chien de garde présent pour que plus qu'une tête réfléchisse au problème, parce que, justement, plusieurs patients sont énormément frustrés dans les démarches nécessaires pour régler les problèmes qu'ils vivent.

Sur des problèmes précis, on ne peut pas rentrer... on n'est pas si proche que ça, sauf que les patients, souvent, vont se vider sur des médecins résidents et les étudiants qui sont là. On essaie de favoriser le plus possible une direction plus rapide, mais, même parmi le corps de médecins résidents, ce n'est pas toujours évident, les structures. Certainement, on n'a pas pris des démarches spécifiques pour essayer de faciliter. À la Fédération, on a les ressources nécessaires puis on donne des conseils à des résidents qui cherchent, justement, à savoir comment agir avec ça. Mais c'est un problème, justement, d'éducation pour l'ensemble des patients et des professionnels de santé qui, eux non plus, ne sont pas

toujours au courant de toutes les structures nécessaires à franchir pour résoudre un problème.

**Mme Lamquin-Éthier:** Toujours dans le même chapitre — et c'est ma dernière question, je vais laisser une chance à mon collègue — il y a une modification voulant que ça soit la personne qui soit affectée directement et personnellement. Et vous évoquez des commentaires quant à cette exigence de directement et personnellement. Encore une fois, qu'est-ce que vous avez vu sur le terrain qui vous porte à dire: Ça pourrait priver des personnes qui ont un intérêt de s'intéresser à porter plainte?

**M. Olney (Harold J.):** C'est que tous les médecins résidents et les étudiants suivent des cours d'éthique, et c'est de là que découlent, un peu, nos commentaires. C'est évident qu'un patient, dans le sens où on l'applique ici, peut être très malade, et ces individus n'ont pas nécessairement les moyens d'aller faire valoir leur plainte. Souvent, il y a beaucoup d'enjeu à l'intérieur de ça: les peurs de représailles au niveau du patient, on parlait de «black list» qui est une réalité qu'on sait qui existe.

L'idée derrière ça, c'est que c'est souvent la famille qui voit le patient qui est en crise personnelle, qui ne sait pas répondre, ne comprend pas les enjeux nécessaires. Quand on est malade, on a tendance à focuser nos énergies sur des... On a des préoccupations autres que de formuler des plaintes. Et c'est souvent les familles, les maris, les femmes de ces patients-là, qui voient justement les problèmes qui existent, et c'est dans cet esprit-là qu'on avait proposé à toute partie intéressée... Comme on discute de quand on devrait réanimer un patient, c'est souvent dans le contexte où un patient n'est pas capable de parler pour lui-même. Et ce qui suit naturellement, c'est des règles de loi et d'éthique qui disent qui pourrait intervenir. On a appliqué la même logique à une plainte où la situation peut être parallèle. Justement, on a souvent besoin d'aide à formuler ces demandes-là.

**Mme Lamquin-Éthier:** Mais toujours, comme vous le disiez tantôt, dans une optique d'amélioration.

**M. Olney (Harold J.):** Certainement, certainement.

**Mme Lamquin-Éthier:** Merci beaucoup.

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

**M. Marsan:** Oui, je vous remercie. Je voudrais d'abord m'excuser. Je n'ai pas pu assister à l'ensemble de votre présentation, j'étais retenu à l'Assemblée nationale. Mais j'ai pris connaissance et j'ai lu attentivement votre document. Je voudrais vous remercier et vous en féliciter. Vous nous avez toujours habitués, la Fédération des médecins résidents, à du travail de qualité.

Une petite surprise pour moi, par exemple, c'est dans les dispositions particulières applicables dans une partie de la région du Nord-du-Québec. J'ai toujours pensé

que les médecins résidents souhaitaient beaucoup ne pas s'enfarger dans les structures. Alors, il y a une proposition ici qui fait, finalement, qu'il n'y aura pas de régie dans cette région-là; ça va devenir l'établissement qui aura les pouvoirs d'une régie. Vous semblez peut-être d'accord avec cette région, mais vous ne voulez pas que le même modèle soit refait dans d'autres régions du Québec. Et j'aimerais ça vous entendre là-dessus. J'aurais été plus sous l'impression que vous auriez souhaité qu'on diminue les structures, qu'on diminue le nombre de régies, qu'on diminue les postes de directeurs généraux et autres, et ainsi de suite.

**M. Gouin (Jean):** Sur ça, c'est très simple. C'est qu'avec le nombre de fusions et de modifications qui se fait à l'heure actuelle avec les établissements — c'est tout simplement un commentaire — on ne veut pas qu'éventuellement on soit pris avec un seul établissement, un seul conseil d'administration qui viendrait à gérer l'ensemble — je ne sais plus comment les appeler — des établissements, des pavillons, des campus; il y a tellement de mots qui sont véhiculés, le vocabulaire est rendu très large dans ce domaine-là — qui verrait à ce moment-là à tout contrôler. Et on voit comme les résidents le voient aussi quotidiennement avec le difficile accouchement du CHUM à Montréal où avec un conseil d'administration, c'est très difficile. Même le résident qui est pris dans ça est pris pour faire de la garde, des fois, dans divers campus, et ça ne fonctionne pas adéquatement. Lorsqu'il doit se retourner, il y a un problème, par exemple, à l'Hôtel-Dieu et puis il est au pavillon Notre-Dame; à qui il s'adresse, c'est difficile. Alors, on ne voulait juste pas. C'est juste un commentaire pour dire qu'on ne veut pas qu'il y ait de précédent majeur qui se crée dans ce domaine-là.

**M. Marsan:** Je vous remercie.

**M. Olney (Harold J.):** Ça va vraiment dans le sens où il y a plus d'établissements encore que de régies régionales. Puis, si on commence à donner tous les pouvoirs à un établissement, est-ce qu'on va finir par 16 établissements? Au Québec, je ne pense pas que c'est la solution non plus. Ça va pour alléger les structures.

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

**Mme Lamquin-Éthier:** D'abord, à l'état pur, en partant, un patient qui, dans certains endroits, comme les centres d'hébergement et de soins de longue durée, vous savez que la liberté de choix s'exerce à l'intérieur et à l'intérieur des professionnels qui oeuvrent dans un établissement. Déjà, un patient en longue durée peut être attaché au médecin de l'étage. Alors, sa liberté de choix, s'il est à l'étage b, ça va être le b. Il ne peut pas, à l'intérieur de a, b et c, changer de médecin même si la relation qu'il a est difficile. Dans un contexte de fusion, il semble manquer beaucoup de latitude aussi pour que le patient puisse... Compte tenu de toutes

les installations, de tout ce qui est intégré, arrimé, fusionné, selon le vocabulaire, y a-t-il un solution pratique, simple à ça?

**M. Olney (Harold J.):** Pas de solution simple, ça, c'est certain. Votre constatation sur les étages est vraiment très réelle. Justement, des patients choisissent ce qui était un établissement qui est devenu un campus ou un pavillon, etc., là, pour en éviter d'autres. Et puis, avec les fusions, on voit justement ce problème se ramasser. Les solutions ne sont pas faciles ou simples pour assurer justement que le patient a toujours un choix adéquat à l'intérieur de ça. C'est vraiment une préoccupation que, nous autres, on avait soulevée dans la problématique de fusionnement. Pour certains, la compétition est mauvaise, mais il y a sans doute aussi à l'intérieur de la compétition un certain bénéfice pour le patient. Et donc, dans la grande optique d'essayer de réduire les coûts au maximum, qui est un but, j'espère, à court terme, qu'il va éventuellement se remettre. Il faut préserver justement un esprit de compétition sain avec des expertises qui ont été acquises à l'intérieur. Et les problématiques de fusion dans les grands centres universitaires, justement, témoignent de ces énormes difficultés. Il ne faudrait pas aller trop loin. C'est la réponse un peu plus contournée.

• (11 h 40) •

**Mme Lamquin-Éthier:** Mais, en tout cas, vous confirmez, eu égard aux préoccupations, des repréailles, les listes noires, les difficultés terrains vécues par les patients au niveau de l'accès à la qualité, les effectifs. Vous savez, ce n'est pas drôle d'être patient, hein?

**M. Olney (Harold J.):** Non. Et, effectivement, le rôle qu'on joue à l'intérieur de ça, des fois, pour essayer de soulager le patient pour qu'il n'ait pas d'autres préoccupations encore, on essaie de minimiser, des fois, ces problèmes-là. On veut aider et non pas nuire, mais à l'intérieur de tout ce qui est demandé, on a de moins en moins de réserves pour être aussi humain. C'est quelque chose qui a toujours été une des fiertés de notre système.

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

J'invite maintenant les membres du Collège des médecins du Québec à se présenter

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, j'invite les représentants du Collège des médecins du Québec à débiter. M. Bernier, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent et débiter votre présentation...

Collège des médecins du Québec (CMQ)

**M. Bernier (Roch):** Merci, M. le...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** ...tout en vous saluant.

**M. Bernier (Roch):** ...Président. Alors, à côté de moi, à ma gauche, c'est le Dr Charles Bernard, qui est vice-président du Collège des médecins, et le Dr André Garon, qui est le secrétaire exécutif adjoint, à ma droite.

M. le ministre, M. le Président, mesdames et messieurs, le Collège des médecins du Québec se montre, dans l'ensemble — vous serez peut-être surpris, d'autres non — favorable à l'endroit de ce projet de loi, qui se situe en continuité avec la transformation du système des services, en proposant certains ajustements et assouplissements quant aux règles qui régissent l'organisation et le fonctionnement des établissements et des régies régionales. On remarque que certaines précisions apportées à l'une ou l'autre des dispositions actuelles de la loi contribuent à lever certaines ambiguïtés que des expériences ont fait ressortir. Le Collège note également qu'en d'autres matières la nouveauté des aménagements proposés illustre la période de transition dans laquelle se trouve le système de services, suggérant des évaluations à venir et d'autres précisions à ajouter ultérieurement. Autrement dit, ce n'est pas la fin, ce projet-là, c'est vraiment un projet de transition par rapport à la transformation qu'on vit; en tout cas, c'est comme ça qu'on l'interprète.

Le régime de traitement des plaintes. Considérant sa préoccupation première à l'endroit de la protection du public, le Collège des médecins du Québec reconnaît toute l'importance qui doit être accordée aux droits des usagers et à la protection de ces droits. La réforme du début des années quatre-vingt-dix a d'ailleurs mis l'emphase sur la nature de ces droits et l'implantation d'un processus visant le traitement des plaintes des usagers. Quelques années plus tard, il s'avère tout à fait opportun d'apporter un certain nombre de correctifs aux dispositions légales touchant ces questions.

Relativement aux droits, la Loi sur les services de santé et les services sociaux ajoute à ce que les chartes et le Code civil contiennent déjà, de même que le Code de déontologie des médecins. Concernant le Code civil, nous avons récemment contribué aux débats portant notamment sur le droit de consentir dans les cas de recherche clinique auprès de personnes mineures et majeures inaptes. Le présent projet de loi ne propose pas de modifications aux droits des usagers. Nous n'en sommes pas inconfortables dans la mesure où les principales difficultés auxquelles les usagers sont confrontés relèvent, du moins le croyons-nous, des moyens dont nous disposons pour mieux faire connaître ces droits et les faire respecter. Plus spécifiquement en ce qui a trait au régime de traitement des plaintes, le Collège veut d'abord exprimer son appui au contenu de l'article 12 du projet de loi, lequel vise à modifier l'article 53 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, dans le sens de mieux définir qui est une personne intéressée, qui peut formuler une plainte auprès de la régie régionale.

Le Collège se dit par ailleurs en accord avec les autres modifications proposées à ce chapitre mais demeure

surpris qu'avec le dépôt de ce projet de loi, on ne profite pas de l'occasion pour solutionner les difficultés qui découlent de l'application de l'article 38 de la loi actuelle, à savoir les difficultés inhérentes au traitement des plaintes qui concernent les médecins. Nous avons en effet le sentiment que, par suite du dépôt d'une plainte, les difficultés encourues pour traiter celle-ci au sein d'un établissement sont telles qu'elles ne rendent pas justice tantôt au bien-fondé de la plainte elle-même, tantôt au sérieux que prennent les CMDP pour les traiter. Cela nuit à la crédibilité de tout le processus et donne place à des interprétations souvent injustes et non fondées de la part du public. Notamment, ces difficultés engendrent ou s'expriment par des délais de réponse parfois sans commune mesure avec la nature de la plainte à traiter. On sait que la durée de traitement d'une plainte n'est pas nécessairement un indicateur d'efficacité, mais, toutefois, il y a urgence d'agir dans certains cas.

• (11 h 50) •

Avant d'aller plus loin, il convient peut-être de rappeler que le régime de traitement des plaintes propre à un ordre professionnel est à la fois distinct et différent de celui qui relève d'un établissement, à tout le moins sur le plan juridique. En effet, lorsque le Collège des médecins reçoit une demande d'enquête ou une information concernant la qualité de l'exercice ou le comportement d'un médecin, il l'achemine à sa Direction des enquêtes, là où le syndic a le devoir d'étudier cette requête et toute latitude nécessaire pour conduire une enquête à ce sujet. Par la suite, il lui revient de déterminer s'il déposera une plainte formelle devant le comité de discipline, compte tenu de la gravité de l'infraction et de la preuve dont il dispose.

Par contre, au niveau d'un établissement, les règlements actuels de la loi obligent, en regard d'une plainte, à instituer automatiquement un comité de discipline, sans même qu'il y ait eu au préalable un jugement d'opportunité porté à cet effet. Ce mécanisme est en partie lourd, inutile dans plusieurs cas, ne servant pas l'intérêt de l'utilisateur et conduisant les professionnels en cause à adopter une attitude défensive. C'est en tout cas ce que remarque la Direction de l'amélioration de l'exercice de la médecine du Collège, qui procède à des visites d'inspection professionnelle dans les établissements de façon régulière. Ces visites sont notamment l'occasion d'apprécier la manière dont le CMDP s'acquitte de ses responsabilités. Régulièrement, le processus de traitement des plaintes fait l'objet d'observations et de recommandations portées à l'attention des médecins et des autorités du conseil d'administration de l'établissement. Plusieurs fois, on tente localement de pallier aux lacunes d'harmonisation entre la loi et le règlement. D'autres fois, on constate les limites d'une telle approche, alors que les problèmes soulevés prennent origine dans la loi. Par exemple, le fait que le CMDP ne puisse, en vertu du second alinéa de l'article 214, retenir les services d'un expert externe dans le cadre du traitement d'une plainte, cela peut constituer une entrave pour laquelle, manifestement, il n'y a rien à faire, à moins de revoir la loi.

D'autre part, il arrive que l'on confonde le rôle du Collège des médecins dans le traitement des plaintes des usagers, lorsqu'il est prétendu être une instance d'appel en rapport avec les conclusions d'un établissement au sujet d'une même plainte. Il n'en est rien, le Collège n'ayant aucune autorité sur un établissement, le régime relevant de l'ordre professionnel étant, on l'a dit, distinct de celui de l'établissement. Il est cependant bien certain que le Collège des médecins, face à une situation en apparence grave, n'hésitera pas à agir. Bien sûr, il tiendra compte, par exemple, d'une enquête en cours du coroner. Bien sûr, également, il pourra être saisi du dossier élaboré au sein d'un établissement, de même que des conclusions apportées par l'établissement. Mais le Collège, comme ordre professionnel, doit, par l'entremise de son syndic, exercer son propre jugement, mener sa propre enquête et, le cas échéant, présenter sa propre preuve au soutien de sa plainte lorsqu'il en a saisi le comité de discipline du Collège. Ceci dit, le fait de recevoir une simple copie conforme d'une plainte déposée par un usager auprès d'un établissement n'encourt pas nécessairement l'intervention du Collège. Également, le Collège pourrait décider d'intervenir dans la mesure où des motifs de protection du public le justifiaient. Enfin, parce que les régimes de traitement de plaintes dont il est question sont distincts, le Collège peut tout à fait procéder et conclure différemment d'un établissement.

Par ailleurs, nous sommes bien conscients que, dans les établissements, l'accueil par les médecins d'une plainte les concernant est perçu généralement comme une agression et non comme un outil de changement. Plusieurs facteurs concourent à ce sentiment, dont l'expression de la plainte elle-même, le vocabulaire juridique employé, tel que le comité de discipline, l'ambiguïté entre le processus visant l'amélioration de la qualité de l'exercice et celui donnant cours à des sanctions disciplinaires. De même, tant les espoirs entretenus sur les possibilités de la médecine, que la part de responsabilité professionnelle du médecin dans ce qui va bien ou dans ce qui tourne mal, participent à la confusion, alors que, on le sait bien, plusieurs déterminants de la santé et des services échappent à la médecine et aux médecins. Il y a donc matière à réflexion, une réflexion que nous pourrions, nous l'espérons, poursuivre avec la participation d'autres partenaires, tels l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, le Commissaire aux plaintes, d'autres ordres professionnels.

Enfin, advenant que le ministre souhaite ajouter les dispositions de la loi actuelle relatives au traitement des plaintes formulées à l'endroit des médecins par les usagers, le Collège est disponible pour apporter sa contribution, considérant son expérience et son expertise. Et je vous dirais même, M. le ministre, qu'on est allé à un pas de plus, puisqu'on est prêt à vous déposer une proposition pour au moins offrir une alternative à ce qui se passe présentement, même si elle n'est pas, disons, dans le jargon légal et réglementaire.

La composition des conseils d'administration, maintenant. Le projet de loi n° 404 introduit de nouvelles

mesures relatives au processus électoral ou de nomination des membres des conseils d'administration des établissements publics. Dans la foulée de ces modifications, le Collège des médecins veut attirer l'attention du ministre sur la composition du conseil d'administration des centres d'hébergement et de soins de longue durée, de même que les CLSC. Le Collège s'est interrogé sur le caractère judicieux d'une orientation prise au début des années quatre-vingt-dix par le législateur, à savoir celle d'abolir le collège électoral des médecins dans la composition des conseils d'administration des établissements opérant ces deux types de missions.

D'abord, nous constatons que la clientèle hébergée en CHSLD est de plus en plus lourde. Elle nécessite des soins médicaux particuliers, prodigués dans le respect des caractéristiques inhérentes à un milieu de vie. Également, nous sommes conscients des difficultés de recrutement de médecins que vivent plusieurs établissements opérant la mission des CHSLD. On conclut parfois vite que ces difficultés découlent uniquement de problèmes de rémunération ou de lacunes dans la gestion des effectifs médicaux. Bien sincèrement, nous croyons qu'il y a lieu de considérer les impacts de décisions antérieures qui, non pas en théorie mais en pratique, ont pour effet d'écarter les médecins de l'administration des affaires de ces établissements. Il en est de même pour les CLSC, là où la contribution des médecins à l'administration des affaires de l'établissement est, par la loi, perçue comme accessoire. Nous estimons qu'un redressement de la situation des effectifs médicaux dans ces établissements est en partie associé à l'aménagement de conditions comme celles-ci.

Enfin, il peut être utile de souligner que, dans la perspective où la fonction d'une régie régionale comporterait l'organisation des services médicaux à portée suprarégionale, il y aurait alors lieu d'assurer une représentation des populations desservies au sein du conseil d'administration de ladite régie régionale, soit au moyen d'un siège réservé ou par cooptation.

Un sujet dont on a eu l'occasion de discuter avec vous, M. le ministre, était l'abolition de la notion de programme, sauf en santé publique. Le projet de loi n° 404, d'une part, renforce la responsabilité du ministre par le maintien de la notion de programme applicable à la santé publique et la détermination de son contenu au niveau ministériel, alors que, d'autre part, il abolit l'applicabilité de cette notion de programme ministériel en toute autre matière. Nous supposons que le champ couvert par l'appellation «santé publique» n'englobera pas tout le système de santé au Québec. Nous comprenons également que, dans la foulée des efforts de régionalisation, chaque région est devenue un programme au sens du livre des crédits. Nous saisissons qu'en grande partie le pouvoir de dépenser du gouvernement en matière de santé et des services sociaux tend à s'exprimer dans l'équité des ressources allouées à chacune des régions.

Tout en souscrivant à cette volonté de régionalisation, nous nous interrogeons sur les moyens dont le ministre et le gouvernement disposent centralement pour, d'une part, assurer la cohérence d'un système que l'on

veut adapter aux réalités de chaque région et, d'autre part, éviter les dérives en matière de disponibilité, de qualité et d'accès aux services. À tort ou à raison, nous avons le sentiment que la notion de programme comporte un potentiel rassembleur et régulateur autour d'objectifs communs à l'égard des clientèles, objectifs qui transcendent nos régions d'appartenance et de concertation. Il ne semble pas y avoir d'alternatives qui satisfassent tous les intérêts, à moins que, dans l'élaboration actuelle des politiques ministérielles ou encore par le biais des ententes avec les fédérations médicales, on réussisse à fabriquer l'équilibre désiré entre le Québec et ses régions.

● (12 heures) ●

La gestion des effectifs médicaux et de l'organisation des services médicaux, le coeur du projet, je dirai. Le projet de loi n° 404, de notre point de vue, apporte des modifications majeures à la gestion des effectifs médicaux: l'une à l'article 377 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, par son article 105, en ce qui a trait à l'inclusion explicite au plan régional des effectifs médicaux des médecins qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels; en second lieu, l'institution dans chacune des régions régionales d'un département régional de médecine générale, dont l'une des responsabilités est d'assurer la mise en place et l'application des décisions sur ce plan régional des effectifs médicaux. Les leviers correspondant à l'exercice de ces responsabilités visant spécifiquement la gestion des effectifs médicaux en médecine générale apparaissent découler d'une autre loi, soit la Loi sur l'assurance-maladie, donc des ententes négociées centralement qui en résultent.

