



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 2 décembre 2003 — Vol. 38 N° 24

Consultations particulières sur le projet de loi n° 25 — Loi
sur les agences de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux (1)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

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, avenue Honoré-Mercier, 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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 2 décembre 2003 — Vol. 38 N° 24

Table des matières

Organisation des travaux	1
Remarques préliminaires	1
M. Philippe Couillard	1
Mme Louise Harel	4
Mme Sylvie Roy	6
Auditions	7
Association des hôpitaux du Québec (AHQ)	7
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	16
Document déposé	22
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)	23
Association des CLSC et CHSLD du Québec (ACCQ)	31
Document déposé	33
Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (CTROC)	38
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)	46
Confédération des syndicats nationaux (CSN)	54
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)	61
Centrale des syndicats du Québec (CSQ)	68

Autres intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante

M. Camil Bouchard
M. Yvon Vallières
Mme Charlotte L'Écuyer
Mme Nicole Léger
M. Claude Bachand

- * M. Daniel Adam, AHQ
- * M. Michel Truchon, idem
- * M. Sylvain Poirier, idem
- * M. Renald Dutil, FMOQ
- * M. Jean Rodrigue, idem
- * M. Yves Dugré, FMSQ
- * M. Denis Soulières, idem
- * M. Jacques Lemire, ACCQ
- * M. Mario Morand, idem
- * Mme Marie-Claude Martel, idem
- * Mme Cécile Légaré, idem
- * M. Alain Tremblay, idem
- * Mme Marie-Renée Tremblay, CTROC
- * Mme Suzanne Péloquin, idem
- * M. Renaud Beaudry, idem
- * Mme Jennie Skene, FIIQ
- * Mme Denise Boucher, CSN
- * M. Pierre Lamy, idem
- * Mme Andrée Lapierre, idem
- * M. René Roy, FTQ
- * M. Raymond Forget, idem
- * Mme Lucie Richard, idem
- * M. Daniel Boyer, idem
- * M. Réjean Parent, CSQ
- * Mme Louise Chabot, idem
- * Mme Hélène Le Brun, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 2 décembre 2003 — Vol. 38 N° 24

Consultations particulières sur le projet de loi n° 25 — Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (1)*(Douze heures sept minutes)*

Le Président (M. Copeman): Alors, bonjour, tout le monde. Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la commission des affaires sociales.

Je vous rappelle le mandat, qui est de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Charbonneau (Borduas) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve), pour la durée du mandat.

Organisation des travaux

Le Président (M. Copeman): Très bien. Peut-être quelques annonces pour le bien fonctionnement des travaux de notre commission. Dans un premier temps, je vous rappelle, il serait opportun à ce moment-ci de fermer, mettre hors tension vos téléphones cellulaires, pour qu'on ne soit pas dérangés pendant les travaux de la commission.

Deuxièmement, je tenais à expliquer un peu à nos invités et aux gens qui nous écoutent la raison pour laquelle nous sommes un peu en retard. Ça paraît drôle d'être obligé d'être assis ici et ne pas être capable de débiter la commission, mais l'ordre de la Chambre — on est assujettis à un ordre de l'Assemblée nationale — est très clair que les auditions aujourd'hui commencent dès la fin de la période des affaires courantes. Et, de consentement, nous sommes maintenant avisés que nous pouvons procéder à l'ordre du jour.

Je vous rappelle également, chers collègues, que, compte tenu que l'ordre de la Chambre prévaut sur nos règles de procédure, ce n'est pas nécessaire de demander consentement de dépasser l'horaire normal de la commission. C'est-à-dire, compte tenu qu'il y a un ordre de la Chambre, nous sommes autorisés à dépasser 13 heures, qui est l'heure normale de suspension. Nous allons tout faire pour tenter de respecter cet horaire-là dans l'intérêt de tous les parlementaires, mais on n'a pas besoin du consentement pour dépasser.

Je vous donne lecture rapidement de l'ordre du jour, sans rentrer dans tous les détails. Nous débutons ce matin, évidemment, avec des remarques préliminaires. Par la suite, il y aura la présentation et l'échange avec l'Association des hôpitaux du Québec. Il y aura la suspension. Et, à 15 heures, ça se poursuivra avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; la Fédération des médecins spécialistes du Québec; par la suite, l'Association des CLSC et CHSLD du Québec; et

la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires. Il y aura une suspension autour de 18 heures. On reprendra à 20 heures avec la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec; la Confédération des syndicats nationaux; la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec; et la Centrale des syndicats du Québec.

Alors, sans plus tarder, si le tout est clair, nous avons une période de remarques préliminaires: 15 minutes pour le ministre, 15 minutes pour Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, et cinq minutes réservées à Mme la députée indépendante.

Remarques préliminaires

Alors, sans plus tarder, M. le ministre, pour un temps maximal de 15 minutes.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. L'ouverture de la commission des affaires sociales consacrée au projet de loi n° 25 sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux constitue pour moi une occasion privilégiée qui nous permet d'exposer notre vision de l'organisation dans notre système québécois de santé et de services sociaux.

● (12 h 10) ●

Je soumetts à la consultation des propositions, traduites dans le projet de loi n° 25, que nous jugeons essentielles pour améliorer l'organisation des services et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux afin que celui-ci soit davantage centré sur les citoyens et les citoyennes et qu'il réponde encore mieux à leurs besoins.

Comme notre gouvernement l'a réitéré à plusieurs reprises, le secteur de la santé et des services sociaux constitue la priorité parmi les défis que nous nous sommes engagés à relever. Par ce projet de loi, nous voulons amorcer l'introduction de changements dans notre système public de santé et de services sociaux...

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, excusez-moi. Il semble que nous avons, en tout cas en ce qui concerne l'amplificateur, certaines difficultés. Je ne sais pas si c'est à l'interne, parce que, pour le bénéfice de tout le monde qui est dans la salle mais également pour le bénéfice des gens qui font les transcripts de nos travaux, je veux juste m'assurer que le micro fonctionne bien. On va poursuivre. Si jamais ça coupe, on sera peut-être obligés de changer de place. Mais on va poursuivre, puis on va voir qu'est-ce que ça donne.

M. Couillard: Alors, par ce projet de loi, nous voulons amorcer l'introduction de changements dans

notre système public de santé et de services sociaux parce que nous considérons qu'il est primordial d'offrir des services mieux intégrés et de donner une garantie de continuité aux personnes qui utilisent ces services. Les changements proposés s'inscrivent dans la continuité des réformes qui ont marqué notre système de santé et de services sociaux depuis sa création, il y a maintenant plus de 40 ans. Et nous devons, M. le Président, donner l'assurance aux citoyens et aux citoyennes que tout est fait pour les servir le mieux possible.

Nous savons tous qu'il faut réinvestir pour faire face aux nouveaux besoins, que ce soit le vieillissement de la population, les progrès de technologie ou le coût des médicaments. Mais il faut, parallèlement, revoir fondamentalement les façons de faire dans notre réseau de santé et de services sociaux. Nous avons le devoir de le moderniser tout en préservant les acquis d'un système considéré comme un des meilleurs au monde.

Le mot d'ordre de cette modernisation est l'intégration des services. Nous poursuivons, M. le Président, une série d'objectifs pour l'organisation des services à la gestion du réseau qui vont permettre d'offrir aux citoyens et aux citoyennes des services mieux intégrés, d'assurer une meilleure prise en charge des personnes plus vulnérables, de rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent des services ou qui les utilisent, de consolider le partenariat avec de multiples acteurs comme les cliniques médicales, les organismes communautaires, les municipalités ainsi qu'avec certaines ressources privées, de donner aux gestionnaires des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme et d'encourager la motivation et la responsabilité de chacun.

Je le répète, M. le Président, pour notre gouvernement, il est important de construire sur les acquis en s'inspirant des recommandations des grandes commissions qui ont inspiré l'évolution de notre système de santé et de services sociaux. Il faut poursuivre et intensifier les efforts pour que les objectifs d'accessibilité, de coordination et de continuité des services soient atteints. Et c'est nettement la direction qu'il faut suivre.

Plus récemment, la commission Clair nous rappelait qu'il était plus que temps de soutenir les solutions en émergence, qui vont dans le courant des meilleures pratiques internationales, pour faire les choix les plus appropriés et pour performer. Groupes de médecine de famille, réseau de services intégrés, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie, services homogènes dans tous les CLSC, hôpitaux locaux, régionaux et suprarégionaux possédant des mandats clairs, liés entre eux par des corridors de services ou des services médicaux hiérarchisés, voilà autant de propositions qui se dégagent de ce rapport.

Nous poursuivons dans cette voie, M. le Président. Nous ne réinventons pas le système de santé et de services sociaux, nous voulons donner un élan de plus pour que les moyens reconnus partout soient une source d'inspiration pour réaffirmer les assises de notre système.

C'est donc par l'intégration des services, soutenue par un mode de gestion adéquat, qu'il sera possible d'apporter une meilleure réponse aux attentes de nos concitoyens et concitoyennes, des services intégrés qui reposent sur la responsabilisation des cliniciens et des gestionnaires à l'égard d'une population d'un territoire

local. L'intégration des services fait également appel au principe de la hiérarchisation, qui suppose la définition de mécanismes fonctionnels de référence et de suivi entre les producteurs de services pour faciliter le cheminement de la clientèle à travers l'ensemble des services.

Une des recommandations de la commission Rochon, en 1987, proposait de dispenser des services selon une logique de population. Et c'est là, M. le Président, un des principes fondamentaux qui est à la base du projet de loi n° 25, soit la responsabilité populationnelle avec une préoccupation pour l'ensemble de la population d'un territoire et plus particulièrement pour les clientèles vulnérables. Et c'est à l'égard de ces personnes que l'association de la mission santé à celle des services sociaux prend tout son sens et constitue la force reconnue et enviée de notre système.

Par contre, la coordination et le suivi des interventions qui sont requis par les clientèles plus vulnérables ne sont pas toujours assurés, que l'on pense aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un cancer. Il faut à tout prix éviter que les citoyennes et les citoyens se retrouvent encore une fois entre deux chaises et qu'ils ne sachent plus où s'adresser. Il ne faut plus qu'ils aient à multiplier les démarches pour obtenir les services dont les personnes ont besoin ou à répéter leur histoire à chaque nouvel intervenant qu'elles rencontrent.

La voie privilégiée pour mieux intégrer les services est la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Pour les citoyens et les citoyennes, la mise sur pied de ces réseaux rapprochera les services de leur milieu de vie et facilitera leur cheminement à l'intérieur du système. Chaque territoire régional pourra compter sur un ou plusieurs réseaux locaux de services, chaque région aura la liberté de définir son propre modèle. La taille du territoire local devra être la plus naturelle possible. La configuration géographique tiendra compte de la population, des clientèles à desservir sur le territoire et des particularités de la région. On devra offrir sur ce territoire local une gamme étendue de services en plus d'assurer une disponibilité de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes pour faciliter la gestion.

