

---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le mardi 24 mars 1998 — N° 107**

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 (5)

**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 mardi 24 mars 1998**

**Table des matières**

Auditions	1
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)	1
Coalition Solidarité Santé	11
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec	19

**Intervenants**

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

M. Jean Rochon  
M. Russell Williams  
M. Pierre Marsan  
M. Russell Copeman

- \* Mme Jennie Skene, FIIQ
- \* M. Claude St-Georges, Coalition Solidarité Santé
- \* Mme Marie Pelchat, idem
- \* M. Gaston Gourde, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec
- \* Mme Lise Denis, idem
- \* M. Pierre Larrivée, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mardi 24 mars 1998

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

*(Neuf heures quarante minutes)*

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît, même si la bonne humeur règne! Alors, bonjour à tout le monde, nous recommençons nos travaux. Mme la secrétaire, est-ce que le quorum est constaté?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. Je vous rappelle le mandat: 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, les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.

Est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Charest (Rimouski) sera remplacée par M. Beaumier (Champlain); Mme Loiselle (Saint-Henri—Sainte-Anne), par M. Marsan (Robert-Baldwin).

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Vous avez tous l'ordre du jour devant vous. Je présume que l'ordre du jour est accepté? Accepté, merci beaucoup.

**Auditions**

Alors, nous recevons pour débiter la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Mme Skene, tout en vous saluant, bonjour, en souhaitant la bienvenue à tout le monde, je vous demande de présenter les gens qui vous accompagnent.

**Fédération des infirmières  
et infirmiers du Québec (FIQ)**

**Mme Skene (Jennie):** Merci, M. le Président. Alors, à ma gauche, Sylvie Boulanger qui est première vice-présidente responsable des secteurs santé et condition féminine à la Fédération; à ma droite, Lucie Mercier qui est conseillère au secteur santé, qui a plus particulièrement travaillé avec nous à l'élaboration du mémoire que nous vous déposons.

Vous savez que la Fédération, qui regroupe 47 000 infirmières, est toujours très heureuse de participer à toutes les consultations qui touchent le réseau de la santé. C'est clair que, quand nous avons reçu le projet de loi n° 404, nous l'avons regardé, exploré, analysé avec intérêt. Une première réflexion qui nous passe par la tête et qui nous est

venue, c'était le fait qu'on a l'impression qu'on modifie la loi de la santé par petits morceaux. On a, avec la loi n° 116, modifié certaines parties; présentement, on modifie d'autres petits aspects, on nous annonce peut-être d'autres modifications pour l'automne sur d'autres aspects. On a de la difficulté à voir le fil conducteur, la finalité, ce qui restera en bout de ligne de toutes ces petites modifications là. Et on a parfois l'impression que ce qui nous apparaît banal au moment où on le fait peut-être aura des conséquences quand on connaîtra les autres portions qui seront modifiées dans l'avenir. Alors, c'est une première remarque qu'on voulait faire.

On a porté notre mémoire principalement sur cinq grands thèmes. Premièrement l'érosion du processus démocratique qui selon nous est enclenchée depuis la loi n° 116; l'examen des plaintes, tout le processus qui entoure les plaintes qui peuvent être portées aux différents paliers de la structure du réseau et au Commissaire aux plaintes; l'impact des modifications par la loi n° 404 sur la notion de ressource intermédiaire; la création de départements régionaux de médecine générale.

Les autres points sont des points qui selon nous devraient être abordés et qui sont nouveaux: la création d'une commission infirmière au plan régional ainsi que certains suivis dans la foulée des consultations nationales où nous avons rencontré M. Rochon. Nous lui avons fait part de certaines craintes et de certains besoins du réseau de la santé pour asseoir sa finalité à l'égard de la protection des services complémentaires dont les soins infirmiers hors établissement et particulièrement aussi à l'égard de la promotion et de la prévention en santé.

Alors, je vais y aller d'emblée sur le processus démocratique. Depuis l'adoption de la loi n° 116, il y a certaines modifications qui ont fait disparaître entre autres certaines assemblées du grand public. Nous notons qu'il y a un effritement du processus démocratique qui était souhaité dans la réforme de la santé et, pour toutes sortes de motifs de malutilisation par la population ou de non-utilisation, on va tranquillement gruger dans ces processus-là.

Un des points qui a attiré notre attention, c'est la disparition des assemblées publiques quant aux élections de la population. Comment faire connaître des candidats s'il n'y a pas possibilité de les entendre, de les voir? Et ça, c'est au-delà des structures. On connaît la grandeur du territoire québécois, on connaît aussi la grandeur de certains territoires de régie, mais selon nous il aurait été possible de trouver d'autres moyens que l'abolition pure et simple des assemblées publiques qui conduisent à l'élection des représentants de la population.

Quant à la reddition des comptes, il nous apparaît que là aussi c'est vraiment un processus qui tend à s'effriter. Il n'y a plus aucune obligation, dans le sens d'une

périodicité obligatoire, pour les établissements qui doivent rendre des comptes. Ils doivent rendre des comptes devant la régie, mais aussi devant la population. Dans ce cadre-là, on est extrêmement préoccupés, quand on sait les difficultés que le réseau de la santé rencontre, quand on sait les multiples adaptations auxquelles il a fait face, que des établissements ne soient pas obligés de manière régulière de rendre des comptes. Ça nous inquiète grandement quant aux possibilités d'intervenir au bon moment pour corriger des choses.

La nomination de certains membres des conseils d'administration d'établissements qui est soumise à l'approbation de la régie régionale, selon nous, c'est quasi donner un droit de veto, un droit de regard formel aux régies régionales sur la nomination de certaines personnes alors qu'il y a parfois des processus qu'on trouvait trop larges; mais c'est comme si on passait d'un excès à l'autre. Il y a peut-être moyen de restreindre et de donner un sens plus grand aux nominations pour s'assurer qu'elles couvrent bien les personnes qu'elles doivent représenter, mais de soumettre ces nominations-là des membres de conseils d'administration d'établissements à l'approbation de la régie nous apparaît qu'on passe dans l'excès contraire.

Il y a des particularités qui sont introduites par le projet de loi n° 404 à l'égard du conseil d'administration de la Régie Nord-du-Québec, qui n'est plus une régie, qui n'est plus un établissement. C'est un groupe hybride, mi-établissement, mi-regie régionale, à l'égard entre autres de la création du conseil d'administration et de la nomination des personnes représentant des organismes communautaires. Ce sera la seule région où les organismes communautaires n'auront pas le libre choix de la personne qu'elles délégueront au conseil d'administration de l'établissement. C'est aussi le seul endroit où une seule personne, représentant des usagers, pourra participer aux travaux du conseil d'administration plutôt que quatre, comme il apparaît dans tous les autres types d'établissements; qu'ils soient de petite ou de grande taille, il y a minimalement quatre personnes qui représentent la population.

Ça nous apparaît inquiétant parce qu'il faut connaître le Nord-du-Québec. L'écartèlement, c'est vraiment disproportionné quand on a créé un établissement de ce type-là. Chibougamau, Chapais, Lebel-sur-Quevillon puis Isle-Dieu à Matagami, quand on regarde sur la carte du Québec, je vous dis qu'il faut être acrobate pour réussir à faire participer, à impliquer la population. Mais si en plus on restreint l'accès au C.A. à une seule personne pour représenter cette population-là, on vient de mettre encore plus de bâtons dans les roues de la participation.

De la même manière, quand on élargit, pour la création des comités d'usagers, l'accessibilité à des personnes qui pourraient être autres que des usagers, selon nous, ça vient entacher, ça vient donner un sens très différent au rôle des usagers. Si vous êtes sur un comité d'usagers, c'est parce que vous êtes un usager, et vous n'êtes pas quelqu'un qui a été battu, ou pas choisi, ou pas nommé par les autres canaux possibles dans un établissement. Et quand on sait que le comité d'usagers est souvent celui qui supporte les usagers dans la possibilité

qu'ils ont de faire des plaintes, bien, il nous apparaît qu'on vient de fausser le processus de plaintes aussi, par ricochet.

Si on regarde le processus d'examen des plaintes, toutes les procédures qui entourent l'examen des plaintes, dans un premier temps, nous mentionnons qu'il nous apparaît qu'on aurait eu une occasion enfin de donner plus de crédibilité encore au Commissaire responsable des plaintes. Vous savez que le fait qu'il soit nommé par le gouvernement, son rattachement direct au ministère de la Santé qui peut être très intéressant pour apporter des correctifs mais qui vient lui donner une connotation très politique, l'incapacité qu'il a d'initier certaines vérifications ou certains processus, comme peut le faire le Protecteur du citoyen, selon nous, aurait mérité qu'on s'y attarde et qu'on le corrige pour lui donner une plus grande crédibilité. On sait que le réseau est en modification, a supporté des compressions énormes, et je pense que ça permettrait, à tout le moins, à la population de voir qu'il y a un intérêt, du côté du gouvernement, d'entendre et de corriger les situations qui peuvent être problématiques.

Le délai pour porter une plainte, bien, qu'il ne soit pas exprimé dans le projet de loi nous rend extrêmement craintives. Vous savez que, dans le cas du Commissaire aux plaintes, il y a déjà d'autres instances qui sont préalables avant de se rendre à lui ou à elle, selon le cas. Deux ou trois instances, ça peut donc entraîner. . . Comme chacune de ces instances-là, à l'établissement ou à la Régie, peut aller jusqu'à 60 jours, il arrive même souvent le cas que ça excède 60 jours avant d'arriver au Commissaire aux plaintes, ça vient donc faire en sorte que, dans le temps, ça n'a comme plus de résonance pour la personne qui a porté plainte. La situation peut s'être détériorée sans qu'on ait pu y apporter de correctifs, ça peut avoir eu des conséquences pour la personne qui a porté plainte aussi.

• (9 h 50) •

Donc, pour nous, il faudrait raccourcir à tout le moins les délais des autres instances et permettre que le Commissaire aux plaintes puisse être saisi aussi de plaintes autres que des plaintes écrites. On ne se cachera pas que la population du Québec, probablement comme beaucoup de populations ailleurs, n'est pas très habile — est-ce que c'est un problème de bonne connaissance de la langue française? — n'est pas très habile à exprimer par écrit les problèmes qu'elle vit, et c'est souvent de façon verbale qu'on reçoit le plus de plaintes. Le Protecteur du citoyen peut recevoir des plaintes verbales, le Commissaire aux plaintes ne peut pas le faire. Il nous apparaît que ça faciliterait grandement ce processus-là si on acceptait de considérer des plaintes qui soient déposées de façon verbale.

Il y a une très grande partie de notre population consommatrice de soins de santé qui est soit très âgée soit aussi d'un milieu défavorisé; on sait que l'incidence de la maladie est plus grande dans les milieux défavorisés. Quand vous voulez porter plainte, si vous êtes obligé de l'écrire, même s'il y a des bons samaritains autour qui veulent vous aider, vous n'avez pas la capacité d'exprimer de la même manière quand vous le dites dans vos mots et quand vous devez l'écrire. Traduire des difficultés qu'on a vécues puis

parfois les sentiments qui ont suivi tout ça, c'est extrêmement difficile, et on pense qu'on devrait favoriser justement la possibilité aux personnes d'avoir des plaintes verbales.

Une difficulté qu'on a aussi, c'est à l'égard des plaintes aux régies régionales, dans le sens qu'on demande à des personnes physiques de se plaindre, elles peuvent se plaindre devant la régie régionale, mais il nous apparaît que c'est extrêmement difficile d'évaluer la portée de cette modification-là parce que les plaintes, si on prend l'exemple d'une très grosse régie régionale qui est Montréal-Centre, elles ne sont pas séparées des plaintes des établissements, donc on ne sait pas la portée qu'aura cette modification.

Le temps file, je vais aller à l'essentiel. Au niveau des ressources intermédiaires, les modifications qui sont annoncées dans le projet de loi n° 404 nous rendent plus que craintives. On est carrément en désaccord avec les modifications que vous annoncez. Il nous apparaît que le ministère de la Santé veut complètement dévier la portée de l'article 45 du Code du travail en modifiant la définition d'«établissement intermédiaire». En précisant dans la loi qu'il n'est pas un établissement du réseau, qu'il ne peut pas se prétendre comme tel, on vient contrecarrer la décision du Tribunal du travail dans le cas de la maison L'Intégrale, en 1993, où ont été reconnus comme transférés en vertu de l'article 45 des salariés qui s'en allaient vers L'Intégrale. Modifier cet article-là, ça veut dire, pour nous du milieu syndical, des gens qui vont transférer sans aucune garantie de maintenir ni leur emploi ni leurs conditions de travail qui sont conventionnées. Alors, c'est extrêmement important pour nous.

La notion d'usager admis plutôt que d'usager inscrit. On voit tout de suite arriver une demande d'argent à cet usager-là. Si vous êtes admis, il y a un éventail de services qui vous sont fournis, ce qui n'est pas le cas si vous êtes inscrit. Vous devrez déboursier de façon beaucoup plus large avec les faibles moyens que vous avez quand vous êtes sur l'aide sociale, défrayer une part plus grande des services qu'on va vous dispenser.

Le département régional de médecine générale. On s'est questionné, on l'a analysé sur plusieurs aspects, et notre conclusion, c'est qu'on aurait très bien pu ajouter des rôles à la Commission médicale régionale sans créer une nouvelle entité qui nous apparaît un pouvoir dans le pouvoir du réseau de la santé, un pouvoir parallèle qui vient en compétition directe avec les établissements, et je pense particulièrement au réseau des CLSC.

Sans garantir l'accessibilité aux services médicaux, il nous apparaît que l'introduction du département régional de médecine générale vient appuyer la création des réseaux intégrés — la lettre d'entente qu'il y a eu entre le ministère et la FMOQ sur la création de réseaux intégrés dans les différents territoires — concurrencer le réseau public des CLSC. On a même un exemple assez récent dans la régie de Québec où un CLSC qui voulait recruter des médecins pour pouvoir ouvrir et donner des services sur une plus grande plage-horaire — il avait besoin de 14 médecins de médecine générale — s'est vu un peu mis au ban des accusés par des médecins de pratique privée, en bureau

privé, qui disaient: Nous, si on s'entend, on est capables de faire la même affaire, donc, évitons la concurrence, ne venons pas toucher aux modalités qui sont déjà en place, ne venons pas accroître le réseau des CLSC, en faire réellement une première ligne d'accessibilité aux services de santé.

Pour nous, ça nous apparaît que c'est une concurrence directe pour ne pas dire une concurrence, entre guillemets, déloyale puisque ni l'ensemble de la population ni d'autres intervenants n'ont pu participer aux consultations qui ont entouré la création des réseaux intégrés, donc, de concrétiser, par d'autres aspects, sous d'autres pouvoirs, leur participation. C'est clair pour nous que les médecins sont des acteurs importants du réseau de la santé, mais on croit qu'une branche de la commission régionale aurait très bien pu être responsable de ces aspects-là.

Au niveau toujours du département régional, il nous apparaît que le deuxième danger, c'est non seulement de concurrencer les CLSC, mais de ne voir que les aspects médicaux de la santé. La santé, ça se prépare ailleurs que quand on est malade. La santé, ça se prépare avant la maladie, ça se prépare au quotidien. Dans le réseau des CLSC, de plus en plus, les infirmières qui faisaient la première ligne, les infirmières qui faisaient des cliniques nursing, qui orientaient leurs malades soit vers les médecins soit vers une autre ressource du type travailleur social ou psychologue, quand ces besoins-là étaient criants, sont remises en question régulièrement et doivent se battre pour continuer de faire le travail qu'elles font depuis plus de 20 ans.

Donc, tous ces aspects-là qui sont non médicalisés, qui interviennent avant le besoin du médecin, qui est là pour justement prendre en charge les problèmes de santé, viennent jouer aussi dans le rôle que les infirmières font à l'intérieur des CLSC. Et je vous dirais que la pratique infirmière s'en trouve grandement diminuée à l'égard des cliniques nursing, à l'égard de la santé scolaire. Pour toutes sortes d'autres motifs, le dépistage qui pouvait se faire en scolaire, faute de ressources, maintenant, est quasi complètement évacué. C'est très clair qu'à partir du moment où ça doit passer par le monde médical, ce dépistage-là, on peut penser qu'il y aura un accroissement des coûts.

Ce qu'on met de l'avant aussi et qu'on a déjà présenté à M. le ministre, c'est la nécessité de créer une commission infirmière. Si vous lisez bien notre mémoire, vous allez voir que cette commission infirmière là, elle n'a pas de rôle au plan économique, elle n'a pas de rôle au plan de la décision du travail des personnes, donc, elle ne vient pas interférer dans les rôles qui sont dévolus aux partenaires en négociation. Elle est là pour conseiller les ressources.

Déjà, une régie régionale, celle des Laurentides, amis sur pied une telle commission. Lanaudière y réfléchit. Il y a des discussions qui sont en cours et ce qu'on demande finalement, c'est un lieu officiel pour parler, pour suggérer aux différentes régies des manières de faire qui feraient en sorte qu'on pourrait rendre le travail, sur le territoire de cette régie-là, qu'on pourrait rendre les services d'une meilleure manière avec une plus grande concertation des différents partenaires terrain — l'infirmière, elle est là sur le terrain,

au quotidien, 24 heures par jour, sept jours par semaine dans tous les types d'établissements — et donc, d'amener des visions — pas au sens d'avoir la berlue — des visions différentes qui feraient en sorte que non seulement on peut penser à des économies d'argent, mais on peut penser à une plus grande efficacité, une plus grande efficacité du réseau dans la rencontre des objectifs de santé, plutôt que d'intervenir à la pièce.

Nous, on suit toutes les régies régionales, tous les travaux qui se font dans toutes les régies régionales du Québec. S'il y avait une instance qui ne soit pas une instance syndicale, qui soit une instance déterminée par territoire de régie où des infirmières directement concernées dans le milieu peuvent apporter des suggestions, des manières de faire, des manières de voir qui touchent les soins, la pratique des soins, les liens interétablissements, on pense, nous, que le réseau y gagnerait. Et ça n'a aucun impact au niveau économique pour les infirmières, ça n'a qu'un objectif: faire en sorte que les soins soient les mieux possible accessibles sur tout le territoire, dans les meilleures conditions, pour l'ensemble de la population.

Pour terminer, je reviendrai sur des points que nous avons abordés avec M. Rochon au moment de la consultation nationale, entre autres sur la nécessité d'inclure à la loi un texte formel qui garantira l'accès aux services qui sont présentement prévus, mais au niveau des établissements hospitaliers, en établissement.