Le Collège estime que cette innovation dans le partenariat médico-administratif à trois, c'est-à-dire le ministre, la Fédération et la région régionale, mérite d'être expérimentée. Il veut toutefois attirer l'attention du ministre à l'effet que le dispositif consacré par le projet de loi, à savoir la création de départements régionaux de médecine générale, lui apparaît incomplet. Le projet de loi est à ce moment-ci muet quant à l'organisation clinique territoriale des services médicaux spécialisés, quant à la définition des mécanismes visant l'évaluation de la qualité des services médicaux à l'échelle des territoires, de même que quant aux interfaces multiples avec les départements cliniques des établissements, d'une part, et la commission médicale régionale, d'autre part.

Sur ce dernier aspect, nous comprenons que le projet de loi ne propose pas de définir dans ses moindres détails des interrelations qui, manifestement, relèveront de précisions apportées localement ou régionalement, à l'aulne de la bonne entente envisagée entre médecins, d'une part, et entre médecins et gestionnaires ou administrateurs, d'autre part. Concernant l'évaluation de la qualité des services médicaux à l'échelle des territoires, notre réflexion se poursuit, de sorte que nos attentes à cet égard se définiront progressivement.

En ce qui a trait plus spécifiquement aux services médicaux spécialisés, nous ne sommes pas sans ignorer certaines lacunes dans leur organisation et leur disponibilité sur certains territoires. Par exemple, la

complémentarité des services offerts en cabinet privé ou polyclinique et en établissement aurait avantage à être améliorée, parfois même à être simplement définie. La contribution des médecins spécialistes à des obligations lourdes, souvent inhérentes à une pratique en établissement, devra attirer toute notre attention. Cela est d'autant plus vrai que, dans la pratique, le deuxième alinéa de l'article 360 de la loi actuelle portant sur les activités médicales particulières des médecins spécialistes est sous-exploité. Il sera même désormais sous-exploitable puisque les commissions médicales régionales ne pourront vraisemblablement plus se prononcer sur son application en vertu du présent projet de loi.

En d'autres termes, l'organisation des services médicaux spécialisés à l'échelle sous-régionale, régionale et suprarégionale devra aussi être améliorée en misant sur la participation des médecins concernés. Ceux-ci peuvent également être regroupés sur des bases territoriales significatives, configurées en tenant compte des caractéristiques inhérentes aux diverses disciplines.

Les actifs informationnels. À l'égard de toute nouvelle disposition annoncée dans le projet de loi concernant les actifs informationnels et la sécurité de l'information électronique, le Collège demeure enclin à soutenir le développement technologique et ses applications dans la mesure où, effectivement, la confidentialité des données, des renseignements issus d'une relation privée médecin-malade est totalement assurée.

Le Collège veut aujourd'hui manifester publiquement des inquiétudes au sujet des finalités poursuivies par le développement technologique en ce domaine. Le Collège comprend les besoins des planificateurs et des autres gestionnaires, chez qui l'appétit pour l'utilisation des banques de données n'a d'égal que les limites technologiques. Le Collège comprend également et souscrit aux besoins des cliniciens pour des technologies à développer en appui à leur pratique. Nous avons, à tort ou à raison, le sentiment que les perspectives entretenues sur l'emploi de nouvelles technologies se déplacent, pour prioriser les besoins de gestion plutôt que l'appui à la démarche clinique, ce qui serait une erreur considérable, à notre point de vue. Nous dirions même que, à l'égard des récents outils publics et privés institués pour développer les technologies et les systèmes d'information, on ne semble éprouver aucun malaise face à l'absence de médecins pour participer aux décisions d'orientations de recherche et développement. Nous vous soumettons qu'il manque là une condition essentielle pour assurer le succès non seulement de ces développements, mais aussi pour leur mise en application éventuelle.

Étant donné l'évolution pressentie du rôle de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, notamment en matière de gestion de banques de données, et considérant par ailleurs le rôle contributif central du médecin dans la mise en place et l'usage de certaines technologies de l'information, le Collège est d'avis que, par la nature même de ses responsabilités en matière de protection du public, il doit avoir une place dans l'administration des affaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. De

même, il doit avoir une contribution à apporter, par la porte d'en avant, au développement des systèmes d'information, de logiciels et de technologies en regard des clientèles desservies par les médecins et aux services médicaux qui leur sont rendus.

Mis à part la composition du conseil d'administration de la Régie, le Collège est conscient que tout ne se règle pas par des lois ni par le projet de loi à l'étude. En conséquence, d'autres discussions sur le sujet devront suivre. Nous comptons sur une oreille attentive.

En résumé, le Collège souscrit aux intentions véhiculées par ce projet de loi. Il souhaite que d'autres modifications soient apportées à la composition de conseils d'administration, permettant de consolider ce partenariat médico-administratif dont on parle tant. En outre, il croit que des précautions doivent être prises parallèlement à l'abolition de la responsabilité ministérielle de programmation, et qu'une vigilance s'impose pour faire de la mise en place des départements régionaux de médecine générale un succès. Enfin, il espère que l'on saura faire diligence pour améliorer le processus de traitement des plaintes concernant la pratique médicale en établissement. M. le Président.

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

**M. Rochon:** Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Ça va pouvoir être assez précis et spécifique parce que votre présentation est claire et précise et spécifique. Je l'apprécie beaucoup.

Le régime de traitement des plaintes, ce que vous soulevez au sujet de l'article 38 est très juste. Après vérification, je peux vous dire que, au moment où on a préparé le projet de loi, les travaux qui étaient en cours, dont on était très conscients, qui impliquaient le Collège, l'Association des hôpitaux, je pense, l'Association des conseils... des CMDP, ne nous avaient pas semblé assez avancés, ou on n'a pas compris qu'ils étaient assez avancés, pour avoir des idées claires de ce qui pourrait être introduit dans le projet de loi. Mais je comprends, d'après ce qu'on me dit, que ça a continué, ces travaux-là. Maintenant, on serait peut-être prêts, comme vous le dites.

Alors, j'apprécie votre dépôt, et je peux vous dire qu'on va considérer très sérieusement, dans les prochaines semaines — parce qu'on va entreprendre l'étude article par article — que, si effectivement on peut être rendus au point où on aurait aimé l'être à l'automne, il n'y a rien qui nous empêche d'introduire un papillon et de régler ça tout de suite. Parce qu'on partage le même désir de clarifier là-dessus. C'est partagé par beaucoup de monde. Si le fruit est mûr, on va, comme vous, être tentés de le cueillir.

**Mme Lamquin-Éthier:** Il est mûr, mûr, mûr.

**M. Rochon:** Et je ne doute pas que l'opposition va nous aider à faire ça.

**Une voix:** Certainement.

**Mme Lamquin-Éthier:** Si j'ai la copie du texte de la proposition.

**Une voix:** Tout à fait.

**M. Rochon:** Bon, la composition...

**Mme Lamquin-Éthier:** Si vous avons.

**M. Rochon:** ...je fais rapidement mes commentaires... Composition des conseils d'administration, je vois très bien votre point, il faudra qu'on regarde ça un peu. C'est très relié, là, pour les CHSLD, les centres de longue durée, jusqu'à quel point il y avait maintenant, vraiment, un groupe de médecins impliqués, de façon significative, dans chacun de ces centres-là, comment il est. Est-ce que ça vient par la bande d'une entente? Il y a le lien CLSC-CHSLD qui est fait sur le territoire, là, et il y a peut-être moyen de s'assurer, d'abord, un, qu'il y ait des médecins d'impliqués partout, là où il en faut, et que, eux étant impliqués, on rejoigne l'intention de notre loi que, quand il y a des médecins... Parce qu'on dit, dans les CLSC, qu'ils geraient aussi une fonction de CH. À ce moment-là, il y a des médecins sur le conseil d'administration. Alors, il y a peut-être une concordance à faire, comme ça, qu'un CLSC qui gère une fonction de CHSLD et qui a un corps médical dans ses cadres, ce serait peut-être la même intention qu'on poursuivrait. Alors, je pense qu'il y a quelque chose à examiner de ce côté-là.

L'abolition de la notion de programme — et ça, il faudra peut-être qu'on précise aussi — il n'y a sûrement pas une intention, au contraire, pour que le ministère soit un peu largué, que le réseau se balkanise et qu'on ait 16 régimes de santé, au Québec, selon les régions. L'intention était plus d'avoir des moyens plus souples et plus en ligne avec le fonctionnement dans les ministères, de pouvoir donner ces balises des paramètres nationaux, comme vous dites, par des politiques, des orientations, des stratégies, des directives ministérielles, différents moyens qui pourraient être utilisés et orchestrés pour s'assurer qu'on utilise la notion de programme pour sa partie plus spécifique. Il y a une lourdeur qu'on a voulu soulager. Mais, moi, je prends bonne note de ce que vous dites là. Est-ce qu'il faudrait que ce soit reflété ou pas dans la loi? Ce serait à voir, mais l'intention n'est surtout pas là.

La gestion des effectifs médicaux, je prends bonne note aussi. Là, vous comprendrez — je pense que c'est ça que vous laissez comprendre entre les lignes — qu'on a souhaité mettre ce qu'il faut dans la loi pour créer la structure, l'outil, mais, autant que possible, y aller par voie réglementaire ou par mesure plus souple et plus légère d'adaptation, parce que ça va évoluer au cours des prochaines années — on va l'adapter — que d'en mettre trop dans une loi et d'avoir un nouvel outil qui risquerait de devenir terriblement rigide, parce que difficile à adapter. Alors, on se rejoint là-dessus.

● (12 h 10) ●

Mon dernier point: les actifs informationnels. Ce que vous soulignez là-dessus est très juste, et ça, on n'a pas eu le temps de parler à tous nos partenaires encore là-dessus. Les enlignements, comme ils se prennent présentement, si on perçoit bien la réalité, sont de faire la prochaine étape. Parce que tout ça est relié, entre autres, à la mise en application, au déploiement de la carte à microprocesseur. Et là il a semblé qu'il y avait possibilité, intérêt à avoir un développement qui serait le plus accéléré possible pour la partie gestion et administration où on a de bons mécanismes, de bons outils, puis un bon lien, entre autres, avec la Commission d'accès à l'information, de contrôle à ce moment-là.

Mais en même temps — et ça, ça veut dire que c'est dans les prochains mois, peut-être même dans les prochaines semaines — d'entreprendre vraiment un travail-terrain avec tous ceux qui seraient les utilisateurs cliniques de l'information clinique que prendrait le système d'information. Parce qu'il nous a semblé qu'on n'avait pas ce qu'il fallait pour progresser plus loin présentement et pour s'assurer que les utilisateurs potentiels aient vraiment pu s'impliquer plus dans le développement de ce volet-là des systèmes d'information. Et qu'on connaisse plus...? à quoi ils sont en demande et qu'eux aient mieux perçu et puissent dire quelle utilité ils vont faire du système pour que là on en vienne à un bon travail avec le comité d'accès à l'information.

Maintenant, si là, comme pour l'article 38, les choses avaient évolué plus rapidement, à certains égards, que ce qu'on n'a pu percevoir jusqu'à maintenant et qu'on pouvait accélérer, on a toujours été plutôt orientés dans ce sens-là que de prendre plus de temps quand on peut aller plus vite. Mais le souci est, je pense, celui que vous partagez, et on pensait qu'il y avait deux étapes complémentaires qu'on serait mieux d'accomplir. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. Est-ce qu'il y a des commentaires?

**M. Bernier (Roch):** Je ferais un commentaire tout simple. C'est sur la dernière partie. Je pense qu'au point de vue informatique, au Québec, on a des ressources formidables et on peut développer et avoir une approche très originale et avant-gardiste. Je vous dirais que le point important, c'est qu'on n'a pas nécessairement — et ça peut paraître paradoxal de votre point de vue — plus besoin de donner pour gérer. Je ne dis pas qu'on n'en a pas besoin, mais on en a déjà, puis il y a moyen de les organiser. Mais, d'après moi, ce n'est pas là que l'innovation informatique va donner plus de dividendes. La formation à plus de dividendes de l'informatique, c'est en développant des outils qui vont faciliter les soins et les services aux patients et l'intégration de ces services-là. C'est là-dedans, si on met le paquet pour développer ça, qu'on peut être très originaux et amener vraiment des éléments qui vont nous permettre d'aller de l'avant et de dépasser des embûches qui sont actuellement des établissements, des territoires, des groupes de pression, de la réorganisation, puis plus de réorganisation.

Si on avait des outils qui facilitent les échanges au niveau du travail clinique, on aurait accompli un très grand pas en avant dans la collaboration interprofessionnelle au service des patients. Et ça, c'est tout un défi qui dépasse. À mon avis, beaucoup le projet de loi. Je ne voudrais pas que, pour des considérations très pratiques et organisationnelles, on se mette à traiter uniquement les chiffres ou les données dans leur manipulation pure. Je pense que ce serait dévier sur les intentions d'un projet comme celui-là qui est vraiment d'améliorer les outils informatiques et cliniques. Et, je vous dis, on est très proches dans ce domaine-là, au Québec, comme on l'a eu pour les multi-médias, on a eu des percées mondialement reconnues. On est capables de faire ça au Québec, à condition qu'on soit orientés sur les bons objets. Et les solutions cliniques, c'est des choses importantes. Ça nous apparaît, en tout cas, très important.

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

**Mme Lamquin-Éthier:** Bonjour, Drs Bernier, Bernard et Garon. J'aimerais, s'il vous plaît, ça me ferait du bien de vous le dire, eu égard à la page 3 de votre mémoire, je pense que... Non. En fait, à la page 2, vous dites d'abord, eu égard à l'article 38, qu'il y a urgence d'agir. Moi, je vous félicite d'admettre ça aussi clairement. Je pense que c'est vrai. De nombreux autres groupes ou associations l'ont dit. Je vous remercie de nous faire partager — et croyez bien qu'on va les lire avec intérêt — les observations et recommandations que vous soumettez à l'attention du ministre pour pallier aux lacunes importantes d'harmonisation entre la loi et le règlement, et surtout dans un souci de faciliter la tâche aux personnes qui portent plainte. Vous savez à quel point c'est compliqué, ce n'est pas évident. Il faut être fait fort. Il faut prendre des vitamines. Passer à travers ça, c'est innombrable. Alors, merci beaucoup.

Quant à la page 5, à l'abolition de la notion de programme, sauf en santé publique, ne croyez-vous pas que cette modification, donc l'abolition de la responsabilité ministérielle de programmation et les pouvoirs qui y sont rattachés, surtout dans un contexte de compressions budgétaires sans précédent, risque de morceler le réseau public en provoquant des iniquités ou, à tout le moins, des disparités importantes entre les diverses régions, donc, «bottom line», en bout de ligne, de compromettre de façon sérieuse l'accès aux services pour les personnes qui en ont besoin?

**M. Bernier (Roch):** Il y a un risque réel, à notre point de vue. Il y a un risque réel, de ce point de vue là, et on voulait attirer l'attention du ministre là-dessus. C'est sûr que ce n'est pas dans l'intention du ministre de faire ça.

**Mme Lamquin-Éthier:** Non, non.

**M. Bernier (Roch):** Mais il y a un risque réel que certains programmes qui ont besoin d'une solution nationale ou qui ne pourront pas être ajustés, ou..

**Mme Lamquin-Éthier:** Concoctés.

**M. Bernier (Roch):** ...concoctés au niveau régional, il y a un risque de penser, parce qu'on a simplement régionalisé, que ces choses-là vont se traiter et vont se résoudre systématiquement ou automatiquement. Au contraire, on risque de rendre plus difficiles des programmes véritablement nationaux. Mais on n'en a pas un nombre très, très important, par contre. Donc, ça semble en contradiction, ce que je dis, mais il faudrait que le ministre se soit gardé cette possibilité-là pour quelques programmes et qu'ils relèvent de lui — ça, c'est notre point de vue; on pourrait citer neurochirurgie, à titre d'exemple — mais ne pas... alors qu'aucune des régions ne peut en soi résoudre un problème comme celui-là de façon isolée. Ça, c'est notre perception qu'on voulait partager simplement, parce qu'il semble que c'est un élément important. Mais c'est aussi vrai que les régions ont besoin de crédits pour mener à bien le sens réel d'une décentralisation. C'est ça que ça veut dire aussi. Qu'on donne les moyens aux gens de gérer et d'opérer les solutions parce qu'ils sont plus près des problèmes. Alors, ça semble une contradiction apparente. On est d'accord avec la régionalisation, on l'a dit. On la supporte avec l'intention... Il faut faire attention toutefois, là-dedans, de tout envoyer par ce processus-là, parce qu'il y a certains éléments qui vont échapper à ça même si l'intention est louable.

**Mme Lamquin-Éthier:** Ça, nous pouvons en venir, parce que, inévitablement, les régies vont avoir à gérer compte tenu de leurs contraintes administratives et financières, en plus des autres difficultés qu'on peut comprendre aisément.

À votre avis, est-ce que, à ce stade-ci, prenant pour acquis que le fruit est mûr, mûr, mûr, toujours eu égard à l'article 38, que M. le ministre ne semble pas douter de la nécessité d'aboutir puis qu'il est prêt à considérer sérieusement, ça «risque-tu» d'être bien, bien, bien compliqué, ça? Je «peux-tu», demain, dire aux personnes qui viennent me voir à mon bureau de comté que, oui, il va y avoir une solution rapide, claire, à leur avantage?

**M. Bernier (Roch):** Le Collège a travaillé sur une solution. On a quelques contacts avec les personnes mentionnées précédemment. Je pense qu'il faut avoir le mandat de travailler ensemble pour bonifier cette solution-là. Et ça, on peut faire un blitz et ça peut se faire rapidement.

**Mme Lamquin-Éthier:** O.K.

**M. Bernier (Roch):** Est-ce que cette solution-là devrait améliorer ce qui se passe présentement?

**Mme Lamquin-Éthier:** On le souhaite.

**M. Bernier (Roch):** On ne l'aurait pas présentée si on croyait le contraire. Ça, c'est vraiment... Il faut régler ça. En fait, on avait trois objectifs, nous, au niveau

de cette solution-là — vous allez la retrouver au début — accroître l'efficacité du processus, améliorer la transparence vis-à-vis du plaignant — l'utilisateur, comme vous l'appellez — quant au cheminement et au traitement accordé à sa plainte, et puis alléger le processus sans compromettre la qualité du traitement. On pense qu'on a réussi, avec le projet qu'on propose, à rencontrer ces objectifs-là. Ils pourraient être bonifiés par ce que les autres vont nous faire valoir; ça, c'est sûr. Mais j'espère que ça ne sera pas une commission parlementaire, là. Je veux dire, il faut avoir un petit groupe de travail pour amener des résultats rapides. Je n'ai rien contre les commissions parlementaires, en passant. C'est juste que c'est un processus qui est long, long, long. On est beaucoup plus près d'une réalisation dans ce domaine-là et il y a urgence d'agir. Je pense qu'il faut attacher ça avec l'actuel projet de loi. J'espère que je n'ai offensé personne.

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

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** On a très bien compris ce que vous avez voulu dire.

**M. Marsan:** Oui, puis on est d'accord avec vous.

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

**M. Marsan:** Je vous remercie, Dr Bernier et l'équipe. Dans le début de votre introduction, vous mentionnez que le Collège des Médecins est favorable. Vous avez dit tantôt vous-même: Favorable pour certains, peut-être non favorables pour d'autres. Nous, on savait que vous seriez favorables. Vous nous l'avez démontré à peu près à chacun des projets de loi. Mais ce n'est pas le propos que je veux tenir aujourd'hui

• (12 h 20) •

Je voudrais souligner, quand vous parlez d'inspection professionnelle, que j'ai eu la chance, dans ma carrière antérieure, d'être associé avec le Collège canadien d'accréditation qui faisait des visites avec la Corporation des médecins, à l'époque. Moi, j'ai pu constater le sérieux de ces visites-là qui étaient faites avec des critères rigoureusement objectifs. Ce qui m'avait toujours impressionné, c'était le suivi que vous donniez après. Ce n'était pas juste: Bon, on fait une recommandation, mais vous insistiez pour voir à ce qu'il y ait des améliorations. Je me permets, en tout cas en commission parlementaire, de le souligner, parce que c'était vraiment important et c'est peu connu du public.

Dans l'ensemble du document que vous nous présentez, je retrouve une constante que j'ai retrouvée aussi chez d'autres médecins — je pense à la Fédération des médecins spécialistes — et c'est l'implication des médecins dans les grands enjeux de la santé. Vous y faites allusion au moment où vous parlez par rapport aux conseils d'administration, vous y faites allusion dans les actifs informationnels.

Moi, j'aimerais ça vous entendre davantage là-dessus. Quelle serait la place des médecins où vous seriez heureux? Puis est-ce qu'il faut augmenter le nombre de médecins au ministère, augmenter le nombre de médecins dans les régions par rapport à un ratio fonctionnaires-médecin? Je ne pense pas déborder à ce niveau-là, mais j'ai toujours constaté qu'effectivement les médecins n'étaient pas nécessairement bien représentés. Je me souviens de l'époque où le Dr Garon était au ministère. C'était bien, parce que c'était lui qui était là puis il faisait ça très, très bien. Mais, de façon générale, je pense que les médecins n'ont pas toujours été bien représentés dans les différentes structures et sous tous les gouvernements dans la gestion des soins de santé.

**M. Bernier (Roch):** J'essaierai de répondre à la question sans devenir hors d'ordre, parce que M. le Président va me rappeler à l'ordre. Et se faire rappeler à l'ordre, pour un ordre professionnel, ce serait vraiment très particulier.

Ce que je vais vous dire simplement, c'est qu'il y a des médecins qui sont conscients et qui sont responsables, qui sont conscients des enjeux de la transformation et qui veulent davantage s'impliquer et être impliqués. Ce n'est pas vrai que les gens ont une position d'obstruction systématique, ou de gens qui pensent qu'ils subissent la transformation. Il y a un nombre important de médecins en action qui participent à cette transformation-là et qui en subissent des fois les contrecoups, comme les patients, mais qui veulent travailler à un succès. C'est le sens de la représentation qu'on fait.