À terme, une organisation des services structurée sur la base des réseaux locaux de services va assurer aux citoyennes et citoyens d'un territoire local l'accès à une large gamme de services. Et je crois, M. le Président, que c'est là l'essence, le cœur même du projet de loi n° 25, tel que résumé à l'article 23. Il s'agit d'une garantie de services intégrés et continus, donc des services de première ligne, soit : des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien, des services médicaux généraux, des services sociaux de première ligne, des ressources d'hébergement institutionnelles et non institutionnelles, et des plateaux techniques et diagnostiques de base.

L'accès systématisé à un premier niveau de services de première ligne par l'établissement d'un lien formel entre l'usager et une instance locale et par l'inscription volontaire des personnes auprès d'un médecin de famille ou d'un groupe de médecins est également un des éléments essentiels de ce projet; l'accès aux services

spécialisés et surspécialisés par des mécanismes de référence et des corridors de services qui peuvent prendre la forme d'ententes entre les organisations et les producteurs de services; et, enfin, la standardisation de la pratique professionnelle par l'instauration de protocoles cliniques selon les pratiques reconnues les plus efficaces visant à simplifier les trajectoires de services.

J'en arrive maintenant, M. le Président, à vous présenter l'élément moteur du réseau local de services. Au cœur de ce réseau, une instance locale sera créée. Elle regroupera sous un même conseil d'administration un ou plusieurs centres locaux de services communautaires, centres d'hébergement de soins de longue durée, centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de référence. Ce regroupement pourra prendre différentes formes selon les ressources disponibles et les particularités du milieu. Il s'agira enfin d'un établissement avec une direction unique chargée de fournir à la population les services du CLSC, les services d'hébergement et de soins de longue durée et les services hospitaliers et sociaux les plus courants. Le palier local sera ainsi renforcé en étant responsable de l'organisation et de la prestation des services sur un territoire défini.

Le projet de loi n° 25 prévoit également — et je pense que c'est très utile et judicieux d'avoir mis cette disposition — que, si, de façon exceptionnelle, il n'y a pas de centre hospitalier présent sur le territoire ou si le regroupement ne peut être fait en raison de la complexité de la structure organisationnelle — et ce terme est important puisqu'il donne lieu à beaucoup de latitude dans l'évaluation des diverses situations qui se présenteront dans les régions — une entente de service formelle devra être prévue, cependant, en vue d'assurer à la population l'accès aux services dont nous parlions plus tôt.

Ainsi, nous ne croyons pas qu'un CLSC doive se regrouper avec un centre hospitalier à désignation universitaire, et il serait certainement périlleux de vouloir regrouper de tels géants avec les CLSC. La même remarque, d'ailleurs, pourrait s'appliquer pour certains hôpitaux régionaux, bien que certains regroupements soient possibles et souhaités par le milieu, et on en a quelques exemples à travers le Québec. On examinera la situation au cas par cas pour ne pas brimer les initiatives visant à mieux intégrer les services.

Nous nous sommes inspirés, M. le Président, du succès qui existe déjà au Québec dans les établissements qui regroupent déjà les trois missions: CLSC, CHSLD et CH sous une même entité administrative. Tant les gestionnaires de ces établissements que la population qu'ils desservent ont témoigné de leur satisfaction à l'égard de l'accessibilité et de la qualité des soins offerts et ne voudraient pas revenir en arrière. Il faut poursuivre dans cette voie sur la base de ces exemples éloquentes.

Qui dit responsabilité populationnelle dit avoir les moyens d'exercer cette responsabilité, ce qui suppose, pour l'instance locale, de se voir octroyer une enveloppe budgétaire globale gérée par des programmes bien définis pour l'ensemble de sa population. Les sommes disponibles sont alors allouées en fonction des priorités et des besoins propres à chaque territoire, et on sait très bien au Québec que les choses sont très différentes d'une région à l'autre. À partir du moment où l'on octroie une somme ou une enveloppe budgétaire globale pour un territoire, il ne peut, par définition et par

simple logique, y avoir qu'une seule entité administrative pour la gérer adéquatement.

Cette avenue favorise donc la décentralisation, soit de confier l'ensemble de la gestion des services de proximité aux territoires locaux dans une optique de gestion par résultats. Nous avons fermement l'intention, M. le Président, de donner aux dirigeants et aux administrateurs une marge de manœuvre dans le mode d'utilisation des ressources, marge de manœuvre qui sera toutefois, bien sûr, associée à des résultats précis à atteindre. Pour réaliser son mandat, l'instance locale coordonnera les services destinés à la population de son territoire en créant des liens au moyen d'ententes ou d'autres modalités avec les producteurs de services.

• (12 h 20) •

Des partenaires très importants seront associés aux réseaux locaux de services avec lesquels il faut assurer une pleine coordination. Au premier chef, on retrouve, bien sûr, les médecins généralistes, qu'ils soient organisés comme des groupes de médecine de famille, des cliniques réseau — dont nous souhaitons l'émergence en particulier dans les zones urbaines — ou des cabinets de médecins.

Le lien privilégié qui s'établit entre le médecin de famille et son patient est un pivot important de l'organisation des services de santé et des services sociaux. L'introduction graduelle des groupes de médecine de famille qui desservent une clientèle inscrite soutient l'évolution de l'organisation médicale vers l'exercice de cette responsabilité clinique continue et a montré son utilité surtout en région, au Québec.

Désormais, il est primordial que le système de santé et de services sociaux mise sur deux principaux guichets d'accès aux services: le médecin de famille et l'instance locale. La mise en place des réseaux locaux de services amènera donc la nécessité d'établir des liens formels entre ces deux entités afin de faciliter l'exercice de la responsabilité partagée envers la population du territoire local. Les autres partenaires que sont les ressources non institutionnelles, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées sont invités à s'associer au projet.

Pour les organismes communautaires, il faut comprendre que leur engagement est volontaire. Ils demeurent donc autonomes dans leur gestion, conservant leur statut actuel et respectant la façon dont ils fonctionnent actuellement. Dans le cas des services plus spécialisés, l'instance locale devra conclure des ententes avec des établissements à vocation régionale ou d'autres régions, lorsque certains services ne sont pas disponibles. Ces établissements sont les hôpitaux qui offrent des services spécialisés et surspécialisés, comme les centres hospitaliers universitaires, les centres de réadaptation spécialisés, les centres jeunesse. Des corridors de services efficaces seront établis, de façon à ce que le réseau de la santé et des services sociaux soit en mesure de diriger les personnes au bon endroit, au bon intervenant et au bon moment.

Un partenariat avec les réseaux universitaires, les RUIS, sera établi pour assurer un accès équitable aux services surspécialisés pour la population de toutes les régions et de tous les territoires locaux du Québec. Quatre réseaux ont été créés, un pour chaque université ayant une faculté de médecine. Ils formuleront des

recommandations sur le déploiement des programmes de formation, sur les plans de main-d'oeuvre et de l'effectif médical, sur le mode d'organisation des services spécialisés et surspécialisés, sur les corridors de services à établir avec les autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux et sur le développement des technologies et de la recherche. Chaque RUIS sera associé à un ou plusieurs territoires d'influence et de parrainage.

Bref, le réseau de la santé et des services sociaux doit sortir d'une logique d'établissement, en faveur d'une approche de population et de services à desservir sur la base d'un territoire local. Les autres paliers, l'agence régionale et le ministère de la Santé et des Services sociaux, soutiendront les réseaux locaux de services pour assurer leur cohérence et pour orienter l'ensemble. Il faut noter, M. le Président, que nous demeurons dans un système à trois paliers de gestion, et non à quatre paliers, comme certains ont voulu le suggérer.

Les agences régionales de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux seront donc créées avec le mandat de mettre en place ces réseaux locaux et de proposer des modèles d'organisation qui sont les plus appropriés dans leurs régions respectives. Elles me soumettront, dans un délai que j'entends fixer bientôt — dans l'éventualité de l'adoption du projet de loi — des propositions qui seront ensuite soumises à l'approbation du gouvernement.

Le projet de loi n° 25 prévoit que les agences remplaceront, le 30 janvier prochain — toujours si le projet de loi est adopté — les régies régionales de la santé et des services sociaux pour une période de transition. Pendant cette période, les agences rempliront toutes les fonctions actuellement dévolues aux régies, sur la base du même territoire sociosanitaire.

De vastes consultations locales et régionales seront menées par les agences auprès de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, de leurs grands partenaires et de la population en général, par l'intermédiaire du Forum de la population, qui est un instrument dont sont dotées les régies mais qui a été fort peu utilisé jusqu'à maintenant. La commission médicale régionale, la commission infirmière régionale, la commission multidisciplinaire et le département régional de médecine générale sont maintenus et feront partie prenante de la proposition régionale.

On parle donc actuellement d'une première phase qui vise essentiellement la mise en place de réseaux locaux de services, et c'est le but recherché par ce projet de loi. Il y aura évidemment une seconde phase, et celle-ci demeure tout aussi importante sur le plan des réorganisations. L'objectif que nous poursuivrons alors sera d'actualiser les modèles qui auront émergé partout au Québec et de prendre en compte les propositions qui viendront de diverses régions pour procéder à une révision de la Loi sur la santé et les services sociaux. La redéfinition des rôles des trois niveaux de gestion, la mise en place de la forme définitive des conseils d'administration, autant au niveau local qu'au niveau régional, les relations avec les partenaires sont les objets pour lesquels il faudra alors légiférer. Et notre intention, M. le Président, est de réaliser ces deux phases durant le mandat en cours,

encore une fois, sous réserve de l'adoption du projet de loi n° 25.

Alors, je vois que le temps file rapidement, plus rapidement que je ne l'aurais souhaité. Mais j'aimerais répéter que l'accessibilité et la continuité des services sont également très dépendantes de la disponibilité de l'information au moment opportun entre les différents producteurs et donc que les efforts à concevoir pour améliorer les services d'information sont essentiels si on veut recueillir tous les fruits de cette évolution de notre réseau.

Finalement, M. le Président, j'ai confiance que la très grande majorité des réseaux locaux de services pourra être constituée au cours de l'année 2004, si, bien sûr, le projet de loi n° 25 est adopté par l'Assemblée nationale. Le but que nous poursuivons, encore une fois, c'est d'abattre les barrières, de remettre le réseau de la santé et des services sociaux au service des citoyens et des citoyennes et de mettre en place des conditions propices à, enfin, une véritable décentralisation.