● (10 heures) ●

Le virage ambulatoire physique, le virage ambulatoire au plan de la santé mentale qui est enclenché ne sont pas appuyés sur des mécanismes concrets qui garantissent l'accès, qui garantissent les soins dont la population a besoin dans les milieux de vie. Donc, la loi ne prévoit pas la couverture obligatoire — je le prends du point de vue des infirmières — des services infirmiers hors établissement, pas plus que des autres services complémentaires.

Si c'est en établissement, vous êtes certain de pouvoir avoir accès à des soins infirmiers. Si vous êtes hors établissement, que ce soit en soins à domicile, en maintien à domicile, en centre intermédiaire pour la santé mentale, vous ne l'êtes pas. Il n'y a aucune garantie à la loi que vous puissiez exiger des soins infirmiers, pas plus que des soins complémentaires d'autres professionnels.

Nous croyons qu'il est important de l'intégrer dès maintenant à la loi. À partir du moment où on fait une priorité du maintien dans les milieux de vie, pour la santé, c'est extrêmement important que la loi prévoit ça. Et on est en train de se faire couper l'herbe sous le pied par le ministre fédéral qui, la semaine dernière ou il y a 15 jours, entendait les différents partenaires au plan canadien. Ils veulent prévoir justement cette couverture obligatoire des soins infirmiers et autres soins complémentaires dans la loi canadienne. Alors, il me semble qu'on n'a pas d'obligation d'attendre que d'autres le fassent pour, chez nous, penser à combler ça.

Au niveau aussi de la transparence à l'égard des résultats de qualité, ce que nous avons mentionné au ministre quand nous l'avons rencontré, il n'y a aucun

indicateur de qualité obligatoire dans nos établissements. Nous sommes incapables de savoir autrement que par des petits sondages de la population combien de personnes qui sont sorties d'établissements — postopératoire, postépisode cardiaque ou autres — vont se représenter dans les prochains jours, donc, vont faire un retour.

Il n'y a pas de données statistiques qui nous permettent de voir: est-ce que c'est un nouvel accident, est-ce que c'est une nouvelle maladie ou est-ce que c'est une complication chez quelqu'un qui est sorti rapidement? On a accéléré tous les processus, mais on est incapable présentement de monitorer les indicateurs qui nous permettraient de voir et de réajuster immédiatement là où il y a des problématiques: si quelqu'un revient trois jours après être sorti de l'hôpital parce qu'il a des problèmes avec sa plaie, qu'il y a de l'infection, etc. Il faut savoir où il y a eu un bogue dans le système pour pouvoir le corriger dès maintenant. Mais c'est considéré comme une nouvelle admission. Ça passe dans les nouvelles admissions et on n'a aucune donnée quantifiable et mesurable. Donc, nous, on appelle ça de la transparence, mais on pense qu'il y a un monitoring serré qui doit se faire des différents paramètres indicateurs de qualité dans tous les établissements du réseau.

Le temps file, je vais terminer là-dessus, et peut-être qu'à l'intérieur de questions on pourra aller plus loin et préciser de façon plus large. Merci.

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

**M. Rochon:** Merci, M. le Président. Bienvenue à cette commission, merci beaucoup pour votre mémoire et votre présentation, on voit que ça vient de gens qui connaissent le terrain, qui savent cibler des choses très pertinentes.

Je voudrais d'abord, si vous me permettez, faire quelques commentaires, parce que j'ai l'impression que, sur certaines choses, on poursuit le même objectif, puis des clarifications peut-être à apporter de part et d'autre, puis il se dégagera peut-être de ça des choses qu'il faudra, quant à la forme, préciser dans des modifications qu'on fait. Puis j'aurais peut-être une couple de questions après.

Dans l'échange de commentaires... D'abord, j'espère pouvoir vous rassurer sur une chose. Quand vous disiez en introduction que vous avez le sentiment qu'on change des petits morceaux dans la loi un peu partout puis qu'on ne voit pas trop où on s'en va avec ça, l'intention, je pense, qui a toujours été claire depuis le début... Il n'y a pas d'intention de modifier dans son sens réel la Loi sur les services de santé et les services sociaux mais, dès le début de la décentralisation, vouloir mettre un accent sur la prévention, ce qu'on a appelé le virage ambulatoire, il y a eu un objectif d'essayer d'alléger le plus possible nos processus et de revoir à l'expérience certaines parties de cette loi-là qui étaient nouvelles quand la loi a été faite. Et c'est pour ça peut-être que ça donne cette impression-là, mais je veux bien vous assurer là-dessus: l'intention est

simplement d'avoir un intervenant de façon spécifique pour les allègements administratifs; pour certaines parties du processus électoral, le rendre plus souple puis plus efficace; le Commissaire aux plaintes, c'est un autre gros secteur; puis tout ce que ça a voulu refléter des changements qui sont proposés, c'est le résultat de beaucoup de consultations et de discussions au cours des deux dernières années surtout. Alors, tout ça pour dire que, si le résultat semble être différent, c'est pour ça qu'il y a une commission puis on va essayer de faire les ajustements nécessaires.

Quelques exemples de ça. La fameuse question de l'assemblée publique pour l'élection: l'intention qui est dans la loi n'est pas d'empêcher les gens de faire des assemblées publiques mais de mettre plus de souplesse, de s'assurer que... Probablement qu'une espèce de règlement électoral, qui doit se faire de toute façon au moment où chaque élection se fait, apporte plus de précisions, mais qu'on ne mette pas tout ça dans la loi pour ne pas que ça soit trop rigide; mais permettre, par exemple, dans des régions plus rurales — et ça nous a été dit beaucoup ça — que l'argent qu'on voudrait utiliser pour faire une assemblée publique... qu'on puisse peut-être plus utiliser des moyens modernes pour que les candidats puissent se faire connaître et connaître leurs idées, des dépliants qui pourraient être circulés, les médias électroniques qui pourraient être utilisés, conférences qui pourraient être faites dans certaines régions comme le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie et la Côte-Nord qui ont un assez bon circuit de télévision en circuit fermé où ils peuvent rejoindre beaucoup de monde.

Donc, l'intention derrière ça, c'était vraiment d'ouvrir beaucoup plus, de ne pas avoir la loi qui dit: Tu fais une élection avec une assemblée publique pour que les gens se fassent connaître, mais que les gens puissent être plus imaginatifs, utiliser tout ce qu'il faut pour que les mêmes ressources consacrées à ça puissent rejoindre plus de monde. Alors, ce n'était pas vraiment en faire un déficit du processus démocratique mais tenter de le renforcer.

Même chose pour la question de reddition de comptes. La loi — beaucoup de commentaires qu'on a eus — semblait assez rigide là-dessus en disant qu'il y a une assemblée annuelle pour faire la reddition de comptes alors qu'il y a peut-être bien d'autres moyens de faire ça et qui pourront être précisés dans des orientations ministérielles, différentes façons, ajustées dans le temps, peut-être pas nécessairement uniformes selon le type de géographie des régions aussi. On a des conseils d'administration qui déjà siègent en public. Est-ce qu'une de leurs réunions devra être maintenue par une orientation ministérielle comme ayant un point à l'agenda qui est un rapport plus général de reddition de comptes? Il y a peut-être d'autres moyens qui peuvent être trouvés aussi. Alors, ce que je veux vous dire là-dessus, c'est que les changements étaient faits pour apporter de la souplesse, des allègements, voir par d'autres moyens d'encadrement plus souples comment on pourrait même aller plus loin plutôt que reculer dans le processus législatif.

La question de la cooptation, c'est important qu'on s'entende là-dessus, et l'approbation par la régie régionale. Ça, c'est venu à l'expérience qui a été faite... Dans la loi,

présentement, on prévoit que les membres cooptés au niveau d'un conseil d'administration d'une régie régionale sont finalement nommés par le ministre après proposition. Je ne sais pas si c'est «nommés» que dit la loi, mais «approuvés», en tout cas, quelque chose du genre. Pour les établissements, il n'y a rien de ça. Ça coopte et ça reste là.

L'expérience a montré, autant dans les régies régionales, et je pense qu'on m'a dit dans certains établissements, que parfois ça n'a pas été facile de s'entendre. Ça a été exceptionnel, mais c'est arrivé à quelques reprises localement. Je me rappelle très bien d'une région, que je ne nommerai pas, où il y avait une représentation complètement débalancée géographiquement de la région. Le jeu du rapport de forces a fait que le choix des cooptés a renforcé le débalancement plutôt que de le corriger, alors que les critères prévus dans la loi, c'est que, la première chose, ça doit assurer une bonne représentation géographique. Là, le ministre a dû intervenir pour demander aux gens de refaire leurs devoirs puis de reconsidérer ça.

Alors, quand des choses comme ça sont arrivées au niveau des établissements, il n'y avait pas d'arbitrage possible à la fin. On restait pris avec quelque chose où le monde ne s'entendait pas, mais il n'y avait pas d'arbitrage final. La seule intention n'est pas de dire que c'est la régie qui va décider au lieu de l'établissement, mais de mettre un point, comme il y en a un pour les régies au niveau du ministre, où il y aura un arbitrage si jamais il y a quoi que ce soit qui ne peut pas se faire. En fait, c'est exceptionnel. Donc, voyez-vous, l'intention est contraire à l'impression que ça peut en donner.

Votre commentaire sur l'organisme Nord-du-Québec en ce qui regarde les groupes communautaires a été fait par plusieurs personnes. Moi, je le prends en note, puis on va voir. Vous mettez le doigt sur un bon point. Ça a été un effort de concilier, avec les possibilités et les contraintes du système juridique qu'on ne veut pas changer complètement, comme je vous le disais au début. C'est des améliorations qu'on veut faire et non pas inventer un autre système. Il y a eu pas mal de conciliation à faire et il y a peut-être quelque chose qu'il faudra faire du côté des organismes communautaires qui sont plus de la nature d'un établissement que d'une régie régionale. Il y a peut-être un ajustement à faire de ce côté-là.

• (10 h 10) •

Finalement, un autre commentaire de cette nature-là, où on va réfléchir: la fameuse question du comité des usagers. La suggestion qui a été mise là, que ça pourrait être d'autres que des usagers, parents, amis ou autres, c'était vraiment parce qu'on nous a beaucoup pointé les difficultés dans des établissements de soins de longue durée où, de plus en plus, les deux tiers des gens qui sont là sont là à cause d'une perte d'autonomie importante, surtout à cause d'une déficience cognitive plutôt que physique, où souvent c'était très difficile d'avoir un comité d'usagers qui pouvait vraiment fonctionner à cause de l'état de santé des gens, et ceux qui pouvaient peut-être le mieux jouer le rôle d'un comité d'usagers, c'étaient ceux qui venaient et qui s'occupaient beaucoup d'eux, des membres de la famille,

à titre bénévole, et le reste. Alors, vous voyez que l'intention n'était pas vraiment de sortir ça. Maintenant, si ça risque d'être trop dangereux par glissement, on est ouverts à d'autres idées, ou voir qu'est-ce qu'on ferait de ce côté-là.

Un dernier dans cette série-là — je ne veux pas bloquer tout le temps: la question du Commissaire aux plaintes. Là, on a travaillé avec, d'abord, beaucoup de commentaires, suggestions, qui ont été faits par ceux qui se sont occupés à différents niveaux du système de plaintes, y compris M. Francoeur — je pense qu'il faut lui rendre cet hommage-là — qui s'est investi beaucoup. Au-delà de faire fonctionner le système, il en était le créateur, il a été le premier Commissaire aux plaintes. Il a réfléchi beaucoup sur la question, il a fait beaucoup de commentaires. Même si la loi ne disait pas qu'il pouvait faire des suggestions et des avis non sollicités, il en a soumis beaucoup, et c'est tout ça qu'on a voulu prendre en compte pour essayer d'améliorer ce système-là et en faire de plus en plus un système de service à la clientèle, visant cette notion de qualité et de satisfaction du client et de responsabilisation des établissements.

En termes d'évaluation et de qualité, un élément important de l'évaluation est peut-être ce que les clients disent sur les services qu'ils ont eus, ce qu'ils demandent, où il y a un objectif de leur donner satisfaction mais aussi d'apprendre quelque chose qui peut peut-être dicter des changements à l'établissement qui vont bénéficier à d'autres. Alors, c'est différent d'un système de type ombudsman, qui risque plus d'être un système un peu judiciaire et qui provoque une réaction complètement différente du réseau, humainement parlant, un peu plus défensive. Si les gens sentent que c'est une plainte contre eux, c'est différent que si c'est une plainte d'un client qui demande à être satisfait, et les gens sont portés plus à collaborer avec le client. Donc, vous voyez un peu ce qu'on a essayé de renforcer comme orientation. Alors, ça, je vous dis ça pour vous dire un peu qu'on va essayer de s'assurer que les intentions, qui, je pense, mes corrigez-moi si je me trompe, sont les mêmes que les vôtres ou vont dans le même sens, qu'on s'assure qu'on rejoint cet objectif-là.

Où je souhaiterais peut-être avoir vos commentaires un peu plus loin et vous poser des questions: un, les ressources intermédiaires, et deux, le département régional de médecine familiale ou de médecine générale, puis je reviendrai après. Je voudrais garder deux petites minutes pour un autre genre de questions. Sur ces deux-là, les ressources intermédiaires, ce qui a été voulu, c'est de clarifier la situation. Il y avait des critères dont on ne trouvait plus, je pense, la logique, le pourquoi — des fois, c'était «admis», puis des fois, c'était «inscrit» — et voir comment tout ce qui doit être donné à un patient admis, que le public en prenne la charge et le fasse et ne fasse pas faire ça par d'autres — ça fait partie de sa mission — et que, par contre, la collaboration qui est faite avec tout ce secteur de différents types de ressources privées qui se sont diversifiées beaucoup, beaucoup, me dit-on, dans les dernières années, où, vous savez, il y a un cadre de référence des ressources intermédiaires qui a été produit par le ministère, ça aussi, après

beaucoup de travail de consultation sur le terrain. Le rapport qu'on m'en fait, c'est que l'application semble répondre à beaucoup de difficultés et apporter beaucoup de solutions. Alors, cette inscription-là plutôt qu'une admission a voulu être de clarifier la situation et de s'assurer que, s'il y a un type de service qui demande une admission, les établissements l'assument, et que ce qui peut être fait autrement, sur une base plus externe par rapport à l'institutionnalisation comme telle, soit fait avec un réseau et, vraiment, avec un lien différent de la clientèle.

L'exemple que vous donnez, on me dit, par exemple, qu'il y a des avantages, pour les gens, qu'il y a peut-être certains services, effectivement, à un patient inscrit, ça, en voulant dire que, s'il doit être admis, il est admis, mais, s'il est inscrit, il y a peut-être certains services qui ne sont pas donnés automatiquement quand un patient est admis, mais il y a aussi une prestation de sécurité du revenu qui est plus élevée à un patient inscrit qu'à un patient admis. Donc, par certaines simulations qui ont été faites, c'est que, au total, la personne ne s'en trouve pas pire et peut-être mieux, dans certaines conditions. Alors, ça, je voulais noter ça parce qu'il faut vraiment voir est-ce que c'est une... Ma question est: Est-ce que, de votre côté, c'est une position syndicale qui dit qu'on ne devrait pas collaborer avec ces ressources privées qui font partie de notre paysage depuis longtemps, mais qu'on devrait en faire des établissements et les intégrer dans les établissements? Là, ça devient toute une autre question qu'il faut débattre, si c'est vraiment ça, par rapport à une clarification.

Finalement, le département régional de médecine familiale. Ça aussi, l'intention qui est là — puis je reconnais qu'il y a peut-être des précisions, des arrimages à préciser avec la Commission médicale régionale en termes de mission des deux — mais le département veut vraiment, comme il est présenté là, être assez différent du rôle de la commission médicale régionale qui est un rôle aviseur auprès du conseil d'administration d'une régie sur l'organisation de la pratique. Le département veut être beaucoup plus être un encadrement administratif de la pratique médicale qui est faite dans les cabinets des médecins — il n'y a aucun encadrement de cette pratique-là présentement — en fonction d'un territoire, surtout, desorte que les médecins, avec toute la meilleure volonté possible du monde, chacun, comme individu, comme groupe de médecins, s'installe où il peut, où il veut, avec les meilleurs objectifs. Mais, comme il n'y a pas d'encadrement, c'est difficile de faire une bonne collaboration avec le CLSC, parce qu'il n'y a pas une unification, il n'y a pas un porte-parole, il n'y a pas un chef ou une chef comme il y a pour le département hospitalier. Et je pense que le concept était vraiment de transporter une responsabilité collective qu'assument les médecins de couvrir les services médicaux 24 heures par jour, sept jours par semaine, et l'ensemble de la gamme des services requis en première ligne, comme ils ont bien appris à le faire avec le département hospitalier, de transporter ce concept-là sur un territoire, et qu'ils assument mieux leurs responsabilités et qu'ils soient en meilleure interface avec le CLSC, pour mieux travailler avec le CLSC plutôt que l'éloigner.

Parce que je pense que le problème de bien des médecins dans des CLSC, surtout à Montréal, est plus un problème de culture médicale, de conception que les médecins ont de la façon de pratiquer, puis ça, je ne me prononce pas là-dessus, j'ai mes idées. Moi, je pense, par exemple, que chaque CLSC devrait avoir un noyau de médecins de base puis une bonne équipe, qui travaillent mieux en collaboration avec les médecins dans les cabinets, c'est ce que je crois, je l'ai dit souvent, puis je ne m'en cache pas. Mais ce n'est pas en forçant les médecins qu'on va les emmener dans les CLSC, on ne peut pas les emmener de force. On croyait qu'avec une meilleure organisation de la pratique on pourrait justement avoir un meilleur arrimage.

Alors ça, je vous dis ça aussi pour voir vos commentaires avec ces informations-là. Je vais m'arrêter là-dessus, ça en fait beaucoup, parce qu'il y a beaucoup de contenu dans votre présentation, je reviendrai pour une chose, spécialement.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** S'il nous reste du temps, M. le ministre, on pourra revenir, oui. Mme Skene.

**Mme Skene (Jennie):** Alors, je vais essayer de répondre aux deux questions puis je reviendrai sur les points qui sont peut-être moins «touchy» entre guillemets.