Maintenant, au niveau administratif proprement dit, c'est vrai que l'historique pas très récent, quand même, depuis un certain nombre d'années. Il y a eu une désaffectation des médecins au niveau des responsabilités administratives ou des fonctions administratives, voire des ministères ou d'autres situations. Je ne suis pas nécessairement favorable à un retour en force et en grand nombre des médecins dans ces endroits-là, mais, de là à ce qu'ils n'aient pas de voix ou de possibilité de consultation et d'implication des médecins, surtout pour ceux qui veulent s'impliquer, ça paraît un paradoxe important.

Pour réussir la transformation actuelle du système de santé, notamment au niveau, je dirais, de renforcer la première ligne, on a besoin d'impliquer davantage les médecins, notamment les médecins de famille. C'est le sens même de ce que veut faire le département de médecine régionale, ici, même si on lui prête toutes sortes d'autres intentions. C'est qu'il y a des médecins responsables qui veulent se responsabiliser davantage et s'en donner les moyens pour agir auprès de leurs propres collègues à l'égard de l'ensemble de la population.

C'est le sens qu'il faut donner au département de médecine régionale. Je ne dis pas que c'est ça qu'il va réussir à avoir, mais il a été conçu dans cet esprit-là.

Donc, que les gens s'impliquent davantage au niveau de la gestion des effectifs, au niveau de développer un réseau intégré de services pour que l'ensemble des

obligations qu'on a, pas uniquement individuellement envers nos clients, mais envers une population d'un territoire donné, on soit davantage conscients. Ça, je pense qu'il faut lui donner une chance dans ce sens-là.

Il y a des risques. Il y a des écueils. On pourrait l'utiliser d'autres façons. Il y aura des ajustements à faire, mais c'est vraiment le sens, en tout cas, que nous, au Collège des médecins, on perçoit dans cette intention du département de médecine régionale.

Je dois vous dire aussi que nos jeunes collègues ont fait allusion tantôt à la division de la médecine. La division de la médecine, elle ne sera pas faite par l'existence de ça. La médecine, vous savez, il y a 35 spécialités. Il y en a la moitié qui sont médecins de famille, la moitié qui sont spécialistes. Ces deux fonctions-là ont des rôles complémentaires mais ont toujours eu des difficultés d'ajustement. Et ça, ce n'est pas une histoire récente, là. Ça remonte à bien avant le gouvernement actuel et les gouvernements qui l'ont précédé.

C'est important aussi de comprendre qu'on a deux fédérations qui ne partagent pas toujours les mêmes points de vue. Vous avez eu l'occasion sûrement de vérifier ça ici. Ce dont on parle, dans le cas du projet de loi n° 404, c'est de donner les moyens pour renforcer la première ligne et passer plus loin dans l'étape de la transformation où les médecins de famille vont être responsables collectivement des populations sur un territoire donné.

Ils auraient pu procéder différemment. À notre avis, la véritable transformation va s'appliquer lorsqu'elle passera au niveau local et non pas au niveau régional. Le niveau régional est un moyen pour arriver au niveau local, mais, quand vous consultez, vous et moi, ce n'est pas au niveau régional. On ne cogne pas à une régie pour se faire soigner, on va voir un médecin dans un quartier ou dans une MRC bien, bien déterminée, et c'est les regroupements de médecins à ce niveau-là qui vont être déterminants. Mais, pour que ça se produise, et que ça se produise de façon coordonnée, les gens ont besoin d'un levier, d'un instrument au niveau régional pour faire que ça arrive.

Est-ce que ça aurait pu se faire uniquement par la commission médicale régionale? Peut-être, possiblement, mais il aurait fallu changer à ce moment-là les mandats et les moyens qu'on donne à la commission médicale régionale. On a choisi, au moment de cette transition-là, d'y aller avec un département de médecine générale qui va s'occuper principalement de coordonner les médecins de famille, puis le travail en CLSC ou en pratique privée pourrait mieux répondre aux besoins de la clientèle. C'est le sens du département, de la compréhension, en tout cas, qu'en a le Collège des médecins, et c'est ça qu'on supporte comme intention.

**M. Marsan:** Je vous remercie, Dr Bernier, de cet éclairage et aussi cette offre. Le message que vous passez au ministre concernant les médecins, je pense que c'est vrai que les médecins sont prêts à travailler davantage dans le réseau. Ce n'est pas tellement un ratio de nombre, mais

sûrement que ce sont les premiers qui sont les plus près des patients et qui peuvent faire des recommandations justes dans le réseau.

Juste en terminant, M. le Président, les départements régionaux de médecine générale, pensez-vous qu'on va assister à la création subséquente de départements régionaux de médecine spécialisée?

**M. Bernier (Roch):** Je ne peux pas vous dire quand, ni comment ça viendra. Si ça évolue dans cette direction-là et que c'est un succès, c'est sûr que les gens vont y penser pour régler d'autres problématiques. Comme Collège des médecins, on a déjà recommandé, dans notre mémoire sur la question de la santé mentale, qu'on utilise ce moyen-là aussi pour ce qui est de faciliter les soins, l'accès à la psychiatrie, que les médecins psychiatres dans un territoire donné soient regroupés et puissent adresser la problématique de l'accès en santé mentale, qui est une problématique très, très importante actuellement au Québec, au moment où on se parle. Ça, ce n'est pas nécessairement une problématique intrarégionale, c'est une problématique pan-nationale, si je peux me permettre, à travers les régions. Et on a, nous, suggéré qu'au niveau de l'organisation des soins spécialisés en psychiatrie ils aient un département régional de psychiatrie pour pouvoir offrir une meilleure accessibilité aux services de psychiatrie comme consultants auprès des médecins de famille. Ces deux éléments-là pourraient agir en complémentarité et, si ça devenait une réalité, parce qu'on peut faire ça indépendamment de la loi, vous savez, on n'a pas besoin d'attendre d'avoir la loi si on pense que c'est une chose, on pourrait mettre ça sur pied et faire fonctionner ça, et se démontrer, à la suite d'une réussite, qu'on peut ainsi régler véritablement des problèmes d'accès sans avoir recours à des moyens coercitifs ou à d'autres moyens négociés qui font l'objet de beaucoup de difficultés au sein de la profession, vous l'avez entendu par nos jeunes collègues tantôt.

**M. Marsan:** Je vous remercie.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup, au nom de tous les membres de la commission. Les travaux sont suspendus jusqu'à 15 heures cet après-midi.

*(Suspension de la séance à 12 h 29)*

*(Reprise à 15 h 46)*

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît. Alors, nous reprenons nos travaux en recevant les représentants de l'Office des personnes handicapées du Québec, et, M. le Dr Denis Lazure, je vous demanderais de présenter les gens qui vous accompagnent et de débiter votre présentation, en vous souhaitant, au nom de toute la commission, une bienvenue spéciale compte tenu de votre vie antérieure.

## Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

**M. Lazure (Denis):** Puisque je suis encore membre de l'Amicale des anciens, merci, M. le Président. À ma droite, Mme Anne Hébert, qui est la directrice adjointe du service d'évaluation, programmes et intervention; à ma gauche, Me Benoit Coulombe, du service juridique.

Je veux remercier le président de la commission et les membres de la commission, le Secrétariat, le ministre et ses collègues de nous avoir invités à vous présenter quelques commentaires. Nous avons, sur la page frontispice, intitulé notre présentation *Améliorations souhaitées pour faciliter l'exercice des droits des personnes handicapées*.

L'Office des personnes handicapées a pour mandat principal la promotion des droits et intérêts des personnes handicapées. Il doit aussi veiller à la coordination des services offerts en vue de favoriser l'intégration sociale de cette population. Les activités quotidiennes de l'Office l'amènent à conseiller et à soutenir les personnes handicapées et leurs familles en vue de l'obtention et du maintien des services qu'elles requièrent dans le cadre de leur plan de services. Le réseau de 15 bureaux régionaux de l'Office constitue ainsi de précieuses antennes captant bien les diverses situations liées à la dispensation des services aux personnes handicapées.

L'accès à des services de santé et aux services sociaux de qualité est un élément indispensable au maintien des personnes handicapées dans leur milieu et, par voie de conséquence, à leur intégration sociale. C'est pourquoi la Loi sur les services de santé et services sociaux constitue un outil majeur susceptible de favoriser la réponse aux besoins et l'intégration sociale des personnes handicapées. Il est du devoir de l'Office de veiller à ce que toute modification à cette loi concoure à l'amélioration des droits de ces personnes et à l'objectif d'offrir des services personnalisés et continus. C'est dans cet esprit que l'Office a étudié les propositions qui sont devant cette commission.

Le présent mémoire se veut aussi un écho aux préoccupations exprimées par les partenaires de l'Office à différents moments et dans le cadre de la présente commission parlementaire. Plus précisément, l'Office partage les préoccupations de la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec, COPHAN, sur les principaux éléments liés à la révision des mécanismes d'appel et sur la coordination des services. Plusieurs de nos recommandations concordent aussi avec celles du Comité provincial des malades. Notre intervention porte principalement sur deux sujets: les mécanismes d'appel et la coordination et continuité des services.

Alors, je saute immédiatement à la page 4: Commentaires sur les articles du projet de loi n° 404, donc la possibilité de porter plainte verbalement quel que soit le niveau de la plainte. L'article 13 du projet prévoit une modification à l'article 53.1 de la loi actuelle de sorte que seule une plainte écrite peut donner ouverture ou recours auprès du Commissaire aux plaintes. On indique de plus qu'on doit prêter assistance à la personne pour la formulation. Pour nous, l'expression «prêter assistance» n'est

pas suffisamment claire. S'agit-il simplement d'informer comment formuler la plainte ou encore d'aider à formuler la plainte, c'est-à-dire l'écrire? Nous croyons que la personne qui reçoit la plainte peut très bien prendre note des informations transmises et les consigner au dossier. Cela permettra ainsi à la personne handicapée de vraiment se sentir accueillie. Nous rejoignons en cela le point de vue exprimé par le Comité provincial des malades et par le Protecteur du citoyen.

• (15 h 50) •

Nous recommandons donc le retrait de l'article 13 de manière à ce qu'il n'y ait pas d'obligation de déposer une plainte écrite pour avoir droit d'obtenir une réponse écrite et pour pouvoir demander une révision de la plainte auprès d'une instance supérieure. Nous suggérons également de modifier la loi actuelle de manière à ce qu'il n'y ait pas d'obligation de déposer une plainte écrite afin de pouvoir demander une révision auprès d'une instance supérieure.

Le régime d'examen des plaintes. Concernant la nomination d'un membre du personnel au lieu d'un cadre supérieur à titre de responsable de l'application de la procédure, nous voulons appuyer la suggestion qui a été faite là aussi par le Comité provincial des malades. Il souligne — le Comité — qu'il faut faire une distinction entre l'examen de la plainte comme tel, qui peut très bien être confié à un membre du personnel, et la responsabilité de l'application de la procédure d'examen de la plainte qui, elle, doit demeurer entre les mains d'un cadre. Cette distinction entre l'examen de la plainte et la mise en place des mesures pour corriger nous apparaît pertinente.

C'est pourquoi nous recommandons qu'un ajout soit fait aux articles 29 et 43 de la loi actuelle de manière à permettre au cadre supérieur désigné de déléguer par écrit ses pouvoirs liés à l'examen des plaintes — sauf ceux visés aux articles 40 et 52 — à tout employé de l'établissement ou de la régie régionale, cette délégation devant notamment tenir compte des compétences requises pour l'appréciation de la situation visée par la plainte.

Simplification des paliers d'examen des plaintes. Je résume et je saute à... Bien, écoutez, les deux premiers paliers de révision, on les connaît. Chacun peut aller jusqu'à un maximum de 60 jours comme délai, ce qui fait au total, dans la pire des hypothèses, un délai de quatre mois. La fusion des premiers paliers permettrait d'augmenter la rapidité du délai de traitement d'une plainte. Nous croyons, à l'instar du Protecteur du citoyen, que le responsable du mécanisme des plaintes pourrait être nommé par le conseil d'administration de l'établissement à qui il devra rendre compte, en plus d'être en lien direct avec le responsable des plaintes de la régie régionale. Cette formule permettra d'éliminer les délais répétitifs de 60 jours actuellement prescrits par la loi, tout en permettant à la régie de connaître les éléments propres à chaque plainte sans avoir à affronter les résistances des établissements à fournir l'information. Nous recommandons donc de fusionner les deux premiers paliers.

Nous passons ensuite au recours au Protecteur du citoyen et nous citons un extrait du rapport du Protecteur.

Quand il parle du Curateur public, il recommande «que — et je cite — les personnes âgées, les déficients intellectuels, les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale et, généralement, les personnes inaptes puissent recourir ultimement au Protecteur du citoyen». L'Office souscrit à une telle recommandation dans la mesure où la clientèle pouvant recourir au Protecteur serait mieux ciblée. L'Office pense, entre autres, aux clientèles utilisant les services de plusieurs établissements et des services hors du réseau de santé. Nous recommandons donc — et notre recommandation est nuancée — que soit étudiée la possibilité, pour les clientèles dites vulnérables, de recourir en dernière instance, après le commissaire aux plaintes, au Protecteur du citoyen. L'Office offre sa collaboration pour la précision de cette population, de ces groupes.

Ensuite, nous recommandons à la page 9 que les organismes d'assistance et d'accompagnement jouent un rôle davantage proactif dans l'accompagnement des personnes handicapées en collaboration avec les organismes de promotion des personnes handicapées qui existent dans chaque région du Québec et qui sont regroupés dans un ROP — regroupement des organismes de promotion — et obtiennent les ressources nécessaires le cas échéant. L'Office offre sa collaboration à ces organismes d'assistance et d'accompagnement.

Quant aux données sur les plaintes, nous recommandons que les rapports statistiques fassent état de certaines caractéristiques des usagers, c'est-à-dire qu'ils permettent — les rapports — de savoir notamment s'il s'agit d'une personne handicapée. Cela permettra autant aux intervenants du réseau qu'à ceux des organismes partenaires, tels l'Office, de mieux saisir la réalité de cette clientèle.

Le deuxième et dernier chapitre de nos recommandations, la coordination et la continuité. Les personnes handicapées requièrent des services multiples pour assurer leur maintien dans le milieu. Compte tenu de ces besoins, la coordination et la continuité des services sont un aspect primordial de cet accès aux services. Cette question de la coordination est au cœur même de la mission de l'Office et inscrite dans la loi de l'Office.

Nous citons à la page 11 des extraits d'un document intitulé *Le système sociosanitaire québécois, bilan et perspectives*, texte de septembre 1997. Au sujet des services de première ligne, il est dit que «la coordination des services est loin d'être constante dans notre système. Cette situation est particulièrement difficile lorsque la personne doit recourir à plusieurs intervenants. Malgré de nombreuses ententes ou protocoles entre les établissements, des lacunes persistent, et, en général, c'est le patient qui en souffre. Les personnes âgées et les personnes handicapées — d'où notre choix de cette citation — sont les plus susceptibles de recevoir des services discontinus et incomplets.»

La révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux devrait faciliter l'objectif d'une meilleure coordination. Il est nécessaire de rappeler que les articles 103 et 104 de la loi prévoyant l'élaboration de plans de

services individualisés ne trouveront application que lorsque le ministère précisera les catégories d'usagers et qu'il identifiera les responsabilités des établissements et des intervenants à cet égard. C'est pourquoi nous recommandons l'adoption, dans les plus brefs délais, du règlement qui précisera les catégories d'usagers. Et ce règlement est nécessaire à l'application des articles 103 et 104 relatifs au plan de services individualisés.

La continuité des services dans le contexte favorisant la dispensation. L'obligation d'offrir des services continus est prévue à l'article 5 de la loi. Nous appuyons les recommandations du Comité provincial des malades à l'effet que la loi prévoit une troisième possibilité, soit celle où l'usager peut retourner à domicile à condition qu'il reçoive certains services devant être pris en charge par des intervenants compétents et habilités à lui donner. Pour les usagers visés par le plan de services individualisés, il faut obliger les établissements à s'assurer qu'un usager dont l'état de santé permet un retour à domicile mais requiert encore des services soit assuré que ces services sont disponibles et accessibles par une ressource pertinente. Nous recommandons donc que l'article 14 soit modifié afin que, pour les personnes visées par l'application du plan de services, la notion de «services» soit substituée à la notion de «place» et que la référence soit faite à l'obligation d'élaborer un plan de services, peu importe la place, le mot clé étant «services».

Pour ce qui est des ressources intermédiaires et des ressources de type familial, nous avons, comme d'autres organismes, des interrogations à l'égard du statut des personnes desservies par ces ressources. La différence entre la notion de «personne admise» par rapport à la notion de «personne inscrite» soulève des interrogations sur les conséquences de cette distinction sur les services à la charge de la personne ou de la ressource ainsi que sur les frais d'hébergement qui pourraient être facturés à la personne. Nous recommandons donc que la distinction entre usager «inscrit» ou «admis» dans les ressources intermédiaires ou de type familial ne se traduise pas par une diminution de la couverture actuelle des besoins ou par une augmentation de la participation financière aux coûts d'hébergement.

Et, M. le Président, à la page suivante, la section III, je vous demanderais de l'annuler, c'est par confusion et par erreur que ce texte-là a été introduit à la page 14. Pour ce qui est de la page 15, par voie de conséquence, ça veut dire qu'une des 10 recommandations, et précisément la dixième, tombera lorsque vous avez, à la fin de notre présentation, le sommaire des recommandations.

● (16 heures) ●

Mais, à la page 15, sous le chapitre Séances du conseil d'administration, nous sommes en accord avec ce que le projet de loi propose, nous voulons tout simplement profiter de cette occasion pour souligner encore une fois l'importance pour plusieurs personnes handicapées... Que ce soient des personnes handicapées visuellement, ou des personnes sourdes, ou peu importe le type de handicap, plusieurs personnes handicapées n'ont accès à la documentation que si la documentation est adaptée à leur

handicap, par le braille dans le cas des personnes aveugles ou par un enregistrement sur cassette ou encore par une interprétation gestuelle s'il s'agit de personnes sourdes. Alors, nous pensons que c'est la responsabilité de l'établissement et de la régie, et je dois dire que, de plus en plus, c'est fait par les établissements et les régies, mais pas partout, de fournir, dans le média adapté qui convient aux besoins de la personne handicapée, toute information ou tout document nécessaire à la participation d'un usager et non seulement aux séances du conseil d'administration, mais, de façon générale, nécessaire à la bonne compréhension de cette personne handicapée de ce qui se passe dans l'établissement.

Alors, en conclusion, M. le Président, nous réitérons que toute révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit prendre en compte la réalité de la clientèle qui nous touche plus particulièrement, les personnes handicapées, spécialement dans le contexte de changements importants dans le réseau: virage ambulatoire, décentralisation des ressources. Les mécanismes d'appel doivent être adaptés à cette population, et, aussi, tout doit être mis en oeuvre afin de faciliter et soutenir la coordination et la continuité des services. Je vous remercie, M. le Président.

**Le Président (M. Dion):** Merci, M. le président de l'Office des personnes handicapées. Alors, je vais laisser la parole immédiatement à M. le ministre de la Santé et des Services sociaux pour commencer l'échange

**M. Rochon:** Merci beaucoup. Merci beaucoup, Dr Lazure et vos collègues qui vous accompagnent. Je pense que c'est important que l'Office des personnes handicapées, comme vous l'avez fait, prenne le temps de regarder ce projet de loi là, parce qu'on en a fait un objectif, il y a quelques décennies déjà, de bien intégrer les personnes handicapées dans notre société. Mais c'est facile d'oublier un détail qui peut être très important pour eux. Alors, on va sûrement tenir compte de vos recommandations le plus fidèlement possible. Et, à cet effet, peut-être quelques clarifications pourraient nous aider.

Le premier point que vous soulignez, l'article 13. D'abord, je ne sais pas si je lis mal la loi, je n'avais pas le sentiment qu'on souscrive complètement, qu'on enlève complètement la possibilité de donner une réponse écrite à une plainte verbale. L'article dit que la plainte peut être verbale ou écrite. J'ai peut-être manqué quelque chose, là, mais c'est quelque chose qui...

**M. Lazure (Denis):** Mme Hébert.

**Mme Hébert (Anne):** Dans la loi actuelle, on lit: «La plainte visée à l'article 53 peut être écrite ou verbale.» Mais l'article 13 propose l'ajout des deux autres paragraphes. C'est ça.

**M. Rochon:** ...je vais poser ma question au complet. Il y a deux choses que j'avais cru comprendre dans vos remarques, c'est-à-dire qu'une plainte verbale puisse

avoir droit à une réponse écrite, puis, deux, la question du recours à l'autre instance. Sur le premier point, je n'avais pas compris, quoiqu'une plainte verbale peut peut-être se régler facilement verbalement aussi, dépendant... Parce que je pense qu'on s'entend que le service des plaintes, le mécanisme de plaintes veut d'abord être un service à la clientèle et s'assurer que les gens obtiennent satisfaction.

Pour avoir regardé un peu les rapports que nous donnent les régies régionales sur le fonctionnement, sur les plaintes de chacun des établissements et des régies, souvent, plusieurs plaintes, me dit-on, je ne parlerai pas des pourcentages, mais un pourcentage important avec un problème à sa base, une question d'information que, quand les gens étaient mieux informés, souvent on pouvait les satisfaire. Ou ça leur expliquait et ça les satisfaisait, l'information qui était donnée, ou que, quand l'information était donnée, ça leur permettait d'obtenir exactement le service qu'ils voulaient. Donc, ce n'est pas nécessairement pour satisfaire une plainte verbale, lorsque vous voulez dire que la réponse devrait être nécessairement écrite. Si ce n'est pas le cas, je ne vois rien qui empêcherait la possibilité de donner une réponse écrite si la personne le désire.

**M. Lazure (Denis):** Pas nécessairement écrite, mais, lorsque la personne plaignante le demanderait, insisterait pour l'avoir par écrit, la réponse, nous pensons que ça serait raisonnable de l'avoir.

**M. Rochon:** O.K. C'est ça.

**M. Lazure (Denis):** Mais on convient avec vous que dans plusieurs cas ça peut se régler verbalement de part et d'autre.