Je tiens donc, M. le Président, à réaffirmer mon esprit d'ouverture et de réalisme pour que la vaste opération que nous désirons entreprendre avec tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux soit un succès. Je suis convaincu de leur collaboration pour faire en sorte que ce projet, depuis longtemps souhaité, atteigne les finalités que nous avons énoncées. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Maintenant, le tour de Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, pour, bien évidemment, un temps maximum de 15 minutes.

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais vous saluer ainsi que les membres de la commission parlementaire et le ministre.

Alors, M. le Président, vous savez que le gouvernement nous a imposé une consultation qui est raccourcie à deux jours seulement sur un projet de loi dont le premier organisme que nous entendrons ce matin, l'Association des hôpitaux du Québec, disait à juste titre qu'il s'agissait d'une transformation majeure — je les cite, en fait — d'une transformation majeure, certainement la plus importante depuis la réforme des années soixante-dix. Cette transformation modifie les institutions, les territoires et annonce des défis organisationnels d'une rare complexité. C'est donc à la page 4 du mémoire que nous entendrons tantôt.

Pour cette transformation majeure, nous entendons pendant 45 minutes, donc, les organismes que le gouvernement a décidé d'entendre, et deux jours seulement. Et nous en serons, à la fin de la présente semaine, à deux semaines de l'ajournement de nos travaux de Noël. C'est donc dire, M. le Président, que le gouvernement, qui a déposé ce projet de loi il y a déjà trois semaines, a choisi de ne pas l'appeler pour discussion jusqu'à maintenant. Il nous restera en tout deux semaines pour l'adoption de deux projets de loi, y compris celui portant sur les unités d'accréditation syndicale, alors que la démonstration sera certainement

faite que le gouvernement peut arriver au même objectif, louable, de réduction des unités d'accréditation syndicale dans les établissements de santé sans cependant, en même temps, en profiter pour paver la voie, comme le fait le projet de loi n° 30, à de la sous-traitance.

Alors donc, quatre jours pour deux projets de loi majeurs et deux semaines entre les tourtières et les cadeaux de Noël pour examiner ces projets de loi qui n'ont pas encore été appelés pour discussion à l'Assemblée.

On se serait attendus, pour le moins, à un livre blanc. Et je suis tout à fait d'accord avec, justement, l'affirmation qui en est faite, toujours à la page 4 du mémoire de l'Association des hôpitaux du Québec, à l'effet que: «On se serait attendu à ce que le dépôt du projet de loi soit précédé d'un énoncé sur les principes, les définitions, les balises et les finalités qui devraient encadrer le projet des réseaux locaux. À défaut de cet énoncé, chacun imagine ce qu'il en sera, créant des incertitudes et des interprétations diverses non propices à la mobilisation des acteurs en présence et à l'obtention de consensus qui, fondamentalement, existent autour de la notion de réseau.»

De quoi parlons-nous quand nous parlons de réseau? Parlons-nous d'une intégration de structures ou parlons-nous d'une intégration d'interventions cliniques?

Je comprends, M. le Président, qu'en vertu de la loi actuelle il a été possible de créer une quarantaine de centres de santé regroupant à la fois des CLSC, des centres de soins de longue durée et des centres hospitaliers. Cependant, deux principes sont contenus dans la loi actuelle, que nous ne retrouvons plus dans le projet de loi du ministre, ces deux principes étant inscrits aux articles 126 et suivants, à savoir: le respect du territoire de CLSC et la protection des missions des établissements concernés.

C'est donc dire que la réforme qu'entreprend le ministre avec le dépôt de son projet de loi met de côté à la fois ces principes et introduit des incertitudes telles que nous pourrions démontrer, au cours des deux jours de commission parlementaire, que les exceptions prévues aux articles 24... aux alinéas 2 de l'article 24 seront la règle pour un très grand nombre de territoires. Pourquoi, M. le Président? Parce que c'est un projet de loi qui passe à côté de la réalité urbaine, essentiellement.

• (12 h 30) •

Je conçois parfaitement que les regroupements qui ont eu lieu jusqu'à maintenant, à 90 %, regroupent des centres hospitaliers de moins de 50 lits avec des CLSC et des centres de soins de longue durée et desservent une population homogène sur un territoire bien délimité qui est le territoire d'appartenance équivalent à celui du territoire du CLSC. C'est ce modèle qu'on prétend appliquer d'une manière unique à l'ensemble du Québec avec le projet de loi qui est à l'étude maintenant.

Et, quand j'entends le ministre de la Santé prétendre à une approche populationnelle et à une prise en charge territoriale, je considère que c'est le comble de l'ironie, puisque les ententes entre les établissements regroupés et les médecins, les médecins qui pratiquent dans des cabinets privés, dans des groupes de médecins

de famille, en fait, ces ententes vont rester facultatives, tel que le projet de loi rédige d'une manière vague et imprécise les dispositions les concernant.

Comment penser, n'est-ce pas, une approche populationnelle, une prise en charge territoriale, alors que les cabinets de médecins constituent 85 % de la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux et qu'ils y sont vaguement associés par le biais de ces ententes? Alors, la question, c'est: Pourquoi le ministre a-t-il abdiqué devant les médecins, alors que leur présence est essentielle au sein de l'organisation des réseaux locaux? Pourquoi aussi a-t-il abdiqué sans doute aux directives du Conseil du trésor et stoppé les 39 projets de groupes de médecins de famille, qui dorment actuellement sur son bureau?

Alors, vous voyez, M. le Président, que la question se pose. Puisqu'il était déjà possible, en vertu de la loi actuelle sur les services de santé et les services sociaux, de regrouper ces centres de santé existants, alors pourquoi — la question demeure posée — un modèle qui viendrait imposer à l'ensemble des établissements de la santé et des services sociaux ce qui, finalement, peut se réaliser en vertu de la loi actuelle, si ce n'est pour mettre de côté les conditions qui doivent être respectées présentement, d'une part?

Et puis, M. le Président, la démonstration en est faite que, sur des territoires, telle, par exemple, l'île de Montréal, sur lequel territoire vit 2 millions de population, sur ce territoire, finalement, la réalité, n'est-ce pas, est la suivante: 65 % des soins généraux sont donnés par des établissements qui ne font pas partie de la réforme du ministre, puisque les hôpitaux affiliés, universitaires, psychiatriques, les instituts en sont exclus. C'est donc essentiellement 65 % des soins généraux qui sont donnés dans ces établissements, notamment sur l'île de Montréal.

Et c'est l'équivalent aussi dans la région de la Capitale-Nationale, ici même, à Québec. Ce qui faisait dire, d'ailleurs, que les hôpitaux du Québec ne seront pas concernés par cette réforme. C'est donc, M. le Président, un branle-bas pour passer à côté de la réalité de tous les milieux urbains où essentiellement aux deux tiers de la population les soins sont reçus dans des établissements qui ne sont pas concernés par la réforme du ministre.

J'en donne l'exemple d'Hochelaga-Maisonneuve, mais je pourrais donner l'exemple de Notre-Dame-de-Grâce également, M. le Président. Il y a seulement 5 % de la population d'Hochelaga-Maisonneuve qui fréquente l'Hôpital Santa Cabrini — parce que les autres hôpitaux c'est encore moins — qui fréquente un hôpital qui est visé par la réforme du ministre, alors qu'à 40 % la population se fait soigner au CHUM et à 30 % à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Je repose la question: Pourquoi ce branle-bas de combat à Québec, à Montréal et en Montérégie?

Et en Montérégie? J'ai en main le rapport du Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie, de leur réflexion récente sur le projet de loi n° 25, publié le 27 novembre, donc tout récemment, et qui dit ceci, je les cite: «Le Regroupement craint que les fusions obligatoires fassent en sorte que, pour les deux ou trois prochaines années, les énergies des gestionnaires et des employés des établissements soient

consacrées en priorité à la gestion de l'inquiétude, à des révisions de structures et à des réorganisations. Bref, le Regroupement craint que la complexité des organisations issues des fusions ne détourne l'attention des objectifs de la loi.»

Alors, je repose encore la question: Pourquoi, M. le Président, alors que la population attendait des médecins de famille, une meilleure répartition des effectifs en région, davantage de soins à domicile, des places en soins de longue durée, pourquoi est-ce que le ministre engage cette réforme de structures dont plusieurs de ses prédécesseurs, d'ailleurs, l'ont mis en garde? Je pense, entre autres, à M. Claude Castonguay, le père de l'assurance maladie, qui, participant à un colloque de l'Association des CLSC-CHSLD, adressait des mises en garde au ministre, et je rappelle qu'il disait qu'il y a des limites à fusionner les établissements de nature différente entre eux. Plus un établissement est gros, plus il y a des risques de déshumanisation des soins.

Alors, nous entreprenons cet examen avec également, M. le Président, peu d'information. C'est comme une peinture à numéros: nous n'en connaissons pas l'objectif final. Et je veux rappeler que l'opposition officielle, en vertu de la loi d'accès à l'information, a demandé un certain nombre de documents, notamment le document de réflexion sur les enjeux et la mise en oeuvre de la réforme de la gouvernance annoncée dans le réseau de la santé et des services sociaux, les orientations préliminaires en vue de la modification de la gestion du système de santé, le mandat et la composition du comité sur la régionalisation et — enfin, il y en a plusieurs — grilles d'analyse des caractéristiques du modèle d'organisation locale, l'allocation des ressources dans le cadre de la nouvelle gouvernance, les scénarios de configuration des modèles, etc. Et il y en a comme ça 17, documents, dont on nous dit, en date du 21 novembre: L'accès à ces documents vous est refusé.

C'est donc dire que nous entreprenons cette réforme sans perspective d'ensemble, alors que l'exception prévue au troisième alinéa de l'article 24 du projet de loi va devenir la règle, va devenir la règle sur le territoire de l'île de Montréal, va devenir la règle sur le territoire de Québec, va devenir la règle sur le territoire de la Montérégie. Et les mémoires que l'on reçoit essentiellement des établissements sont à l'effet de demander au ministre de les exclure de l'application du projet de loi.

Est-ce à dire pour autant qu'il ne faut pas poursuivre les centres de santé? Oui, il faut poursuivre les regroupements. Il y en a déjà une quarantaine. Ils ont comme caractéristique de bien desservir les populations homogènes auxquelles ils s'adressent, et je pense qu'il faut s'en réjouir. Il faut — au rythme où on sait qu'ils peuvent s'organiser — poursuivre ces regroupements. Mais pourquoi faut-il les imposer et pourquoi faut-il drainer toutes les ressources et les effectifs vers le secteur hospitalier? Parce que c'est de ça dont il s'agit.