À l'égard des ressources intermédiaires, que des services soient dispensés dans la communauté par des ressources communautaires auxquelles seront adjointes des personnes, du personnel réellement habilité à dispenser certains soins ou services, déjà, dans la politique de santé mentale, on s'était exprimés là-dessus. Quand on vous a revus, le comité que vous avez créé sur justement la finalisation du processus de désins en santé mentale, ou le virage en santé mentale, comme on l'appelle, on n'a pas nié l'importance que justement les groupes dans les communautés puissent assumer un rôle.

Ce qui nous inquiète dans les modifications que vous faites, c'est que, à partir du moment où vous spécifiez que l'immeuble, le local n'est pas une installation du réseau de la santé, si on regarde le Code du travail, actuellement, ça peut remettre en cause les droits des travailleurs qui seraient transférés dans une ressource du milieu, dans un organisme communautaire, pour dispenser des services qu'ils faisaient à Robert-Giffard, à Louis-H. ou dans un autre établissement, les dispenser sur le terrain plutôt que les dispenser en établissement. Mais ces personnes-là, elles font les mêmes services, elles donnent les mêmes soins, elles donnent la même qualité et, selon nous, elles doivent continuer d'être des ressources du réseau de la santé protégées comme n'importe quelle autre ressource qui est transférée dans un autre milieu, protégées en vertu d'un article 45 et avec maintien de leurs conditions de travail.

● (10 h 20) ●

Donc, on n'a pas de craintes. Oui, il y a des ressources qui doivent travailler dans la communauté, on est entièrement d'accord avec ça, mais sans brimer les droits actuels de travailleuses et de travailleurs

professionnels de la santé s'ils sont transférés dans de telles ressources.

Au niveau du département régional de médecine générale, M. le ministre nous dit que c'est un encadrement administratif, particulièrement, de la pratique en cabinet. Si on ne regardait que ça, peut-être qu'on pourrait se laisser convaincre. Quand on le regarde avec les réseaux intégrés, la lettre d'entente qu'il y a entre le ministre et la FMOQ, à l'intérieur de laquelle lettre on mentionne que le CLSC peut devenir un point de service du réseau intégré, ajouté à ça le département régional de médecine générale, vous allez voir que ça a des conséquences autres. Alors que, normalement, le réseau a autour de lui différentes autres alternatives, différentes autres ressources, les ressources intermédiaires sont à côté du réseau mais ça ne sont pas elles qui gèrent le réseau ni qui contrôlent le réseau.

Dans le cas du réseau intégré de soins associé avec le département régional de médecine générale, moi, je vous dis, quand on pense qu'un CLSC peut devenir un point de service du réseau intégré, il me semble que c'est comme à l'envers. On voulait faire du CLSC la porte d'entrée au réseau. Ce n'est pas un absolu partout qui est possible, peut-être, mais c'est une orientation de la réforme qui était, selon nous, extrêmement importante. Si on veut justement que d'autres ressources se développent sur les territoires, il faut, selon nous, passer par le CLSC qui donne un accès à un échantillonnage, un éventail de ressources professionnelles de différents types: médical, travailleurs sociaux, psychologues, infirmières, et j'en passe.

Donc, à l'intérieur de ça, il nous apparaît anormal que ce soit le CLSC qui devienne un point de services d'un réseau intégré. Il nous apparaît que le département régional vient confirmer ou appuyer encore plus, ou donner encore plus de pouvoir, dans ce sens-là, tout en étant, selon nous, la première ligne d'accès au mode par capitation.

Donc, tout ça, selon nous, même si chacun des éléments des réseaux intégrés, c'était dans une lettre d'entente, là, on a le département régional, mais, si on met tout ça ensemble, un à côté de l'autre, on voit qu'il y a des liens constants. Et ça, selon nous, c'est inquiétant. Le réseau ne doit pas être contrôlé par l'extérieur. Le réseau doit être le moteur, et tout ce qu'il y a autour devrait s'y greffer plutôt que l'inverse.

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

**M. Williams:** Merci beaucoup, M. le président. Merci, Mme Skene de la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec pour votre présentation. Je pense que la qualité de votre présentation est même une bonne démonstration de l'utilité d'une commission infirmière régionale. Avec un conseil comme ça, je pense que ça va être pas mal utile d'avoir ça à chaque région.

Je voudrais retourner à votre deuxième point, sur la question des plaintes. Nous avons entendu beaucoup de commentaires sur le système des plaintes, et vous avez vous-même ciblé la question de temps et de délais. Je voudrais savoir si vous pensez que ça va être utile d'avoir

un système de plaintes un peu plus comme le Protecteur du citoyen, pas comme le Commissaire aux plaintes qui est maintenant un fonctionnaire, un travailleur sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour donner de la transparence et aussi plus de crédibilité au système des plaintes. Est-ce que nous avons besoin d'une instance autonome, en dehors du contrôle du ministère?

**Mme Skene (Jennie):** Écoutez, si on regarde le Commissaire aux plaintes versus le Protecteur du citoyen, selon nous, il y a des différences fondamentales. Je vous l'ai mentionné au niveau de l'indépendance par rapport au gouvernement, ça vient un peu donner une couleur au Commissaire des plaintes qui atteint sa crédibilité. Même si peut-être on ne le souhaite pas, ça atteint sa crédibilité. Donc, un plus grand détachement du gouvernement serait souhaitable selon nous.

Par ailleurs, quand on parle du processus de plaintes, c'est clair que ce qui nous apparaît important, c'est qu'on facilite l'accès pour les personnes qui veulent porter une plainte. Quand on est dans le réseau de la santé, quand on est infirmière, on reçoit les plaintes de tout le monde. On sait qu'il y en a une petite portion qui vont peut-être se rendre, ne serait-ce que par téléphone, à quelqu'un dans l'administration de l'établissement, sauf que ça n'est pas généralisé. Si en plus on y introduit tout le phénomène de la plainte écrite, bien là, on vient comme d'éliminer, moi, je dis, 90 % ou 95 % des plaintes, minimalement, qui ne se rendront jamais s'il faut qu'elles soient écrites.

Donc, donner plus de crédibilité au processus, c'est ça. Est-ce que c'est nécessaire d'avoir un Commissaire aux plaintes ou si tout devrait passer par le Protecteur du citoyen? Je vous le dis, ça, entre guillemets, ça serait l'idéal. Mais est-ce qu'on peut penser qu'une seule personne, avec la complexité des différentes structures gouvernementales, peut répondre à tout ça? Il faudrait qu'elle ait plusieurs têtes. C'est ça, la difficulté. Mais si, à tout le moins, le Commissaire aux plaintes avait plus d'autonomie dans son rôle, qu'il puisse questionner plus loin que la plainte effective qui est portée, qu'il puisse explorer, dans un milieu ou dans un établissement, les différentes composantes qui ont pu conduire à une problématique, ça lui donnerait sûrement une meilleure crédibilité auprès de la population et ce serait sûrement plus utile parce que des plaintes se rendraient beaucoup plus facilement. Le ministre va en être saisi de toute façon, mais s'il en répondait au-dessus du ministre, vraiment devant l'Assemblée nationale, ça donnerait une portée tout à fait différente aux plaintes qui sont faites par les citoyens et citoyennes.

**M. Williams:** Merci. Dans votre troisième point, vous avez parlé de ressources intermédiaires. Et vous avez discuté l'impact du changement d'un patient admis et inscrit. Et, si j'ai bien pris les notes, vous avez parlé d'une augmentation des coûts pour les patients. Il me semble que c'est plus ou moins le même phénomène que nous avons vu avec le virage ambulatoire dans les hôpitaux, et les personnes, une fois qu'elles ont quitté l'hôpital, sont

affectées par la charge des médicaments. Je voudrais que vous expliquiez plus votre point de vue sur ça parce que ça m'inquiète beaucoup. Pour moi, je trouve que c'est vraiment une chose qui peut sembler bien en surface, mais effectivement, une fois qu'on change le statut «admis» pour «inscrit», ça va être pas mal cher pour les patients. Pouvez-vous expliquer, s'il vous plaît?

**Mme Skene (Jennie):** Pour nous autres, c'est clair. Quand on parle d'«admis» versus d'«inscrit», bien sûr, on dit que les personnes ne sont plus admises, elles ne sont plus dans le réseau formel de la santé. Elles passent sous un autre statut qui peut-être leur donnera un peu plus d'argent au niveau de l'aide sociale. Sauf que, selon nous, ça va beaucoup plus loin. Quand on dit que les services complémentaires, quand vous êtes sortis d'un établissement, il n'y a aucun service complémentaire qui est protégé dans la loi actuellement — donc, ni le virage ambulatoire physique, ni celui en santé mentale ne sont couverts formellement dans des textes de loi — c'est clair que pour quelqu'un qui est désinstitutionnalisé d'un établissement psychiatrique, qui est en situation... on pense à de grands déficients, à Saint-Ferdinand-d'Halifax, des personnes qui sont en déficit énorme au plan psychologique vont être affectés. Elles vont voir diminuer non seulement la portion de budget qui peut-être leur permettrait des petites douceurs, mais elles n'ont même pas la capacité de se plaindre de ces situations-là. Donc, ça prend encore plus de force à l'égard du virage en santé mentale.

On voit déjà l'impact sur le virage physique, le virage dans les soins de santé physique. Les personnes qui sont incapables, parce que le CLSC ne fournit pas à la tâche, d'obtenir les services vont payer pour avoir quelqu'un, puis, si elles n'ont pas d'argent, c'est quelqu'un de la famille qui est obligé de se taper du 16 heures — son travail, le travail auprès de la personne qui est malade dans la famille ou dans l'environnement immédiat — faute de ressources suffisantes dans le réseau. Mais là on s'adresse non seulement à des personnes qui ont un déficit physique, mais ces personnes-là ont souvent un déficit psychologique important qui les empêche même de se plaindre. Donc, elles sont doublement démunies, et il leur faut une protection plus grande, et cette notion-là, qui peut dans les faits traduire une réalité «admis» versus «inscrit», une réalité du fait qu'ils ne sont plus intra-établissement, a des conséquences sur d'autres aspects qui, selon nous, vont les défavoriser.

**M. Williams:** Merci. Page 23 de votre présentation, vous avez parlé de toutes les coupures. Nous allons parler du 1 900 000 000 \$, du 935 000 000 \$ qui ont été retranchés au budget d'établissements du réseau et, particulièrement, vous avez ciblé 325 000 000 \$ de soins infirmiers. La semaine passée, nous avons parlé beaucoup de la pénurie de médecins. Je voudrais, avec la présence du ministre, si vous voulez, discuter des questions de pénurie des infirmiers et infirmières. Sur le terrain, c'est quoi vos problèmes avec les coupures? C'est quoi la grandeur de la pénurie des infirmières?

**Mme Skene (Jennie):** Écoutez, au moment où on se parle, selon nous, il n'y a pas pénurie. Il manque d'infirmières dans les établissements, mais ce n'est pas à cause d'une pénurie. Il faut se rappeler que, depuis quatre ou cinq ans, toutes les jeunes infirmières ou presque qui sortaient du cégep ou de l'université n'étaient pas embauchées dans le réseau de la santé. Il n'y avait pas d'ouvertures. On était en période de compressions. On a fermé des hôpitaux, on en a converti de courte durée en longue durée. On a serré la machine au maximum. Donc, ces jeunes infirmières là n'ont jamais mis les pieds ou peu ou pas du tout dans le réseau de la santé. Après trois ou quatre ans, comment croyez-vous qu'on puisse les remettre dans le circuit de la santé?

● (10 h 30) ●

Actuellement, nous avons rencontré le ministre là-dessus à la mi-février, nous l'avons saisi de la problématique, je pense, de façon plus détaillée. Si nous ne réussissons pas à aller rechercher ces jeunes infirmières là qui ont fini il y a trois ans ou quatre ans, on ne pourra jamais les récupérer, et là, dans deux ou trois ans, on aura réellement une pénurie. Ces jeunes infirmières là, elles ont besoin d'un support. Quand elles ont fait leurs études, les stages qu'elles ont pu faire dans le réseau de la santé et la réalité d'aujourd'hui, c'est le jour et la nuit. La tâche s'est accrue de manière importante. Les malades qui sont hospitalisés sont plus malades. Parce que tous les autres, on les pousse dehors au plus vite.

Donc, pour elles, entrer dans le réseau de la santé actuellement, c'est 15 jours, trois semaines après, elles sont à terre et elles lèvent le flag. Elles s'en vont carrément. Elle s'en vont, soit pour suivre des études en soins infirmiers dans le meilleur des cas, soit pour étudier dans d'autres domaines. Il y a des infirmières qui travaillent comme caissières dans des caisses populaires, dans des magasins, dans des restaurants, qui étudient à travers ça et qui ne veulent pas venir dans le réseau de la santé parce que c'est devenu trop difficile. Il faut donc trouver rapidement des conditions pour les ramener dans le réseau. Je vous le dis, l'été — et c'est ce qu'on partageait avec M. Rochon — l'été va être un été d'enfer. C'est déjà commencé. On paie du temps supplémentaire partout, pas parce qu'il y a pénurie, parce qu'il n'y en a pas suffisamment d'introduites dans le circuit pour remplacer toutes celles qui sont parties ou toutes celles qui sont malades.

**M. Williams:** Mais c'est grave ce que vous êtes en train de dire, qu'avec toutes les coupures causées par ce gouvernement nous n'avons pas embauché d'infirmiers et d'infirmières. Je me souviens que la régie régionale de Montréal a sorti une déclaration qui recommande de ne pas embaucher d'infirmières pour cinq ans. C'est un message pour toutes les jeunes infirmières et infirmiers. On n'engage pas mais on paie du temps supplémentaire pour ceux et celles qui travaillent. Il y a plein de monde qui a été formé et qui ne travaille pas. Il me semble que ça ne marche pas, M. le ministre, avec tout le respect. Avec ça, il me semble que c'est une situation urgente et, au-dessus de ça, j'ai

entendu dire que le gouvernement est en train de changer les règles de formation. Il y a tout un débat entre un D.E.C. ou un D.E.C. général plus un bac de premier niveau. Est-ce que vous avez quelques commentaires sur la formation aussi?

**Mme Skene (Jennie):** Écoutez, sur la formation, on a eu des discussions déjà au moment où on était membre du comité de travail en soins infirmiers. Il y a des discussions, selon moi, qui vont devoir se poursuivre. On a demandé une rencontre — si la lettre n'est pas partie au moment où on se parle, elle va partir dans les prochaines heures — avec Mme la ministre Marois, justement, pour discuter de l'ensemble non seulement des modes d'accès, mais aussi des contenus: qu'est-ce qu'on doit donner aux infirmières pour qu'elles soient capables de faire face actuellement à l'évolution du réseau de la santé?

C'est clair qu'il y a des difficultés dans le réseau, on ne se le cachera pas. Je pense que la réforme, associée à des coupures massives, fait en sorte que le réseau, au moment où on se parle, est déstabilisé. Les ressources sont épuisées, et donc, il faut réagir rapidement. Les discussions qu'on a eues avec le ministre, moi, je vous dis, on va le relancer incessamment si on n'est pas capable de trouver des modes de solutions. On entame des négociations. On va devoir trouver des solutions durables pour faire que les infirmières aient encore le goût de travailler dans le réseau de la santé. C'est un travail exigeant. C'est un travail dans lequel nous nous sommes investis. Nous avons contribué de façon énorme à toute la réforme qui a été enclenchée. Mais, quand on doit supporter en plus le manque de personnel, faute d'argent pour en payer plus, ça a des conséquences pour les malades.

**M. Williams:** Merci pour votre réponse. Une dernière question: Moi, quand j'ai lu 404, je n'ai pas trouvé beaucoup de choses qui répondent aux besoins des patients et particulièrement pour les infirmiers et infirmières dans ce projet de loi, parce qu'on ne répond pas, à mon opinion, à leurs besoins. Je voudrais, à la veille des crédits — si vous voulez passer le message à M. le ministre, peut-être que ce n'est pas trop tard — quand je visite les hôpitaux, les infirmiers et infirmières travaillent à leurs limites et plus qu'à leurs limites. Ils font un travail extraordinaire, et je voudrais les féliciter pour leur travail, mais ça ne peut pas continuer comme ça. Je sais que ce n'est pas juste plus d'argent, mais est-ce que vous pouvez dire dans une brève réponse quels sont vos grands besoins? Pas un réaménagement à l'échelle du Titanic — c'est un film bien connu — mais quelles sont vos trois grandes priorités, si vous voulez passer un message au ministre aujourd'hui?

**Mme Skene (Jennie):** Je pense qu'une des premières priorités, pour nous comme infirmières et du point de vue des infirmières impliquées en santé, c'est de donner les moyens au réseau des CLSC de faire face à la musique actuellement. Parce que, dans le réseau des CLSC, les infirmières sont particulièrement incapables de fournir à la demande. Non seulement elles sont incapable de fournir à

la demande, mais elles doivent laisser de côté des rôles en promotion de la santé et en prévention de la maladie, parce qu'on a déplacé les ressources là où les besoins étaient les plus criants, c'est-à-dire aux soins à domicile particulièrement. Donc, les infirmières nous disent: On ne prépare pas la santé des Québécois pour demain. Ça, c'est extrêmement important pour nous. Ça nécessite des investissements qui ne peuvent pas être autres que monétaires pour permettre d'avoir plus de monde qui fasse la job.

Dans le réseau de la santé, établissements hospitaliers et centres de longue durée, je vous dirais que c'est d'être capable d'avoir des remplaçants, de ne plus travailler à temps et demi obligatoire — pas volontaire — on est rendu à la conscription pour le temps supplémentaire dans les hôpitaux en ce qui concerne les infirmières. C'est clair qu'il faut qu'il y ait de nouvelles ressources qui viennent se joindre à celles qui sont déjà là ou à ceux qui sont déjà là.

C'est clair pour nous qu'il y a un investissement qui doit se refaire en santé. On doit reconvaincre les jeunes que, dans la santé, il y a des possibilités de travail extrêmement intéressantes, des possibilités qu'on doit démontrer, parce qu'au moment où on se parle ça n'intéresse pas les jeunes. La profession infirmière, je pense, est la 97e ou 98e parmi toutes les professions à être choisie. Pourtant, c'est la première, dans l'échelle de la population, à l'égard de la satisfaction et de la reconnaissance. Il y a quelque chose entre les deux qui ne marche pas. L'impression d'être exploité malheureusement ne se corrige pas souvent par des bons vœux puis des bonnes intentions. Ça se corrige aussi par des ressources concrètes sur le terrain.