**M. Rochon:** Vous ne voulez pas en faire une obligation. Bon.

La question du recours, s'il n'y a pas satisfaction qui peut être obtenue au niveau de l'établissement. Je reviendrai sur votre proposition tout à l'heure, qui commande de fusionner les deux premières étapes: c'est l'établissement et la régie. De toute façon, il resterait le recours du Commissaire aux plaintes. S'il y a recours, est-ce que, de toute façon, pour des fins tout simplement pratiques, on ne doit pas écrire la plainte, quel que soit l'organisme qui aide les gens à formuler la plainte, qui aide à l'écrire? Autrement, on va être obligé de s'assurer que, pour prendre un recours et réviser, les gens vont devoir être amenés partout et redire tout le temps leur plainte, verbalement. Il me semble qu'il y a quelque chose dans le fonctionnement de l'affaire où, pour avoir recours, il faut qu'on trouve le moyen d'écrire la plainte, quitte à ce que la personne ne soit pas laissée seule et abandonnée pour l'écrire. Ça, c'est sûr.

**Le Président (M. Dion):** Mme Hébert.

**Mme Hébert (Anne):** Oui. C'est pour ça qu'on souhaitait la précision du paragraphe qui disait: «Il doit

prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte.» On voudrait vraiment...

**M. Rochon:** Ou pour toute démarche relative à sa plainte.

**Mme Hébert (Anne):** Ou pour toute démarche relative à sa plainte. On voudrait, si elle ne l'écrit pas, qu'on s'assure vraiment qu'il y ait quelqu'un qui l'aide, puis c'est ça. Ou le professionnel pourrait vraiment le faire lui-même, là, consigner la plainte de la personne et signer, au nom de la personne, la plainte, mais pas nécessairement exiger que la personne rédige elle-même la plainte.

**M. Rochon:** Non. O.K.

**Mme Hébert (Anne):** C'était plus l'essentiel de notre préoccupation, là.

**M. Rochon:** Alors, vous voulez vous assurer que le premier paragraphe qui dit que «seule une plainte écrite peut donner ouverture au recours», ça ne veuille pas dire que ça soit nécessairement la personne elle-même qui doit écrire la plainte, que le deuxième paragraphe peut vouloir dire qu'on l'aide à écrire sa plainte.

**M. Lazure (Denis):** C'est ça.

**Mme Hébert (Anne):** Exactement.

**M. Lazure (Denis):** Voilà. Me Coulombe, ça va?

**M. Coulombe (Benoit):** C'est complet.

**M. Rochon:** Bon. Merci pour ça...

**M. Lazure (Denis):** Parce qu'évidemment il y a plusieurs personnes handicapées qui ne peuvent pas écrire leur plainte; ça saute aux yeux.

**M. Rochon:** O.K. Bon, là, sur l'autre aspect, je reviens à votre recommandation suivante pour ce qui regarde les ajouts aux articles 23, 29 et 43. Au lieu qu'on ait une personne qui soit désignée et dédiée et à qui c'est la fonction et la tâche de recevoir les plaintes et d'assurer une réponse, une satisfaction, un suivi de la plainte, vous voudriez que ça reste un cadre supérieur mais qu'il puisse déléguer. Alors, qu'est-ce que ça fait de plus? Parce qu'on nous avait dit beaucoup qu'un cadre supérieur, bien, en général, compte tenu de ce qu'est la fonction d'un cadre supérieur, l'expérience a été qu'ils n'ont pas toujours le temps suffisant pour s'y consacrer et pas nécessairement la préparation et l'orientation pour ça. Et la personne désignée, de toute façon, et c'est là l'autre aspect de la question, on maintient l'article 40 de la loi, qui dit: «...doit transmettre au conseil d'administration toute recommandation ou tout rapport que lui adresse un cadre supérieur» qui va devenir la personne désignée. Alors, la

personne désignée, ses recommandations, toute autre information qu'elle veut faire parvenir au conseil d'administration, le directeur général a l'obligation de le faire. Autrement dit, je ne vois pas ce que va avoir comme valeur ajoutée de maintenir le cadre mais qui délègue ses responsabilités; ce n'est pas beaucoup plus fort. Tant qu'à la faire faire par un autre, que ce soit cette personne-là qui ait le mandat directement en vertu de la loi.

**Le Président (M. Dion):** Mme Hébert

**Mme Hébert (Anne):** Oui. Ce qu'on souhaitait que soit délégué, c'est seulement le travail d'examen, le pouvoir d'examen. Mais le travail de recommandation et de décision, de mise en application devrait demeurer la responsabilité du cadre supérieur.

**M. Rochon:** Mais pourquoi, comme ça va, de toute façon, au conseil d'administration, s'il y a des recommandations? Qu'est-ce que ça ferait de plus comme valeur ajoutée ou bonification d'une personne qui est formée, qui est préparée, qui fait bien sa tâche, qu'un cadre supérieur vienne un peu simplement contresigner et envoyer... Ou autrement, il va falloir qu'il y ait une valeur ajoutée, une fonction de plus que le cadre supérieur va remplir pour compléter le traitement de la plainte?

**Le Président (M. Dion):** Me Coulombe.

● (16 h 10) ●

**M. Coulombe (Benoit):** Ce qu'on visait, en parlant de délégation, c'est que ça permet au cadre qui serait responsable de ne pas toujours déléguer à la même personne, donc de pouvoir choisir des personnes qui sont plus à l'aise avec la problématique soulevée par la plainte. Tandis que si on nomme une seule personne responsable, elle doit, à ce moment-là, traiter tous les genres de plaintes qui peuvent lui arriver. Alors, dans un fonctionnement de délégation, le cadre peut choisir la personne qu'il pense qui va être la plus apte à traiter la problématique soulevée par la plainte. C'était ça, l'avantage qu'on voyait à ça.

**M. Rochon:** Mais d'avoir une personne... S'il n'y a pas de lien direct entre une personne dont c'est la tâche et la fonction, et son directeur général et le conseil d'administration, ce n'est pas suffisant? Vous pensez qu'il faut que la responsabilité repose sur un cadre supérieur?

**M. Coulombe (Benoit):** Bien, écoutez, on parle du cadre, mais ça pourrait être le conseil d'administration qui pourrait décider de déléguer, c'est-à-dire de choisir qui va entendre les plaintes. On ne se limite pas au niveau du cadre. Ce qui est important, c'est que l'instance responsable des plaintes puisse choisir pour l'examen d'une plainte particulière une personne bien au fait de la problématique, et, dans un deuxième temps, que la personne qui reçoit le rapport de la plainte, que ça soit le conseil d'administration ou le cadre, puisse avoir les pouvoirs nécessaires si la plainte demande des changements organisationnels ou autres, de les mettre en oeuvre,

ce qui n'est pas toujours le cas — excusez l'expression — d'un simple responsable des plaintes. Alors, c'est dans cette mécanique-là que ça permet vraiment à la personne qui veut faire une plainte d'être assurée que son dossier va être traité par quelqu'un qui connaît ça, et, deuxièmement, que s'il y a des recommandations qui visent pas seulement son dossier particulier, mais ça met le doigt sur une problématique d'organisation ou de fonctionnement, bien, la personne va être certaine, en tout cas elle aura une certaine assurance que, où les recommandations vont arriver, ces gens-là, que ce soit le cadre ou le conseil d'administration, vont avoir les pouvoirs de changer les choses qu'il y aurait à changer

**M. Rochon:** Je vous avoue que j'ai un peu de difficulté à comprendre, là. Le conseil d'administration, le directeur général ont, de par leur mandat, les pouvoirs et même la responsabilité de changer ce qu'il faut changer dans le fonctionnement d'un établissement pour améliorer les services et donner des bons services. Ils l'ont déjà. Vous ne nous suggérez pas que la personne cadre ou non cadre responsable des plaintes ait le pouvoir de décider de changer des choses dans le fonctionnement de l'organisation des autres gens?

**Des voix:** Non, non, non.

**M. Rochon:** L'article 40 prévoit que les recommandations vont au conseil d'administration...

**M. Coulombe (Benoit):** C'est ça.

**M. Rochon:** ...la loi actuelle. Alors, c'est important de garder ce lien-là.

**M. Coulombe (Benoit):** Oui.

**M. Rochon:** Et là c'est le conseil d'administration qui prendra ses décisions...

**M. Coulombe (Benoit):** Qui tranche.

**M. Rochon:** ...qui, lui, fera appliquer par qui de droit dans l'organisation. Autrement dit, ça ne peut pas être la responsabilité de la personne responsable du traitement des plaintes...

**M. Coulombe (Benoit):** Non, non.

**M. Rochon:** ...de décider. Alors, l'important, c'est de garder le lien avec le conseil d'administration.

**M. Coulombe (Benoit):** Oui, oui.

**M. Rochon:** Ce que fait l'article 40.

**M. Coulombe (Benoit):** Et de permettre un choix de la personne qui va examiner la plainte. Et on pense que l'article 40 ne permet pas ça actuellement

**M. Rochon:** Donc, je retiens essentiellement que pour vous il faut qu'un cadre soit impliqué dans l'affaire, autrement vous trouvez que...

**M. Coulombe (Benoit):** Oui.

**M. Rochon:** ...O.K. Bon. La fusion des deux premiers paliers, est-ce qu'on a la même notion que l'objectif premier du service de mécanisme de plaintes? C'est de responsabiliser les établissements pour qu'ils puissent recevoir des plaintes de leurs clients et qu'ils aient l'obligation de satisfaire le client? Moi, je compare ça beaucoup au service à la clientèle dans n'importe quel magasin où tu vas: si tu n'est pas content, tu retournes puis les gens vont te satisfaire. Si on fusionne les deux premiers paliers, ou bien l'établissement garde cette responsabilité-là, puis je ne vois pas trop ce que la régie fait là pour avoir besoin de le tenir par la main, ou si c'est la régie qui prend l'importance dans le dossier, bien, là, est-ce qu'on ne vient pas d'alourdir un peu le processus puis de perdre ce contact et ce mandat d'améliorer les services et cette responsabilisation de l'établissement en montant ça d'emblée au niveau supérieur puis risquant de glisser plus sur un processus qui va être perçu de façon défensive par les établissements? Si toute plainte d'un client est d'emblée ramenée à la régie régionale qui intervient dans le dossier sans laisser la chance aux parties de s'entendre sur le terrain, il me semble qu'on perd quelque chose de l'esprit ou bien on conçoit autrement le fonctionnement du mécanisme, le but du mécanisme.

**Le Président (M. Dion):** M. le président

**M. Lazure (Denis):** C'est peut-être le terme «fusion», là, qui porte à confusion et à ambiguïté. Notre objectif, c'est de raccourcir le délai, qui peut aller jusqu'à quatre mois, par les deux phases en succession. Une des mécaniques possibles pour ce qu'on appelle «la fusion» ici, c'est qu'au même moment où l'usager envoie sa plainte à l'établissement, il pourrait l'envoyer aussi à la régie régionale. L'examen de la plainte pourrait commencer immédiatement dans les deux instances: dans l'établissement et dans la régie. De la manière que nous comprenons le système actuel, l'établissement reçoit la plainte, bon, peut la traiter...

**M. Rochon:** Doit la traiter.

**M. Lazure (Denis):** ...et il la traite effectivement du mieux possible pendant une possibilité de deux mois, et après, la plainte se rend à la régie régionale.

**M. Rochon:** Si la personne n'est pas satisfaite du traitement fait.

**M. Lazure (Denis):** Si la personne n'est pas satisfaite. Toujours dans l'hypothèse où il n'y a pas satisfaction au premier palier.

**M. Rochon:** Mais là je vous suis mal. Je m'excuse. Ou bien on ne fait pas confiance que les établissements, dans une... Puis je ne me rappelle pas les détails. J'avais l'impression que c'était une majorité de cas où il y avait une satisfaction obtenue au premier palier. Je ne sais pas si c'est le cas. Si c'est le cas, on fait travailler la régie pour rien, qui commence à travailler en même temps sur la plainte alors que c'est réglé au premier niveau. Si ce n'est pas le cas, bien, là, c'est qu'on dit, à toutes fins pratiques: Le premier palier, on va le faire pour les impliquer mais on ne leur fait pas bien, bien confiance à eux. La décision qui compte, il faut qu'elle se prenne au niveau de la régie de toute façon. Ce n'est peut-être pas fusion mais duplication qu'on aurait là, non?

**Le Président (M. Dion):** M. le président.

**M. Lazure (Denis):** Connaissant un peu le réseau, M. le ministre, je suis certain que la plainte qui irait en même temps aux deux instances, disons à l'hôpital et à la régie régionale, il y aurait communication entre l'hôpital et la régie régionale assez rapidement. Et la régie régionale, je ne pense pas qu'il y ait un danger qu'elle travaille inutilement. Elle donnerait à l'hôpital en question un certain délai pour travailler sur la plainte. Notre objectif, encore une fois, je le répète, c'est de raccourcir les délais.

**M. Rochon:** Ça, là-dessus, on en est, puis on a d'autres recommandations qui nous ont été faites de raccourcir les délais. O.K.

**M. Lazure (Denis):** Si vous avez d'autres façons de le faire.

**M. Rochon:** Mais, ça, là-dessus, on partage ça avec vous. Il y a d'autres recommandations qui nous ont été faites déjà d'essayer de télescoper un peu plus les délais entre les paliers. Ça, je vais retenir ça.

Bon. Les autres commentaires que vous nous faites, je les retiens. Si je comprends bien, ce n'est pas des commentaires qui visent à faire des modifications à la loi, sauf quand on arrive à l'article 14, à la page 12 de votre mémoire: Recommander que l'article 14 soit modifié afin que, pour les personnes visées par l'application du plan de services, la notion de services soit substituée à la notion de place et que la référence soit faite à l'obligation d'élaborer le plan de services. Je pense que je comprends ce que vous visez, mais j'ai l'impression, là aussi, qu'on perd un peu quelque chose ou qu'on essaie de parler de deux choses en même temps. L'article 14, dans la loi, tel qu'il existe présentement, vise vraiment à s'assurer qu'un établissement ne peut cesser d'héberger, je ne dirai pas qui pour ne pas faire sursauter la députée de Bourassa..

**Mme Lamquin-Éthier:** J'ai sursauté quand j'ai entendu le terme «client».

**M. Rochon:** J'attends toujours que vous nous suggériez le bon terme à utiliser.

**Mme Lamquin-Éthier:** J'y songe.

**M. Rochon:** Je promets que je vais l'utiliser systématiquement à partir de ce moment-là.

**Mme Lamquin-Éthier:** Je compte interpeller l'Office de la langue française.

**M. Rochon:** Bon. Ça va sûrement nous aider.

Une personne qui a reçu un congé, si l'état de celle-ci permet son retour ou son intégration à domicile... Je pensais que l'interprétation voulait dire, s'il doit être intégré à son domicile, qu'il y a des choses de faites: adaptation de véhicule, accompagnement, services ou quoi que ce soit. Ou si une place lui est assurée dans un autre établissement, si la personne ne peut pas retourner, ressource intermédiaire, par exemple, pour une ressource mieux adaptée et plus légère. J'ai l'impression qu'on perdrait quelque chose, là. On perdrait cette assurance que de l'hébergement vers d'autre chose, ça soit fait en continuité, comme dit 14, et qu'il faudrait peut-être aller rejoindre plus ça avec le problème que les plans de services ne sont peut-être pas faits à cause des règlements qui n'ont pas été adaptés à ça.

J'«échappe-tu» quelque chose, là? J'ai l'impression qu'on s'adresse ailleurs dans la loi qu'à 14 quand on commente ce que vous dites

**Mme Hébert (Anne):** Ça, je ne pourrais pas... Nous autres, on pensait que ça pouvait se placer à 14. Mais, en fait, la préoccupation, c'est que, pour les personnes qui seraient visées par l'application du plan de services, on considère, lorsqu'elles quittent un lieu d'hébergement, qu'on s'est assuré, lorsqu'elles s'en vont chez elles, que tous les services qui vont être nécessaires pour leur maintien à domicile soient accessibles et disponibles.

**M. Rochon:** O.K.

**Mme Hébert (Anne):** Donc, c'est vraiment la question de l'obligation de la coordination des services qu'on fait comme inscrire aussi à cet endroit-là.

**M. Rochon:** O.K. Donc, il faudrait vraiment rattacher ça à ce que vous nous dites au sujet des articles 103, 104, avant, pour prendre le filon.

**Mme Hébert (Anne):** Oui, exactement. C'est vraiment pour une partie de la clientèle, ce n'est pas pour l'ensemble des usagers du réseau de santé et services sociaux. On a bien spécifié que c'était pour la clientèle qui serait visée par l'application du plan de services, la clientèle, donc, qui a besoin d'une action de coordination.

**M. Rochon:** O.K. Je pense qu'on peut travailler à partir de ça. Ça va. Merci.

● (16 h 20) ●

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

**Mme Lamquin-Éthier:** Bonjour, Mme Hébert, M. Lazure, M. Coulombe. Bienvenue à vous trois. Merci pour votre mémoire qui soulève de bonnes et saines et vives réactions et qui en soulèveraient beaucoup.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ne cesse de s'épaissir; c'est absolument extraordinaire ce qu'on peut écrire. Et, au lieu de simplifier, bien souvent on constate qu'on amplifie. C'est absolument... Puis là elle va être probablement rouverte de nouveau, à l'automne. Il y a 622 articles à l'heure actuelle et, concrètement, il y a beaucoup de dispositions qui demeurent lettre morte et qui risquent, par absence de volonté réelle face à une problématique ou à une solution, de rester lettre morte.

Quand on verra la personne malade, la personne en besoin de soins, en besoin de services, comme étant une personne extrêmement vulnérable, confrontée à un réseau qui est complexe, qui est fragmenté, qui est compartimenté, je pense qu'on va peut-être être capable de concevoir non pas en fonction du réseau, mais en fonction de cette personne-là, un mécanisme qui soit simple, qui soit adapté à ses réalités, adapté à ses incapacités. Et, surtout, si on pouvait convenir au départ de ces finalités-là, probablement que les mécanismes seraient certainement plus adéquats. Je ne peux pas croire qu'on n'est pas capable, avec les moyens qu'on a, d'arriver à trouver des solutions simples.

À la page 3 de votre mémoire, vous avez dit que, pour une personne handicapée — et c'est vrai et c'est ça qu'il ne faut jamais perdre de vue — ou sa famille, contester les décisions des individus ou des organisations dont dépend leur qualité de vie, quand ce n'est pas leur survie, demeure une démarche difficile et compliquée. Et je pense que vous avez eu le mérite de le dire. À mon avis, on n'insistera jamais assez.

Eu égard à la page 2 de votre mémoire, vous utilisez l'expression «mécanisme d'appel» que je vais reprendre dans ma question. Eu égard au mécanisme d'appel, les modifications soumises actuellement dans le cadre du projet de loi n° 404 pourraient-elles, à votre avis, aller plus loin au chapitre de la simplification et de l'adaptation aux réalités vécues par les personnes qui passent par le réseau de la santé?

**Une voix:** Madame Hébert.

**Mme Hébert (Anne):** Ce qu'on a dit tout à l'heure sur la possibilité qu'il y ait une assistance dans la formulation de la plainte, je pense que c'est un élément important dans la simplification.

**Mme Lamquin-Éthier:** C'est fondamental.

**Mme Hébert (Anne):** Aussi, le raccourcissement des délais, ça, c'est une autre chose très, très, très importante. Il y a — ça n'a pas été soulevé — toute la question, aussi, du recours au Protecteur du citoyen pour un groupe de personnes en situation plus de vulnérabilité, c'est-à-dire des gens qui ont besoin de beaucoup de

services, qui ont affaire à plusieurs établissements dans le réseau ou qui ont une situation particulière de coordination. Ça pourrait aussi aider à adapter la situation pour ces personnes-là. C'est les trois éléments, je dirais, importants.

**Mme Lamquin-Éthier:** Et je pense que ça mérite une attention. Les plans de services, dans mon autre vie, c'était une denrée rare ou quasi une denrée rare. Je ne sais pas si ça demeure toujours une denrée rare. Si les plans étaient faits, dans bien des cas on observait qu'ils étaient reproduits mécaniquement, sans changement, malheureusement, et on observait, telles que les personnes nous le dénonçaient au quotidien — et je rappelle que j'ai été 11 ans avec le Comité provincial des malades — sans nécessairement s'allier la participation des usagers. Quant au mécanisme d'évaluation et de révision, ce n'était pas évident non plus. Encore une fois, on a des écrits, par absence de volonté de respecter. Est-ce que ces plans de services là, vous en voyez plus?

**M. Lazure (Denis):** Sur les plans de services, M. le Président, la loi qui a créé l'Office a 20 ans cette année, 1978-1998. Et un élément clé dans la loi, qui assure l'exercice des droits des personnes handicapées, c'est le plan de services, justement. Et heureusement d'autres instances ont suivi par la suite.

Je pense que le réseau du personnel des différents bureaux régionaux de l'Office a été un des premiers réseaux sinon le premier à mettre en place, systématiquement, un plan de services, que ce soit pour le jeune écolier handicapé dont les parents recouraient aux services de l'Office pour l'accompagner auprès de la commission scolaire, désirant l'intégration de leur enfant dans une école régulière, exemple. Mais, dans bien d'autres cas aussi, qu'il s'agisse d'aide matérielle, qu'il s'agisse de réadaptation, le plan de services est une des assises fondamentales du fonctionnement de l'Office. Et notre personnel, nos 15 bureaux régionaux ont une expérience intéressante à cet égard. Et c'est pour ça que nous disons, à un moment donné dans notre mémoire, que les groupes qui sont accrédités actuellement pourraient recourir à l'assistance, à la collaboration des bureaux régionaux de l'Office, et nous offrons cette collaboration.