Au moment pourtant où nous savons à quel point il est important d'investir et de valoriser les services de première ligne, où il faut fournir une véritable chance aux services de première ligne en leur accordant la priorité sur tous les plans, y compris le plan de l'allocation des ressources, alors que cette fusion interétablissement peut même compromettre les

dimensions sociale et préventive qui ont fait des CLSC un réseau unique qui est envié, hein — il faut se rappeler que la commission Romanow souhaitait que ce réseau de CLSC puisse exister aussi à travers le Canada — alors, pourquoi introduire un projet de loi où les préoccupations premières en CLSC pourraient être inféodées à des impératifs prioritaires légitimes, mais d'autres impératifs pour l'hôpital que celui de la prévention, que celui de l'intervention sociocommunautaire, que celui de la participation des citoyens?

• (12 h 40) •

Et la question, c'est: Quels services offerts à des jeunes suicidaires, à des jeunes toxicomanes, à des jeunes de la rue, à d'ex-patients psychiatriques? Quelle intervention auprès des tout-petits? Quels services périmaux? Quels sont les services en milieu scolaire? Quels sont les services, en concertation avec les ressources communautaires, qui vont être délestés au profit, M. le Président, encore une fois, d'intérêts légitimes mais qui sont ceux du milieu hospitalier? Alors, nous aurons certainement l'occasion, même s'il s'agit selon nous d'un bâillon des organisations qui auraient voulu être entendues par cette présente commission parlementaire... mais nous relaterons leurs questions. Et j'espère que le ministre va faire autre chose que nous offrir, comme il l'a fait tantôt, une lecture du projet de loi. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Maintenant, Mme la députée de Lotbinière, pour une durée maximum de cinq minutes.

Mme Sylvie Roy

Mme Roy: Merci, M. le Président. Alors, en 1991, le gouvernement libéral a implanté une réforme créant ainsi les régies régionales. Depuis, plusieurs modifications sont survenues et, en 2004, maintenant, les libéraux veulent encore une idée de structure mais avec un nom différent. La question que nous nous posons, c'est: S'agit-il d'une évolution? Nous souscrivons d'emblée au fait que le projet de loi n'a pas été précédé d'un énoncé ministériel sur les principes, les définitions, les balises et les finalités qui devraient encadrer le projet des réseaux locaux.

Maintenant, nous nous retrouvons avec un projet de loi où chacun peut imaginer ce qu'il veut, ce qui occasionne, comme fait le projet de loi du gouvernement, beaucoup d'incertitudes, de craintes, et tant chez les usagers que dans le personnel du système de santé. On ne peut pas dire ici que la mobilisation positive précède ce projet de loi. Peut-être les gestionnaires ont-ils été informés, ont eu les explications du ministre, mais les travailleurs et les travailleuses sur le terrain ne connaissent pas la teneur des modifications qui vont suivre l'adoption d'un tel projet de loi.

Ces mêmes personnes, qui oeuvrent de façon soutenue dans le réseau, ont déjà peine à fournir à la tâche et se demandent maintenant comment elles pourront assurer une qualité de services en plus de répondre aux nouvelles attentes du ministre, et ce, sans hausse significative des budgets. J'espère que ces consultations permettront au ministre de clarifier son projet de loi

parce que, pour l'instant, pour notre aile parlementaire, ce n'est pas clair.

Quel sera l'échéancier auquel les agences devront répondre pour l'acheminement de leur plan de réseaux locaux? Pour l'instant, nous ne savons pas exactement, mais nous avons entendu, lors de l'étude des crédits, le ministre dire qu'il s'inspirait de l'approche de l'Alberta. Après avoir rencontré des personnes ayant participé à ce processus, nous avons su que cette province a eu trois ans pour présenter un plan de réseaux locaux. Trois ans, c'est le temps nécessaire pour que les consultations soient productives et donnent une chance à tous les intervenants de participer au processus. Parce que, si ici les intervenants qui devront après mettre en branle ce changement peuvent participer au processus, vous allez en faire des acteurs positifs, impliqués et dynamiques. Si, par contre, vous leur imposez encore un autre changement et qu'ils se sentent encore les victimes d'une nouvelle structure, vous avez beaucoup plus de chances de ne pas avoir leur acquiescement et de ne pas faciliter là la mise en place du changement.

J'attire l'attention au fait que la population, ce qu'elle veut, c'est un renforcement des services de première ligne. Encore des structures: on pense que le changement va venir d'en haut et que dans plusieurs années il y aura peut-être, de façon évidente, un changement dans les services de première ligne. Je me demande pourquoi on ne leur donne pas la chance, aux services de première ligne, la priorité, en leur fournissant un vrai plan, en désengorgeant les urgences, en donnant une chance au maintien à domicile.

J'insiste encore sur la cohérence du discours, mais la cohérence du discours avec l'action. Pour que ce soit une condition de réussite, il faut impliquer les acteurs du milieu, premièrement, en leur laissant la chance de venir parler lors d'une commission qui va durer beaucoup plus de temps que deux jours et, aussi, je vous demande de bien vouloir vous assurer qu'ils mettent également l'épaule à la roue pour permettre la stabilisation du réseau.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. Je vais, avant de céder la parole à nos invités qui ont été très patients, faire deux autres annonces d'ordre public. Évidemment, compte tenu que nous étions ici, en cette salle, les parlementaires n'ont peut-être pas pris connaissance d'une motion qui a été adoptée par la Chambre afin d'ajouter trois heures de temps à nos audiences lundi. Alors, lundi de 15 à 18 s'ajoute à notre horaire d'aujourd'hui et de demain, et ce, selon l'ordre de la Chambre adopté il y a quelques minutes.

J'ai négligé au début — et je m'en excuse — de faire part aux membres de notre public de comment cette séance doit se dérouler. Évidemment, nous avons un parlement qui est ouvert au public — et c'est fort heureux et souhaitable que ce soit le cas — et les membres du public peuvent assister à nos délibérations. Mais je rappelle à tout le monde qu'en aucun temps, aucun temps, par contre, est-ce que des manifestations ou signes d'approbation ou de réprobation seront tolérés pendant les séances de la commission des affaires sociales.

Auditions

Sans plus tarder, messieurs, on accueille les représentants de l'Association des hôpitaux du Québec. M. Adam, si vous voulez vous présenter, présenter les gens qui vous accompagnent, en vous indiquant que vous avez également un temps maximal de 15 minutes pour la présentation de votre mémoire. Par la suite, il y aura un échange entre les parlementaires d'un total de 30 minutes, 15 minutes de chaque côté de la table. Sans plus tarder, la parole est à vous, M. Adam.

Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

M. Adam (Daniel): Merci, M. le Président. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme la porte-parole officielle de l'opposition, Mme Harel, mesdames, messieurs les membres de la commission, alors, je suis Daniel Adam, vice-président exécutif de l'Association des hôpitaux du Québec, et je vais vous présenter les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui. Alors, à ma droite, Me Serge Vermette, qui est premier vice-président du conseil d'administration de l'AHQ; et, ensuite, M. Michel Truchon, qui est président du CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean; et, à ma gauche, Me Sylvain Poirier, qui est directeur des affaires juridiques à l'Association des hôpitaux du Québec.

Notre organisation, l'Association des hôpitaux du Québec, se veut une organisation proactive qui se centre sur la recherche de solutions durables aux problèmes que rencontre le système de santé, en vue d'en assurer la pérennité et son caractère public. L'Association des hôpitaux du Québec s'est donc préparée au dépôt du projet de loi. Nous avons procédé à la fin de l'été à une vaste consultation de nos membres dans chacune des régions du Québec à partir des connaissances que nous avions des intentions ministérielles. Les opinions alors exprimées au cours de la consultation se traduisent évidemment dans les commentaires qui vont suivre.

D'entrée de jeu, l'Association des hôpitaux du Québec se montre favorable à la création des réseaux locaux proposée par le projet de loi n° 25. Si nous nous y montrons favorables, c'est d'abord et avant tout parce que nous avons la conviction que la création de réseaux locaux est susceptible d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services faisant en sorte que ce sont les usagers de nos services qui sortiront grands gagnants de cette réforme. Bien que nous donnions notre appui au projet de loi n° 25, nous ne manquons pas toutefois de relever un certain nombre de lacunes de ce projet et d'énoncer des recommandations.

La création des réseaux locaux demeure la pièce centrale de ce projet de loi et introduit une transformation majeure dans notre système de santé. Le concept des réseaux intégrés de services est un sujet de grand intérêt pour notre Association, et nous y adhérons entièrement. D'ailleurs, dès 1995, nous avons énoncé publiquement notre position par la publication d'un texte de référence dans lequel nous voyions déjà l'organisation des services dépassant les murs de nos institutions traditionnelles.

Dans son programme d'action pour assurer la pérennité du système de santé rendu public en février 2003, l'AHQ a réitéré sa position sur les modalités qui vont améliorer l'accès aux services, dont la mise en place des réseaux, l'intégration des services et la nécessité — j'insiste là-dessus — la nécessité absolue d'investir en amont et en aval de l'hôpital afin que ce dernier se consacre véritablement à son rôle de soins de courte durée.

L'Association des hôpitaux du Québec soutient depuis longtemps que le modèle des réseaux locaux de services regroupant des centres hospitaliers, des centres locaux de services communautaires et des centres d'hébergement de soins de longue durée devrait s'appliquer également pour les hôpitaux qui comptent plus de 50 lits, balise introduite dans la loi en 1991. Toutefois, nous n'avons jamais énoncé que le Québec devrait être tapissé de réseaux identiques. Le facteur démographique, socioculturel, historique, dans un environnement urbain, rural, périphérique ou éloigné, façonne les communautés qui composent le Québec. Nous sommes trop au fait des disparités qui existent entre les régions et les sous-régions pour accepter une orientation qui prônerait le mur-à-mur.

Au-delà de la volonté qui est maintenant clairement exprimée pour la mise en place des réseaux locaux et au-delà du cadre législatif, les autorités ministérielles et régionales devront faire preuve de détermination pour aller jusqu'au terme de la transformation annoncée, faute de quoi la conviction qu'elles ont exprimée en faveur des réseaux perdra tout son sens et toute sa crédibilité. Il faut, pour nous, compléter une fois pour toutes les réformes en santé.

● (12 h 50) ●

Avant de commenter les dispositions introduites par le projet de loi n° 25, nous nous permettons de souligner la complexité de l'exercice qui découlera de l'adoption de ce projet de loi et d'énoncer quelques conditions de réussite. Le projet de loi nous convie à une transformation majeure, certainement la plus importante depuis la réforme des années soixante-dix. Cette transformation modifie les institutions, les territoires et annonce des défis organisationnels d'une rare complexité. On se serait attendu, donc, à ce que le projet de loi soit précédé d'un énoncé sur les principes, les définitions, les balises et les finalités qui devraient encadrer les projets de réseaux locaux. À défaut de cet énoncé, chacun imagine ce qu'il en sera, créant ainsi des incertitudes et des interprétations diverses non propices à la mobilisation des acteurs en présence et à l'obtention de consensus qui, fondamentalement, existent autour de la notion de réseau.