**M. Williams:** Merci, dernière brève question. Vous avez parlé de la commission infirmière régionale. Pouvez-vous, pas aujourd'hui nécessairement mais dans les jours qui suivent, nous donner une ébauche de libellé d'un article pour la commission? Vous avez parlé que ça existe officieusement dans quelques régions, mais vous voulez avoir ça officiellement. Pouvez-vous nous donner un aperçu de quel type d'article législatif vous voulez avoir, et on peut en discuter à la commission?

**Mme Skene (Jennie):** On a mis les grands rôles qu'on y voyait aux pages 22 et 23, mais on ne l'a pas libellé effectivement en termes d'article. C'est peut-être possible qu'on puisse le faire et vous le faire parvenir effectivement.

**M. Williams:** S'il vous plaît. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Vous pouvez le faire parvenir à la commission qui, elle, le fera parvenir aux membres.

**Mme Skene (Jennie):** C'est ça.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre, vous avez environ une minute et demie.

**M. Rochon:** Eh, mon Dieu! Alors, un bref commentaire, parce qu'on va devoir se reparler de ça. La question des chiffres: vous mentionnez, à la page 23, vous revenez avec le chiffre, que vous avez déjà sorti dans une conférence de presse, de 325 000 000 \$ coupés dans les soins infirmiers. Les chiffres du ministère, c'est qu'on n'a pas coupé dans les soins infirmiers. Je pense que je vais proposer qu'on fasse un conclave, qu'on ait vos gens et nos gens dans une chambre, et ils sortiront quand ils auront fait une réconciliation des chiffres, pour que vous et nous, on parle des vrais chiffres là-dedans. Mais ça, on reviendra. là. Il y a quelque chose à clarifier de ce côté-là.

En première ligne, il y a eu une augmentation entre 15 % et 20 %. C'est encore très en deça de la demande et des besoins, et je suis d'accord avec vous. Quand le fédéral nous redonnera au moins une partie de ce qu'il nous a enlevé, c'est une de nos priorités, ça va aller là.

Ma dernière question. Vous avez parlé de ce qui s'en vient. Je pense qu'on va avoir des questions très importantes et, moi, je suis beaucoup ce que vous mettez sur la table. Je n'ai pas de misère avec ça. Dans la gestion sur le terrain, on veut donner de plus en plus de responsabilisation aux établissements. Moi, j'ai souvent dit que je souhaite qu'on ait de plus en plus une gestion participative, puis qu'on implique les gens, spécialement des professionnels comme les infirmières.

Par contre, on me fait remarquer beaucoup aussi qu'avec les fusions qui ont eu lieu on a 30 % de moins de conseils d'administration, à peu près, le nombre. C'est des services continus, mais on a fusionné, puis intégré beaucoup. Ça a amené, entre autres, une grande multiplication pour un même établissement, maintenant, d'unités syndicales. On me dit, par exemple: Les infirmières de trois établissements fusionnés ont encore trois unités syndicales qui les représentent, et ça n'aide pas à développer une gestion participative puis à travailler ensemble, parce qu'il y a souvent pas mal de règles différentes, dans des modalités, pour du monde qui doivent travailler ensemble.

Est-ce que c'est quelque chose d'envisageable, ça, en surveillant les intérêts de part et d'autre, ou bien si ça pose des gros problèmes pour vous autres, de penser à ce que ça puisse s'unifier plus et se rebâtir, des unités syndicales, à l'intérieur des établissements, sur la base de ce que sont devenus les établissements, plutôt que de refléter ce qu'était la carte des établissements avant cette transformation?

**Mme Skene (Jennie):** Rapidement, je vous dirai que c'est souhaitable. Présentement, les travaux que, nous, on fait avec nos différents syndicats, parce qu'effectivement, si on prend le CHUQ à Québec ou le CHUM de Montréal, c'est de multiples unités d'accréditation, c'est vrai pour le CUSE, c'est vrai pour plusieurs centres d'accueil, etc., on conseille à nos gens, idéalement, oui, de se fusionner  
• (10 h 40) •

Mais, vous savez, quand on fusionne des méga-établissements, il y a des cultures qui sont extrêmement différentes. Jusqu'à maintenant, nous, on n'a pas forcé la

machine, dans le sens qu'il faut que les personnes s'appriivoient. Il faut qu'on mette en commun des fonctionnements. Il faut qu'on puisse en discuter. Et je sais qu'au niveau du CUSE, à Sherbrooke, il y a des travaux. Les équipes des trois exécutifs des trois anciens établissements ont commencé à travailler justement sur ce que serait leur nouvelle organisation fusionnée. Ça, ça se fait au quotidien. Les gens s'appriivoient tranquillement. Je vous dirais qu'il y a des fonctionnements qui sont tout à fait différents d'une unité à l'autre. Donc, on n'a pas jusqu'à maintenant forcé.

Par ailleurs, il y a des milieux où ça s'est prêté; je pense, dans la Beauce, cinq centres d'accueil, en Beauce-Sartigan, où on en a discuté avec les personnes concernées. Les gens nous ont dit: Oui, on est prêts à ça, et on a enclenché le processus rapidement. On essaie de donner un temps, d'éviter de faire ce qui s'est fait dans le réseau, dans le fond, où on avait le couteau sur la gorge — réforme en même temps que compressions, tout en même temps — donc, de donner le temps aux personnes de décanter, d'arrêter de voir les rivalités pour voir les points de convergence, et c'est souhaitable.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Le dernier message étant bien passé et bien compris, je vous remercie beaucoup au nom des membres de la commission.

Nous recevons maintenant les représentants de la Coalition Solidarité Santé.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! M. St-Georges, si vous voulez présenter madame qui vous accompagne et débiter votre présentation.

#### Coalition Solidarité Santé

**M. St-Georges (Claude):** M. le Président, je me nomme Claude St-Georges, je suis accompagné de Marie Pelchat. Nous représentons la Coalition Solidarité Santé. Notre coalition existe depuis 1991. En fait, c'est un vaste regroupement d'organismes populaires, communautaires, de mouvements de consommateurs, d'ainés, d'organisations syndicales, 22 organisations. On travaille au volontariat. On n'a pas une grande permanence, mais cette coalition-là demeure très vivante depuis près de 10 ans, et je dirais qu'elle reflète les grandes valeurs qui ont présidé aux grandes réformes des années soixante, soixante-dix, à savoir le développement d'un système universel accessible, gratuit. Plusieurs de nos organismes ont — en fait, la plupart — participé aux travaux de la Commission Rochon, ont applaudi au rapport. Et, en passant, il y avait un article assez malheureux dans *La Presse* de samedi qui faisait une lecture rudimentaire, biaisée et, en bonne partie, erronée du rapport de la Commission Rochon. Enfin, je pense que ça mérite d'être souligné à ce moment-ci.

● (10 h 50) ●

Par la suite, notre coalition qui existait a applaudi la réforme axée sur le citoyen et la loi de 1992 qui, pour nous, est une continuité des travaux de la Commission

Rochon et de la réforme enclenchée par le ministre Côté. Et c'était — rappelons-nous, la loi de 1992, elle a été adoptée à la suite de la plus grande commission parlementaire de l'histoire de l'Assemblée nationale — au mérite des parlementaires des deux côtés de l'Assemblée. On peut penser que c'est une pièce importante dans la société québécoise. Bien sûr que, quand on la revoit, on ne veut pas en faire un monument intouchable, parce que la loi de 1971 a dû être amendée une dizaine de fois.

Maintenant, comment évalue-t-on les retours qu'on fait sur cette loi-là? Je pense que, nous, on les regarde au travers des principes, des valeurs, auxquels on est profondément attachés: la démocratisation, l'équité, la préservation du caractère public et la protection et la promotion des droits des usagers. Tout ça, c'est la grille à travers laquelle on regarde les travaux parlementaires et on doit dire par exemple que, depuis l'adoption de la loi de 1992, il y a eu la loi n° 116, il y a eu le régime d'assurance-médicaments, et on doit malheureusement dire que nous donnons une note de passage plutôt faible à ces deux événements-là. Et le projet de loi n° 404, on va vous le commenter, vous donner notre appréciation. Alors, Marie.

**Mme Pelchat (Marie):** Mais peut-être, d'entrée de jeu, préciser qu'il y a beaucoup de convergences entre notre présentation et celle de la Fédération qui nous a précédés, donc on tournera plus les coins ronds à un moment donné pour éviter les redites. Il nous importe de préciser qu'on est un peu inquiets du processus démocratique qui entoure le projet de loi n° 404 quand on sait que le projet de loi a été déposé le 19 décembre, mais qu'une lettre en date du 16 décembre était adressée aux régies régionales dans laquelle on annonçait des amendements, particulièrement en ce qui concerne les ressources intermédiaires, pour ce printemps et cet automne. On aurait beaucoup apprécié avoir l'ensemble des amendements sur les ressources intermédiaires, notamment une vision globale de la chose, avant de commenter. Il nous semblait en tout cas que ça aurait été un processus plus transparent.

D'autre part, on s'inquiète aussi quand on constate que, par exemple, la proposition du DRMG est déjà incluse dans le document de consultation de la Régie de Montréal et qu'on était appelés à commenter le DRMG avant même qu'il soit décidé ici, il y a exactement deux semaines, en audience à la Régie de Montréal; on trouve qu'il y a un vice de procédure qui est digne de mention. Ceci étant dit, on va terminer l'avant-propos, on va passer au coeur du sujet.

Au chapitre des procédures de plainte, on constate des bonifications; mais, par ailleurs, il nous semble important de souligner deux éléments sur le fait que le délai complet d'une plainte qui partirait du citoyen et qui se rendrait au bureau du Commissaire aux plaintes demeure 150 jours. C'est près de six mois pour des services. Il nous semblait que six mois pour le traitement d'une plainte dans le réseau de la santé et des services sociaux, c'est un délai excessif, et on ne retrouve pas dans le présent projet de loi quelque chose pour corriger ça.

D'autre part, ce dont on se rend compte, c'est que dans toute la question des plaintes on ne «focusse» que sur les plaintes individuelles. Or, tous les derniers bouleversements nous démontrent à quel point il est nécessaire de pouvoir porter des plaintes systémiques. Il y a des populations qui sont largement discriminées, il y a des populations qui ne reçoivent pas ce à quoi elles sont en droit de s'attendre, et on ne voit pas pourquoi il faudrait que chacun et chacune de ces personnes-là porte une plainte individuelle pour créer une masse critique de plaintes et souligner un problème. Il nous semble qu'il y a des organisations de citoyennes et de citoyens qui pourraient... Il faudrait créer de l'espace pour les plaintes systémiques.

Sur la question des processus démocratiques à l'intérieur, on abonde tout à fait dans le sens de la FIIQ et on s'inquiète particulièrement du processus de reddition de comptes des régies elles-mêmes. On parlait dans notre mémoire, c'est effectivement dans la lignée du projet de loi n° 116, au niveau des processus de reddition de comptes des régies, on disait qu'on était à la veille de souffrir de la claustrophobie démocratique, il va manquer d'air bientôt.

Si on lit bien, en tout cas — et ça, on pourra se le faire valider, j'imagine — une régie régionale pourrait rendre compte de sa gestion à la population une fois par année, comme c'est précisé, mais simplement en convoquant une conférence de presse, si le ministre y consent. Nous, il nous semblait que déjà l'abolition des assemblées régionales avait été un choix que nous ne partagions pas — on partageait tout à fait le diagnostic, mais pas la solution — et là, encore là, on trouve qu'on affaiblit les processus démocratiques.

Pour ce qui concerne les groupes communautaires, il nous semble que la loi 120 comporte déjà beaucoup trop d'ancrages qui permettent d'harnacher les groupes communautaires au réseau de la santé et des services sociaux, et le projet de loi vient en rajouter. Quand on précise que des plaintes pourraient être portées non seulement pour des services qu'une personne a reçus mais également pour des services qu'elle aurait dû recevoir, il nous semble qu'on est en train d'harnacher un mouvement qui intervient dans la sphère publique, qui est d'intérêt public, mais qui n'appartient pas au réseau public.

À cet égard-là, on trouve que ça va beaucoup, beaucoup dans le sens de l'intervention du président du Conseil du trésor, Jacques Léonard, au mois d'octobre, qui disait et je vous le cite: Les gouvernements, dans l'avenir, vont tendre à être moins interventionnistes et à jouer davantage un rôle de catalyseur ou de facilitateur. Dans cette optique, une plus grande place serait faite à des partenaires non gouvernementaux pour la livraison des services publics. Les spécialistes entrent même l'émergence d'un troisième secteur, dit «communautaire», qui pourrait jouer un rôle actif dans la prestation des services sociaux. Il nous semble que ce qui est proposé dans le projet de loi n° 404 et, en complément, ce qu'il y avait déjà aux articles 352 et 337 et compagnie viennent harnacher le mouvement communautaire. Là-dessus, on rappelle que c'est un mouvement d'intérêt public qui n'appartient pas au réseau public.

Sur les comités d'usagers — je fais les coins ronds, vous avez remarqué — on est, encore là, en convergence avec la position de la FIIQ: nous tenons à ce que les comités d'usagers soient composés majoritairement d'usagers. Si une personne est sous curatelle privée ou publique, le curateur est sensé être l'usager, donc on n'a pas besoin, à notre avis, d'élargir plus et de risquer que les comités d'usagers ne soient plus composés majoritairement d'usagers.

D'autre part, il nous semble peu opportun, à ce moment-ci, et particulièrement en cette période de turbulences, que les rapports annuels des comités d'usagers ne se rendent plus systématiquement aux régies régionales. On pense que c'est là un «guideline» intéressant et on trouve que l'économie de lecture aux régies ne vaut pas le sacrifice, pour faire une histoire assez courte.

Les ressources intermédiaires. Encore là, on converge avec la FIIQ, la coalition des tables régionales, les tables provinciales et d'autres. On ne comprend pas, en fait, où on s'en va avec ça au sein du gouvernement. Dans la mesure où le cadre conceptuel est très clair à l'effet que la personne hébergée demeure sous la responsabilité de l'établissement — le cadre est très clair là-dessus — dans la mesure où un virage milieu ne veut pas nécessairement dire qu'on sacrifie le caractère public, on ne voit pas pourquoi il serait opportun d'arriver avec des notions d'«admis-inscrits».

• (11 heures) •

D'autant plus que M. le ministre Rochon, tantôt, parlait des gens de l'aide sociale qui recevraient leur plein montant et qu'au global il leur en resterait plus. Nous, on sent qu'il y a un vase communicant entre la Sécurité du revenu et le ministère de la Santé sur cette question-là, d'une part. D'autre part, on pense effectivement que ça va se traduire par des frais supplémentaires aux usagers. Parce que, si on regarde le cadre conceptuel et financier des ressources intermédiaires, dans la partie financière, toutes les échelles, il y a différentes échelles fonction du degré de «poquétude», mais toutes les échelles partent à zéro, entre 0 \$ et 25 \$, entre 0 \$ et 50 \$, donc ça part toujours à zéro, zéro étant la contribution publique. Donc, nous, on dit: Si ce n'est pas le réseau public qui l'assume, ça va être l'usager, en bout de ligne. Et à cet égard-là, on trouve que, là, il y a un risque de dérapage très grand. Il nous apparaît clair qu'il y a nécessité d'avoir un moindre recours à l'artillerie lourde. Mais ça ne doit pas se faire en retirant des droits aux personnes qui seront hébergées dans ces ressources-là.

Il est important, ici, de rappeler la nécessité d'adopter le cadre de référence de l'hébergement communautaire parce qu'il y a une confusion entre les ressources intermédiaires dans la communauté et communautaires. Or, dans les organismes communautaires, les gens ne sont pas sous la responsabilité d'un établissement public — soyons clair — ils ne sont pas référés par des établissements publics. Donc, il est important de donner suite à cette recommandation-là du comité ministériel sur les balises nationales SOC.

On s'inquiète, aussi, pas tant de la proposition d'avoir l'échelle de taux applicables au sein du projet de loi, on s'inquiète plus que la détermination de l'échelle de

taux soit laissée aux régies régionales. Nous, on pense qu'effectivement le degré de soutien peut varier, les coûts peuvent varier d'une région à l'autre. Mais il nous semble qu'il serait de la responsabilité ministérielle que de mettre une échelle de taux à l'intérieur de laquelle les régies devraient fonctionner, qui baliserait les régies. Nous croyons que c'est plus garant d'équité entre les régions.

Sur les fonctions ministérielles, ça, c'est un autre exemple où, à l'instar des associations régionales, on converge avec le ministre Rochon sur le fait qu'il y a des problèmes avec les programmes ministériels actuellement. Il y en a de nombreux, on en est pleinement conscients. Par ailleurs, il nous semble important de maintenir des balises nationales claires, de préciser la gamme de services publics, les normes d'accessibilité, tout ce qui entoure et tout ce qui était dans les programmes. On a l'impression qu'en disant que le ministre n'est responsable que des orientations et des politiques sans avoir trop de garanties sur le caractère explicite ou non de ces politiques on risquerait d'y perdre au change et de jeter le bébé avec l'eau du bain.

Donc, on s'attend effectivement à des balises nationales qui soient claires parce qu'on craint, effectivement — puis là, on parle d'expérience, contrairement aux débuts de la régionalisation — on craint qu'il y ait des services qui ne soient plus jugés nécessaires dans une région parce que le bassin de clientèle ne le justifie plus, parce qu'il y a des compressions budgétaires dans les régions, qu'on se dise: Bien, il faut bien sacrifier quelque chose et pourquoi pas ça?, qu'on utilise encore plus que maintenant les groupes communautaires pour rendre à rabais des services et qu'on ne réponde plus aux besoins jugés marginaux.

Donc, il nous semble que, sur les grandes... pas juste les problématiques de santé, mais les grandes problématiques de santé et de bien-être avec une vision large des déterminants de la santé, il nous semble qu'il doit y avoir des balises nationales. Il nous semble aussi opportun de le faire surtout que, lors des rendez-vous de la santé, a été faite l'annonce de la révision du médicamentelement et socialement requis. Or, par expérience, on sait que toutes les révisions du médicamentelement requis ont signifié des désassurances de services, ont signifié un rétrécissement du panier de services. Donc, on dit, là, qu'il faut faire ce débat-là aussi en lien avec la révision des fonctions ministérielles puis il est important de le faire non pas seulement avec les médecins, mais avec l'ensemble des citoyens et citoyennes ou de leurs instances de représentation.