**Mme Lamquin-Éthier:** Vous savez, on revient toujours à une question de volonté, ou d'ouverture, ou de mentalité. Les plaintes, malheureusement, tant que les établissements n'auront pas ou ne verront pas dans ce processus-là une capacité réelle d'amélioration, comme vous le dites, on va encore se voir et se buter sempiternellement aux mêmes résistances de la part des établissements, et c'est en quelque sorte bien regrettable.

Au chapitre 2 de votre mémoire, en ce qui a trait à la coordination, et c'est ma dernière question, et à la continuité des services, vous rappelez l'exercice de votre rôle qui vous a amenés à poser un constat sévère sur la situation actuelle de coordination et de continuité des services qui sont donnés aux personnes handicapées. Vous

dites même: «La révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux devrait faciliter l'objectif d'une plus grande coordination et continuité des services.» Croyez-vous que la révision de la loi sur laquelle on se penche actuellement va faciliter concrètement, réellement, l'objectif d'une plus grande coordination et l'objectif d'une continuité des services pour les personnes qui en ont besoin?

**Mme Hébert (Anne):** À l'égard du plan de services, nous recommandons l'adoption du règlement qui va préciser les catégories d'usagers, qui va pouvoir mettre en place l'application des articles 103 et 104, qui va certainement faciliter grandement la mise en place d'un plus grand nombre de plans de services

**M. Lazure (Denis):** J'ajouterais, si le ministre retient, comme il semble vouloir le faire, la plupart de nos recommandations et d'autres analogues fournies par d'autres regroupements, bien sûr que son projet de loi va améliorer la situation actuelle; c'est pour ça que nous sommes ici. Je pense qu'il est... Bon, même si dans la loi on a toutes sortes de mécanismes nouveaux qui vont assurer une simplification, une accélération, une responsabilisation, il reste que tout ça doit être fait par des humains, en bout de ligne. Et il reste que la motivation de coordonner des services, et c'est ça qui est la pierre d'achoppement principale actuellement...

**Mme Lamquin-Éthier:** Triangulaire

**M. Lazure (Denis):** ...nous en parlons ici et nous avons cité un extrait d'un document qui en a parlé abondamment. Et c'est d'autant plus difficile, ces situations-là, pour des personnes qui sont diminuées physiquement, ou mentalement, ou intellectuellement, quand il s'agit de personnes handicapées qui se font balloter d'un établissement à un autre établissement.

Et, finalement, il faudrait à un moment donné qu'il y ait une instance qui devienne le pilote, le coordonnateur de ce cheminement. C'est pour ça que le plan de services est très important pour nous. C'est pour ça que, peut-être, de toutes les recommandations qu'on fait, c'est la plus importante, de mettre en vigueur, par règlement, les instances et définir les clientèles qui vont pouvoir bénéficier de plans de services, parce que c'est beaucoup par l'intermédiaire d'un plan de services qu'on peut assurer une meilleure coordination.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie.

M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** Merci, M. le Président, et à mon tour de vous souhaiter la bienvenue. C'est toujours agréable de parler avec les représentants de l'OPHQ. Je voudrais d'abord excuser mon collègue Russell Copeman, député de Notre-Dame-de-Grâce, qui est notre porte-parole en matière de l'Office des personnes handicapées, qui est retenu

en Chambre dans le cadre du projet de loi sur l'aide sociale.

● (16 h 30) ●

Je voudrais juste manifester au Dr Lazure une petite surprise. Moi, je vous connais depuis fort longtemps, et vous avez toujours porté le flambeau des personnes handicapées; vous les avez toujours défendues. Il n'y a pas tellement longtemps, vous étiez encore à leur défense en souhaitant que les personnes handicapées aient des places peut-être privilégiées dans les entreprises — on peut leur donner davantage de travail — aussi bien, j'imagine, publiques que privées. Je me serais peut-être attendu à ce que vous ayez soit fait une remarque, soit un article ajouté, allant dans ce sens-là.

Je ne sais pas si vous avez fait une réflexion là-dessus, dans le cadre du projet de loi n° 404, ou si c'est votre intention de revenir dans le cadre d'un autre projet de loi à venir éventuellement. Ça m'aurait intéressé de vous entendre parler et du contenu — toujours de votre projet — et aussi de la possibilité de l'inclure dans un projet de loi.

**M. Lazure (Denis):** Bien, je pense, M. le Président, que, dans quelques semaines, nous serons ici de nouveau pour l'étude des crédits, et c'est un exercice annuel où l'opposition ne se prive pas d'intervenir. On pourra certainement... Moi, en tout cas, j'ai bien l'intention d'exposer, justement, disons, les lacunes les plus criantes actuellement, au point de vue emploi des personnes handicapées, que ce soit dans le privé ou dans le public. Moi, je vous donne rendez-vous dans quelques semaines, quand on reviendra pour les crédits.

**M. Marsan:** Alors, on va refaire le débat à ce moment-là, Dr Lazure, mais je pense que vous avez sûrement des conseils d'un sage à nous donner, en tout cas. Alors, on va les apprécier sûrement.

Juste une autre remarque. À la page 14, vous avez dit tantôt: Ça n'a pas d'affaire là. Je l'ai lu et j'ai regardé l'article 66 qui est en corrélation. Moi, je trouvais que, en tout cas, on recherche la même chose que ce qui est indiqué dans le projet de loi. Vous avez dit ensuite que, non, ça ne convient pas. Je voulais juste avoir un commentaire là-dessus.

**M. Lazure (Denis):** Bon, effectivement, il y a eu, à l'interne — c'est des choses qui arrivent — une certaine confusion, un certain malentendu. Quand on relit l'article 66, moi, je trouve que l'article 66, tel qu'il est formulé, est acceptable, comme je le comprends en tout cas.

Ça dit: «Toutefois, s'il est impossible d'avoir une majorité d'usagers sur le comité, ceux-ci — les usagers — peuvent élire toute autre personne de leur choix pourvu que cette personne ne travaille pas pour l'établissement...»

Alors, je comprends bien que ce sont les usagers qui vont élire la personne, qui vont choisir la personne. Il faudra s'assurer qu'ils ne le font pas sous des pressions indues de la part de l'établissement ou de la part de n'importe qui, là. Mais, à partir du moment où c'est un

libre choix des usagers qui veulent, par exemple, nommer une personne bénévole pour compléter leur majorité au sein du comité, moi, je ne vois pas d'inconvénient à ça, au contraire.

**M. Marsan:** Mais j'avais l'impression que c'est ça qui était reflété dans la page 14, que vous appuyiez l'article 66. En tout cas, je comprends que le contenu, vous êtes d'accord, et avec raison. Vous souhaitez qu'il n'y ait pas d'employés. Par contre, que, si l'ensemble des personnes handicapées décident d'avoir une personne qu'elles apprécient particulièrement, ce soit libre à elles de le décider.

**M. Lazure (Denis):** Exact.

**M. Marsan:** Ah bien, c'est bon.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** C'est beau?

**M. Marsan:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Alors, je vous...

**Mme Lamquin-Éthier:** ...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Vous n'avez pas écoulé votre 20 minutes encore, je ne pense pas.

**Mme Lamquin-Éthier:** Je suis heureuse. À la page 13, en ce qui a trait aux ressources intermédiaires et ressources de type familial, je trouve que c'est un sujet qui est extrêmement important. Je suis heureuse de pouvoir avoir l'occasion de reprendre ce que vous dites à la page 13.

Vous avez des interrogations — je pense qu'elles sont saines puis elles sont partagées aussi — quant à la modification de «admis» à «inscrit» et quant aux conséquences que ça peut avoir d'abord pour la personne et, deux, pour la ressource, je ne sais plus comment on appelle ça, mais, en tout cas, la bâtisse ou le propriétaire de la ressource.

Vous dites: «Nous demandons que les conséquences des modifications proposées soient davantage expliquées et qu'elles ne se traduisent pas par une diminution de la couverture actuelle des services ou une augmentation des frais demandés à l'usager hébergé par ces ressources.» C'est donc une inquiétude que vous avez?

**M. Lazure (Denis):** Oui.

**Mme Lamquin-Éthier:** Et qui est importante?

**M. Lazure (Denis):** Nous pensons. Nous pensons qu'il faut clarifier ça.

**Mme Lamquin-Éthier (O.K.)** Et je voulais faire un obiter, un dernier commentaire, un clin d'oeil. Vous parlez, en ce qui a trait... Il y a des modifications qui sont envisagées pour — je ne sais pas, là — tenir compte des nouvelles technologies au niveau de la communication. Encore une fois, quand on regarde...

Le Comité provincial des malades regroupait 320 comités d'usagers à travers le Québec, au moment où j'y étais, et des représentants étaient au sein des conseils d'administration. Ce n'était pas tant une difficulté liée à la technologie de communication ou à la disposition des lieux ou au confort des chaises.

Encore une fois, malgré une loi qui dit que c'est axé sur le citoyen puis qu'on veut lui donner un lieu pour s'exprimer, c'était extrêmement difficile, dans les faits, de le faire, et je ne veux pas qu'on pense... Ce n'est pas parce que les usagers n'étaient pas capables. Au contraire, ils étaient capables. Ils auraient pu valablement participer, sauf qu'ils ont dit plusieurs fois que, tel que ça avait été pensé et conçu, parce qu'on ne tenait pas compte de leur handicap, de leurs difficultés, ils ne pouvaient pas valablement y participer. Pour eux, c'était un peu un «inner sanctum», vous savez, un lieu saint où on entrait. Le langage est extrêmement hermétique. Les représentants d'usagers, encore là, n'avaient pas toujours l'assistance qui était souhaitée et souhaitable pour comprendre les documents. On leur remettait des documents bien souvent la veille ou le matin même, ils n'avaient pas le temps de les lire. Et un des drames, c'est que c'était beaucoup plus un lieu décisionnel qu'un lieu de consultation, donc un forum où...

Est-ce que les personnes handicapées que vous côtoyez dans l'exercice de votre mandat, ces personnes-là que vous assistez quotidiennement, eu égard à votre mandat de promotion ou de défense de droits, est-ce qu'elles vous ont parlé de ces difficultés-là?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mme Hébert.

**Mme Hébert (Anne):** Disons, peut-être dans les dernières années, les principales difficultés, c'est la difficulté de l'accès à l'information sous ces différentes formes, comme on a essayé de le dire, c'est-à-dire sous forme braille, cassettes ou en gros caractères. C'est plus, disons, dans les dernières années, on a été en contact plus avec ces préoccupations-là.

**M. Lazure (Denis):** J'ajouterais aussi même l'accès physique. Il y a encore des établissements dans le réseau qui ne sont pas accessibles aux fauteuils roulants, aux personnes en fauteuil roulant, au moment où on se parle. C'est absolument inadmissible. Il y en a encore un bon nombre. Je ne sais pas si le ministre pourrait peut-être désigner une petite équipe qui ferait le tour des établissements, soit par correspondance ou par des visites, mais il me semble qu'après 20 ans d'existence de notre loi il est inadmissible qu'un établissement public, hôpital, CLSC, centre d'accueil, centre de réadaptation, soit encore inaccessible. Et il y en a, on en voit chaque semaine.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Si je comprends bien, le clin d'oeil est terminé. Je vous remercie au nom de la commission.

J'invite maintenant les représentants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle à se présenter.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Alors, nous recevons maintenant les représentants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. J'invite M. Camera à nous présenter les gens qui vous accompagnent et à débiter votre présentation.

#### Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle

**M. Camera (Jean-Jacques):** Alors, je tiens d'abord à remercier, M. le Président, M. le ministre ainsi que Mmes et MM. les députés de nous accueillir au sein de cette commission. À ma gauche, je vous présente Me Christiane Lepage, qui a rédigé le mémoire suite aux consultations menées auprès des établissements en déficience intellectuelle, et, à ma droite, Mme Mireille Tremblay, qui est secrétaire générale de la Fédération. Et je suis le président de cette fédération.

● (16 h 40) ●

La Fédération représente 25 établissements qui oeuvrent au niveau de la déficience intellectuelle au Québec et qui donnent des services à 25 000 personnes qui vivent avec une déficience intellectuelle. La Fédération souscrit sans réserve aux orientations ministérielles qui avaient été prises en 1988, soit que l'intégration des personnes déficientes intellectuelles constitue un impératif humain et social. Alors, tous les établissements oeuvrant en déficience intellectuelle oeuvrent dans le sens de la reconnaissance des personnes déficientes intellectuelles dans la communauté, tant au niveau du travail que de l'intégration sociale ou communautaire.

Le mémoire a été remis; vous en avez sûrement pris connaissance. Mais maintenant, je vais insister sur certains points qui nous préoccupent.

D'abord, je dois dire d'entrée de jeu qu'en général le projet de loi n° 404 nous satisfait, mais nous déplorons fortement la timidité à déréglémenter les exigences qui sont faites auprès des établissements qui oeuvrent dans le secteur de la déficience intellectuelle. Le rapport Deschênes exprimait des assouplissements au niveau des règlements qui nous satisfaisaient énormément, mais on sent, au niveau du projet de loi n° 404, une certaine timidité à aller plus de l'avant vers une gestion des établissements qui est axée sur les résultats, la décentralisation et, surtout, la reddition des comptes. On sent là une certaine timidité, pour ne pas dire autre chose. Nous croyons aussi que le projet de loi continue à imposer aux

établissements des directions, des services, des départements, des responsabilités, des fonctions, des modes de nomination et de qualification des directeurs au sein des établissements. On trouve qu'il y aurait des efforts à faire pour diminuer cette sorte de réglementation au niveau des établissements.

Au niveau des régies régionales, par rapport à la cooptation des membres des conseils d'administration des établissements, on désapprouve fortement le pouvoir d'ingérence excessif qui est proposé dans le projet de loi et qui accorde aux régies régionales un contrôle a posteriori sur les nominations des administrateurs cooptés au sein des conseils d'administration — l'article 49 du projet de loi. On pense que c'est une ingérence inutile dans le processus démocratique, où les élites locales nomment des gens aux conseils d'administration des établissements, et on ne comprend pas qu'une régie puisse désapprouver des cooptations faites au niveau local des établissements.

Au niveau des séances des conseils d'administration, nous recommandons de diminuer à six le nombre obligatoire minimal de séances imposé aux conseils d'administration des établissements. Si l'on excepte les mois de juillet et août, il reste 10 mois, en fin de compte, où les gens sont plus disponibles et la loi actuelle impose 10 séances, ce qui est une grande lourdeur pour les établissements, sans compter que les membres des conseils d'administration sont des personnes bénévoles. Alors, si on compte une séance de conseil d'administration plus un conseil exécutif, souvent, qui se passe deux semaines avant la semaine du conseil, ça fait énormément de réunions. À notre avis, on pourrait diminuer à six, comme on l'a fait, d'ailleurs, pour la nouvelle instance du Nord du Québec, où le conseil d'administration, on juge que six séances, c'est suffisant. Alors, je ne vois pas pourquoi ce ne serait pas suffisant pour les autres établissements de la province.

Au niveau des ressources intermédiaires et des ressources de type familial, nous appuyons sans aucune réserve les modifications apportées à la loi.

Quant au statut — il en a été question tantôt — des personnes, nous tenons fortement à ce que les personnes soient inscrites, pour faire en sorte qu'elles puissent bénéficier, au même titre que les autres citoyens, des prestations de sécurité du revenu. Si on donne le statut d'«admis» aux personnes, on reconnaît — le législateur va reconnaître — que ces personnes-là sont à la charge totale des établissements, ce qui, à nos yeux, est inacceptable. Les personnes doivent avoir un statut au même titre que tout autre citoyen. Il appartient évidemment aux établissements de prendre leurs responsabilités et de veiller au bien-être de ces personnes-là avec les familles qui entourent ces personnes-là. Mais je répète que, enfin, le statut de ressource intermédiaire dans la loi est clair, et ça fait plusieurs années que la Fédération le réclame.

Nous aimerions qu'il y ait un assouplissement qui soit introduit, au paragraphe 3° de l'article 265 de la loi, pour supporter la pratique des établissements contraints de garantir au propriétaire le paiement de la location d'un logement effectuée par une personne présentant une déficience intellectuelle. Je m'explique. La loi, actuellement,

interdit aux établissements de cautionner un tiers. Or, quand il s'agit des personnes vulnérables et quand les personnes vulnérables signent un bail avec un locateur, souvent ces gens-là nous demandent, aux établissements, de cautionner le bail, de crainte de ne pas être payés — je ne suis pas dans leur tête pour connaître leurs raisons. Mais le paradoxe, c'est que, quand on fait nos rapports financiers annuels au niveau des établissements, on nous reproche de cautionner un tiers quand la réalité nous l'impose de toute façon. Alors, on est dans des situations illégales, et ce serait simple de légaliser notre situation et d'éviter que les vérificateurs, année après année, nous reprochent de cautionner des tiers. Parce que, si on ne cautionne pas la personne, elle ne pourra pas signer de bail. Alors, là, il y aurait un effort à faire de la part du législateur là-dessus.

Nous aimerions aussi que, dans le dernier alinéa de l'article 265 de la loi — puis c'est l'article 77 du projet de loi qui en parle — on autorise maintenant un assouplissement qui permet aux établissements sous un même conseil de se prêter de l'argent — et on l'accueille favorablement, cette ouverture-là — mais on aimerait qu'on puisse ajouter aussi le fait de permettre aux établissements qui n'ont pas le même conseil d'administration de se prêter de l'argent pour des choses bien précises comme, par exemple, de la recherche fondamentale, des argents qui permettraient la création d'un institut universitaire ou la mise sur pied de projets novateurs dans le domaine de la déficience intellectuelle. On devrait permettre les prêts interétablissements pour promouvoir des projets spéciaux qui ont comme dénominateur commun des objectifs nationaux au niveau de la recherche, par exemple.

Au niveau des régies régionales, nous appuyons sans réserve la déréglementation proposée en matière de mécanismes d'accès aux services et d'assurer ainsi la création de mécanismes d'accès, mais qui n'entraînent aucun effet pervers au chapitre de l'orientation des personnes en ressources intermédiaires ou de type familial. En d'autres termes, on est heureux que les régies aient les possibilités de donner des orientations pour les mécanismes d'accès, mais on ne voudrait pas que les régies régionales dictent aux établissements le type de ressource que ça prend pour les personnes en cause. Alors, on est un peu réticents quant à l'applicabilité de ça.

Finalement, nous appuyons le pouvoir ministériel relativement à l'annulation d'une décision d'une régie régionale prise en application d'un plan d'organisation de services qui n'est pas conforme à ses orientations et politiques, à la condition que des conditions suffisamment objectives président à l'exercice de ce pouvoir du ministre. D'ailleurs, je profite de cette audience pour dénoncer, jusqu'à un certain point, que même si c'est dans la loi actuelle, les régies régionales n'ont pas rempli leurs obligations par rapport aux plans régionaux d'organisation de services en déficience intellectuelle. À travers la province, les régies régionales font des plans d'action en déficience intellectuelle, mais il n'y a pas de plans régionaux d'organisation de services en déficience intellectuelle, et je profite de l'occasion qui m'est faite

aujourd'hui pour le souligner. Et on souhaite que le ministre puisse exiger des régies des choses que la loi exige des régies, sans tomber, par contre, dans ce que nous dénonçons auparavant au niveau de la surréglementation du fonctionnement des établissements et des régies.

• (16 h 50) •

Alors, succinctement, ça fait le tour un peu de ce qui préoccupe les établissements, mais ça n'exclut pas du tout le contenu du mémoire que nous vous avons déposé.

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

**M. Rochon:** Merci beaucoup. Je vous félicite pour la qualité de votre rapport, qui est vraiment très bien, très précis, très ciblé. Je pense que je suis content de voir — parce qu'il y a eu une longue période de consacrée à l'élaboration de ce rapport-là — qu'on se rejoint sur une majorité de points, je pense, particulièrement la question des ressources intermédiaires. Je pense que ça, on était conscients qu'il y avait des difficultés depuis très longtemps. Je crois comprendre que le cadre de référence, qui est venu en appui de la loi, vient aussi apporter plus de facilité sur le terrain. Est-ce que c'est l'expérience que vous en avez jusqu'ici?

**M. Camera (Jean-Jacques):** Oui, c'est exact. Les documents dont on a pris connaissance au niveau des cadres de référence qui devront être élaborés par les régies régionales, je pense que c'est le sous-ministre Paré, là, qui indique, par écrit, que le statut des personnes devra être un statut d'inscrit...

**M. Rochon:** C'est ça.

**M. Camera (Jean-Jacques):** ...ce qui a été accueilli très favorablement par notre Fédération...

**M. Rochon:** C'est ça.

**M. Camera (Jean-Jacques):** ...et ça nous apparaît fondamental.

**M. Rochon:** C'est ça. Il y a ça, puis il y a, en plus, tout un document ministériel de cadres de référence pour l'application, en fait, de la loi...

**M. Camera (Jean-Jacques):** Oui.

**M. Rochon:** ...qui, quelque part, va avec notre commission parlementaire, mais j'en profite pour m'assurer, avec vous, que c'est quelque chose qui, comme on m'en dit, correspond pas mal aussi à ce qui était attendu sur le terrain.

**M. Camera (Jean-Jacques):** Oui, absolument. D'ailleurs, les régies régionales commencent à élaborer le détail de ces cadres de référence là, effectivement.

**M. Rochon:** O.K. Bon, deux ou trois commentaires rapides et une question. D'abord, je prends bonne note de votre commentaire, justement, sur l'élaboration des plans régionaux par les régions, les plans de services, les plans d'organisation de services.

**M. Camera (Jean-Jacques):** Oui.

**M. Rochon:** On va faire un suivi là-dessus. On prend bonne note aussi de votre proposition quant au nombre de réunions du conseil d'administration. Je pense que c'est important qu'il y ait un minimum de fixé comme balise, mais qu'il y a peut-être plus de souplesse qu'on pourrait avoir là. Ça, ça m'apparaît un bon point.

Deuxièmement — j'aurais peut-être pu commencer par ça — je veux vous rassurer, en regard de votre premier commentaire, à l'effet où vous dites que c'est peut-être un peu timide comme déréglementation, et vous avez raison. Il y a beaucoup plus là-dedans d'allègement administratif, d'irritants qui sont enlevés que de véritable déréglementation.