Le concept même de réseau fait référence à des notions telles que la communauté, le territoire, l'appartenance, la proximité. Les régions urbaines à forte densité comme Montréal en particulier et, à certains égards, la Montérégie ou l'agglomération de Québec répondent difficilement à un modèle de réseau fondé sur ces notions. La population est constamment en mouvance et ne consomme pas nécessairement ses services dans l'établissement le plus près de son domicile, ou encore une part significative de la clientèle vient des régions périphériques. Pour d'autres, ce sont des considérations linguistiques ou ethniques qui présideront au

choix de leur établissement, sans égard au lieu de la résidence.

Dans le projet de loi, on ajoute à la notion de réseau le qualificatif «local», ce qui nous incite à penser que le territoire sera défini en fonction de bassins de desserte naturels faute de quoi le réseau local perdra tout son sens, en particulier dans les régions à plus forte densité de population. Dans ce contexte, il faut s'attendre d'abord de la part de l'agence de développement régional à une réelle consultation des établissements concernés au moment de l'élaboration des modèles et non à un exercice technocratique et occupationnel. Aussi, il faut escompter que les propositions sur l'organisation des réseaux locaux qui seront déposées au ministre tiendront compte des particularités des régions.

Le troisième alinéa de l'article 24 introduit une mesure d'exception, laquelle, selon notre compréhension des intentions ministérielles, devrait concerner les établissements à vocation universitaire et les centres hospitaliers de soins psychiatriques. Cette mesure d'exception devrait aussi s'appliquer avec discernement dans d'autres contextes, car elle demeure la seule garantie de ne pas imposer un modèle unique. Nous pensons, par exemple, à la réalité des communautés culturelles ou encore aux territoires où il n'y a pas de centre hospitalier dans le bassin de desserte naturel.

C'est pourquoi notre première recommandation est à l'effet que le ministre fasse connaître, dès l'adoption du projet de loi, les balises qui devront encadrer les propositions qui seront déposées par les agences de développement sur les modèles d'organisation des réseaux locaux sur les territoires.

Sur les agences de développement des réseaux locaux, nous comprenons qu'elles succèdent aux droits et aux obligations de la régie régionale de son territoire, exception faite de celles des territoires nordiques. Lors des consultations menées auprès des membres de l'Association, nous avons maintes fois entendu le souhait que l'instance régionale exerce ses fonctions pour et avec les établissements et que son conseil d'administration soit représenté de représentants des réseaux locaux et des autres établissements de la région. Le projet de loi prévoit plutôt un conseil d'administration dont les membres et le président seront nommés par le ministre.

À ce chapitre, soulignons qu'au cours des travaux préparatoires ayant mené à l'adoption du projet de loi n° 28 à l'automne 2001 l'AHQ s'était étonnée que ce projet de loi excluait toute représentation directe des personnes issues des conseils d'administration des établissements, alors que le projet de loi n° 28 conservait aux régies régionales toutes leurs attributions. L'AHQ avait donc eu l'occasion de souligner que l'ensemble de ces fonctions concernent directement les établissements et justifient pleinement leur participation aux délibérations et aux décisions que les conseils d'administration des instances régionales seront appelés à prendre.

Or, il s'avère que le législateur, au moment de l'adoption du projet de loi n° 28, s'est rangé aux représentations de l'AHQ et a prescrit que le conseil d'administration d'une régie régionale devait comprendre notamment trois personnes choisies à partir d'une

liste de noms fournie par les établissements de la région concernée.

C'est pourquoi notre deuxième recommandation est à l'effet que le conseil d'administration d'une agence de développement comprenne trois personnes choisies à partir d'une liste de noms fournie par les établissements de la région concernée.

La section II du projet de loi, portant sur la mission de l'agence de développement, donne les balises relatives aux réseaux locaux. À cet égard, le projet de loi n° 25 vise à conférer au ministre et aux agences de développement de vastes pouvoirs discrétionnaires qui sont partiellement balisés par des critères énoncés en termes très généraux. Par ailleurs, le projet est particulièrement laconique sur les critères qui seront retenus pour déterminer le niveau d'avancement du modèle d'organisation des réseaux locaux qui sera requis pour que les propositions soient utilement formulées au ministre.

L'instance locale constituera le pivot d'un réseau local, lequel comprendra des médecins de famille, des organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées associées par le biais d'ententes ou autres modalités. Le projet de loi reste imprécis à savoir comment et par qui seront négociées ces associations. Puisqu'il reviendra à l'instance locale de coordonner l'ensemble de ces personnes ou organismes, on s'attend à ce que ce soit elle qui convienne des ententes et qu'elle ait le choix de ses partenaires. Jusqu'à ce jour, le discours ministériel a toujours été clair sur le fait que des pouvoirs accrus seraient désormais dévolus au niveau local, ce avec quoi nous sommes fortement en accord.

Lors des consultations menées par l'AHQ auprès de ses membres sur les intentions ministérielles, dans toutes les régions on a mentionné que la transformation annoncée ne semblait pas pour autant solutionner les problèmes d'accès à des services médicaux de première ligne, à des services médicaux spécialisés. Le projet de loi, comme nous l'avons mentionné précédemment, prévoit l'obligation, pour l'instance locale, de créer un réseau et de convenir d'ententes, notamment avec les médecins de familles. Rien toutefois n'indique une obligation réciproque pour ces derniers à faire partie du réseau local. C'est pourquoi notre troisième recommandation est à l'effet que soit prévu un mécanisme pour assurer la participation des médecins en pratique privée dans les réseaux locaux à partir des responsabilités dévolues aux départements régionaux de médecine générale et des ententes négociées, dont celles sur les activités médicales particulières.

Il est prévu par ailleurs que les nouveaux établissements seront administrés par un conseil composé de 15 administrateurs provisoires désignés par le ministre. La durée du mandat des administrateurs provisoires est établie à deux ans, mais le ministre pourra prolonger le terme à une ou plusieurs reprises, pourvu que chaque prolongation n'excède pas un an. Le projet ne contient aucune indication sur les facteurs que le ministre devra considérer pour procéder à la nomination d'administrateurs provisoires qui pourraient bien rester en fonction pendant plusieurs années.

En 2001, dans son mémoire déposé à la commission des affaires sociales lors des auditions sur

le projet de loi n° 28, l'AHQ avait souligné et réitéré aujourd'hui que la gestion communautaire des établissements constitue un choix fondamental et historique du système de santé du Québec. Pour que le principe de la gestion communautaire puisse s'appliquer, il faut que ce soient précisément les milieux dans lesquels il s'inscrit qui puissent désigner leurs représentants. C'est pourquoi l'AHQ, bien que favorable au projet de loi n° 25 et à la création des réseaux locaux, s'oppose fermement au mode transitoire de désignation des administrateurs des instances locales comme il est proposé dans le projet de loi.

Nous recommandons donc que la majorité des 15 personnes qui agiront comme membres provisoires du conseil d'administration issu d'une fusion réalisée conformément au projet de loi n° 25 soient désignées par le ministre suivant une liste de noms fournis par les établissements concernés. Nous recommandons également que ces personnes demeurent en fonction pour une période maximale de deux ans, sans possibilité de prolongation, et que les élections et désignations des personnes appelées à les remplacer aient lieu au plus tard 30 jours avant l'expiration de ce mandat.

Par ailleurs, discrètement, le projet de loi introduit le concept de Réseau universitaire intégré en santé, les RUIS. Autant la mention est contenue, autant elle annonce des pouvoirs importants et un impact réel des RUIS sur les réseaux locaux. Bien que les RUIS ne soient pas créés légalement et que leur rôle et leurs responsabilités ne soient pas définis formellement, l'article 27 du projet de loi énonce que l'agence doit s'assurer auprès du RUIS que le modèle d'organisation qu'elle propose s'inscrive dans les orientations développées par ce Réseau.

La mise en place des RUIS sur une décision du ministre est récente et commande à tout le moins une étape de réflexion, d'échanges et de travaux préliminaires avant d'en arriver à proposer des orientations qui seront d'application concrète dans les territoires. C'est pourquoi notre sixième recommandation est à l'effet que le projet de loi n° 25 soit modifié de façon à confirmer la création des RUIS, à préciser leurs mandats, leurs fonctions, leurs modes de gestion et de reddition de comptes ainsi que leurs liens avec l'agence de développement en matière de coordination.

Les établissements des régions non universitaires sont en accord avec le concept des RUIS, mais ils soulèvent aussi plusieurs questions quant aux modalités inhérentes aux mandats confiés aux RUIS en matière de hiérarchisation de services, de corridors de services et de bassins de desserte pour des territoires spécifiques. Sur ce point, l'article 23, deuxième alinéa, du projet de loi ne les rassure pas en énonçant que l'accès à des services spécialisés se fera par le biais d'ententes, donnant ainsi à penser qu'il n'y aura pas de services spécialisés dans les centres hospitaliers qui feront désormais partie de l'instance locale.

● (13 heures) ●

C'est pourquoi notre recommandation n° 7 est à l'effet que l'article 23, deuxième alinéa du projet de loi n° 25, soit modifié comme suit: «garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes et autres modalités, l'accès à des services surspécialisés...», et nous ajoutons «...et aux services spécialisés non

disponibles dans l'instance locale et — je ferme la parenthèse — en tenant compte des orientations développées par le Réseau universitaire intégré de santé reconnu par le ministre et qui est associé au réseau local de services de santé et de services sociaux».

L'instance locale — et je termine là-dessus — constituera le pivot d'un réseau local. Il s'agira d'un nouvel établissement public résultant de la fusion de l'ensemble des établissements publics d'un territoire visé par décret du gouvernement. Les fusions qui seront requises pour constituer les instances locales n'auront pas à être consenties par les établissements publics visés. Les changements proposés rompent avec une longue tradition consacrée par la loi et qui exige que les établissements, qui constituent pourtant des personnes morales autonomes au sens du Code civil du Québec, consentent à leur dissolution au profit de la constitution d'un nouvel établissement résultant de la fusion, à moins que le ministre estime que l'intérêt public justifie d'agir sans leur consentement. C'est pourquoi nous recommandons qu'un établissement ne puisse être fusionné qu'avec son consentement ou, à défaut, lorsque l'intérêt public le justifie.

Le projet autorise la fusion sans consentement des établissements publics propriétaires d'actifs immobiliers qui ont déjà été désignés par le ministre, conformément à l'article 139 de la loi, parce que ces actifs n'ont pas été acquis ou maintenus à l'aide de fonds gouvernementaux ou provenant de souscriptions publiques. Ainsi, les fusions requises pour constituer une instance locale pourront être faites sans que les membres, des personnes morales propriétaires des actifs immobiliers d'un établissement public, n'aient à se prononcer.