Sur les actifs informationnels, on saute les frais administratifs aux usagers présupposant qu'effectivement M. Rochon a répondu la semaine dernière à nos collègues de la coalition des tables régionales en disant qu'il retirait l'article pour éviter justement des frais aux usagers — c'est ce qu'on nous a rapporté — en espérant que c'est l'interprétation que nous devons faire. Nous sommes inquiets, en tout cas, de l'émergence de nombreux frais aux usagers dans le réseau par la privatisation active et passive. Nous souhaitons effectivement qu'il n'y ait pas de place dans le réseau de la santé pour des facturations.

Sur les actifs informationnels, là, j'avoue qu'on a été... C'est comme si on nous avait annoncé un menu et qu'on nous livrait juste la soupe. On s'est senti un peu comme ça. Il nous semble que, dans ce qui est dans le projet de loi, il faut prendre comme postulat de base que les gens doivent utiliser les services sociaux et de santé en toute tranquillité d'esprit en ce qui concerne la confidentialité des informations. Ce ne sont pas des informations comme les autres. On sait que ces informations-là valent leur pesant d'or sur le marché. On sait déjà qu'il y a eu des fuites d'autres informations. Donc, il nous semble que toute la question des actifs informationnels ne va pas assez loin pour garantir des normes de confidentialité. Ça ne nous précise pas les codes d'éthique, ça ne nous donne pas les normes d'utilisation, les mécanismes de contrôle.

Quand on dit que le ministre peut prendre des règlements sur les normes de sécurité requises, nous, on pense qu'on aurait dû lire: Le ministre prendra des règlements sur les normes de sécurité requises. Ce n'est pas une option, ce n'est pas facultatif. Ces informations-là sont de la plus haute pertinence. Je vais repasser la parole à Claude.

**M. St-Georges (Claude):** Un petit retour. C'est à la page 5, en fait, on parle de l'article 29 qui est un amendement sur la mission des CLSC. Bon. L'amendement n'est pas anodin, je pense, et, nous, on est plutôt en accord avec la proposition parce qu'elle est en cohérence avec l'économie de la loi, à savoir qu'un usager, un citoyen peut choisir l'établissement de son choix ou le professionnel de son choix. Ça vaut pour un hôpital, ça vaut pour un cabinet privé de médecins et ça vaudrait pour un CLSC.

Je suis personnellement président du CLSC des Faubourgs au centre-ville de Montréal. On a une importante communauté chinoise. On a aussi la communauté gaie. Il y a des gens hors territoire qui pourraient apprécier des services que d'autres ne sont pas en mesure de donner de la même façon. Je ne pense pas qu'il y ait de risques de grande dérive parce qu'il y a des remparts naturels à la mobilité locale entre établissements. Finalement, pour dire que c'est un amendement qui est bien venu.

Je voudrais parler, pour terminer, du département régional de médecine. Là-dessus, on doit dire que, dans l'ensemble, il y a comme un malaise, il y a beaucoup de scepticisme, d'inquiétude par rapport à la proposition. Nous-mêmes, comme coalition, dans le passé, on a beaucoup questionné la situation privilégiée des médecins dans le système de santé. On a toujours dit que les médecins, ici, sont des entrepreneurs privés dans un système public. En fait, le pouvoir médical, c'est un peu comme le gorille de 800 lb dans le salon. Il s'assoit où il veut.

Dans ce cas-ci, l'arrivée de cette proposition-là qui nous semble découler d'une entente, d'une négociation avec la Fédération des médecins omnipraticiens, est-ce qu'elle va encore maintenir ce pouvoir exorbitant qu'ont les médecins à l'intérieur du système du régime public? On ne s'adresse pas, à l'occasion de ce projet de loi là, à un

problème de fond, à mon avis, enfin, à l'avis de la Coalition. C'est toute la question de la rémunération des médecins, de l'utilisation de la ressource médicale à l'intérieur du régime public.

Sur la rémunération des médecins, on sait que plus de 90 % de nos médecins sont à l'acte, et on pourrait défilier une suite de commentaires qui partiraient de l'OCDE, de la commission Rochon elle-même, le Conseil de la santé et du bien-être, le Conseil médical, les analyses très pénétrantes du Dr Desrosiers dans les journaux de ce temps-ci. Même, si on regarde l'expérience américaine, 85 % des régimes privés aux États-Unis sont passés au «managed care». La pratique libérale ancienne est dépassée; elle n'est plus de ce jour.

• (11 h 10) •

Alors, que faire? Comment passer à ce nouveau régime où on pourrait... Parce que la ressource médicale, elle est centrale, elle est indispensable. Mais le pouvoir que détiendraient les médecins à l'intérieur de la nouvelle institution, est-ce que ça nous amène à d'autres formes de dérive? Est-ce qu'on consacre le pouvoir des médecins monopolistiques? Aux États-Unis, ça n'existe pas, une fédération où tout le monde adhère à l'ordre professionnel. Il y a un seul syndicat pour les médecins, l'American Medical Association. Moins de la moitié des médecins sont membres de l'AMA. Ils sont organisés. Ils sont même dans des syndicats ordinaires, c'est une bonne chose, AFL-CIO. Le monopole qui existe ici au Québec nous crée de graves problèmes. Il me semble qu'il doit y avoir une discussion ouverte avec la profession médicale, et on peut craindre des dérives avec le département régional.

En maintenant le pouvoir, est-ce qu'on voit poindre dans des débats, actuellement, des idées de capitation, le retour des OSIS? On a parlé tantôt de réseaux intégrés, est-ce que des collectifs de cabinets privés pourraient se mettre en concurrence avec des CLSC pour offrir des soins en psychiatrie, par exemple, ou donner des soins à domicile? Il y a toutes sortes de possibilités qu'on pourrait voir poindre si tout ça, ce n'est pas balisé.

Maintenant, est-ce que doit être créé le département? Bon, ce n'est peut-être pas la solution. Cependant, nous, on a lu avec beaucoup d'intérêt le mémoire qu'a fait l'Association des CHSLD et CLSC et on adhère à cette lecture-là. Il me semble que, dans le cas des omnipraticiens, il faut arriver à un moment donné à gérer cette ressource-là comme on gère les autres professions dans le réseau de la santé. Ça ne devrait pas se faire dans un geste révolutionnaire, du jour au lendemain. Si on est à 10 % de médecins à salaire aujourd'hui, peut-être que dans cinq ou six ans on créera les conditions salariales, notamment, pour qu'on en ait 20 %, 30 % qu'on pourra affecter et qu'on donne suite aussi à la position de la commission sur le pouvoir des régies régionales de gérer leur enveloppe. Si on n'a pas été capable de passer à ça, il y a des résistances, le gorille de 800 lb s'est fait aller...

Je voudrais juste dire: Le malaise qu'on a dans le réseau actuellement, et les tentatives avec lesquelles on est en accord, de donner plus d'efficacité, de déréglementer, il me semble qu'on fait de la fuite en avant et beaucoup de

choses qu'on absorbe actuellement sont dues à l'état financier dans lequel on est. Je sais que ce n'est pas le sujet ce matin, mais...

**Le Président (M. Dion):** M. St-Georges, est-ce que je peux vous demander de conclure? On a déjà dépassé pas mal...

**M. St-Georges (Claude):** Je conclus dans une petite minute. O.K. On reviendra aux questions.

**Le Président (M. Dion):** De toute façon, on va revenir dans l'échange. On a dépassé d'à peu près quatre ou cinq minutes, alors, l'échange sera diminué en proportion, mais ça vous donnera l'occasion de continuer vos explications.

**M. St-Georges (Claude):** Très bien.

**Le Président (M. Dion):** Alors, je donne la parole au Dr Rochon.

**M. Rochon:** Merci beaucoup pour votre mémoire et votre présentation. C'est intéressant parce que vous êtes sur du précis et du concret. On va essayer de faire un bout de chemin, des échanges d'informations et on va retenir des choses dans ce que vous dites. Je suis heureux de le constater, je pense que fondamentalement on poursuit les mêmes objectifs et nos orientations générales vont assez dans le même sens. Mais je comprends que plus on arrive dans le précis et dans le concret au niveau des moyens, bien là, il y a des opinions différentes, et il faut essayer d'avoir la base consensuelle la meilleure possible.

Il y a des choses que vous nous dites qui viennent confirmer ce que d'autres ont dit aussi, et je pense qu'on va essayer de faire quelque chose dans ce sens-là. Par exemple, parlant des plaintes, la question des délais, même la nouvelle Commissaire aux plaintes a souligné le même point et a suggéré une façon de raccourcir des délais. Alors, ça, c'est une chose sur laquelle on va travailler et, dans la mesure où il y a moyen de faire ça, on va retenir ça.

Quant à ce que vous appelez les plaintes systémiques, ça ressemble un peu à un recours collectif, ce que vous dites. On va réfléchir à ça. La difficulté que j'y vois actuellement, c'est le concept du système de plaintes. Comme je l'ai dit auparavant — moi aussi, je vais tourner des coins ronds vu qu'on s'est parlé pendant l'autre heure aussi indirectement — ce concept d'un service à la clientèle, pour être sûr qu'il y ait une meilleure satisfaction donnée et qu'il y ait une collaboration autour de ça qui s'installe entre l'établissement et la clientèle qu'il dessert plutôt qu'un système qui risque de judiciariser, où il y en a un qui attaque l'autre et l'autre qui se défend, on est obligé un peu de choisir ce qu'on privilégie comme système. Je vois votre point, mais ça paraît moins facile à appliquer à cause de ça. Mais la question des délais, vous avez un beau point, on devrait être capable de faire quelque chose là-dessus.

Il y a quatre commentaires. Le deuxième — je vais essayer d'aller très vite: je reconnais tout le dilemme qu'on

a en voulant décentraliser, faire des allègements, donner des moyens aux gens, ne pas tout normer, ne pas tout standardiser, par contre, en faisant ça, ne pas balkaniser puis se garder un encadrement au nom de l'équité. Ça, c'est le problème de fond, on s'entend là-dessus. Il y a une chose sur laquelle je peux vous assurer aussi. En faisant tout ce qui est proposé là de décentralisation puis en donnant la responsabilité de programmation comme on faisait au ministère au niveau des régions, qui ont commencé à le faire de toute façon, ça veut dire — vous avez absolument raison — qu'il faut que le ministère — ça, ce n'est pas nécessairement dans la loi — soit de plus en plus présent pour ce qui est des orientations, des directives, des encadrements, des cadres de référence.

On a différents moyens pour donner des balises nationales, et ça se fait. En santé mentale, il y a présentement des orientations qui sont en fin de consultation. À un niveau très opérationnel, d'ici quelques semaines, il y aura une espèce de programme national sur le cancer, allant de la prévention aux soins palliatifs. Il y a un programme national qui a été sorti de dépistage de cancer du sein. La violence, il y a une opération nationale interministérielle là-dessus. Il y a quelque chose qui s'en vient: personnes âgées, hébergement et soins de longue durée aussi. Alors, je veux juste vous rassurer là-dessus. Cette décentralisation de la programmation va donner du temps puis de la perspective au ministère pour faire plus en termes de balises nationales plus fortes qui viennent renforcer la décentralisation. Là-dessus, vous avez absolument raison. Autrement, on défait d'un côté ce qu'on fait de l'autre.

Par contre, parlant d'allègement administratif, on est obligé de faire certains choix, à un moment donné, dans ce que vous qualifiez de recul du processus démocratique. Ce qui est voulu, c'est de donner là aussi de la marge de manoeuvre pour obliger les gens à rendre compte et à consulter, mais de façon différente. Et là, je veux juste faire un commentaire. Je vais relire l'article que vous visez dans votre commentaire, quand vous dites: Ça peut se résumer à une conférence de presse si le ministre y consent en quelque part. Bien, cet article-là, il est un petit peu différent quand on le lit au complet. C'est l'article 109 du projet de loi, qui remplace l'article 384 de la loi actuelle. Je le lis. Il est tout court, mais je pense que c'est important. On dit: «La région régionale détermine quelles modalités et quelle périodicité tout établissement public ou privé conventionné ou toute ressource privée agréée doit répondre aux questions qu'elle pose sur sa gestion — donc, il y a une première reddition à la région.

«La région régionale détermine également les modalités suivant lesquelles elle doit — elle, la région — une fois par année, rendre compte de sa gestion à la population de son territoire, notamment en lui présentant le rapport annuel de ses activités. Ces modalités sont soumises à l'approbation du ministre.»

Ça veut dire que ça peut se faire différemment à Montréal puis en Gaspésie, mais le ministre va approuver. Donc, il va y avoir des enlignements nationaux là-dessus. Le ministre va devoir s'assurer que la façon différente dont

les régies le font corresponde au même objectif de rendre compte. En tout cas, vous voyez l'intention puis le moyen qui essaient de s'ajuster à ça en disant: Oui, on décentralise, oui, on donne des moyens. On garde certains enlignements, mais on fait confiance au monde. Je voulais juste partager ça avec vous autres parce que je pense qu'on vise le même objectif. On va relire votre mémoire comme il faut, voir comment on peut faire attention qu'il n'y ait pas d'effets pervers qui sont introduits là-dedans, mais on s'entend sur les grands enlignements. Je peux prendre encore une minute ou deux?

Les départements régionaux de médecine, ça, il faut vraiment qu'on y pense et qu'on en parle. D'abord, ce n'est pas illogique que, pendant que c'est soumis ici, on en discute en commission parlementaire, que la régie de Montréal puis d'autres, j'espère, consultent aussi là-dessus. On veut savoir comment le monde réagit, comment ça passe, qu'est-ce qu'il faut faire, avant de finir le projet de loi. Alors, c'est justement pour avoir plus de rétroaction sur cette idée-là que tout le monde en parle et consulte. Ce n'est pas pour essayer de vider le processus démocratique, au contraire. On essaie de le renforcer.

Maintenant, les médecins, c'est des gens qui sont pas mal puissants dans le système de santé. Puis moi, je pense qu'ils vont toujours l'être, bien franchement, parce que dans une organisation il y a ce qui s'appelle le pouvoir qui va avec la connaissance. Et l'organisation où il y a beaucoup de professionnels, ça veut dire qu'il y a pas mal de monde qui partage le pouvoir puis on ne peut pas lui enlever ça. C'est le pouvoir qui vient avec la connaissance que ces gens-là ont qui fait marcher le système aussi. Mais il faut que ça soit balisé puis encadré pour ne pas qu'il y en ait un qui parte avec toute la cagnotte, à un moment donné, puis brise tout le système.

Et c'est ça qui est mon dilemme parce que ce que je comprends, moi, de l'idée du département — puis on va s'assurer, encore là, qu'il n'y ait pas d'effets pervers — c'est que les médecins font un bout de chemin là-dedans. Ils l'acceptent, contrairement à ce qui est leur réalité actuellement, où un médecin s'installe sur n'importe quel territoire, il ouvre son bureau, seul ou avec d'autres, il donne les services qu'il veut bien donner. S'il ne veut pas voir d'enfants, il n'en donne pas. S'il ne veut pas faire d'urgences, il n'en donne pas. Il n'y a rien qui empêche ça actuellement et tu ne peux pas empêcher ça. Puis, tu peux avoir le résultat que tu as assez de médecins sur un territoire en nombre, mais il y a des services qui sont déficients. Il n'y en a pas assez qui en offrent. Puis on vit ça actuellement. Ce n'est pas une vue de l'esprit. C'est ça, là.

Le problème du service, ce n'est pas surtout qu'il manque de médecins, il y a encore de la distribution à mieux faire à l'intérieur des régions, on reconnaît ça, mais c'est souvent, même s'ils sont là, que tu n'as pas l'ouverture de la gamme de services qu'il faut. Alors, ce que les médecins acceptent, moi, j'ai compris, avec le département, c'est qu'ils font un bout de chemin, ils sont prêts à dire: O.K. on va s'organiser entre nous sur un territoire, comme on fait pour un département hospitalier,

puis on va assurer les services, 24 heures par jour, sept jours par semaine, puis la gamme qu'il faut, on va en prendre la responsabilité. Il n'y a rien qu'entre eux autres qu'ils peuvent décider de faire ça pour que ça marche vraiment bien. Puis on aura à négocier et à voir comment on travaille avec le CLSC.

• (11 h 20) •

Il peut y avoir l'effet pervers, comme vous dites, qui nous donne une organisation qui leur donne de la force. Moi, je pense encore que de la force, ils en ont de toute façon. C'est une façon différente de voir, mais vous voyez que l'objectif n'est pas de leur donner un moyen de partir avec la cagnotte. Puis je pense qu'ils ont fait un bout de chemin quand ils viennent là-dessus, il faudra voir là-dessus, et le mettre dans la loi, c'est justement, on l'a dit, ce ne sera pas rien qu'une affaire négociée dans une convention collective, ça. Il va y avoir une assise dans la loi, après avoir consulté en commission parlementaire, après avoir consulté le monde, puis on va finir par le baliser pour que ce soit quelque chose qui fait partie de notre système, de notre loi, puis là on négociera le détail du fonctionnement de ça avec eux autres. Ça, c'est correct. Mais des balises, on en a. Alors, vous voyez, je pense que les effectifs, les alignements sont les mêmes, mais on va essayer de s'ajuster plus au niveau des moyens.

Je finis avec les ressources intermédiaires, parce que c'est important ça aussi qu'on se comprenne là-dessus. Ce qui circule puis qui se fait puis qui s'applique — c'est envoyé aux régions dont vous parlez — c'est un cadre de référence, les balises nationales en vertu de ce qui fonctionne actuellement. Ce qui est changé ici, c'est un autre aspect de l'«admis» et de l'«inscrit» qui a un lien avec le cadre de référence; mais le cadre de référence qui circule, ça fait deux ans que tout le monde en parlait, que tout le monde en discutait. Il avait même commencé à s'appliquer à certains endroits tellement le monde était d'accord pour faire ça comme ça, puis on nous dit que ça aide beaucoup.

Maintenant, l'objectif n'était pas de nier des avantages et des bénéfices aux gens, au contraire. Là, j'ai quelques exemples. Dans la meilleure utilisation de ce qu'on a comme ressources, c'est sûr que pour une personne admise l'établissement doit fournir un certain nombre de choses, avec les budgets qu'on a et les moyens qu'on a. Et on a réalisé qu'il y a beaucoup de choses qui sont faites de façon plus légère dans des ressources intermédiaires, et il y a un tas d'autres programmes gouvernementaux qui paient ça si la personne n'est pas admise. Si elle est admise, tu les couvres sur ce budget-là. Si tu la sors de là, ce n'est plus couvert, mais il y a d'autres choses qui arrivent. Par exemple, il y a des prestations spéciales qui sont faites du ministère de l'Emploi et de la Sécurité pour transport pour fins médicales, pour services dentaires. Si les gens ont des problèmes d'autre nature, il y a des prestations qui sont liées au développement de l'employabilité. La RAMQ aussi a des programmes pour des gens avec des problèmes de déficience physique, différents types de ressources techniques dont des gens ont besoin. Donc, au total, mais on va révéfier là aussi pour être sûr qu'il n'y a pas

d'effets pervers, on a calculé que la personne étant admise reçoit de l'argent de plusieurs autres programmes. Cet argent-là est là, et ça fait une meilleure utilisation, un meilleur équilibre que de faire une surcharge sur le système dans la notion d'admis alors qu'il y a d'autres ressources puis d'autres avenues qui peuvent faire autrement.