**M. Camera (Jean-Jacques):** Oui.

**M. Rochon:** Il y en a un peu, mais pas beaucoup. Je veux au moins m'expliquer à cet égard. On a réalisé, en cours des travaux, dans les deux dernières années, qu'on était un peu limité pour vraiment pousser plus loin notre déréglementation, qu'on avait besoin de travailler un peu plus à fond, et on a déjà décidé, là, de mettre trois chantiers sur pied, même sans attendre la fin de ce projet-là, pour qu'il y ait une continuité.

Sur la question du droit des usagers, pour aller plus loin que même ce qu'on a fait au niveau du mécanisme des plaintes, sur le pouvoir réglementaire lui-même, où on a réalisé qu'il va nous falloir une étude plus poussée, parce que la loi prévoyait déjà tellement de règlements, certains qui ont été adoptés, d'autres qui n'ont pas été faits... On n'est pas sûrs qu'il n'y a pas des contradictions entre certains. Alors, on est obligés de rebaliser le pouvoir réglementaire, peut-être par un règlement général qui couvre des choses de base et qui enlève le besoin d'en avoir en si grand nombre, et aussi — vous y avez fait référence — en regard des mécanismes de reddition de comptes avec la régionalisation. Il nous a semblé de plus en plus clair, à mesure qu'on avançait, qu'il faudra que les mécanismes de reddition de comptes soient là, fonctionnent et soient un peu testés avant qu'on puisse vraiment déréglementer, si on veut s'assurer que, comme on dit — comme vous le dites — le contrôle, a posteriori, sur les résultats, plutôt que, a priori, sur le processus, soit une réalité, et qu'on ne peut pas se permettre, dans un système comme celui-là, de rester pris quelques années entre deux chaises si la reddition de comptes n'est pas là. On sait qu'on nous a dit beaucoup qu'on est allés vite, qu'on est allés très vite, et qu'il faut peut-être prendre le temps de reprendre notre souffle un peu. Alors, on ne voulait pas laisser de vide de ce côté-là. Mais l'intention n'est pas changée. Il va se mettre en place, au moins, ces trois groupes de travail là.

en continuité avec ce qu'on aura fait là, et, comme d'autres groupes comme vous l'ont souhaité, ce n'est pas la fin, c'est un début, là, pour continuer.

Mon dernier point, qui inviterait peut-être un autre commentaire de votre part: le pouvoir ou le devoir donné à la régie régionale d'approuver les membres choisis par cooptation. Il y avait juste une raison pour ça, fondamentalement, qui nous vient un peu de l'expérience de ce qui existait présentement de lien entre les régies régionales qui, elles aussi, pour leur conseil d'administration, cooptent des membres. Il y a déjà de prévu dans la loi que le ministre fait l'approbation finale, et ça c'est avéré, à l'expérience, utile d'avoir fait ça. D'abord, je pense qu'il faudra s'assurer, dans l'application de ça, que la règle est que, s'il y a vraiment un consensus au conseil d'administration et si on a respecté la loi, on valide la décision. Mais je peux vous dire qu'il est arrivé au moins deux occasions, juste pour les 16 régies régionales, où j'ai dû intervenir. Dans un cas, parce que clairement, mais clairement, on avait complètement oublié les critères qui disent qu'on doit coopter en tenant compte de l'équilibre de représentation géographique dans la région des différentes clientèles, communautés culturelles quand il y en a, et du rapport homme-femme. Dans une région, il y avait même carrément un désaccord au niveau du conseil d'administration, où une partie de la région trouvait qu'on renforçait la surreprésentation de l'autre par le choix qui avait été fait. Il y avait un rapport de force qui avait mal joué, là. Et ça a été important qu'il y ait un organisme d'arbitrage pour dire: On ne laissera pas une chicane se perpétuer. Si les gens s'entendent, c'est beau, et, si ça respecte la loi, c'est beau. Mais il y a comme juste une espèce de suivi et arbitrage, si nécessaire. C'est dans cet esprit-là que ça a été mis, mais pas pour que les régies régionales viennent décider des membres choisis par cooptation à la place des conseils d'administration.

Je ne sais si ça vous invite à un commentaire, mais il n'y a rien de pire qu'un mécanisme qui se bloque, un système qui se bloque, parce qu'il n'y a pas un mécanisme d'arbitrage pour résoudre un débat qui ne se règle pas.

**M. Camera (Jean-Jacques):** Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu, à ce moment-là, compte tenu de — je dois m'adresser au président, je présume — est-ce qu'il n'y aurait pas lieu de trouver un mécanisme qui fasse en sorte qu'on utilise ce pouvoir-là de façon très parcimonieuse?

**M. Rochon:** Oui.

**M. Camera (Jean-Jacques):** Il faudrait peut-être élaborer les conditions d'exercice de ce pouvoir-là. À ce moment-là, on...

**M. Rochon:** On va regarder ça, parce que c'est l'intention, en fait, là.

**M. Camera (Jean-Jacques):** Parfait.

**M. Rochon:** O.K.

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

**M. Rochon:** Merci, M. le Président.

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

**Mme Lamquin-Éthier:** M. le Président, merci. Mesdames, monsieur, bonjour. Merci de votre présence et surtout de votre mémoire. J'aurais peut-être des questions. Vous avez formulé en ouverture un commentaire qui est important. En fait, vous en avez fait deux. Vous avez parlé de l'article 303 que vous appuyez fortement. Pour reprendre le mot à mot de la page 21 de votre document, vous dites que «vous appuyez fortement les orientations proposées relatives au statut de l'utilisateur d'une ressource intermédiaire de même que la présomption applicable au lieu physique occupé par cette ressource», et vous avez profité de l'occasion — parce que le ministre est ici et qu'il est disponible et attentif — pour lui dire que les régies régionales n'avaient pas assumé leurs responsabilités à l'égard des proches, donc, les plans régionaux d'organisation de services, notamment en question de déficience intellectuelle, et je pense qu'on peut comprendre votre préoccupation. Vous avez raison. D'ailleurs, le Vérificateur général, dans son rapport à l'Assemblée pour l'année 1995-1996, reprend, à la page 67, qui porte spécifiquement sur les ressources intermédiaires... Le Vérificateur général confirme qu'en effet, les travaux de vérification qu'il a faits ont permis de faire «ressortir que les mécanismes d'accès à ces ressources intermédiaires sont déficients dans les régions qui y ont recours». Donc, les régies régionales n'ont pas assumé, à cet égard, leurs responsabilités. Le Vérificateur général souligne aussi que les «régies régionales n'ont pas l'assurance que les ressources intermédiaires répondent aux besoins et qu'elles sont rétribuées en fonction des services rendus». Il ajoute en dernier lieu, avant de formuler des recommandations, que «les données du ministère font aussi état, pour des services similaires, d'écart importants dans les taux de rétribution de ces ressources». L'article 303 apporte des modifications importantes à ce chapitre. Ce sont les régies régionales qui verront leurs responsabilités augmenter.

Deux questions: Avez-vous des inquiétudes? Est-ce que, d'une région à l'autre, vous pensez qu'il sera possible d'assurer une classification des services qui soit objective et uniforme? Deuxième question: Est-ce qu'on peut craindre pour les ressources une diminution des rétributions? Et, vu le changement de statut pour la personne qui n'est plus admise, donc plus couverte pour les médicaments, l'appareillage, est-ce que vous avez fait des réflexions? Et pouvez-vous me rassurer sur ces éléments-là?

**M. Camera (Jean-Jacques):** Bon, d'abord, au niveau de votre première question, ce sont les régies régionales qui auront la responsabilité d'élaborer les cadres de référence, et ça inclut également les taux de rétribution qui seront accordés aux ressources intermédiaires.

● (17 heures) ●

Si on fait un peu d'historique, au niveau des ressources de type familial, il existe des taux de rétribution, il existe des grilles où on évalue les besoins de la personne et on alloue un montant annuel pour prendre en charge la personne. Historiquement, au niveau du réseau de la déficience intellectuelle, certaines personnes présentaient des besoins plus complexes qui nécessitaient un autre type de ressources que des ressources de type familial, et on a réclamé pendant plusieurs années une législation justement dans ce sens-là pour permettre un peu une équité interrégionale au niveau de l'attribution des taux aux ressources de type intermédiaire, qui n'étaient pas du tout, du tout tenues en compte dans la législation. Alors, moi, ça me rassure, pour un, que les régies régionales auront cette responsabilité-là de faire un cadre de référence puis de fixer les rétributions. Et les travaux sont commencés, et ça, ça me rassure parce que ça évite un peu l'anarchie puis l'iniquité au niveau des différentes régions et même au niveau d'un établissement à l'autre sur un même territoire. Moi, je trouve l'intention du législateur...

**Mme Lamquin-Éthier:** Elle est bonne.

**M. Camera (Jean-Jacques):** Je suis tout à fait d'accord avec ça.

Quant au statut d'inscrit, nous autres, notre position au niveau de la Fédération, c'est que les personnes déficientes intellectuelles sont des personnes vulnérables, qu'elles ont besoin de protection et de l'État et des établissements qui s'en occupent, et de leur milieu familial et de la communauté en général, mais que ce n'est pas une raison suffisante pour leur donner un statut d'admis qui signifie en quelque sorte qu'on les prend en charge dans toutes les sphères de leur vie.

**Mme Lamquin-Éthier:** Ah, c'est ça, la compréhension.

**M. Camera (Jean-Jacques):** Oui, c'est ça. Pour nous, «inscrit», ça veut dire que la personne vulnérable a le droit à sa sécurité du revenu puis participe, au même titre qu'un autre citoyen, à ses obligations, à ses devoirs puis à ses responsabilités.

Mais il ne faut pas oublier, par contre, que les personnes qui reçoivent des services des établissements, notamment en déficience intellectuelle, ne sont jamais laissées à elles-mêmes dans ce réseau-là. Parce qu'il ne faut pas faire l'erreur de confondre déficience intellectuelle et santé mentale, par exemple, où, là, je dois vous l'avouer, santé mentale, on devra faire des efforts au niveau de l'accompagnement de ces personnes-là. Mais, en déficience intellectuelle, depuis les 25 dernières années, au Québec, c'est un réseau solide qui est près des personnes.

Puis, là je n'ai pas un discours corporatiste, c'est strictement une réalité objective. Les personnes prises en charge par les établissements en DI, déficience intellectuelle, ils ne vivent pas le syndrome de la porte tournante, eux autres, parce que la déficience intellectuelle, c'est un état d'être. Quand une personne intègre nos services, elle

demeure au niveau des services. Même si elle devient de plus en plus autonome, compte tenu de sa vulnérabilité, à un moment donné, elle a besoin de refaire appel à nos services dans le réseau. Et, on ne les laisse jamais, ils sont toujours à notre charge, dans le fond. Puis je ne dis pas «à notre charge» dans une perspective de dominance, là, j'en parle en termes de responsabilité. S'il y a un réseau solide au niveau des personnes vulnérables, c'est la déficience intellectuelle, sans aucun doute.

Et ça nous renforce de voir que les régies vont s'impliquer au niveau des ressources intermédiaires, particulièrement, parce que c'était laissé un peu, je dois l'avouer, à la bonne volonté des établissements.

**Mme Lamquin-Éthier:** Ça a besoin d'être regardé pour être amélioré, hein? On dit que le ministre, dans l'ancienne loi en tout cas, établit une classification des services offerts. Cette classification-là, est-ce que c'est un document écrit?

**M. Camera (Jean-Jacques):** Pourriez-vous répéter votre question?

**Mme Lamquin-Éthier:** L'ancienne loi...

**M. Camera (Jean-Jacques):** Dans l'ancienne loi, oui.

**Mme Lamquin-Éthier:** On dit que le ministre établit une classification des services offerts par les ressources intermédiaires qui est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers. Ça, c'est un document?

**M. Camera (Jean-Jacques):** Ça n'a jamais été. Ce que vous dites...

**Mme Lamquin-Éthier:** C'est ça que vous disiez tantôt, que ça n'a jamais été... On «parlait-u» des règles de gestion ou de la classification?

**M. Camera (Jean-Jacques):** Il n'y avait pas de classification au niveau des ressources intermédiaires, ça, c'est clair, clair, ça appartenait à chacun...

**Mme Lamquin-Éthier:** La classification des services.

**M. Camera (Jean-Jacques):** C'est ça. Ça appartenait à chacun des établissements... Bon. On va reprendre ça. Quand une personne déficiente intellectuelle avait besoin de couvert et d'hébergement, quand ce n'était pas en institution, ça s'en allait dans le réseau des ressources de type familial. Mais il arrivait souvent que les besoins de la personne faisaient en sorte que la ressource de type familial ne pouvait pas répondre à ses besoins, alors les établissements, avec les années, ont fait des contrats avec des tiers. Par exemple, on a vu souvent des établissements faire des contrats avec un éducateur, lequel éducateur recevait chez lui deux ou trois personnes puis était payé

pour prendre soin des personnes, et c'est ce qui a généré, au cours des années, le réseau de ressources de type intermédiaire qui avait été reconnu dans la loi, mais qui n'avait pas été campé. On donnait le droit aux établissements de faire des contrats avec des tiers au niveau des ressources intermédiaires, mais on ne campait pas ça dans un cadre de référence, et c'est ce que le projet de loi n° 404 va amener de mieux.

**Mme Tremblay (Mireille):** Il y a aussi un cadre de référence pour lequel des gens de la Fédération ont contribué...

**Une voix:** Ça existe.

**Mme Tremblay (Mireille):** ...travaillé qui a été préparé par le ministère, un cadre de référence provincial qui balise et pour lequel il y avait besoin des ajustements à la loi. Et la loi procure les ajustements requis pour appliquer le cadre de référence provincial, et c'est ce cadre de référence provincial là qui confie une partie des responsabilités aux régies régionales et qui clarifie les responsabilités des établissements. Donc, c'est quand même un tout avec un palier national, régional et local. Et on avait déjà demandé, dans le cadre de ce programme provincial là, que des ajustements à la loi soient apportés le plus rapidement possible pour permettre au cadre provincial d'être mis en application.

**Mme Lamquin-Éthier:** Donc, le cadre est tributaire de l'adoption...

**Mme Tremblay (Mireille):** Il est tributaire des ajustements à la loi.

**M. Camera (Jean-Jacques):** C'est ça, exactement. Il n'y a pas de conflit, là.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va? Au nom de tous les membres de la commission, je vous remercie beaucoup. J'invite maintenant les représentants de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (secteur santé et services sociaux).

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre. Alors, nous recevons maintenant les représentants de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (secteur santé et services sociaux). Mme Hébert, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent et débiter votre présentation.

**Table des regroupements provinciaux  
d'organismes communautaires et bénévoles  
(secteur santé et services sociaux)**

**Mme Hébert (Lise):** Avec plaisir. Alors, j'aimerais vous dire tout d'abord que nous sommes heureux,

dans le cadre des audiences de la commission des affaires sociales, de représenter les 30 regroupements provinciaux de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles. Alors, aujourd'hui, pour m'accompagner, à ma droite, j'ai M. Jean Gagné, du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec; à ma gauche, j'ai M. Mario Bousquet, de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec; ensuite, il y a Mme Madeleine Lacombe, qui est la coordonnatrice de la Table; et il y a M. Robert Rodrigue, du Regroupement des Auberges du cœur; et moi-même, de la Fédération québécoise des sociétés Alzheimer.

● (17 h 10) ●

Alors, M. le Président de la commission et ses membres, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, mesdames, messieurs, nous désirons vous exposer aujourd'hui et vous expliquer plusieurs des préoccupations profondes qui ont été soulevées, et ce, à plusieurs égards, par le projet de loi n° 404.

Tout d'abord, le profil de la Table. La Table, initiée à l'origine par le désir d'entreprendre une réflexion et une implication communes face à la réforme de la santé et des services sociaux, est composée aujourd'hui de 30 regroupements provinciaux. Notre organisme existe depuis 1991 et représente, par le biais de ses membres, un nombre important d'organismes locaux, lesquels ont été mis sur pied autour d'une problématique sociale, d'un secteur d'activité particulier relié au domaine de la santé et des services sociaux.

En plus d'assurer une concertation entre les différentes organisations qui en font partie, la Table a notamment pour mandat de promouvoir le développement des organismes communautaires autonomes. De par sa définition de lieu de mobilisation, de réflexion et d'analyse sur différents aspects entourant le réseau de la santé et des services sociaux ou toute autre politique pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population, la Table constitue une force incontournable dans le secteur de la santé et des services sociaux. De plus, la Table entretient des liens soutenus avec la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires et est également membre de la Coalition Solidarité Santé.

Essentiellement, ce projet de loi n° 404, tel que soumis à notre analyse, vise trois objectifs principaux que je n'ai nul besoin de répéter, mais, d'emblée, nous désirons vous informer que nous sommes inquiets, comme le mémoire le présente, et nous avons jugé fort important et opportun de vous le répéter aujourd'hui de vive voix. À la réception de ce projet de loi n° 404, nous avons cru que le ministre allait profiter du processus d'ouverture de la loi 120 pour répondre aux demandes clairement exposées par le biais du comité de liaison de la Table des regroupements avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Malheureusement, tel ne fut pas le cas. Alors que la loi 120 reconnaît de façon formelle les organismes communautaires autonomes intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux, la forme de partenariat est encore à définir. De plus, plusieurs des amendements de

ce projet de loi n° 404, s'actualisant régionalement dans une logique restrictive de services, ont comme conséquence des répercussions très graves, tout d'abord sur l'autonomie et ensuite sur les acquis du mouvement communautaire et de la population québécoise, telles que l'équité interrégionale et la nécessité de préserver des balises nationales.

En effet, ils mettent en péril l'affirmation de grandes revendications du communautaire, et de quatre d'entre elles: tout d'abord, la reconnaissance que le champ social ne se limite pas aux services sociaux publics, mais comprenne également l'action sociale générée par le communautaire; en second lieu, l'élaboration de véritables politiques sociales; troisièmement, la reconnaissance d'un partenariat respectueux des missions propres aux organismes communautaires autonomes et non la complémentarité obligée avec le réseau de la santé et des services sociaux; et, enfin, un financement adéquat dans le respect de l'autonomie du communautaire.

À notre avis, des valeurs telles que l'approche globale, éducative et démocratique ne doivent pas être embrigadées dans des cadres rigides et doivent être sauvegardées. Le projet de loi n° 404 met en péril les concepts suivants, soit la gratuité, l'équité interrégionale, les balises nationales, la démocratie et l'autonomie du communautaire.

Pour faciliter notre présentation des principaux enjeux contenus dans le projet de loi n° 404 ainsi que des amendements proposés ou rejetés, nous les avons regroupés par thèmes. Vous trouverez, en annexe du mémoire, le sommaire de toutes ces recommandations. Par ailleurs, nous vous présenterons aujourd'hui les plus significatifs. Alors, je vais maintenant passer la parole à M. Bousquet.

**M. Bousquet (Mario):** Alors, on m'a confié le mandat de parler de l'aspect des mécanismes de plainte, de l'aspect des droits des usagers, des modifications qui sont apportées dans la loi et de celles qui n'ont pas été apportées et qu'on aurait souhaité qui y soient apportées. Aujourd'hui, profiter de l'occasion de l'ouverture de la loi afin d'apporter des modifications, des revendications qui ont déjà été formulées auprès du ministère.

Alors, premièrement, par rapport aux droits des usagers, on sait tous et toutes que la Loi sur la santé et les services sociaux, au premier chapitre, contient une série d'articles concernant les droits des personnes, des usagers des services de santé et services sociaux. Alors, on a fait à maintes reprises des revendications au niveau des ressources communautaires par rapport à l'article 6, qui concerne le libre choix et de l'établissement et du professionnel. Or, actuellement, l'article 6, il dit: «Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou de services sociaux.» Et, dans le deuxième alinéa: «Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.»

Particulièrement en santé mentale, on a un problème par rapport à ça parce que le libre choix du professionnel, notamment, est constamment bafoué pour

toutes sortes de raisons qui sont invoquées, tantôt des raisons de secteur, d'adresse, où la personne demeure, tantôt pour des raisons cliniques, si vous voulez, qui briment le choix du professionnel. Notre revendication n'est pas d'obliger un professionnel à traiter quelqu'un — on ne peut pas empêcher un professionnel de refuser de traiter quelqu'un — mais, notre prétention, c'est qu'on ne peut pas non plus obliger une personne à être soignée par un professionnel qu'elle ne désire plus. C'est dans cette foulée-là que notre argumentation a été exposée dans le mémoire.

Alors, on demande, dans un premier temps, de scinder l'article 6 en deux, de faire bien la distinction entre le professionnel et l'établissement, parce que les recours ne sont pas les mêmes, et d'enlever l'alinéa qui dit que rien dans la présente loi ne limite la liberté d'un professionnel de traiter ou pas une personne. Parce que, compte tenu qu'on est dans la section des droits des usagers, on voit mal reconnaître un droit d'un professionnel à cet égard dans la section des droits des usagers.

Dans un deuxième temps, il y a l'article 11 de la loi qui se lit: «Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relative à un service dispensé par un établissement.» Depuis l'existence des groupes d'aide et d'accompagnement, on s'est aperçu que, dans l'application même au niveau des établissements, on brimait ce droit-là et qu'on a eu une version restrictive de l'application plutôt qu'une vision large de l'application, et ça, je m'explique. On limite l'accompagnement de la personne de son choix en prétextant que c'est avant l'obtention d'un service ou après la prestation du service, alors que, encore une fois, en santé mentale et même dans d'autres domaines, les services peuvent durer très longtemps. Et, quand on est admis ou inscrit dans un hôpital ou dans une institution en santé mentale, dans un «longue durée», les personnes sont constamment en service.