Le Président (M. Copeman): M. Adam, nous avons déjà dépassé le temps. En conclusion, rapidement, s'il vous plaît.

M. Adam (Daniel): Et je conclus. Nous recommandons, pour terminer, que deux personnes désignées par les membres de la personne morale visée à l'article 139 de la loi accèdent au conseil d'administration provisoire de l'établissement.

Et, en conclusion, nous demeurons favorables, dans son ensemble, au projet de loi n° 25. Nous ne cacherons pas, par ailleurs, que nous sommes extrêmement préoccupés par la mise en oeuvre de ces transformations, et conséquemment nous mettrons toute notre énergie, au cours des prochains mois et des prochaines années, à accompagner les hommes et les femmes qui seront appelés à relever cet important défi.

Puisque le réseau de la santé se retrouve encore une fois à l'aube de changements importants, nous osons formuler un souhait — et en terminant: Que notre ministre demeure profondément convaincu du bien-fondé de ces transformations tout au long de la démarche d'implantation et que, dans un esprit de réelle collaboration, il continue d'assumer un leadership mobilisateur auprès des gestionnaires et des professionnels appelés à les vivre. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Adam. Alors, pour débiter l'échange, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. Adam. J'aimerais d'abord vous remercier pour votre visite, votre participation à ces débats de même que pour la qualité de votre mémoire. J'ai noté avec intérêt plusieurs de vos recommandations, autant à la lecture de votre mémoire que lors de votre présentation. Je dois dire que plusieurs d'entre elles sont extrêmement intéressantes et feront l'objet d'un examen très attentif de notre part.

Je dois dire d'emblée que celle qui concerne la divulgation des balises pour la formation des réseaux dès l'adoption éventuelle du projet de loi m'apparaît tout à fait justifiée, de même que d'autres également, mais, sur celle-ci en particulier, je pense qu'il est tout à fait logique d'enclencher ou de donner l'information qui oriente les territoires et les régions dès que le projet de loi sera éventuellement adopté.

J'aimerais obtenir vos opinions ou vos conseils sur un aspect qui est revenu à plusieurs reprises dans le débat public entourant ce projet de loi et qui, je n'en doute pas, reviendra au cours des prochains jours, c'est la question de la protection de la mission sociale et de la mission du CLSC. Et peut-être pourrait-on s'inspirer des expériences vécues, par exemple, avec votre collègue à La Baie, qu'il nous explique qu'est-ce qui arrive à la mission sociale et à la mission CLSC lors d'un tel regroupement, comment s'est-on assuré de la protéger, parce que je comprends la crainte légitime de certaines personnes qui pourraient craindre de la voir aspirée par la mission hospitalière. Alors, une expérience vécue serait utile à ce stade.

M. Adam (Daniel): Alors, je vais donner la parole à M. Truchon.

Le Président (M. Copeman): M. Truchon, allez-y.

M. Truchon (Michel): M. le Président, M. le ministre, Mme Harel, MM. et Mmes les députés de cette commission, bonjour. Je peux vous livrer une expérience qui sera à la grandeur de notre territoire et de notre établissement. Je voudrais, si vous me le permettez, vous situer un peu l'établissement qu'est le Centre Cléophas-Claveau. Alors, c'est un établissement qui se situe au Saguenay, le long de la belle rivière Saguenay, à la limite du territoire de Chicoutimi aller jusqu'à la limite du territoire de Charlevoix. Alors, le long de la rivière Saguenay, il y a 135 km de long, et, à l'intérieur des terres, c'est aussi à la limite de Charlevoix mais en passant par le lac Ha! Ha!, qui est maintenant célèbre par le déluge de 1996, vous vous souvenez.

Alors, c'est un établissement de 525 employés, 247 employés temps plein, 13 unités d'accréditation pour un petit établissement comme celui-là, cinq sites, deux points de chute, sept civières à l'urgence, avec les problèmes aussi de manque de personnel à l'urgence bien sûr, comme tout le monde, 25 lits de courte durée et 130 lits de longue durée sur trois sites.

Alors, ce nouvel établissement là n'est pas venu au monde sans difficultés. C'est dans une toile de fond de compressions budgétaires de 1995 à 1998 que ça se situe. Je vais essayer un petit peu rapidement pour ne pas trop prendre de temps et... Cet établissement-là est venu au monde à partir d'une tutelle du CLSC et d'un

administrateur provisoire. Alors donc, fusion, établissements fusionnés, là, par le ministère et le gouvernement.

C'est sûr que les préoccupations des employés à ce moment-là et les préoccupations de la population sont celles que l'on décrit actuellement. Et, au moment où la tutelle s'est produite, c'était l'élection des membres, selon la loi. Alors, la tutelle s'est produite en septembre 1997, et, en novembre, alors là il y a eu des pro-CLSC et des pro-CH qui se sont présentés aux élections. Je peux vous dire que, quand il y a des problèmes dans un milieu, il y a du monde qui se présente pour élire leurs représentants.

Alors, moi, à ce moment-là, j'entre en ligne de compte, et je fais partie des cinq membres du CLSC. On s'est vite aperçus que la fusion ne faisait pas disparaître les besoins, la fusion ne fait pas disparaître les cadres intermédiaires qui, eux, ont à travailler avec des équipes. Que ce soit au niveau de la mission CLSC, que ce soit au niveau de la mission CHSLD, les besoins sont encore là et les gens nous demandent qu'ont-ils une organisation qui protège ces missions-là.

Alors, le modèle qu'on a choisi, c'est le modèle par programmes. Nous avons un organigramme qui prévoit trois programmes. Alors, le premier programme, c'est la Direction des services ambulatoires et soins infirmiers, Direction des services communautaires qui, grosso modo, correspond beaucoup aux missions CLSC, et la Direction des services en perte d'autonomie, perte d'autonomie qui regroupe milieu naturel, soins à domicile, centre de jour, hôpital de jour, tout ce qui touche la perte d'autonomie. Alors, cette partie-là m'apparaît importante.

On a découvert aussi très rapidement que les budgets qui sont alloués via la régie régionale sont tellement dédiés aux différentes missions qu'il est difficile de passer à côté. Quand on parle, par exemple, qu'il faut atteindre un résultat, au niveau des CHSLD, d'un taux de satisfaction de 70 %, alors, dans la reddition de comptes au bout de l'année, quand la régie régionale nous demande notre plan de l'année et révisé avec nous le plan de l'année, c'est difficile d'avoir passé à côté.

Alors, je pense que, avec le temps, les personnels et la population a été un peu rassurée. Et, si je peux ajouter autre chose aussi, c'est que, lorsqu'on regroupe, lorsqu'on fusionne, on dirait que les protecteurs ou, entre guillemets, les chiens de garde des services que sont les comités des usagers, le regroupement des conseils infirmiers et infirmières auxiliaires, les regroupements des conseils multis deviennent à ce moment-là beaucoup plus pointus au niveau de la surveillance et du plan à mettre en place.

Alors, encore une fois, c'est, à la grandeur d'un petit établissement, l'expérience que je vous livre.

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

M. Couillard: Merci, M. Truchon, très intéressant. Vous avez bien fait de rappeler au passage les compressions budgétaires des années quatre-vingt-quinze à quatre-vingt-dix-huit, dont certains auteurs sont dans cette salle, et qui ont eu des effets absolument désastreux sur notre réseau de santé et de services sociaux, dont on vit actuellement les conséquences.

Beaucoup des difficultés qu'on a actuellement dans notre réseau ont leurs racines dans ces années-là, en termes de compressions budgétaires. Certains d'entre nous ont connu ça sur le terrain, l'effet de ces compressions-là, en termes de pénurie d'effectifs, et on sait le reste.

M. Adam, pour revenir à votre participation, il y a un aspect qui m'intéresse énormément, c'est l'aspect, comme a bien souligné notre consœur de l'opposition, des zones urbaines : les zones urbaines, la population urbaine. Alors, si tous s'entendent sur le bénéfice immense de l'intégration des missions pour la population puis pour les patients et les usagers de services sociaux, comment adapter cet objectif d'intégration aux populations urbaines de façon à ce qu'elles en récoltent le bénéfice? Parce qu'il ne faudrait pas non plus multiplier les exceptions pour faire en sorte qu'en bout de ligne on ne donne pas à la population urbaine le bénéfice de l'intégration que les autres régions du Québec retrouveront. Alors, j'aimerais vous entendre sur la façon d'adapter ces modèles à la population urbaine.

Le Président (M. Copeman): M. Adam.

M. Adam (Daniel): Merci, M. le Président. M. le ministre, je vous dirais qu'il y a plusieurs éléments, là, de réponse à ça. Évidemment, je pense qu'il faut tenir compte de la particularité de Montréal et de certaines autres régions, là, comme je l'ai indiqué dans ma présentation, notamment les communautés culturelles ou linguistiques. Je vais prendre... À titre d'exemple, l'Hôpital général juif fait beaucoup, beaucoup affaire avec l'Hôpital juif de réadaptation, qui est situé à Laval, qui lui envoie 50 % de sa clientèle, ou fait affaire avec un certain nombre également d'établissements, de centres d'hébergement et de soins de longue durée juifs sur le territoire. Donc, je pense que ce sont des particularités dont il faut tenir compte.

• (13 h 10) •

Je pense que là où il faut commencer à Montréal, à mon point de vue, c'est de regarder tout ce qu'on peut créer comme réseaux locaux autour d'hôpitaux dits communautaires — il y en a un certain nombre à Montréal — et ensuite, au fur et à mesure qu'on avance, d'avoir une approche un peu plus en entonnoir, si vous voulez, pour regarder les exceptions et comment on va traiter les exceptions, d'une part, et, d'autre part, de travailler peut-être à ce que j'appellerais des interréseaux, où, par entente évidemment entre des établissements de communautés culturelles, là, je pense qu'on peut faire un rapprochement.

C'est comme ça que je le verrais, mais évidemment je n'ai pas la réponse, et la situation de Montréal, tout le monde en convient, va être une situation qui va être beaucoup plus complexe à certains égards que des situations comme en Abitibi, par exemple, Gaspésie—Les Îles, là, qui sont des régions un petit peu plus éloignées.

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

M. Couillard: Oui. Évidemment, on aura la chance à Montréal de compter sur un gestionnaire d'expérience qui a déjà d'ailleurs occupé le poste que

j'occupe actuellement et qui va certainement être très utile dans ce processus-là.