Alors, je voulais au moins partager cette information là, parce que ce n'était pas pour vouloir prendre un moyen détourné par la bande pour enlever des choses aux gens. C'était leur donner autrement, avec plus de flexibilité, parce qu'on me dit que le monde des ressources intermédiaires bouge beaucoup, beaucoup. C'est une espèce de kaléidoscope, et il se fait toutes sortes de nouvelles ressources, de nouvelles approches pour s'adapter mieux aux besoins des gens, ce qui donne une souplesse importante, un établissement ayant plus de limites pour jouer.

Ça fait beaucoup de commentaires en pas grand temps, mais je pense que c'est important qu'on s'échange cette information-là.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Est-ce que vous avez des commentaires à apporter à ça?

**Mme Pelchat (Marie):** Quand on parle des équilibres du pouvoir au sein du réseau, je pense que des chiffres que Claude a travaillés démontrent très bien qu'on a coupé énormément dans tout ce qui a été régionalisé, dans les budgets aux établissements, et tout. Mais ce qui est resté à la RAMQ, l'enveloppe des produits pharmaceutiques, l'enveloppe des médecins, d'après le dernier rapport de la RAMQ, ça n'a pas diminué. Donc, quand M. le ministre parle de partir ou non avec la cagnotte, on a l'impression qu'il y a... oui, ils sont partis, en tout cas, d'après le dernier rapport de la RAMQ, avec 78 % de la cagnotte des économies réalisées dans les établissements de 1995 à 1998. On veut bien dire que les médecins ont une connaissance, mais il nous semble qu'il ne faut rien mettre de l'avant qui consolide le statut privilégié dont ils disposent déjà.

Et ça, ça a de l'impact. Les coûts médicaux, ça a de l'impact à tous égards. Quand on parle de commencer par la question du salariat ou de la rémunération des médecins, le Conseil de la santé et du bien-être disait que 90 % des coûts sont attribuables aux producteurs de services. Il faut regarder qu'est-ce qui fait qu'on génère tant d'actes médicaux, tant de tests? Et ça aussi, ça exerce une pression. Il nous semble qu'à cet égard-là on devrait se donner des moyens de régler ce problème de fond là dans tous les sens du terme avant de parler de la création du département de médecine régionale.

D'autre part, sur la question des ressources intermédiaires, la réponse du ministre nous rassure peu sur le fait qu'il est possible d'avoir des ressources publiques dans la communauté qui soient souples et qui ne soient pas des ressources privées ou... Il nous semble qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre les deux. Personnellement, je suis peu rassuré. Il nous semble que, là, ça doit rester dans le prolongement du mandat des établissements, sous la responsabilité des établissements.

**M. Rochon:** O.K. Un court...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. St-Georges.

**M. Rochon:** Excusez.

**M. St-Georges (Claude):** Une courte, moi aussi. C'est sur les droits. On le sait, la Charte des droits et libertés ne consacre pas le droit à la santé comme elle consacre le droit à l'éducation, par exemple. C'est un droit relatif, et on a besoin, je pense, de ce qu'on appelle, en anglais, un «check and balance» dans le système de santé. Et le régime de plaintes, il est défaillant, à mon avis.

Personnellement, je pense que des pouvoirs plus analogues à ceux du Protecteur du citoyen ou des pouvoirs d'initiative, des pouvoirs d'intervention systémique comme le Vérificateur général, par exemple, ça pourrait être, dans les circonstances... On n'a pas regardé dans le projet de loi, mais la loi générale, elle n'est pas très forte, au plan du mécanisme de plaintes, à mon avis. Elle ne vient pas compenser l'absence de droit.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Courte intervention, M. le ministre.

**M. Rochon:** Sur votre commentaire, puis je reviens après. Là-dessus, vous avez un point que je reconnais, et on a déjà décidé qu'après ces amendements-là, de toute façon, on met en marche trois chantiers pour qu'au lendemain de ces changements-là on puisse prévoir l'évolution de notre système et l'impact sur la législation.

Il y en a un qui est vraiment sur toute la reddition de comptes et la régionalisation, un autre qui est sur tout le pouvoir réglementaire, parce qu'on s'est aperçu qu'il faut creuser plus à fond pour aller plus loin là-dessus, puis l'autre, c'est sur les droits des usagers. Donc, il faut fouiller, travailler plus que ce qu'il a été possible de faire dans le cadre des amendements qu'on propose. Alors ça, c'est une histoire à suivre nécessairement.

L'autre chose. Je voudrais juste... quand on parle des chiffres, c'est vrai qu'il faut faire attention. D'ailleurs, le Conseil médical du Québec a donné une série d'avis sur la pertinence des actes médicaux, sur l'organisation de la pratique, sur une série de choses. Il y aura toujours à améliorer, de ce côté-là. Mais il faut faire attention, là.

Depuis trois ans, le réseau de la santé, le système, le secteur a contribué de façon énorme — on le sait, puis on sait comment ça a fait mal — 1 600 000 000 \$ de réduction. Là-dessus, il y en a la moitié qui a été faite par le réseau, puis la moitié par le reste, RAMQ et toutes les dépenses administratives et tout le reste. La moitié par le réseau, un peu plus de 800 000 000 \$, puis il y a 10 000 000 000 \$ dans le réseau; l'autre moitié par le reste, y compris RAMQ, puis il y a 3 000 000 000 \$ dans le reste. Alors, il y a eu un souci. Je voudrais juste qu'on se rappelle de ça. Ça, c'est des faits, là. Il y a eu un souci, malgré que ça ait fait mal partout, de vraiment essayer de répartir, pas également, mais le plus équitablement possible.

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

**M. St-Georges (Claude):** Je vous inviterai au conclave, parce qu'on n'est pas... Sur les chiffres, on a une autre lecture, là.

**M. Rochon:** Non, non, puis je ne veux pas faire une bataille de chiffres, là. Je ne veux pas faire une bataille de chiffres. Ça ne veut pas dire que dans le micro il n'y a pas des affaires qui ne sont pas à réparer. Ce n'est pas ça que je veux dire. Mais, comme enlignement de base, votre souci est important, puis je pense qu'on le partage, ça aussi.

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

**M. Marsan:** Je vous remercie, M. le Président, et je voudrais remercier Mme Pelchat et M. St-Georges. Vous nous avez habitués à des mémoires sur lesquels vous avez réfléchi beaucoup et qui sont extrêmement bien présentés.

• (11 h 30) •

Je regarde votre conclusion d'aujourd'hui sur le projet de loi n° 404 mais, si je sortais vos conclusions de la loi n° 116 et de la loi n° 103, eh bien, j'ai l'impression que ça pourrait commencer de la même façon. C'est un jugement assez sévère sur l'ensemble des propositions ministérielles. Je pense que, depuis qu'on se voit en commission parlementaire sous le gouvernement péquiste, vous êtes plus ou moins satisfaits du genre d'amendements proposés particulièrement à la Loi sur la santé et les services sociaux.

Je voudrais revenir à la première question. Tantôt, vous m'avez fait sursauter quand vous avez parlé des frais administratifs aux usagers et vous avez dit: Bien, j'ai écouté la réponse du ministre la semaine passée dans un autre groupe, puis ça nous a convenu. Moi, j'aimerais ça vous entendre de nouveau pour voir si on a convenu des mêmes choses. Parce que dans votre mémoire vous dites que vous voulez bannir les frais administratifs, et, au meilleur des informations en tout cas, aussi pour avoir écouté le ministre, je n'avais pas l'impression que tous les frais étaient bannis du réseau, comme vous le souhaitez en tout cas dans votre mémoire. Je voulais juste qu'on s'assure qu'on est sur la même longueur d'ondes. Vous souhaitez bannir les frais aux usagers, c'est ce que je comprends dans votre mémoire, et vous avez dit: Le ministre a dit ça la semaine passée à un autre groupe. Pouvez-vous nous éclairer là-dessus, s'il vous plaît?

**Mme Pelchat (Marie):** Nous, on avait un doute quand on lisait le projet de loi, parce que ça venait abolir un article qui était désuet, qui n'avait jamais été utilisé, qui était en fait un ticket orienteur pour quelqu'un qui irait à l'urgence plutôt qu'au CLSC, c'était à peu près ça que disait l'article. Donc, il y avait deux façons de comprendre le retrait de cet article-là: soit que ça voulait dire qu'il n'y a pas de frais aux usagers du tout ou soit que c'est «free for

all», il n'y a plus rien qui réglemente rien nulle part. Nous, effectivement, on a toujours eu une préoccupation très réelle du principe de gratuité au sein du réseau de la santé.

Déjà, on sait que les personnes à faibles revenus sont celles qui sont les plus malades, si en plus on leur coupe l'aide sociale puis on leur impose des frais dans le réseau, c'est comme leur nier carrément le droit à la santé. Donc, par principe et pour les populations, particulièrement les populations à faibles revenus, on ne croit pas à la pertinence d'introduire des frais aux usagers. Par ailleurs, on sait très bien qu'il y a de plus en plus de frais connexes, périphériques, qui sont facturés, et là-dessus, on souhaiterait une directive ministérielle claire, parce que ça n'a pas de bon sens, même actuellement. Donc, on dit: Il y a une préoccupation sur la question des frais aux usagers parce que le problème est concret sur le terrain, mais on espère que le retrait de cet article-là passe un message clair aux établissements qu'ils n'ont pas le droit de facturer

**M. Marsan:** O.K. En tout cas, j'espère que c'est la même compréhension de la part du ministre, ça serait intéressant de l'entendre. Parce que, moi, je me souviens d'avoir fait à peu près le même débat avec vous, la partie ministérielle, sur l'assurance-médicaments. Aussi loin que je peux me souvenir, les assistés sociaux par exemple ne payaient pas pour leurs médicaments, alors qu'aujourd'hui c'est rendu avec un minimum de 200 \$. Ça ne vous inquiète pas lorsqu'on vous dit aujourd'hui: Il n'y en aura pas de ticket modérateur ou de frais administratifs, à la lumière de ce qu'on a connu dans le dossier de l'assurance-médicaments?

**Mme Pelchat (Marie):** Mais effectivement, c'est pour ça que notre préoccupation est toujours quand même très vive. On ne pense pas que la coassurance et la contribution des personnes assistées sociales ou à faibles revenus en fonction du seuil de faibles revenus et non pas en fonction du seuil de besoins essentiels, on ne pense pas que c'est pertinent de compromettre l'accès aux populations à faibles revenus. L'assurance-médicaments a fait ça. Il y a de nombreux témoignages de personnes qui ont à choisir entre se soigner ou manger. On dit: La voie des frais aux usagers n'est pas une voie qui va dans le sens du monde et, comme le disait le Conseil de la santé et du bien-être, quand il est question de tarification ou de coassurance, il y a une réduction des coûts publics à court terme puis une augmentation des coûts publics à moyen terme. Donc, les frais aux usagers, pour nous, c'est clair, c'est le truc à bannir dans le réseau de la santé et des services sociaux. Je pense que c'est clair, clair.

**M. Marsan:** Oui. Je vous remercie. Je voudrais revenir sur votre affirmation sur le processus démocratique où vous avez des inquiétudes. Moi, j'apprends des choses en lisant votre mémoire, surtout à la page 3, vous dites qu'il y aurait eu une lettre signée par le sous-ministre, M. Paré, adressée aux directeurs généraux des différentes régies, qui confirme que de nouveaux amendements à la Loi sur les services de santé et les services sociaux sont déjà

en préparation au ministère, sur des thèmes qui sont également traités dans le projet de loi n° 404, celui dont nous parlons. Est-ce qu'il y a d'autres annonces? Est-ce que vous pouvez nous en parler davantage? Moi, je serais heureux d'en savoir plus. J'avais l'impression que les thèmes qui sont traités dans le 404, ils vont être traités, mais là, vous nous annoncez qu'il y avait des thèmes qui sont actuellement traités qui vont revenir, plaintes aux usagers...

**Mme Pelchat (Marie):** La lettre du sous-ministre Paré faisait particulièrement référence à toute la question du dossier des ressources intermédiaires. Il y était écrit, effectivement, dans cette lettre-là, noir sur blanc, qu'il y aurait des amendements au printemps et des amendements à l'automne.

**M. Marsan:** Un des reproches qui est fait, de façon générale, c'est d'avoir toujours un projet de loi à la pièce. J'ai l'impression que vous semblez confirmer. On est arrivés avec la 83, fermeture des hôpitaux, la 116, la 33, la 404, puis là on va en avoir encore d'autres. Ça aurait été sûrement plus positif d'avoir un portrait beaucoup plus global.

Mais je termine sur votre processus démocratique, puis là aussi j'ai appris une deuxième chose en lisant votre document, c'est que déjà ici, en commission parlementaire, on évalue — et c'est pour ça qu'on reçoit les invités comme vous — par exemple, une chose qui nous intéresse beaucoup, c'est l'impact du département régional de médecine générale. Mais là vous nous dites: Bien, écoutez, ce n'est même pas en commission parlementaire, c'est bien plus que ça, c'est dans des consultations qui sont faites par des régies régionales, comme si le projet de loi était déjà accepté, passé

Vous avez des commentaires, ils sont pertinents, en grande partie, ceux qui sont faits, et peut-être qu'ils vont être retenus, peut-être qu'ils ne le seront pas. Alors, vous nous apprenez qu'il y a une autre consultation parallèle qui est faite à celle qui est faite ici, ce matin

**Mme Pelchat (Marie):** En fait, c'est la même proposition, en tout cas, intégralement, dans le document de la régie de Montréal que à peu près ce qui est contenu dans le projet de loi n° 404.

**M. Marsan:** O.K. Mais ça suppose, j'imagine, qu'à la régie ou dans les régies, quelle que soit celle qui fait cette consultation-là, on suppose déjà que le projet de loi est accepté.

**Mme Pelchat (Marie):** C'est l'arrière-goût que ça nous laissait

**M. Marsan:** C'est l'arrière-goût que ça me laisse aussi ce matin, je vous assure. Je vous remercie.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Est-ce qu'il y a d'autres questions? M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

**M. Copeman:** Merci, M. le Président. J'aimerais aborder avec vous la question de la participation des gens salariés dans les organismes communautaires, dans des conseils d'administration. Je trouve ça, cette partie de votre mémoire, très intéressant. Je me suis fait parler de ça à plusieurs reprises, au comté de Notre-Dame-de-Grâce, par beaucoup d'organismes communautaires. La pertinence de toute cette mesure, en tout cas, m'échappe personnellement; ç'a l'air que ça vous échappe également. Quant à moi, ç'a l'air d'un article qui va restreindre la participation démocratique des gens qui oeuvrent dans le domaine communautaire à cause du fait qu'ils sont payés par le biais des régies régionales ou d'autres sources de financement. J'aimerais vous entendre là-dessus.

**Mme Pelchat (Marie):** En fait, à l'intérieur de la Coalition, la partie communautaire de la Coalition s'est toujours objectée à tout amendement ou à tout article qui avait comme postulat de base que les groupes communautaires sont une composante du réseau de la santé et des services sociaux. Nous, ce qu'on dit, c'est qu'à l'intérieur du projet de loi on s'avance sur le fait qu'une personne qui est salariée dans un organisme ne pourrait pas siéger sur le C.A. d'un établissement public, ce qu'on dit, c'est: Considérez-nous comme des citoyens et des citoyennes qui travaillent dans un secteur d'intérêt public, mais ne nous considérez pas comme en conflit d'intérêts en présumant que nous sommes du réseau public. Et c'est cette contradiction-là qui est très omniprésente dans la loi, mais qui revient encore dans cet amendement-là.

**M. Copeman:** Et on parle, si j'ai bien compris, d'énormément de monde. Je ne sais pas si vous avez des chiffres là-dessus, mais le nombre de personnes qui oeuvrent dans le domaine communautaire qui seraient exclues en vertu de cet article-là risque d'être élevé.

**Mme Pelchat (Marie):** Je ne me rappelle plus le chiffre exact, mais il me semble que c'est alentours de 16 000. M. Bélanger, du ministère, disait qu'il y avait autant de salariés dans les groupes communautaires que dans tout le réseau des CLSC.

**M. Copeman:** Que dans le réseau, c'est exact, oui, on parle de...

**Mme Pelchat (Marie):** Mais on ne qualifie pas le type d'emploi, on compte les articles 58 et toute la patente.

**M. Copeman:** Alors, on parle, potentiellement, d'exclure 15 000, grosso modo 16 000 personnes, de la possibilité de participer à des conseils d'administration. Moi, je trouve que c'est une erreur. J'espère que le ministre va réagir à un moment donné. Merci, M. le Président.

• (11 h 40) •

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va? Alors, je vous remercie beaucoup au nom des membres de la commission. J'invite maintenant les représentants de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec à se présenter.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Étant donné que vous avons quelques petites minutes de retard, il faudrait bien qu'on puisse... D'ailleurs, on doit terminer à l'heure exacte, midi et demi, pour permettre à nos collègues de l'opposition d'avoir leur caucus. Alors, je vous invite, les représentants de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, M. Gourde en particulier, à présenter les gens qui vous accompagnent et débiter votre 20 minutes.

#### Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec

**M. Gourde (Gaston):** Merci, M. le Président. Mmes et MM. membres de la commission, M. le ministre, je vous présente les personnes qui m'accompagnent. À ma droite, ici, c'est Mme Lise Denis qui est vice-présidente exécutive de la Conférence; à mon extrême droite, c'est M. Jean-Louis Bédard qui est président de la Régie régionale de Laval et également vice-président de la Conférence; et à mon extrême gauche ou à ma gauche, je devrais avoir bientôt...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À un moment ou l'autre.