Alors, la proposition que l'on fait, c'est qu'on demande d'enlever carrément le texte après «entreprendre une démarche» et qu'il soit remplacé par «concernant le respect de ses droits», tout simplement. On dit que toute personne a droit d'être accompagnée de la personne de son choix pour faire des démarches visant au respect de ses droits pour ne pas donner de dents aux établissements, en fait, pour empêcher l'application de ce droit-là qui était, je pense, très louable, de la loi 120 à l'époque, mais présentement appliqué de façon très restrictive.

• (17 h 20) •

Par rapport au processus de plainte, bon, dans le mémoire, on s'est attardé assez longuement à ce chapitre-là, on a fait une analyse assez sévère par rapport à ce processus de plainte là. On allègue que ce processus-là, qui est un processus dit, un peu, d'autorégulation, enfin qui vise l'amélioration de la qualité des services, a pour effet, actuellement, de décourager les personnes à porter plainte parce que, bon, n'étant pas neutre, n'étant pas objectif et compte tenu que c'est des personnes qui sont salariées des établissements ou du réseau public qui sont

responsables de traiter les plaintes. Alors, on questionne tout ce côté de manque de neutralité puis d'extériorité et les pouvoirs, aussi, des personnes qui reçoivent les plaintes à l'intérieur des établissements.

Alors, on a discuté longtemps dans le mémoire après l'analyse et on fait une série de recommandations par rapport à ça. On demande dans un premier temps que la personne nommée pour recevoir les plaintes, à l'article 29, soit extérieure à l'établissement, ce qui garantirait une certaine neutralité. On demande également que le Commissaire aux plaintes, tel que défini à l'article 55, ait quelque autorité que ce soit sur le processus de plainte et sur les mécanismes qui permettraient que ses recommandations soient mises en application. Nous demandons cependant au gouvernement de démontrer sa volonté réelle à donner plus de pouvoirs aux usagers et usagères en confiant cette tâche au Protecteur du citoyen, qui réunit les conditions décrites précédemment, en lui donnant juridiction sur le secteur de la santé et des services sociaux. On dit: Il existe déjà un mécanisme, une structure en place, qui s'appelle le Protecteur du citoyen, et on comprend mal pourquoi on devrait s'en donner une spécialement en matière santé et de services sociaux. Donc, on demande de donner juridiction au Protecteur du citoyen, ce qui garantirait la neutralité et la transparence également par rapport au traitement des plaintes.

Finalement, par rapport à l'article 54 de la loi qui se lit: «Le ministre doit, après consultation de la régie régionale, des comités des usagers des établissements de la région et des associations intéressées, confier à un organisme communautaire de la région le mandat d'assister et d'accompagner, sur demande, des usagers qui désirent porter plainte auprès d'un établissement de la région, de la régie régionale ou du Commissaire aux plaintes», notre critique porte surtout sur l'amendement apporté, qui est louable en soi, mais sur la notion d'organisme communautaire qui est, à notre avis, usurpée dans ce cas-ci. On sait que le ministre de l'époque avait ordonné la création d'organismes communautaires pour aider et assister les personnes à porter plainte, à cheminer dans leur plainte, et, évidemment, malgré que cet organisme soit louable, que ce soit un mandat louable, on questionne le caractère communautaire.

On s'est dit: Bon, ce n'est pas un organisme qui est issu de la base, qui est créé de toutes pièces par le ministère et encadré par un article de loi et aussi par un cadre de référence également, alors ce qui lui laisse très peu de manoeuvre, comme on le reconnaît dans les nombreux documents qu'on a déposés au comité de liaison sur la définition d'un organisme communautaire, notamment. Alors, ce qui laisse peu de manoeuvre à ce groupe-là de faire place à sa vie démocratique, à son rapport volontaire et aussi d'orienter lui-même, de façon autonome, ses orientations. Alors, on demande que soit enlevé de l'article 54 le mot «communautaire» après «organisme». Puis nous demandons que ces organismes soient retirés du financement SOC et que le ministre trouve les sommes ailleurs afin de préserver ce financement pour le communautaire.

Et, finalement, un petit mot sur les comités des usagers. Il y a deux modifications qui sont apportées, en fait une nuance qui paraissait anodine en premier lieu, mais qui prend tout son sens quand on regarde très bien cette nuance qui a été apportée par le projet de loi n° 404. Alors, la nuance, c'est à l'article 209. Il y a eu un article d'ajouté qui dit: «Toutefois, s'il est impossible d'avoir une majorité d'usagers sur le comité, ceux-ci peuvent élire toute autre personne de leur choix pourvu que cette personne ne travaille pas pour l'établissement ou n'exerce pas sa profession dans un centre exploité par l'établissement.»

Alors, nous, on trouve que c'est un accroc à la place des usagers — ça s'appelle un comité d'usagers — si on commence à nommer des représentants des usagers avec l'impact que ça peut créer. Deux exemples qui nous sont venus à la tête: Imaginez que des gens des plateaux de travail viennent prendre la place au sein des comités des usagers et qui représentent les usagers puis, à la fois, les engagent sur des plateaux de travail. Bon. On voit immédiatement un problème de conflit d'intérêts par rapport aux centres hospitaliers de longue durée, notamment.

Aussi, on préjuge à ce stade-ci que les usagers sont incapables de se prendre en main en faisant ça, alors qu'on devrait plutôt trouver des mécanismes qui permettraient justement de redonner le pouvoir à la personne puis de l'accompagner dans comment décider, comment se reprendre en main plutôt que d'élargir l'article de loi qui permettrait à un peu n'importe qui, en fait, de se ramasser sur un comité d'usagers et avec les conséquences que l'on connaît qui pourraient arriver. Donc, on demande que soit rejeté cet amendement à l'article 209 et que le ministre invite plutôt les établissements à se questionner sur les raisons du manque de participation des usagers et usagères sur ces comités. Les établissements devraient, par la suite, mettre en place des mécanismes pour les aider à s'impliquer davantage.

Et, finalement, par rapport aux rapports, la loi obligeait les comités à envoyer les rapports à la régie régionale. Nous, on considère qu'il ne faut pas enlever cette obligation-là parce que, entre autres, un des mandats, c'est de vérifier la qualité des services. Tout rapport qui pourrait amener des indications sur la qualité des services doit être soumis. Alors donc, le caractère obligatoire est important ici parce que les comités d'usagers ayant le mandat de parler des...

Alors, écoutez, je vois que le temps file, je vais passer la parole à mes confrères.

**M. Gagné (Jean):** Oui, je vais aller rapidement. On m'a chargé — c'est un peu paradoxal — de parler des ressources intermédiaires qui devraient, d'une certaine façon, ne pas nous intéresser comme organisme communautaire autonome, mais ça appartient bien au fil, je crois, de notre présentation, à savoir de justement bien camper ce qu'est un organisme communautaire autonome et quels sont les autres types de services. Et, à cet égard-là, il y a un peu de confusion dans ce qu'on qualifie... comment on définit les ressources intermédiaires ou, du moins, ça peut introduire un peu de confusion à cet égard-là.

Dans les articles 302 et 303, par exemple à 302, on nous précise qu'une ressource intermédiaire, c'est une ressource qui est rattachée à un établissement. Quelques lignes plus loin, on prévoit par contre que ce rattachement-là sera réputé ne pas exister en ce qui concerne les locaux où ils exercent leurs activités. Il y a là une espèce de bascule au niveau de la compréhension de ce que c'est ou ce que ce n'est pas qui nous interroge. Alors, pourquoi introduire cette espèce de dispense, finalement, de reconnaissance? En tout cas, on y voit un rapport avec les articles du code, de la loi du travail. Alors, on a une crainte à cet égard-là, que cette introduction-là ne fasse que réduire un peu les possibilités du droit d'association des personnes plutôt que d'amélioration des services comme tels. Pourquoi introduire cet empêchement-là?

En 303, on prévoit un cadre serré. On a évoqué tantôt, dans une autre présentation, le cadre de référence sur les ressources intermédiaires. Là où on dit qu'il y a une possibilité de confusion, c'est qu'on accorde en même temps... Tout en resserrant les critères d'exercice des ressources intermédiaires, ce qu'elles vont faire au plan clinique, quel genre de personnes elles vont embaucher, à quel genre de budget elles auront droit, en même temps, on autorise que ces contrats-là soient signés par des organismes communautaires. Pour nous, il devrait y avoir une distinction. L'organisme communautaire autonome n'est pas une partie du réseau des établissements, c'est autre chose, et on pense que le ministre devrait faire un effort pour protéger l'apport particulier des organismes communautaires autonomes dans le champ de la santé et des services sociaux au Québec, apport particulier que je qualifierais, en quelque sorte, de prise d'air pour le réseau. Nos missions, c'est la défense de droits, c'est la vigilance, c'est l'innovation, et ces missions-là donnent du souffle, je dirais, au réseau public, lui, qui est bien balisé. Elles lui donnent des défis, elles le critiquent et lui permettent finalement de s'améliorer constamment. Si on trouve un truc pour l'intégrer pour, peut-être, des raisons économiques, pour des raisons budgétaires, on risque finalement d'étouffer ce dynamisme-là puis, bon, on patientera un autre 20 ans pour que ça se recrée.

Alors, l'esprit de nos commentaires sur la question des ressources intermédiaires, c'est de bien distinguer les uns et les autres. À cet égard-là, on propose une série d'amendements que vous allez trouver dans notre document. Je ne les réciterai pas, mais ils vont tous dans le sens, effectivement, de toujours bien distinguer qu'un organisme communautaire ne peut pas se transformer en ressource intermédiaire. Il ne peut pas y avoir de statut confus, on est dans un ou on est dans l'autre.

● (17 h 30) ●

Une dernière remarque sur cette série-là serait peut-être à l'égard de l'article 308. Il nous semble qu'on ait échappé quelque chose en chemin. L'article 308, c'est celui qui concerne les permis ou certificats municipaux qui ne pourraient pas être refusés pour l'établissement d'un établissement ou d'une ressource intermédiaire, etc. On ne voit pas pourquoi on n'a pas mentionné que ça devrait être le même traitement pour un organisme communautaire

parce qu'on rencontre les mêmes obstacles où, parfois, les populations ou certains groupes des populations craignent que l'installation d'une ressource communautaire dans leur quartier sème la pagaille. Alors, il nous semble qu'on devrait avoir la même protection que les autres.

Je suis allé très rapidement parce qu'on avait peu de temps. Je vais laisser conclure notre présidente

**Mme Hébert (Lise):** Alors, en regard de l'autonomie des organismes communautaires autonomes, plusieurs articles se rapportent à cette notion, et j'aimerais discuter de quelques-uns brièvement, mais j'aimerais quand même les mentionner.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va être un 20 minutes US.

**Mme Hébert (Lise):** Un 20 minutes US, j'adore ça, c'est 30 %. Ha, ha, ha! Alors, le financement, à l'intérieur des PROS, doit venir en supplément au financement de base des organismes communautaires, et son arrimage doit se faire sur une base volontaire. Le partenariat ne doit pas s'installer à l'intérieur d'une logique de services mais doit être librement consenti. Nous revendiquons depuis longtemps de retirer toute référence aux PROS dans les articles qui concernent le communautaire. C'est là le sens des amendements proposés aux articles 336, 338, 340, 347, 352 et 376. Donc, la notion d'autonomie est importante dans la révision de ce projet de loi. Plus particulièrement à ce dernier article, soit le 376, nous recommandons très fortement que le ministre reconnaisse le rôle des regroupements provinciaux, et non les régies régionales, dans la formation de leurs membres et les aide financièrement dans leurs activités de perfectionnement et d'encadrement. C'est là un des rôles premiers des regroupements provinciaux.

Ensuite, tel que demandé dans le mémoire, nous soumettons au ministre de clarifier ses intentions quant aux articles 135 et 384 en matière d'assemblée publique, ainsi qu'à l'avenir réservé au programme provincial SOC. Est-ce en péril? Nous demandons une clarification.

Par ailleurs, ce projet de loi soumet des précédents dangereux, dont trois plus particulièrement, qui sont suggérés et introduits à la loi 120. À l'article 53, il est suggéré qu'une personne physique pourrait formuler une plainte auprès de la régie régionale pour des services qui auraient dû lui être offerts et incluant les organismes communautaires autonomes dans cet article-là. Une confusion décisionnelle serait introduite par cet article en plus d'un danger de standardisation. Alors, nous désirons soulever cette question-là, qui nous apparaît comme un contresens à la définition des organismes communautaires.

À l'article 151, la prohibition de voter et de siéger, pour un organisme communautaire, au conseil d'administration d'un établissement public est un recul très inquiétant. Qu'advient-il du statut de chien de garde conféré par la commission Rochon aux organismes communautaires autonomes? C'est là également un point fort important à débattre

Nous recommandons que l'article 530.62 soit rejeté afin de laisser aux organismes communautaires autonomes du Nord-du-Québec les mêmes droits qu'ont les autres régions, soit d'élire leurs représentants.

En conclusion, le projet de loi n° 404, au risque de se répéter, contient des enjeux majeurs: les frais aux usagers, la question des ressources intermédiaires, l'intégration des organismes communautaires au réseau de la santé et des services sociaux, des balises nationales et l'équité interrégionale, en plus des absences répétées des demandes du communautaire.

Le programme SOC reconnaît l'intérêt pour la population d'un mouvement communautaire autonome ayant sa couleur spécifique et des façons de faire différentes. Nous espérons que le ministre saura reconnaître cette spécificité en amenant les amendements nécessaires à la loi 120. Nous espérons également que le ministre acceptera de s'asseoir avec nous afin de discuter du cadre de référence en hébergement communautaire, qui est un consensus des regroupements et qui est une alternative déjà acceptée par le communautaire aux ressources intermédiaires.

C'est avec beaucoup d'espoir que nous avons accepté de participer à cette commission parlementaire. Il est essentiel à nos yeux de préserver un système de santé universel, accessible, gratuit et public. La commission nous permet aujourd'hui de demeurer vigilantes et vigilants face aux engagements de nos élus. Merci.

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

**M. Rochon:** Merci beaucoup. Vous avez investi sûrement beaucoup de temps, c'est un énorme document. On n'aura sûrement pas le moyen de revoir tout ce que vous avez souligné. Il y a peut-être une couple de points que je vais essayer de m'assurer de préciser avec vous.

Remarquez, je vais dire en préliminaire, je pense que je connais depuis un bon moment les organismes communautaires, je connais bien les valeurs qui vous sont importantes et je les respecte aussi. Puis, je pense qu'on l'a toujours dit, vous n'êtes pas le réseau; le réseau ne veut pas vous intégrer, ne veut pas vous accaparer. Mais il y a une interface à gérer, à un moment donné, il y a des choses, je pense, qu'il faut partager ensemble. Alors, par exemple, je ne reviendrai pas sur toute la question des PROS, je pense qu'on a parlé souvent de ça, à moins que les organismes communautaires demandent vraiment, qu'ils veuillent absolument, dans un droit de la loi, qu'aucun de leurs membres ne reçoivent jamais de l'argent via le mécanisme d'un plan régional d'organisation de services. Je ne pense pas que vous vouliez nécessairement dire ça, mais je pense qu'on vous a déjà assurés beaucoup que le financement de base de fonctionnement d'organismes communautaires ne va pas dépendre des PROS. Mais, voulez-vous vraiment vous priver ou priver vos membres de pouvoir participer librement, de façon purement consentante, de la façon dont ils veulent bien le faire, de participer, de collaborer avec des organismes du réseau,

d'autres organisations dans une communauté, sachant que, de plus en plus, les problèmes difficiles auxquels on doit s'attaquer, c'est souvent des problèmes — on en a beaucoup dans notre jargon — qui demandent une approche intersectorielle, et qu'il y a beaucoup de partenaires qui travaillent ensemble?

Moi, j'ai toujours compris que les PROS voulaient vraiment être un outil pour permettre, sur certains problèmes complexes qui demandent une intervention de différents partenaires, que ça n'exclut pas les organismes communautaires. Alors, ça, je le redis, là, parce que ça revient systématiquement à toutes les représentations que font les organismes communautaires. Et je pense que, si on vous excluait de tout ce qui fait référence aux PROS, vous perdriez quelque chose au début, ou certains de vos membres pourraient perdre quelque chose, parce qu'un organisme communautaire n'est pas obligé de participer à un PRO. Son financement, d'abord, dépend d'une autre source. Mais je ne vois pas pourquoi vous voudriez les exclure complètement de ça. Ça, j'aimerais peut-être avoir un commentaire de votre part là-dessus pour bien m'assurer comment évolue la pensée à cet égard.

Un petit commentaire, si vous permettez. Quand vous parlez, au début de votre mémoire, à la page 8, le 2.2, vous faites référence aux régies régionales, disant que ce sont des organisations qui ne sont pas imputables. Une régie régionale, c'est dirigé par un conseil d'administration de gens qui sont désignés par la population. Ce n'est pas une élection, comme une municipalité ou comme dans le système scolaire. Mais il faudrait peut-être faire attention. C'est quand même une organisation de citoyens et de citoyennes qui sont sur le conseil d'administration, qui ont leurs réunions publiques et qui rendent compte, d'une certaine façon, quand ils sont interpellés, et on sait qu'elles le sont beaucoup lors de réunions publiques. Et vous savez que les régies régionales — c'est dans la loi — doivent, au moins une fois par trois ans, rendre compte de leur mandat devant la commission parlementaire des affaires sociales, celle-ci, et que, déjà, juste au cours des deux, trois dernières années, il y en a une bonne demi-douzaine, je pense, qui sont passées, puis il y en a encore trois, quatre autres de prévues d'ici la fin de l'année. Ça, c'est une forme de reddition de comptes aussi. Alors, juste pour faire attention, dire que ce sont des organismes qui n'ont aucune reddition de comptes, c'est peut-être aller un peu loin.

Alors, je vais vous demander peut-être une réaction, là, sur ces deux premiers points là, pour commencer. Il y aurait peut-être une ou deux autres petites questions, puis je vais laisser du temps aux autres...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Gagné.

**M. Gagné (Jean):** Oui. En ce qui concerne le financement de base, effectivement, ce qu'on réclame, c'est d'être reconnu pour notre mission particulière et, à cet égard-là, pour le financement de base. À ça pourrait s'ajouter, éventuellement, une participation à différents

programmes. Ce qui nous préoccupe, c'est que ce soit cette base-là qui soit d'abord indiquée, et non le contraire. Dans les articles de loi, on réfère continuellement aux programmes et aux PROS pour le financement des organismes communautaires. On aimerait que ça soit indiqué dans la reconnaissance des organismes communautaires, cette reconnaissance aussi de leur droit à un financement, que les régions peuvent les financer pour leur mission de base, ce qui ne nous semble pas toujours très clair.

● (17 h 40) ●

Par exemple, moi, j'ai fait le tour, quand on est passé au programme SOC — allons rapidement, là — on a dit: Voici, tous les organismes de santé mentale, c'est un exemple, vont être au programme SOC et protégés par le programme SOC. Quand je fais la tournée des régions, à chaque fois qu'il est l'heure des demandes de subventions au SOC, là, certaines me répondent: Bien, nous, on n'est pas SOC, on est PROS. On n'a pas eu cette espèce de protection à laquelle on s'attendait au départ, c'est-à-dire, effectivement, tout le monde, qu'on soit reconnu pour notre financement de base. Alors, ça, pour nous, ce n'était pas un acquis et ça devrait être précisé. Ça me fait faire un peu, peut-être, le saut, quand on me parle d'imputabilité plus ou moins claire avec les régions régionales. C'est que, tout en étant tout à fait favorable avec la régionalisation, au rapprochement des services puis des décisions de la population, il reste qu'on pense que le ministère doit conserver des responsabilités pour donner des guides et des balises qui soient claires, pour qu'il y ait une certaine équité qui soit partout. Alors, ça, précisément, c'est un exemple où ce n'est pas équitable.

Il y a des régions qui gèrent avec les organismes communautaires en les embarquant tous dans le SOC, puis, dans certains endroits, on nous dit: Bien, quand ça apparaît avec les PROS, c'est autre chose.

**Le Président (M. Dion):** Mme Hébert.

**M. Rochon:** Peut-être une précision là-dessus. On n'entrera pas pour faire tout le débat, là, mais regardez la loi, là, puis je vais retoucher une de mes questions là-dessus s'il y a des ressources intermédiaires.

L'article 334 de la loi actuelle dit: Dans la présente loi, on entend par «organisme communautaire» une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec et à des fins non lucratives pour les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs, etc. Et l'article d'après dit: «Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches.» Quand on parle d'une ressource intermédiaire, c'est l'article 302: Est une ressource intermédiaire, tout organisme rattaché à un établissement public aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager. Parce que vous avez fait des commentaires aussi sur le risque de confusion entre ressource intermédiaire puis organisme communautaire. Il y a deux définitions bien claires, je pense, bien différentes dans la loi, puis on n'y touche pas. Et il me semble que dans le passé, jusqu'à présent, dans

les 10 ou 15 dernières années, il n'y a pas eu tellement de confusion sur le terrain. Il y a peut-être des choses qui se passent, comme vous venez de le dire, où on n'est pas sûr si on reconnaît que c'est une ressource intermédiaire ou un organisme communautaire.

**M. Gagné (Jean):** Il y a certaines ressources qui étaient réputées intermédiaires qui sont financées dans le SOC actuellement.

**M. Rochon:** Mais ils sont devenus des organismes communautaires où ils étaient réputés...

**M. Gagné (Jean):** Est-ce qu'ils le deviennent en étant financés au SOC? C'est un mystère.

**M. Rochon:** ...en tout cas, il faudrait voir peut-être les cas d'espèce, là. Il y a peut-être une façon de gérer ça, mais là on parle d'un projet de loi, là. Alors, il faudrait voir ce qu'on peut changer dans une loi qui améliorerait des choses. Je ne doute pas qu'il y a d'autres choses qu'on pourrait peut-être faire autrement par d'autres moyens, mais essayer de gérer le réseau par l'intermédiaire d'une loi, ça peut devenir terriblement rigide et contraignant.

**M. Gagné (Jean):** Très rapidement, là. Ce qu'on dit dans le mémoire, c'est qu'on vous invite à reconsidérer le cadre de référence pour l'hébergement communautaire que la Table provinciale vous a déposé.