M. Adam (Daniel): On sera là pour l'accompagner.

M. Couillard: Pardon?

M. Adam (Daniel): On sera là pour l'accompagner.

M. Couillard: Certainement. Lorsque vous parliez de l'aspect chronologique du déroulement des événements — vous y avez fait allusion dans votre présentation — si on avait à présenter deux options: soit on procède rapidement pour la création des réseaux locaux, rapidement voulant dire un délai de quelques mois, ou une période beaucoup plus longue, quels seraient les risques, s'il y en a, d'après vous, de prolonger l'exercice, en termes de délais, là, pour la formation des réseaux locaux, s'il y en a?

M. Adam (Daniel): On estime que les réseaux locaux devraient être créés à l'intérieur de, à peu près, 12 mois, donc d'une année. À mon avis, les risques de prolonger un tel exercice, c'est toujours, dans le fond, l'incertitude qui s'ajoute et les grandes discussions qui s'entreprennent. Alors, dans ce type d'opération là, si on doit absolument le faire, à mon avis, je pense qu'il faut le faire correctement, avec toutes les balises qu'il faut, mais il faut le faire dans un délai raisonnable.

M. Couillard: Est-ce que j'ai le temps pour une dernière question?

Le Président (M. Copeman): Il reste cinq minutes au groupe ministériel, M. le ministre.

M. Couillard: J'ai également noté vos commentaires quant à la formation du conseil d'administration de l'agence régionale, ou du palier régional, là — parce que je dois dire que le nom actuel n'est pas trop attirant, est assez long comme nom, j'ai peine à imaginer l'acronyme qui en résultera un jour. Vous avez mentionné la suggestion d'avoir trois membres choisis parmi les établissements ou les réseaux locaux. Mais il y a d'autres établissements que les réseaux locaux sur la région. Il y a également les établissements spécialisés, universitaires le cas échéant, les centres de réadaptation, les centres jeunesse. Alors, comment vous voyez la participation de ces établissements-là également? Est-ce que vous les regroupez dans ces trois personnes ou c'est autre chose?

Le Président (M. Copeman): M. Adam ou monsieur...

M. Adam (Daniel): Me Poirier.

Le Président (M. Copeman): Me Poirier.

M. Poirier (Sylvain): En fait, dans notre recommandation, on réfère aux établissements de la région concernée. Alors, les établissements de la région

concernée, ça concerne justement tous ceux que vous avez énumérés, non seulement les CH, mais les centres jeunesse, les CLSC, etc.

M. Couillard: Donc, votre recommandation n'indique pas de proportion, par exemple tant d'hôpitaux locaux ou de niveaux locaux, tant d'établissements spécialisés, etc. D'accord.

Quant, maintenant, au conseil d'administration du réseau local, vous avez remarqué bien sûr qu'il s'agit d'une phase transitoire, puisque la deuxième phase de l'évolution du réseau nous permettra de fixer définitivement les modes de formation des conseils d'administration. Et personnellement j'ai l'impression que, s'il y a un endroit où la représentation élective de la population devrait être préservée et peut-être même accentuée, c'est au niveau de l'administration du réseau local. Alors, quelle est votre opinion là-dessus?

Le Président (M. Copeman): M. Adam.

M. Adam (Daniel): Merci, M. le Président. Le sens de la recommandation de l'Association, là, ça prend plusieurs sens. Quand on dit «une majorité de membres nommés par le ministre», c'est parce que, quand on regarde, il y a évidemment le corollaire, la minorité, et on voudrait bien qu'il y ait des gens qui sont issus des établissements qui participeront à la fusion qui soient sur le conseil d'administration du réseau local. Mais, quand on dit «une majorité nommée par le ministre», en fait, c'est pour éviter en quelque sorte, là, les chicanes de clocher qui surviendraient si on décidait en fait, là, une unification des conseils d'administration.

Quand on dit par ailleurs «un maximum de deux ans», c'est parce que, nous, on pense qu'il y a beaucoup d'incertitudes autour d'un conseil d'administration provisoire, et il faut y mettre un terme rapidement, parce que, évidemment, au fur et à mesure que la transition avance, les gens, il y a de l'incertitude quant à savoir s'ils vont être renommés par le ministre pour une troisième puis une quatrième année, puis etc., et donc on veut, nous, que les réseaux locaux, en fait, retrouvent très rapidement, au bout de deux ans, leur aspect dit communautaire. On a beaucoup insisté là-dessus dans notre mémoire, dans le fond, sur l'appartenance communautaire, en fait, des établissements de santé à leurs communautés, qui s'identifient en quelque sorte à un établissement de santé.

M. Couillard: Est-ce que je suis arrivé au bout de ma période de discussion, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Il vous en reste deux minutes.

M. Couillard: Oh! Mon Dieu! quelle générosité! On a parlé tantôt avec M. Truchon de la gestion par programmes. Évidemment, en ce qui me concerne, un des corollaires ou une des conditions de succès de cette évolution du réseau vers les réseaux locaux intégrés de services, c'est la responsabilité de population, c'est de passer du mode de budgétisation actuel à un mode de budgétisation par programmes et par résultats, et ce qui permettrait à mon avis de protéger

beaucoup mieux certaines missions, en particulier de définir des résultats dans chaque type de mission. Est-ce que vous partagez cette opinion, que le changement du mode d'allocation est un élément corollaire indispensable à ce qu'on fait actuellement?

M. Adam (Daniel): Ça va être un élément de soutien absolument nécessaire si on veut préserver, en fait, les soins à domicile, les soins de première ligne et l'hébergement et la longue durée pour faire comme on l'a dit... Et on l'a dit publiquement, l'AHQ, encore une fois, je me répète, qu'il est absolument nécessaire pour nous d'investir en amont et en aval de l'hôpital pour éviter l'enlissement du réseau hospitalier dans les années futures avec le vieillissement de la population — je pense aux urgences notamment.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Couillard: Je pense que je vais terminer là-dessus, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, je voudrais vous saluer, M. Adam, Me Poirier, Me Vermette et M. Truchon, et profiter de votre expertise ce matin. J'ai pris connaissance, à la page 1 de votre mémoire, de l'appui que vous donnez au projet de loi n° 25, mais vous dites bien: «Nous ne manquons pas dans le texte qui suit de relever certaines lacunes de ce projet et d'énoncer des recommandations.» Et c'est sur vos recommandations que j'aimerais vous entendre ce matin.

Juste avant de débiter cependant, il y a une assertion à la page 4 qui a soulevé mon attention. Vous dites: «Les intentions ministérielles sur les réseaux locaux amènent même certains à penser que le libre choix de l'établissement, consenti à l'usager par la loi actuelle, sera restreint.» Qu'est-ce que vous entendez par là?

M. Adam (Daniel): Ce qu'on veut dire, c'est que... Je donnais l'exemple de Montréal tantôt et la notion, en fait, de réseau local. Et, si on devait... et, dans le fond, la réflexion que nous faisons... Mais, quand vous dites «assertion», ça me semble un peu fort, là. C'est peut-être une mise en garde qu'on veut faire, que, si on doit forcer un réseau local à recevoir tel type de population, bien, évidemment la personne ou les personnes qui sont malades n'auraient plus le choix de leur établissement mais devraient participer à un réseau local. C'est une mise en garde ou une petite lumière rouge, là.

Mme Harel: En fait, vous avez donné l'exemple de la communauté juive mais on pourrait aussi, à Montréal, parler de l'Hôpital chinois ou de Santa Cabrini, qui reçoit la population d'origine italienne de partout, en fait, sur l'île et dans les banlieues aussi. Alors, à la page 4 toujours, vous parlez d'une notion extrêmement importante dans le projet de loi mais qui est très vague et imprécise, qui est le qualificatif de local. Et vous dites «ce qui nous incite à penser que le

territoire sera défini en fonction de bassins de desserte naturels, faute de quoi — donc, ça reste encore incertain — la notion de réseau local perdra tout son sens».

Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus. Pour vous, le territoire d'appartenance, ça signifie quoi: le bassin de desserte d'un hôpital ou le territoire auquel s'identifie la population? Et c'est la question qui me venait à la réponse qu'a faite M. Truchon. Je me demandais: Quelle est la population... Là, vous avez 25 lits de courte durée, quelle est la population que vous desservez au total? Et est-ce qu'elle va ailleurs, dans un autre centre hospitalier, pour obtenir des soins de courte durée?

Le Président (M. Copeman): M. Adam. M. Truchon.

M. Truchon (Michel): Je peux peut-être répondre à la deuxième partie.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. Truchon.

M. Truchon (Michel): Nous avons une population de 25 000 habitants, dont 21 000 urbains et le reste au niveau des paroisses rurales. Ils reçoivent tous leurs services de première ligne. C'est les services de deuxième et de troisième ligne, là, qui sont donnés, au niveau de la santé physique, par Sagamie, qui est à Chicoutimi, et les personnes âgées reçoivent les services sur notre territoire. Il y en a 130 sur trois sites.

Mme Harel: Est-ce que vous avez la garantie que votre bassin de desserte de population est jugé suffisant, en vertu du projet de loi n° 25, pour ne pas vous retrouver dans un regroupement plus grand sans les protections de la loi actuelle sur le territoire et sans les protections actuelles du respect des missions?

• (13 h 20) •

M. Truchon (Michel): Bien, écoutez, là-dessus je pense que le projet de loi comme tel ne garantit rien, puisque c'est l'agence régionale qui va déterminer le réseau local ou les différentes possibilités de réseaux locaux. Sauf que je vous dirais que, dans la région Saguenay—Lac-Saint-Jean, il y a quatre déjà, entre guillemets, fusions d'établissements qui répondent, en bonne partie, au projet de loi, et il ne resterait que deux territoires... Parce qu'on a choisi, au niveau du Saguenay—Lac-Saint-Jean — toujours à partir de 1995, dans l'élément du plan d'action de la région régionale au niveau compressions — d'aller vers des regroupements au niveau des territoires de CLSC. Alors, c'est sûr que...

Mme Harel: ...loi, également. C'est la loi actuelle.

M. Truchon (Michel): C'est ça. C'est sûr qu'on souhaite que l'agence locale ait... Le projet de loi prévoit une consultation, mais j'irais plus loin, j'irais même à avoir une adhésion la plus large possible des établissements dans le modèle choisi. Et ça m'apparaît important.

Mme Harel: Je vous remercie, M. Truchon. Toujours à la page... Oui? Excusez-moi, M. Adam.

M. Adam (Daniel): Si je peux me permettre d'ajouter, cette notion de territorialité et de services aussi va être influencée par un autre élément qui est toute la question de la hiérarchisation et du rôle des RUIS. Alors, c'est pour ça que, nous, on insistait évidemment, dans notre commentaire et dans notre mémoire, pour qu'on essaie de préciser les autres morceaux du système aussi et comment ça va impacter sur les réseaux locaux et sur la grosseur des réseaux locaux. Ça, ça m'apparaît important.