**M. Gourde (Gaston):** ... Me Pierre Larrivée, qui est conseiller juridique à la Conférence.

On peut dire, M. le Président, dans l'ensemble, que la Loi sur les services de santé et les services sociaux adoptée en 1991 a bien joué son rôle en mettant sur ses rails une réforme importante dans le secteur sociosanitaire et en lui donnant sa première impulsion. Mais ça, c'était il y a plus de six ans. Depuis ce temps-là, comme vous avez été tous à même de le constater dans chacune des régions, les choses ont passablement bougé dans le réseau sociosanitaire. Maintenant qu'un grosse partie du travail de restructuration du réseau est derrière nous, nous croyons que le moment est propice pour corriger certaines carences qui se sont révélées à l'usage, pour aplanir certains irritants, pour compléter des mesures qu'il était difficile de prévoir il y a six ans, pour aller plus loin dans certains domaines, bref, pour réviser et raffiner cet outil fondamental qu'est la loi afin de l'adapter à une nouvelle réalité qu'elle a elle-même contribué à faire évoluer. Et, selon nous, c'est précisément ce que le projet de loi n° 404, de façon générale, permet de faire.

De toute évidence, c'est un projet de loi qui s'imposait et qui arrive juste à temps pour permettre au réseau sociosanitaire d'entreprendre la phase de consolidation et d'intégration des services qui sera la priorité des trois prochaines années. C'est un projet de loi que nous appuyons dans son ensemble parce que nous estimons qu'il nous aidera à mieux exercer les responsabilités que vous nous avez confiées, c'est-à-dire planifier et orchestrer des services sociosanitaires de qualité, des services qui répondent avec équité et efficience aux

besoins de santé et de bien-être de la population de chaque région du Québec. Car finalement c'est ça, le critère fondamental que nous avons utilisé pour étudier le projet de loi n° 404: est-ce que c'est un projet de loi qui nous permettra de mieux faire notre travail d'administrateurs du système socio-sanitaire régional?

Quand nous avons estimé que c'était le cas, c'est-à-dire que le projet de loi favorisait l'allègement administratif, l'élimination d'irritants, l'assouplissement réglementaire et la déréglementation, qu'il allait dans le sens d'une décentralisation réelle des responsabilités vers le niveau régional et local et qu'il contribuait à mieux assurer la place du citoyen au cœur du système, nous avons manifesté clairement notre appui. Quand nous avons constaté que ce n'était pas tout à fait le cas, c'est-à-dire que le projet de loi dérogeait à cette logique de souplesse, de décentralisation et d'imputabilité des citoyens ou qu'il n'allait pas aussi loin qu'il aurait pu pour les favoriser, nous avons émis des réserves, nous avons demandé des précisions et nous avons proposé des amendements.

Alors, Mme Denis et moi-même allons maintenant vous rappeler rapidement certains de ces appuis et réserves et il nous fera plaisir d'écouter vos commentaires et évidemment de répondre aux questions.

Pour ce qui est de l'élection et de la composition et du fonctionnement des conseils d'administration, commençons donc d'abord par les citoyens, puisque c'est leur santé et leur bien-être qui sont la finalité du projet de loi que nous examinons. Comme vous avez pu le constater en parcourant notre mémoire, l'ensemble de nos remarques se situe dans une même perspective: favoriser l'appropriation du système socio-sanitaire par les citoyens, renforcer leur prise sur sa gouverne. Un moyen important pour y parvenir, selon nous, c'est d'établir une procédure électorale qui soit bien comprise des citoyens et conforme aux coutumes et règles démocratiques de la société québécoise. Plusieurs modifications proposées par le projet de loi vont tout à fait dans ce sens et elles reçoivent donc notre appui.

Nous estimons cependant que des modifications supplémentaires pourraient encore renforcer la congruence entre le processus électoral socio-sanitaire et les autres processus électoraux, tant au niveau provincial, municipal que scolaire. C'est pourquoi, par exemple, nous recommandons que les qualités exigées pour qu'une personne soit admissible au statut d'électeur ou de candidat, dans le processus électoral socio-sanitaire, soient similaires à celles qui sont établies par la loi électorale du Québec.

C'est également parce que nous croyons qu'elles favorisent l'appropriation du système par les citoyens que nous appuyons la plupart des dispositions du projet de loi qui modifient la composition des conseils d'administration et viennent simplifier ou faciliter leur fonctionnement. Sur ce dernier plan, cependant, nous pensons que le projet de loi s'est montré un peu trop timide et qu'il pourrait aller plus loin pour reconnaître dans les faits l'imputabilité des membres des conseils en les laissant simplement prendre leurs responsabilités avec les méthodes et les outils de leur choix. Par exemple, on autorise la tenue des séances publiques du conseil par le biais de moyens électroniques,

mais on en restreint la portée en exigeant la présence physique, dans une même salle, d'une majorité des membres. De même, on permet le recours aux conférences téléphoniques, mais on les limite aux cas d'urgence, sans définir ce que signifie une urgence. Ce que nous disons, pour notre part, c'est qu'on pourrait bien laisser les administrateurs choisir les moyens, pourvu que la fin, c'est-à-dire la transparence et le caractère public du processus décisionnel, soit respectée.

Nous désirons soumettre une dernière remarque en ce qui concerne la composition d'un conseil d'administration de régie régionale. En toute cohérence avec les règles du monde municipal et scolaire, nous recommandons qu'une même personne ne puisse siéger à plus d'un conseil d'administration de régie régionale. Cette règle pourrait être instaurée en précisant qu'une personne doit résider sur le territoire de la régie afin de pouvoir siéger. Cette remarque va d'ailleurs dans le sens général du message sur lequel je me permettrai d'insister à nouveau avant de laisser la parole à Mme Denis.

Au chapitre de la décentralisation, de la flexibilité et de la marge de manoeuvre, il y a dans le projet de loi n° 404 de très nombreuses dispositions qui, de notre point de vue, vont sans aucun doute entraîner des effets bénéfiques puisqu'elles simplifieront l'administration du réseau socio-sanitaire et vont nous permettre, du même coup, de concentrer nos énergies sur les objectifs de qualité des services plutôt que sur la gestion de structures et de procédures.

• (11 h 50) •

Nous endossons donc cet effort vers cette plus grande simplicité et cette flexibilité accrue du système. Dans notre optique, cependant, il s'agit là d'une étape dans une démarche qui doit se poursuivre, puisque nous sommes convaincus qu'il sera possible éventuellement d'aller encore plus loin et d'assurer aux établissements et aux régies régionales une plus grande marge de manoeuvre dans les choix qu'elles doivent faire et les moyens qu'elles doivent se donner pour les appliquer. Je pense notamment aux dispositions relatives au plan d'organisation des établissements. Bien sûr, nous sommes satisfaits des mesures prévues pour simplifier certains processus et pour éclaircir certaines réalités. Mais le réseau attend manifestement du législateur des modifications encore plus significatives.

Ces modifications s'imposent si on veut que les établissements puissent élaborer des modèles d'organisation novateurs favorisant une meilleure atteinte des résultats. Or, il faut convenir que la loi actuelle et le règlement sur l'organisation des établissements sont trop détaillés et spécifiques, ne laissant à toutes fins utiles aucune latitude réelle aux établissements qui n'ont d'autre choix que de se conformer aux règles formelles édictées. La Conférence recommande donc qu'on entreprenne immédiatement une réflexion sur les balises législatives et réglementaires de l'organisation des établissements afin, notamment, qu'elles puissent laisser place à l'initiative porteuse de modèles mieux ajustés aux nouvelles réalités générées par la transformation du réseau.

Les régies régionales ont toujours exprimé la volonté que la décentralisation ne s'arrête pas au niveau régional mais qu'elle se poursuive jusqu'à son terme logique, le niveau des établissements. C'est pourquoi la Conférence attache tant d'importance au fait que les recommandations du rapport concernant le rôle du ministère, des régies régionales et des établissements se traduisent dans des actions concrètes, notamment en ce qui a trait au rôle des établissements. On n'insistera jamais assez sur le fait que la décentralisation que tout le monde prêche repose sur deux exigences incontournables: d'une part, la déréglementation et l'assouplissement des processus administratifs; d'autre part, la reconnaissance de l'imputabilité des personnes qui administrent les établissements et les régies régionales. Ai-je besoin de le préciser, reconnaître l'imputabilité des administrateurs ne revient pas à leur laisser carte blanche. Des administrateurs imputables, ce sont aussi des administrateurs qui rendent des comptes à la population comme à l'Etat.

Reste maintenant à préciser quels comptes doivent être rendus et selon quel mécanisme. Là aussi, il y a encore du travail à faire et c'est un autre chantier qu'on doit ouvrir avec le ministère, les régies et les établissements. C'est donc dans la mesure où le projet de loi n° 404 permet d'avancer sur ces deux terrains, de l'assouplissement administratif et de l'imputabilité des administrateurs, que nous l'appuyons comme nous appuierons sans réserve toute initiative des législateurs qui iront dans le même sens.

Avant de terminer et de laisser la parole à Mme Denis, un post-scriptum très bref, si vous le permettez, et ça concerne la région Nord-du-Québec. Le projet de loi n° 404 a introduit des mesures particulières concernant la région Nord-du-Québec. Je n'entrerai pas ici dans les détails, mais j'aimerais simplement faire remarquer qu'une bonne façon pour les législateurs de montrer l'importance qu'ils accordent au principe de décentralisation, d'autonomie et d'imputabilité dont je viens de parler serait de traduire dans la loi les consensus qui se sont élaborés dans cette région en matière d'organisation sociosanitaire.

Je pense notamment à la volonté exprimée par les acteurs de cette région de continuer à avoir une instance sociosanitaire régionale. Il me semble qu'en respectant leurs vœux les législateurs témoigneraient non seulement de leur capacité d'écoute, mais contribueraient à reconnaître une identité régionale que la population du Nord-du-Québec revendique non seulement avec fierté, mais qu'elle élabore déjà avec succès. En ce sens, il nous apparaît que l'article 530.45 tel qu'introduit devrait être modifié en prévoyant plutôt l'objectif visé par l'introduction de ce nouveau chapitre, soit de favoriser une organisation mieux adaptée aux réalités de la région.

Je vous remercie de votre attention. Mme Denis.

**Mme Denis (Lise):** Merci, M. Gourde. M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. membres de la commission. Je vais limiter mes propos à trois sujets précis: l'examen des plaintes des usagers; les responsabilités du ministère et des régies en matière de programmation; les effectifs médicaux et le département régional de médecine générale.

L'examen des plaintes des usagers d'abord. M. Gourde disait tantôt: Commençons d'abord par les citoyens. Je poursuivrai dans la même logique et je commencerai par les usagers en traitant de l'examen des plaintes, un mécanisme fondamental pour assurer non seulement le respect de leurs droits, mais la qualité des services. Nous croyons que dans leur ensemble les modifications proposées par le projet de loi au titre de l'examen des plaintes des usagers — je pense particulièrement aux amendements qui confient l'examen de la plainte à l'établissement le plus proche de l'utilisateur et qui précisent le rôle des intervenants concernés par cet examen — ces amendements sont tout à fait valables. Ils permettront de corriger les lacunes les plus importantes que nous avons constatées au fil des ans et contribueront à assurer aux usagers un recours encore plus équitable.

C'est pourquoi, par exemple, nous appuyons les amendements qui confient aux établissements le mandat d'examiner les plaintes à l'endroit d'une ressource intermédiaire ou de type familial. C'est pour le même motif que la modification proposée par l'article 12 du projet de loi, qui réserve la procédure d'examen des plaintes aux seuls citoyens qui se considèrent lésés dans l'exercice de leurs droits, nous apparaît essentielle. Nous pensons en effet que le mécanisme de plainte ne devrait pas être détourné de sa finalité et servir à contester des décisions d'un établissement ou d'une régie, ce que chacun peut faire notamment aux séances publiques des conseils d'administration. Des améliorations que nous appuyons, donc, même si nous pensons que la fluidité et même l'équité du mécanisme d'examen des plaintes pourraient être encore améliorées par des amendements mineurs. J'en porterai deux à votre attention.

Le premier concerne la légitimité de la personne qui examine les plaintes. Nous croyons qu'il serait plus simple pour tout le monde de permettre à un établissement et à une régie régionale de confier au besoin l'examen d'une plainte à une personne qui n'est pas membre de son personnel. Comme la légitimité de cette personne lui vient du mandat qu'elle reçoit du conseil d'administration et non de son statut administratif, nous croyons que cet élément de souplesse supplémentaire ne nuirait en rien au respect des droits des usagers et favoriserait même un traitement plus efficace des plaintes.

Deuxième amendement: l'examen des plaintes en cas de recours judiciaire. Nous croyons également qu'il faudrait prévoir des correctifs à une situation qui se présente de plus en plus fréquemment et qui met l'examen d'une plainte par un établissement en concurrence avec un recours en dommages engagé par l'utilisateur devant le tribunal. Ce sont deux démarches qui visent des objectifs différents et qui ne devraient pas être menées simultanément, le recours devant le tribunal empêchant le mécanisme de plainte de jouer adéquatement son rôle. C'est pourquoi nous proposons que le projet de loi prévoit que la personne responsable de l'examen d'une plainte puisse en suspendre l'examen si cette dernière fait également l'objet d'un recours devant les tribunaux. Voilà pour le régime d'examen des plaintes.

En ce qui concerne les responsabilités en matière de programmation, là aussi des inquiétudes se sont manifestées

devant la proposition du projet de loi de ne plus faire référence aux responsabilités respectives du ministre et des régies en matière d'élaboration, de planification ou de mise en oeuvre des programmes, sauf ce qui a trait aux programmes de santé publique. On comprendra que si nous appuyons ces dispositions, ce n'est pas parce que nous croyons qu'elles équivalent à faire disparaître la programmation de nos responsabilités et de celles du ministre. Si nous les appuyons, c'est parce que nous estimons qu'elles vont dans le sens général de ce qui est prôné: un allègement du cadre légal, un texte de loi qui ne cherche pas à tout prévoir dans ses moindres détails.

Le nouveau libellé nous semble mieux capable de camper les responsabilités de chacun, c'est-à-dire un ministre qui planifie et oriente, ce qui ne l'empêche pas, par exemple, d'élaborer des normes nationales pour les superspécialités, notamment, et des régies et des établissements qui dans leur région se dotent de programmes adaptés aux besoins des citoyens et en lien avec les orientations provinciales. Pour la Conférence, le projet de loi ne vient donc pas abolir les programmes, il vient reconnaître les responsabilités réelles de chacun. Cet amendement permettra que les programmes puissent être élaborés par l'instance la mieux placée pour le faire, que ce soit le ministre, la régie régionale ou l'établissement.

Enfin, nous sommes d'accord avec la modification proposée à l'article 95 du projet de loi relativement à l'approbation des plans régionaux d'organisation de services. En limitant l'approbation ministérielle aux éléments suprarégionaux et ultraspécialisés, le législateur confirme l'imputabilité des administrateurs de nos régions.

Toujours dans le sens de l'imputabilité et de la reddition de comptes, nous partageons le souci du législateur que l'élaboration des PROS se fasse en respect des orientations et des politiques déterminées par le ministre. En conséquence, il est donc logique que le projet de loi prévienne la possibilité pour le ministre d'intervenir lorsqu'une décision d'une régie régionale ne va pas dans le sens des orientations et des politiques provinciales. Toutefois, l'imputabilité des régions commande que cette intervention du ministre puisse s'effectuer dans une période de temps limitée afin d'éviter les effets pervers de remise en question permanente d'une décision d'une régie. Nous recommandons donc un ajout à l'article 95 afin de préciser que le pouvoir d'intervention du ministre doit se faire dans un délai de 30 jours suite à la décision de la régie régionale.

Le temps m'étant compté, je crois, je vais aller directement au département régional de médecine générale, étant entendu, je pense, que c'est un des enjeux majeurs de cette commission.

● (12 heures) ●

L'une des mesures les plus importantes du projet de loi n° 404, à nos yeux, c'est la mise en place d'un département régional de médecine générale. Les fonctions que le projet de loi confie au département apporteront un support à la régie régionale dans la réalisation de ses responsabilités en matière de planification et d'organisation des services médicaux de première ligne. La mise en place

d'un tel département, en ce qui concerne les médecins omnipraticiens, représente selon nous la suite logique et nécessaire de l'inclusion des médecins pratiquant en cabinet privé au plan régional des effectifs médicaux. En effet, nous sommes convaincus que la mise en place de ce département facilitera la participation et la coordination des médecins omnipraticiens au réseau intégré des services et favorisera la répartition des effectifs médicaux en omnipratique sur l'ensemble du territoire. Il va de soi cependant que l'avenement du département devra donner lieu à des réflexions sur le rôle de la commission médicale régionale qui devra faire éventuellement l'objet d'une redéfinition.

Depuis les débuts des travaux de cette commission, certains partenaires sont venus vous soumettre des inquiétudes sur le sens à donner au libellé utilisé par le législateur pour confirmer à la loi l'existence du DRMG. Ces représentations vont dans le sens que les articles de loi tels que proposés auraient pour effet de retirer aux établissements et aux régies régionales certains pouvoirs, et limiteraient l'exercice de leurs responsabilités. En tant que partenaire dans l'élaboration du département régional de médecine générale, nous désirons vous exprimer que l'objectif que nous poursuivons ne va pas dans ce sens. Pour la Conférence, le département est un nouvel outil qui supportera les établissements et les régies dans l'exercice de leur rôle.

Pour nous, il est clair que le fait que la loi prévoit un rôle de recommandation du DRMG sur certains aspects ne signifie pas pour autant que le conseil d'administration de la régie se limitera à cette seule consultation. Les responsabilités du département de définir certains éléments d'organisation des services, d'en assurer la mise en place et la coordination n'ont pas pour effet, tant qu'à nous, d'interdire à d'autres acteurs de contribuer à l'élaboration des plans d'organisation de services.

Si les analyses juridiques sont à l'effet que les dispositions du projet de loi questionnent les responsabilités d'un établissement ou d'une régie régionale, nous vous recommandons de les ajuster. Elles doivent traduire pleinement, cependant, l'objectif poursuivi par l'instauration d'un département, c'est-à-dire une participation pleine et entière des médecins omnipraticiens à l'organisation et à la mise en place des services médicaux de base à la population d'un territoire, et ce, en complémentarité avec les établissements.

Voilà! C'était l'essentiel. Il y en aurait peut-être eu quelques autres, mais enfin. Avant de répondre à vos questions et d'écouter vos commentaires, simplement insister à nouveau sur la trame de fond des propositions.