**M. Rochon:** O K.

**M. Gagné (Jean):** ...de façon à offrir aux régions régionales une espèce d'alternative quand il s'agit de juger comment faire de l'hébergement dans la communauté.

Dans l'état actuel des choses, ce qui nous apparaît, c'est qu'il devient extrêmement séduisant de transformer toutes les ressources d'hébergement existantes dans la communauté en ressources intermédiaires. Ce n'est pas ce qu'on souhaite, nous, d'autant plus que les changements dont on parle, la transformation du réseau que vous avez parrainée, visait, entre autres choses, à la déhospitalisation, à défaire la centralité des services auprès de l'hospitalisation. Or, la ressource intermédiaire maintient cet élastique-là entre l'établissement et le lieu d'hébergement. Alors, nous, on dit: Dans les cas où ça se peut, pourquoi ne pas favoriser le développement d'organismes communautaires d'hébergement. Dans l'état actuel, on craint même qu'on recule puis que les organismes communautaires qui font de l'hébergement soient transformés en ressources intermédiaires.

**M. Rochon:** Vous voyez quelque chose dans le projet de loi qui est là qui assimile l'organisme communautaire à une ressource intermédiaire. S'il fait de l'hébergement?

**Mme Hébert (Lise):** Ça se vit présentement en région.

**M. Rochon:** Non, mais dans le projet de loi, là, y a-t-il quelque chose qui empire ça, qui aggrave ça ou...

**Mme Hébert (Lise):** Oui, ça le confirme

**Le Président (M. Dion):** M. Rodrigue.

**M. Rodrigue (Robert):** Oui. Actuellement, dans le projet de loi actuel, il va demeurer possible aux établissements de contracter une entente intermédiaire en tout ou en partie avec un organisme communautaire. Donc, dans le cadre de la loi actuelle, et c'est confirmé par les fonctionnaires spécialistes de la question des intermédiaires chez vous, un établissement pourrait contracter, par exemple, pour quatre, cinq ou six lits dans un organisme communautaire, un nombre de places à titre de places intermédiaires, si vous voulez. Mais comment un organisme communautaire qui acceptera de contracter des places intermédiaires avec le fonctionnement des ressources intermédiaires pourrait-il préserver son caractère d'intervention communautaire et alternatif, s'il doit être subrogé après ça au plan d'intervention des établissements? Il ne peut pas avoir deux têtes, deux façons.

C'est pour ça qu'on demande au ministre: Donc, si votre intention est vraiment de distinguer les deux, on vous propose une façon de permettre quand même aux établissements, aux organismes communautaires de pouvoir faire des contrats, par l'article 108 de la loi 120, donc de maintenir la possibilité d'entente avec les établissements mais de garantir la distinction totale et entière en des organismes intermédiaires et des organismes communautaires.

**M. Rochon:** O.K. Je comprends ce que vous voulez dire, là. Merci.

**Le Président (M. Dion):** Mme Lacombe.

**Mme Lacombe (Madeleine):** Oui, je voudrais revenir sur la question des PROS parce que je trouve qu'elle est très importante et je trouve, M. Rochon, que vous la balayez un peu du revers de la main. Il n'est pas question pour nous de priver les organismes communautaires de pouvoir participer à des plans de services; ce n'est pas ça. Mais, dans la loi, actuellement, si on prend l'article 347, on dit: Les régies régionales, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires, bon, doit élaborer et mettre en oeuvre des plans d'organisation de services. À la fin de ça, parce qu'il y a plusieurs articles que je ne vous lirai pas, ça dit aussi: Ils doivent préciser la contribution attendue de chaque établissement et de chaque organisme communautaire de la région en vue d'atteindre les objectifs formulés dans la politique ou le programme. C'est-à-dire qu'on imbrique les organismes communautaires dans un plan très particulier, alors qu'une des particularités, entre autres, du communautaire, ça a été beaucoup de faire émerger des nouveaux problèmes. Et ça, ça veut un peu dire que si on

n'est pas inscrits dans le plan puis si on n'est pas dans la politique, actuellement, on n'a comme pas de place où s'inscrire.

Donc, ce qu'on demande au ministre et ce qu'on demande aux gens de la commission, ici, ce n'est pas de bannir, on dit de ne pas obliger les organismes communautaires à s'inscrire à l'intérieur des PROS pour leur laisser, justement, ce rôle-là de faire découvrir des nouvelles problématiques, de mettre sur pied des nouvelles approches. Ça, ça donne des outils à des régies pour embrigader les organismes communautaires comme étant très complémentaires au réseau et à leurs besoins à eux.

**M. Rochon:** O.K. Bien, merci de la précision. J'ai soulevé le point justement parce que je ne voulais pas balayer d'un revers de la main.

**Mme Lacombe (Madeleine):** Alors, vous m'avez eue.

**Le Président (M. Dion):** Merci, M. le ministre. Alors, je vais maintenant donner la parole à Mme la députée de Bourassa.

**Mme Lamquin-Éthier:** Merci, M. le Président. Bonjour à tous, bienvenue, merci de votre présence. Et, à l'instar de M. le ministre, effectivement, ça témoigne d'un travail laborieux, consciencieux, extrêmement bien fait. Je ne veux pas que vous pensiez que les inquiétudes que vous avez formulées dans la première partie ne me touchent pas; elles me touchent profondément. Eu égard au temps, si vous me permettez, peut-être que... Et vous allez retourner, j'imagine, à Montréal, vous aussi. Moi, je couche ici, mais ma préoccupation va pour vous.

À la page 24 et à la page 25, bon, vous... Quant à la composition des comités d'usagers, vous avez pris pour exemple les plateaux de travail. Pouvez-vous m'expliquer c'est quoi, un plateau de travail? Je ne comprends pas.

**M. Bousquet (Mario):** Dans les institutions psychiatriques...

**Mme Lamquin-Éthier:** Ah! O.K.

**M. Bousquet (Mario):** ...notamment dans les asiles psychiatriques ou les longues durées en psychiatrie, plusieurs usagers travaillent ou participent dans un plan de réadaptation ou de réinsertion au travail, ou appelons-le comme on veut, là...

**Mme Lamquin-Éthier:** Ah...

**M. Bousquet (Mario):** ...ils participent à des tâches qui sont souvent des contrats qui sont liés entre l'établissement et des entreprises du milieu. Or, c'est des plateaux qui permettent aux personnes qui vivent dans les institutions, ou qui sont dans les familles d'accueil, ou dans les ressources de pavillons, ou autres de participer, par exemple, à mettre du chocolat dans des sacs, à faire

des tâches comme celles-là. Et ces plateaux de travail là, on a beaucoup de critiques par rapport à ça parce que, dans le fond, ils assurent une main-d'oeuvre, même si elle n'est pas à 100 % productive, là, comme au niveau du marché du travail on pourrait s'y attendre, ils forment quand même une main-d'oeuvre, puis ces gens-là ne sont pas payés pour le faire. Bon, ils reçoivent une allocation pour le faire, même pas une allocation de participation, une allocation pour rembourser les frais que ça leur occasionne, les frais d'autobus et tout ça, le dîner, bien sûr.

Alors, nous, on dit, bien, imaginez que si ces gens-là viennent au comité des usagers, remplacer un usager, parce qu'on dit qu'il n'est pas capable de siéger sur le comité des usagers, et qui profite de ce fait-là pour vendre sa salade et de faire de la sollicitation auprès des usagers des établissements pour aller travailler dans sa petite shop, dans son plateau ou dans son plateau de travail, ça cause un problème. D'autant plus que les comités...

**Mme Lamquin-Éthier:** Permanents ou ponctuels?

**M. Bousquet (Mario):** ... permanents, mais surtout ponctuels et surtout pas permanents. D'autant plus qu'il ne faut pas oublier que les comités d'usagers ont deux représentants au conseil d'administration de l'établissement. Alors, si ces personnes-là qui remplacent les usagers se ramassent en plus au conseil d'administration de l'établissement, il y a nettement un problème, là, de conflit d'intérêts.

● (17 h 50) ●

J'ai cité les plateaux de travail, mais on peut faire aussi les ressources privées illicites, les ressources illicites. À l'époque, on a fait une enquête et on s'est aperçu que c'est souvent les anciennes infirmières du réseau et travailleurs sociaux qui ouvrent des foyers illicites. Imaginez qu'eux ils viennent siéger aux comités des usagers pour venir chercher une clientèle probable, prévisible, là aussi; il y a un problème de conflit d'intérêts grave. Donc, on s'est dit: Non, il faut absolument plutôt travailler à faire en sorte que les personnes se prennent en main plutôt que d'essayer de régler le problème à l'inverse, de façon simple, qui pourrait créer des problèmes graves.

**Mme Lamquin-Éthier:** Vos observations sont intéressantes. Mais le commentaire que vous faites est extrêmement valable et le demeure, je pense, pour toute personne préoccupée d'assurer la viabilité et un bon travail. Oui, effectivement, il faut inviter tout le temps les établissements à se questionner sur le manque de participation des usagers et usagères, et, oui, les établissements devraient par la suite mettre en place tous les mécanismes dont ils sont capables, et Dieu sait qu'ils sont créatifs et qu'ils ont les moyens pour les aider, comme vous le dites d'ailleurs à la page 25 de votre mémoire, à s'impliquer davantage, parce que, oui, ces gens-là ont des commentaires extrêmement importants à faire valoir.

À l'égard des ressources intermédiaires, j'ai pris connaissance... Là, je retiens plus spécifiquement les pages

28 et 29. À la page 28 — vous en avez parlé tout à l'heure — dans les deux premières lignes en haut de la page, vous dites: «Dans ce cas-ci comme dans celui des articles 54, quoi qu'en dise le ministre, nous ne croyons pas que ces ententes pourront être librement consenties.» Et j'aimerais, si vous me le permettez, raccrocher cet apéritif au mets principal, qui est le suivant. Vous avez entendu le groupe qui vous a précédés, concernant les modifications qui vont être apportées à l'article. Ce groupe-là s'est dit heureux — et d'ailleurs, il a été capable de l'explicitier — des pouvoirs qui sont accordés aux régions. J'ai fait lecture de critiques sévères qui sont déjà adressées aux régions par rapport à des responsabilités qu'elles ont déjà et j'ai une inquiétude quant à la capacité des régions — c'est 18 à travers le Québec, «c'est-à-dire» toujours 18...

**M. Rochon:** Si on inclut les Inuit, le Nunavik et les Cris, oui.

**Mme Lamquin-Éthier:** ... — d'élaborer, d'assurer une équité. Est-ce que vous partagez cette inquiétude que j'ai, ou je ne suis pas rapport, comme dirait un adolescent?

**M. Rodrigue (Robert):** Nous, on est très préoccupés par l'équité interrégionale sur la base... On a toujours voulu que le processus de régionalisation permette, oui, l'implication de la population au niveau de l'élaboration et la participation au niveau de la santé et des services sociaux. Mais on s'est toujours dit aussi: Ça prend un peu comme des balises nationales. Sinon, au niveau du financement des ressources, qu'est-ce qui va se passer? Les régions vont financer plus ou moins selon la priorité accordée. Et, en plus, si on soumet le financement d'un organisme d'hébergement au bon vouloir de six MRC d'une région, est-ce que ça veut dire que, si une MRC juge que pour elle c'est moins prioritaire, tel type de clientèle, la ressource d'hébergement vient de perdre le un sixième de sa subvention? Parce qu'il y a des régions où c'est comme ça, que la subvention globale est soumise à l'approbation de six MRC. Nous autres, on dit: Ça ne peut pas marcher comme ça, surtout qu'il y a des réseaux d'hébergement qui ont au départ une vocation régionale, qui reçoivent des jeunes de partout dans la région.

D'autre part, quand on parlait... Vous disiez qu'on pense que le financement ne pourra pas être librement consenti. Les balises de financement du communautaire, actuellement, sont de zéro à tant de milliers d'argent par année. Alors, on peut bien offrir à un organisme... Tu veux être communautaire, je t'offre 45 000 \$ pour cette année; mais regarde, là, je vais t'offrir 75 000 \$ pour être intermédiaire. Où est-ce qu'elle est, la liberté des organismes d'accepter ou non, quand on sait que les gens... Il y a quand même des emplois qui se créent dans les organismes communautaires. Il y a une base d'emplois là-dedans, les gens ont besoin de travailler et en même temps, ils disent: Ça va répondre à des besoins de la population, mais sur une base qui est différente de celles organisées du réseau. Alors, si le réseau, en réduisant les

établissements, a besoin d'organismes complémentaires qui s'appellent «intermédiaires», que le réseau se les donne, mais qu'il permette aux organismes communautaires de garder leur autonomie parce que la population se les donne. Et, au bout du compte, la régie et le gouvernement ont toujours le choix de décider qui ils financent, mais qu'ils ne fassent pas accroître à la population qu'ils financent des organismes communautaires si ce sont des organismes intermédiaires qui sont rattachés à des établissements et qui répondent à des besoins du réseau public.

Et si le gouvernement ne veut pas financer le communautaire, qu'il prenne la décision et qu'il l'annonce au public. On va vivre avec ça. Ça, c'est la vie de la démocratie, c'est le pouvoir parlementaire, etc.

**Mme Lamquin-Éthier:** Merci beaucoup. Finalement, il me reste combien de temps, M. le Président? M'avez-vous dit cinq? Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Dion):** Oui. Oui, pas de problème, madame.

**Mme Lamquin-Éthier:** Je n'ai pas vu vos...

**Le Président (M. Dion):** Il n'y a pas de problème. Vous avez du temps.

**Mme Lamquin-Éthier:** Mon Dieu, que vous êtes gentil. J'apprécie beaucoup.

Quant au Département régional de médecine générale, là, je suis aux pages 34 et 35 de votre mémoire, vous émettez différents commentaires dont, notamment, qu'une autre avenue aurait été possible, soit de donner un pouvoir réel aux régies régionales, tant sur l'encadrement des médecins que sur la rémunération de ces derniers. Nous craignons que la création du Département régional de médecine générale ne vienne créer un État dans l'État. Nous croyons aussi en la nécessité de régionaliser les budgets de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Nous pensons également que la révision du paiement à l'acte devrait faire partie des questionnements de l'État, car ce mode de paiement constitue, sans doute, un obstacle majeur à la création d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux.

J'aimerais ça, là... Bon, vous ne voyez donc pas, dans ce DRMG, là, si vous me permettez de reprendre — c'est très à la mode, les particules...

**Des voix:** Oui, oui.

**Mme Lamquin-Éthier:** ...les abréviations — vous ne pensez pas, là, que ça va venir changer quelque chose de concret, de réel au niveau de l'accessibilité aux soins?

**Le Président (M. Dion):** M. Gagné.

**M. Gagné (Jean):** Oui, on y voit un danger dans la mesure où le machin, j'allais dire, comme... Ha, ha, ha!

**Mme Lamquin-Éthier:** La créature

**M. Gagné (Jean):** ...ce département-là est entièrement confié aux médecins, les médecins qui se polissent eux-mêmes, les médecins qui s'évaluent eux-mêmes. Alors, évidemment c'est des gens très compétents. Mais il reste qu'il y a des problèmes de disponibilité de médecins et de spécialistes un peu partout au Québec, et on ne pense pas que la solution, c'est de dire à un groupe donné: Bien, organisez-vous ensemble, puis dites-nous quoi faire. Les dangers de sombrer dans le conflit ou l'apparence de conflit d'intérêts nous semblent assez grands. Il y a comme un danger de sombrer dans le corporatisme.

Or, c'est pour ça, le type de proposition qu'on fait, c'est de s'assurer qu'il y a des représentations sur une instance qui serait chargée de veiller à l'organisation des services médicaux dans une région donnée. Il nous semble qu'il faudrait, si on pense à ça, absolument qu'on y ait la représentation des usagers et aussi des établissements qui utilisent les services de médecins habituellement, justement pour amener un peu d'extériorité dans cette discussion-là, pour que ce ne soit pas simplement les intérêts des médecins.

Moi, en tout cas, si je peux parler personnellement, ça me fait un peu drôle quand on nous dit: Bien, oui, il se donne en clinique privée les services, puis là, on n'aura pas de services en CLSC. Il y a eu des reportages là-dessus. C'était un petit peu inquiétant de savoir comment il était difficile de rencontrer un médecin en CLSC. Je pense qu'on doit se garantir ça et, une façon dont on pourrait le faire, c'est, entre autres, effectivement, en permettant aux usagers, en premier lieu, je dirais, mais aussi aux établissements qui utilisent les services d'un médecin, de s'exprimer sur la façon d'organiser le tout.

La question de la rémunération, c'est aussi pour ramener, finalement, le problème, de dire: Bon, on a tant de population, et puis, c'est avec ça qu'on doit travailler pour rémunérer les médecins. Ce qui permet moins, effectivement, les jeux de déménagement puis de prime à l'éloignement. Quand on est rendu à faire de la médecine à Longueuil puis que c'est qualifié de médecine de brousse, là, je trouve ça assez fort.

**Mme Lamquin-Éthier:** Et, finalement, à la page 35, vous dites: Nous trouvons peu rassurant que, exception faite du programme de santé publique, le ministre se retire des grands programmes sans annoncer concrètement de quelle façon il compte s'assurer qu'il y aura un minimum de balises nationales et évidemment une équité tant souhaitée et un accès aussi. J'aimerais ça que, si vous...

**M. Gagné (Jean):** Bien, c'est un peu le problème qu'on... Toujours en approuvant l'idée de la régionalisation, c'est toujours d'assurer un certain nombre de balises à son exercice, finalement. C'est dans ce sens-là qu'allaient nos commentaires.

**M. Bousquet (Mario):** Mais ce n'est pas juste d'émettre des balises...

**Mme Lamquin-Éthier:** ...programmes...

**M. Bousquet (Mario):** ...il faut aussi s'assurer qu'elles soient respectées, ces balises-là. C'est sûr que, au niveau national, si on ne veut plus intervenir au niveau des régies régionales, il faut quand même mettre en place des mécanismes qui vont nous permettre et d'évaluer et de faire en sorte que les balises qui sont édictées par le ministère soient respectées dans les régions. Sinon, chacun va faire à sa tête...

**Mme Lamquin-Éthier:** À leur tête.

**M. Bousquet (Mario):** .. puis ce n'est pas juste une évaluation de trois ans ou de quatre ans qui va permettre de redresser la situation; il va être trop tard. Donc, il faut mettre des balises puis s'assurer qu'elles soient respectées aussi dans les régions.

● (18 heures) ●

**Mme Lamquin-Éthier:** Je pense qu'on peut peut-être, par extrapolation, ou c'est peut-être malhabile comme exemple, prendre l'exemple des codes d'éthique des établissements. On avait mis une borne, en termes de date, quant à l'adoption par les établissements, évidemment soumis à l'application de la loi d'adopter un code d'éthique, et là on a vu une course folle au découpage, au collage. Dans les faits, actuellement, il y a deux établissements qui peuvent être sur la même rue et ne pas avoir, en termes de contenu, au chapitre des droits, des droits égaux. Alors, ça veut dire que ma soeur, moi, c'est dans l'immeuble a, puis mon frère, dans l'immeuble b. Bien, ma soeur, elle peut avoir le droit de recevoir ses soins intimes d'une personne du sexe de son choix. Puis, dans l'immeuble b, il n'y en a pas de droit, ce n'est pas mentionné. Effectivement, quand il y a une multiplication, il y a un risque. C'est important, là, que ça soit, effectivement, encadré pour éviter qu'il n'y ait pas d'uniformité.

La question de panier des services assurés dont vous parlez à la page 36 aussi, je pense que c'est fondamental. Et la population le confirme à tous les jours, surtout avec les transformations qu'on a connues dans le contexte du virage ambulatoire des soins à domicile. On ne sait plus les services qu'on a. Et il y a eu une époque dans les cliniques privées où ils mettaient une liste de ce que les patients devaient payer, mais c'est disparu, on ne voit plus ça, là. Et je trouve que... Quand vous dites que vous demandez au ministre de définir à l'article 431 le panier de services assurés, soit la liste des services offerts à la population et d'apporter des garanties, parallèlement, que nous pourrions avoir la certitude que tous les services inclus dans cette liste seront effectivement offerts dans toutes les régions du Québec, je dois dire que je partage.

**M. Gagné (Jean):** Oui, c'est parce qu'on voyait la disparition du mot «programme» un peu partout. On reconnaît que parfois les programmes pouvaient être rigides puis créer des imbroglios entre quelqu'un qui a un problème de santé mentale, qui se trouve à être jeune, qui se trouve à

être femme, etc. Mais il reste quand même qu'il ne faut pas que le panier de services soit modulé suivant les disponibilités financières de chacune des régions ou etc., c'est-à-dire que chacun des Québécois et chacune des Québécoises sache que dans sa région il peut disposer d'un certain nombre de services qui soient garantis; c'est ce qu'on demande dans notre mémoire. Ce qu'on demande, c'est que le ministre se prononce là-dessus.

**Mme Lamquin-Éthier:** Je pense que c'est légitime, parce que déjà dans la loi il y a l'article 13, si ma mémoire est bonne, qui vient reconnaître un droit aux services de santé, aux services sociaux, le droit de choisir le professionnel. Mais on dit bien que ces droits-là s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. Donc, vous faites écho à la préoccupation que j'énonçais cet avant-midi. Il n'est pas fou de penser que les régies régionales vont avoir à l'appliquer mais en tenant compte de leurs propres limites administratives au point de vue financier.

**Mme Hébert (Lise):** C'est vraiment une harmonisation des services et une réglementation en rapport à l'application de l'harmonisation; c'est de ça dont on parle. Ce n'est pas le cas.

**Le Président (M. Dion):** Merci beaucoup, Mme la députée de Bourassa, chers collègues, M. le ministre. Merci aux représentants de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles. Alors, j'ajourne les travaux au mardi 24 mars, 9 h 30, dans la même salle.

(Fin de la séance à 18 h 4)