Nous pensons que le projet de loi n° 404 fournit une belle occasion de donner au réseau socio-sanitaire les nouveaux outils légaux et administratifs dont il a besoin pour remplir ses mandats. Contrairement à 1991, il ne s'agit plus cette fois de restructurer et de réorganiser. Ce qui est devant nous, c'est davantage un travail de consolidation et d'intégration des services et des ressources. Pour ce faire, ce qu'il faut aux établissements et aux régies, c'est un système plus simple, plus souple, qui laisse aux administrateurs et aux gestionnaires plus de latitude pour

prendre des initiatives et rapprocher les services de leur population. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. Le temps, malheureusement, passe toujours trop vite, dans ces circonstances. J'invite maintenant M. le ministre à débiter l'échange.

**M. Rochon:** O.K. Tenant compte des fameuses contraintes de temps, je salue avec grand plaisir la délégation de la Conférence des régies régionales qui ont été des partenaires importants dans cette transformation au cours des dernières années.

Un bref commentaire pour bien m'assurer qu'on suit là-dessus. Deux questions. Vous soulevez, à différents endroits, en ce qui regarde d'aller plus loin dans la décentralisation, certains aspects de pouvoir réglementaire. Je pense que vous étiez ici quand j'ai fait référence aux trois chantiers qu'on a décidé de mettre en place. Je comprends que ça va dans le sens — c'est de ça dont je voulais m'assurer — de ce que vous souhaitez, en disant... c'est M. Gourde, je pense, qui parlait qu'on pousse la réflexion là-dessus.

Les commentaires que vous faites au sujet de l'article 38 aussi. Ça, je ne peux pas l'affirmer de façon définitive, mais je pense qu'on peut avoir assez confiance que ce n'est peut-être pas impossible, compte tenu de ce qui s'est fait depuis l'automne, au moment où la consultation s'est terminée sur le projet de loi. Puis les travaux qui ont continué à avancer plus rapidement, me dit-on, que ce qu'on pouvait penser à l'époque permettent peut-être de papillonner sur 38, et peut-être de régler ça. Alors, ça, c'est deux choses dont je voulais un peu m'assurer qu'on voit ça de la même façon.

Deux questions. Vous pourriez peut-être nous aider un peu, là. Vous parlez, dans votre mémoire, surtout aux pages 12, 13, de l'utilisation des moyens techniques pour mettre plus de souplesse dans la tenue des assemblées, des réunions de conseil d'administration d'une régie régionale, surtout pour les régions à vaste territoire. Là, on a toujours ce dilemme entre décentraliser et laisser toute la marge de manoeuvre, mais garder un minimum de balises. Il y a beaucoup de craintes qui nous ont été manifestées.

Là-dessus, moi, j'étais porté à croire qu'il faut peut-être être plutôt prudent, au moins au début, et dire oui si on peut utiliser différents moyens, comme la conférence téléphonique, que ça soit, bien sûr, bien clair que ça, c'est vraiment pour un suivi, pour quelque chose d'assez technique, que la population soit bien rassurée que par distraction, par inadvertance, on ne soit pas tenté — le vieux *Notre-Père* qu'on connaissait: «Ne nous induisez point en tentation» — qu'il n'y ait pas de risque, que ce soit très clair dans toute notre transparence qu'un conseil d'administration, normalement, ça tient une réunion, les gens sont ensemble pour discuter et le public peut venir, ça reste des réunions publiques, et qu'il n'y ait aucune chance que qui que ce soit puisse, par glissement progressif, transformer ou risquer que des décisions

importantes se prennent par une conférence téléphonique où des gens ne peuvent pas venir.

Alors, si la balise est vraiment trop serrée comme elle est exprimée, d'abord un: Êtes-vous d'accord qu'on garde cette balise-là au moins au début de l'utilisation, quitte à voir avec l'expérience? Puis deux: S'il fallait mettre un peu plus de souplesse mais en gardant cette balise-là, si vous êtes d'accord, comment on baliserait? Ma première question.

La deuxième. Vous faites des commentaires intéressants sur la nouvelle création; à part du département de médecine régionale, on crée une autre entité différente pour la région Nord-du-Québec. Et vous savez qu'il y a eu tout le dilemme de dire: Si on ne crée pas de nouvelle entité juridique légale qui n'est pas déjà prévue dans la loi, il faut travailler avec celle qu'on a. Donc, ce nouvel animal est ou bien un établissement, ou bien une régie. Il ne peut pas être les deux, il ne peut pas être autre chose, à moins qu'on crée une autre entité, et là ça poserait un tas de difficultés techniques pour le moment — c'est ce que j'ai cru comprendre — en termes de concordance. Ça, ça entraîne comme conséquence qu'il y a un certain nombre de choses qu'un établissement fait entériner, valider par une régie régionale là où il n'y a pas de régie régionale; donc, quand c'est absolument nécessaire qu'il y ait une validation finale, c'est nécessairement le ministre. J'aimerais peut-être vous entendre un peu plus là-dessus, comment on pourrait s'assurer que le mécanisme de validation et d'arbitrage final soit complet et qu'on recoure moins souvent ou qu'on ne recoure pas du tout au ministre.

Par ailleurs, je prends bonne note que vous soulignez qu'effectivement la représentation de la population a diminué drastiquement de cinq à un; je dois vous avouer que je le réalise. Ha, ha, ha! Je prends bonne note de ça, il y a quelque chose là, parce que même nos établissements, on sait que quatre ou cinq représentants de la population, les régies en ont... Combien en ont l'administration des régies? À peu près autant? Je ne sais pas trop, là.

**Mme Denis (Lise):** C'est six.

**M. Rochon:** Je ne dirai pas que c'est une erreur de dactylographie mais, en tout cas, on va se questionner là-dessus sûrement.

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

**M. Gourde (Gaston):** Oui, sur la première question que vous avez soulevée. C'est la tenue des séances publiques par le biais de moyens électroniques. Quant à nous, et parce qu'il y a déjà eu des discussions dans ce sens, on croit que des rencontres qui se feraient par le biais de vidéoconférences dans certaines régions — parce qu'il faut comprendre que la réalité de l'île de Montréal n'est pas la réalité de la Côte-Nord ou la réalité de la Gaspésie — que des vidéoconférences qui se tiendraient par exemple dans un secteur où les espaces sont très grands, où plus de personnes seraient, dans le fond, en un même

lieu, peut-être pas un même lieu physique mais un même lieu au même moment, où même des gens de la population pourraient participer pourraient bien au contraire favoriser justement la démocratie. Des gens qui n'auraient jamais pu en temps ordinaire participer à des réunions pourraient le faire justement par le biais des vidéoconférences. Dans ce sens, on dit: Pourquoi justement restreindre la portée de cette règle dans laquelle on nous demande qu'une majorité des membres soient présents en un lieu physique? Quant à nous, on devrait plutôt permettre aux gens de chacune des régions de moduler peut-être les règles en leur permettant justement de pouvoir le faire sans qu'il y ait, établie dans la loi, cette règle minimale, cette balise-là.

• (12 h 10) •

Deuxièmement, sur la question des fameuses conférences téléphoniques, c'est devenu très à la mode et c'est devenu aussi un moyen de pouvoir prendre des décisions finalement à l'intérieur d'un territoire de façon absolument extraordinaire. On pense à la Régie de Chaudière-Appalaches — parce que j'en viens — où il nous arrive des fois pour des raisons techniques qu'on doive se réunir rapidement et qu'on doive dire: O.K., on doit donner des avis qu'une réunion sera tenue, on doit payer des frais de déplacement, des frais d'hébergement dans certains cas, des frais de nourriture, etc., alors que souvent la question pourrait se régler dans l'espace de cinq à 10 minutes. Ce qui est important dans ce cas-là, c'est de faire en sorte que les règles soient respectées.

Ce qu'on dit, nous, c'est que ce que nous avons là est trop restrictif. On parle de cas d'urgence. Ça veut dire quoi, une urgence, quand par exemple, comme c'est déjà arrivé, on doit pour des raisons techniques procéder rapidement à une décision qui va faire en sorte qu'on doive acheminer un document, par exemple, au ministère ou à une des organisations de ce gouvernement? Est-ce que c'est une urgence, et qui décide que c'est urgent? Quant à nous, on devrait plutôt parler de caractère peut-être exceptionnel que d'un caractère d'urgence. Si la loi allait plus dans ces termes-là, elle serait probablement plus collée à la réalité de ce qu'on vit dans nos régions.

Et enfin, sur la question, vous avez parlé de la région Nord-du-Québec, ce que je disais finalement dans ma présentation, c'est que l'article 530.45 me semble un peu cru quand on dit: «Aucune régie régionale n'est instituée sur ce territoire.» Quant à nous, on devrait plutôt indiquer, définir ce qu'on veut par le biais de cette disposition-là et... Écoutez, moi, que ce soit une régie ou un établissement, il n'y a pas de dogme en arrière de ça. Je pense qu'on devrait plutôt décrire ce qu'on veut faire comme modifications, comme amendements, plutôt que de le dire cette manière-là.

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

**Mme Denis (Lise):** Simplement en complémentaire sur le Nord-du-Québec, peut-être juste indiquer, dans le fond, je pense qu'à partir du texte qui est là, avec quelques ajustements pour bien refléter qu'effectivement c'est un

établissement mais qui a aussi des fonctions de régie régionale, qu'on s'assure, dans le fond que tout ce qui peut être fait là est fait là et que ça ne remonte pas toujours automatiquement directement d'un établissement au ministère, parce que là on va se retrouver dans un autre genre de partage, je dirais, de responsabilités. Je pense que c'est ça qu'il est important de protéger. Et ça peut se faire, je pense bien, à partir du texte qui est là, à ce qu'on nous dit.

**M. Larrivée (Pierre):** Seulement pour préciser Il est certain que le caractère public des séances de conseil d'administration soit d'établissement ou de régie est campé dans la loi et doit demeurer, il doit primer sur tout. Au niveau de la règle générale de pouvoir utiliser des moyens technologiques, c'est justement dans un objectif de répondre à cet objectif fondamental dans le cas de régions comme Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ou dans le cas d'une région comme le Nord-du-Québec. Si on prend l'exemple de Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, si le vidéoconférence ne peut pas être utilisé, ça veut dire qu'un citoyen des Îles-de-la-Madeleine ne peut jamais assister à une séance de conseil d'administration de régie régionale. L'exemple Nord-du-Québec, on l'a vécu en pratique où en procédant par vidéoconférence, même s'il n'y avait pas quorum dans un même lieu, il y avait plus de citoyens qui assistaient à une séance de conseil d'administration que quand la séance était dans un lieu spécifique, soit Chibougamau ou ailleurs dans la région.

Alors, ce qu'on vous exprime aujourd'hui, c'est davantage pour répondre à l'esprit de la loi, au principe consacré pour le législateur qu'une marge de manoeuvre nous apparaît nécessaire. Bien entendu, il va de soi pour les régies régionales que les grandes questions, les grands enjeux ne peuvent pas être décidés sans que ce soit en transparence et devant la population. Mais c'est justement pour aller plus loin dans ce sens-là. Quant aux réunions par conférence téléphonique en cas d'urgence, bien, M. le président a souligné la difficulté qui pourrait arriver sur la détermination d'une situation d'urgence où on favoriserait davantage un libellé qui ferait référence au caractère exceptionnel de la tenue d'une séance par conférence téléphonique.

**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 remercier d'avoir accepté l'invitation du ministre et la présentation que vous nous faites.

Peut-être juste une question de clarification dans le dossier du Nord-du-Québec. Je me souviens, je n'ai pas en mémoire le nom du groupe, mais il y a un groupe qui est venu nous faire une présentation. Il y avait une dame qui venait du Nord-du-Québec et qui a fait des commentaires dans le sens que vous dites aujourd'hui. Elle a parlé d'un consensus dans cette région — un vaste territoire et tout — et j'avais l'impression, il me semble, que le ministre avait mentionné que, oui, on retenait bien ce qui avait été

fait comme commentaire. Moi, ce que ça me disait aussi, c'est qu'il y a peut-être un intérêt certain à regarder l'évolution de cette façon de faire la planification régionale où que ce soit — l'établissement ou les établissements ou la régie, le ministre décidera qui va diriger quoi — mais il me semble qu'il y avait une certaine unité de direction qui était reconnue par la dame en question et qui allait dans le sens qu'on souhaite, je pense, un peu tout le monde. En tout cas, je vous fais ce commentaire-là parce que, au meilleur de mon souvenir, M. le ministre avait dit qu'il retenait bien les commentaires qui avaient été faits et qui allaient dans ce sens-là.

J'aurais deux questions, particulièrement en ce qui concerne les relations avec le corps médical. Tout de suite, dans votre mémoire, à la page 7, vous parlez de l'article 38 de l'actuelle loi, je pense, qui met fin au conflit de juridiction avec le CMDP. Et là j'aimerais ça vous entendre élaborer davantage, surtout que vous dites que, par exemple, les recommandations qui émanent de l'examen du CMDP ne sont généralement ni motivées ni soumises au conseil d'administration pour décision. Est-ce que vous avez l'impression que le projet de loi n° 404 clarifie ce sujet-là hors de tout doute raisonnable?

En tout cas, c'était la première question, puis je vous dis tout de suite la deuxième. C'est un petit peu connexe. C'est les pouvoirs actuels de la commission médicale régionale versus l'arrivée des départements régionaux de médecine générale. Vous avez parlé tantôt, peut-être, de redéfinir la commission; j'aimerais vous entendre sur cette redéfinition possible.

**M. Gourde (Gaston):** Je vais laisser la parole à Mme Denis. Je vais commencer par votre dernière question puis je vais vous faire part de mes préoccupations à moi. Je suis un petit peu d'accord avec vous que la commission médicale régionale, l'arrivée du DRMG, j'ai l'impression qu'il va y avoir un espèce de période de flou, une période un peu spéciale où, enfin, évidemment, il va y avoir toutes sortes de personnes qui vont intervenir. En tout cas, on espère qu'en vivant les prochains mois — et c'est l'avantage d'avoir des lois qui évoluent — s'il se pose des problèmes particuliers, on avisera à ce moment-là. Mais, moi aussi, j'ai une préoccupation au départ, d'avoir ces deux espèces de bibittes qui vont vivre une à côté de l'autre.

**Mme Denis (Lise):** Peut-être juste reprendre par rapport à la question des plaintes puis au CMDP, juste indiquer que, dans le fond, je pense que les situations qui étaient soulevées à travers le mémoire ont trouvé réponse dans les dernières rencontres de cette commission avec les groupes qui sont venus, notamment le Collège des médecins, notamment le commissaire aux plaintes, et il y a l'élaboration, je dirais, d'une proposition qui serait travaillable, qui pourrait répondre aux préoccupations qui ont été exprimées ici.

Par rapport à la commission médicale régionale et au département, un peu comme l'indiquait le président et comme on l'indique dans notre mémoire, il y aura effectivement, pensons-nous, à revoir le rôle de la CMR.

Ça nous apparaît cependant prématuré à ce moment-ci, et nous pensons qu'il faut laisser vivre et s'installer un département régional de médecine générale et que, actuellement, ce département-là réunissant l'ensemble des omnis d'un territoire, qu'ils soient en cabinet privé ou en établissement, ça n'empêche pas que la commission médicale régionale, elle, réunit à parts égales les médecins omnis et les spécialistes qui ont encore un travail à faire là, je dirais, de conciliation, de travail commun, d'interface, aussi, entre les omnis et les spécialistes, qui se fait plus via la commission médicale régionale.

L'autre chose que je rajouterais, c'est qu'il faut bien voir que le département... La commission, elle, c'est un organisme qui donne son avis au conseil d'administration de la régie. Bien sûr, dans la pratique, il a aussi été très, je dirais, sollicité pour toutes sortes de choses, parce que c'est une tribune exceptionnelle pour réunir les médecins et travailler de concert avec les gens de la régie. Mais il n'y avait pas d'aspect opérationnel dans leur mandat. Tandis que le département, lui, non seulement il travaille à élaborer, à proposer des choses avec les partenaires, mais il devient opérationnel au moment de la mise en place de ces réseaux intégrés, ce que la commission n'a pas du tout comme rôle.

Il faut aussi laisser évoluer un petit peu, je dirais, du côté des spécialités pour voir un peu comment, dans des territoires, dans des régions, l'organisation des médecins spécialistes va se développer, comment ça va retomber sur la table, avant de toucher de façon importante à la CMR. N'oublions pas non plus que la CMR, dans sa création, dans son organisation — le président de la CMR est membre du conseil d'administration de la régie... et aussi, je pense, à travers la loi 120, que l'effort a été fait aussi pour s'associer avec les médecins. Donc, quand on va retoucher à ça, je pense qu'il faut repenser notre façon de travailler avec les professionnels de la santé.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Oui, allez-y. Pas de problème!

**M. Marsan:** Juste un autre sujet, puis je vous ferai une affirmation. Je vous demande de commenter, on a souligné tantôt la diminution des représentants de la population, la diminution possible, en tout cas. Moi, ce que je souhaiterais est basé sur l'expérience. Pour avoir connu ces élections-là, je me souviens de certaines coupures de presse qui signifiaient qu'il y avait eu des batailles rangées entre différents groupes. Ça peut être des groupes sociaux, des groupes syndicaux, des groupes politiques, je pense qu'on a tous nos petites histoires de cette situation-là. Et il me semble que, si on avait à donner une préférence et une prépondérance à un groupe, ça devrait être à celui des patients, ceux qui sont appelés «des usagers» dans l'actuelle loi.

• (12 h 20) •

En tout cas, il me semble que cette arrivée peut-être plus massive en termes de nombre, d'avoir plus de patients au niveau du conseil d'administration, donnerait une touche sûrement plus humaniste à l'ensemble des établissements

de santé. Je vous laisse sur cette réflexion, si vous voulez la commenter, c'est à votre discrétion.

**M. Gourde (Gaston):** Je comprends qu'au niveau des établissements on n'a pas nécessairement...

**M. Marsan:** Ça pourrait être aussi au niveau des différentes régies, remarquez, c'est toujours utile.

**M. Gourde (Gaston):** Je pense que ça va dans le bon sens, ce que vous proposez.

**M. Marsan:** Alors, je vous remercie bien.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Juste pour l'information des membres de la commission et des personnes qui suivent les débats, j'ajourne les travaux d'aujourd'hui au mardi 7 avril, à 15 heures, et je vous souligne que nous terminerons le mercredi 9 avril, dans l'avant-midi.

Alors, la commission ajourne ses travaux au mardi 7 avril, à 15 heures.

*(Fin de la séance à 12 h 22)*