Mme Harel: Alors, ça m'amène tout de suite à vous poser la question des réseaux universitaires intégrés de santé, qu'on appelle RUIS. À la page 11 de votre mémoire, vous nous dites: «Discrètement, le projet de loi introduit le concept de réseau universitaire intégré de santé[...]. Bien que les RUIS ne soient pas créés légalement et que leur rôle et leurs responsabilités ne soient pas définis formellement, l'article 27 du projet de loi énonce que l'agence doit s'assurer auprès du RUIS — qui incidemment n'existe pas encore légalement — que le modèle d'organisation qu'elle propose s'inscrit dans les orientations développées...»

Quand je parle de peinture à numéro, ça, c'est un grand bout qui nous manque, là, puis la deuxième phase aussi, parce que déjà le ministre a parlé d'une première mais d'une deuxième phase. Alors, je prends note que les RUIS, comme vous le mentionnez, vont jouer un rôle important. Vous posez la question de leurs relations entre eux et les agences de développement. Est-ce qu'on peut vous entendre là-dessus?

M. Adam (Daniel): Bien, écoutez, dans les... Excusez-moi, M. le Président. Dans la tournée des régions que nous avons faite... Je pense que, comme on le dit dans notre mémoire, le concept des RUIS en soi est un concept intéressant. Les personnes que nous avons rencontrées dans les régions ont manifesté une certaine inquiétude quant à la survie de leurs services spécialisés, d'où la recommandation qui est là.

Alors, je pense que les RUIS existent effectivement, même s'ils n'ont pas d'assise légale, commencent à s'organiser, et on a manifesté, dans les régions notamment: Bien, compte tenu des impacts que ça peut avoir sur notre région, est-ce qu'on peut avoir une relation, nous, comme... notre agence peut-elle avoir une relation avec le RUIS, en fait, auquel on sera rattaché, là, qui sera la région de parrainage, en quelque sorte? Alors, c'est surtout cet aspect-là, là.

Mme Harel: À la page 7 de votre mémoire, vous parlez qu'à plusieurs égards le projet de loi n° 25 confère au ministre et aux agences de vastes pouvoirs discrétionnaires et qui sont, en fait, partiellement balisés par des critères énoncés en termes très généraux. J'en ai fait une liste, là. On aura l'occasion lors de l'étude article par article de revenir, mais ces pouvoirs... Vous dites, dans une de vos recommandations, que vous souhaitez, dès l'adoption du projet de loi, qu'il fasse connaître les balises. Vous ne pensez pas qu'il faudrait connaître ces balises au moment même de l'adoption du projet de loi pour qu'on sache dans quelle orientation le ministre engage tout le réseau de la santé et des services sociaux?

M. Adam (Daniel): Étant entendu qu'il n'y a pas, en ce qui me concerne, de mur-à-mur au niveau des différents... de ce qui va se passer au niveau des différentes régions... Et, nous, on est à... Le projet de loi est un projet de loi, en fait, de nature, je dirais, générale, et donc évidemment on est confortables avec le fait, nous, que ces balises-là pourront être énoncées par la suite pour faire en sorte, en fait, que les agences, les futures agences qui seront créées par le projet de loi, puissent se mettre à travailler en fonction des balises.

Mme Harel: Donc, on ne connaîtra pas le sens de tout cela avant que des balises discrétionnaires, qui ne sont pas soumises à l'examen des partenaires de la santé ni à l'examen parlementaire... En fait, ces balises seront énoncées après l'adoption du projet de loi. Le projet de loi parle, par exemple, de centres hospitaliers. Et donc on pourrait penser que ça concerne autant les centres hospitaliers de réadaptation que les centres hospitaliers psychiatriques ou affiliés. Alors, vous dites qu'il faut laisser l'état des choses aussi vague que ça puis les balises viendront en temps et lieu après?

M. Adam (Daniel): C'est-à-dire que j'ajouterais que, dans notre compréhension, comme on l'a indiqué dans le mémoire, nous comprenons que les établissements à caractère régional, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et les centres jeunesse, les centres de réadaptation spécialisés, les centres à vocation psychiatrique et les centres hospitaliers à vocation universitaire seront exclus et donc, dans le fond, deviendront en quelque sorte l'exception. Il y aura peut-être d'autres exceptions.

Alors, pour nous, ça, c'est une balise suffisante parce qu'on croit, au point de départ, qu'il faut laisser les régions s'organiser et faire des propositions en fonction évidemment de balises que nous donnera le ministre de la Santé, là, je veux dire, subséquemment, mais je suis confortable au fait de ne pas les voir dans le projet de loi.

Mme Harel: Ces exclusions, ça ne vous dérange pas que la loi ne les contienne pas, c'est ce que je dois conclure.

M. Adam (Daniel): Bien, c'est-à-dire que, si on se met à mettre des exclusions dans le projet de loi, bien, évidemment, la commission parlementaire va se transformer en quelque sorte en proposition d'exclusion additionnelle, là. Et donc...

Mme Harel: L'exception devient la règle à ce moment-là.

M. Adam (Daniel): Oui, il faut éviter que l'exception devienne la règle.

Mme Harel: D'accord. Elle ne devient pas dans la loi, mais elle deviendra dans la réalité.

M. Adam (Daniel): On le verra au retour.

Mme Harel: D'accord. Bon. Alors, revenons à la question qui est extrêmement importante, celle de la réciprocité que vous jugez insuffisante en matière de

services entre les réseaux et les médecins. Alors, je vous réfère à la page 9 de votre mémoire, où vous dites: «Le projet de loi [...] — dites-vous — prévoit l'obligation pour l'instance locale de créer un réseau et de convenir d'ententes [...] avec les médecins de famille. Rien n'indique toutefois une obligation réciproque pour ces derniers à faire partie du réseau local.»

J'aimerais vous entendre là-dessus parce que, pour la population, les services spécialisés ou sur-spécialisés, en majorité, la population considère qu'ils sont de très bonne qualité. C'est toujours un peu la même chose, le problème, c'est que, si un dimanche matin quelqu'un se coupe la main en coupant son pain, là, c'est bien compliqué d'avoir accès à un médecin de première ligne. Est-ce qu'on comprend que vous nous dites qu'il n'y a aucune obligation pour des médecins en cabinet privé, pour des médecins de médecine de famille, de participer à des ententes comme le prévoit le projet de loi?

M. Adam (Daniel): C'est-à-dire qu'il existe actuellement des obligations au niveau des activités médicales prioritaires, en vertu de 142 et des règlements qui ont été adoptés, et donc je pense que... Évidemment, ce n'est pas désincarné, les réseaux locaux, ça reste des établissements, ça reste des points de services, ça reste des CLSC, ça reste des urgences, etc., et les médecins ont déjà l'obligation en quelque sorte de participer aux activités, en fonction des cinq clientèles, là, aux activités de ces établissements-là. Alors, je pense qu'à l'intérieur des réseaux locaux ça va continuer. Et, s'il y avait lieu évidemment, mais là je ne connais pas la configuration évidemment, d'étendre les AMP, bien, il y aurait peut-être lieu de les regarder, là. C'est déjà là, mais on veut s'assurer qu'on ne perde pas de vue ça, via le département régional de médecine générale.

Mme Harel: Alors, vous nous dites qu'en vertu de la loi actuelle, la loi n° 142, cette continuité de services est assurée, notamment par l'introduction des AMP. Et donc en quoi la loi qu'on va adopter va en quelque sorte changer cette continuité de services?

M. Adam (Daniel): C'est-à-dire qu'on attire, dans la recommandation, ici... Bon. Premièrement, là, les AMP... pour les AMP, en ce qui me concerne, les preuves restent à faire pour voir si ça fonctionne bien, en fait, là, pour le nombre d'années, le nombre d'heures d'activités, pour faire en sorte essentiellement qu'on couvre notamment les clientèles vulnérables, les urgences, les personnes âgées, etc. Et donc on attire, par cette recommandation-là, encore une fois, une lumière jaune au ministère de la Santé pour leur dire: N'oubliez pas qu'il va falloir, à l'intérieur de la création des réseaux locaux, s'assurer de la participation des médecins, et on pense que le mécanisme, en fait, des activités médicales prioritaires est un bon mécanisme pour nous permettre d'y arriver.

Mme Harel: Bon, c'est-à-dire que, quand vous parlez d'un mécanisme pour assurer la participation des médecins en pratique privée dans les réseaux locaux, vous vous satisfaites du mécanisme d'activités médicales prioritaires.

M. Adam (Daniel): C'est-à-dire que je ne m'en satisfais pas, nous attirons l'attention, mais il faudra voir l'impact de l'entente qui a été négociée avec la FMOQ pour voir essentiellement le type... qu'est-ce que ça donne sur la couverture des urgences des clientèles vulnérables.

Mme Harel: En fait, ce que je conclus de ce bref échange... Vous savez que ce n'est pas nous qui avons décidé du temps imparti, mais ce que je conclus, c'est que, en matière de continuité de services, c'est du côté de la 142 qu'il faut surtout aller voir les conséquences.

Et là dernière question — on m'indique que je n'ai que deux minutes — sur la question de la dissolution, vous en parlez, dissolution de la personne morale, et vous êtes en dehors des périmètres comptables, vous rappelez qu'il y a finalement des dispositions qui ne permettent pas qu'un établissement puisse être fusionné sans son consentement, seulement lorsque l'intérêt public le justifie. J'aimerais vous entendre là-dessus.

• (13 h 30) •

M. Adam (Daniel): Alors, deux notions, je vais répondre à la première, et Me Poirier répondra à la deuxième. Sur la question du consentement, c'est que, à partir du moment où la notion... où la création de réseaux locaux sera consacrée, essentiellement ce que nous souhaitons, c'est qu'il y ait un consentement des différents établissements pour les fusions, pour éviter les chicanes subséquentes. C'est beaucoup plus facile une fois que les gens ont consenti à une fusion de faire en sorte de travailler à bâtir ça. Pour la partie plus juridique, là, je vous référerai à Me Poirier.

Le Président (M. Copeman): M. Poirier.

M. Poirier (Sylvain): Brièvement, la loi offre déjà aux acteurs locaux des outils pouvant favoriser des regroupements tels que des fusions consenties, des intégrations, unifications de conseils d'administration. Donc, ce qu'on affirme dans le mémoire, c'est que, pour nous, des regroupements consentis ont peut-être une meilleure durée de vie. Alors, de favoriser des échanges entre les acteurs locaux, c'est préférable, quitte à ce que les agences régionales fixent un échéancier au terme duquel le ministre pourrait adopter un décret qui, à défaut d'entente, pourrait favoriser une fusion. Mais les regroupements consentis semblent, selon nous, être un gage de succès.

Mme Harel: Est-ce qu'il me reste encore...

Le Président (M. Copeman): Pas vraiment, Mme la députée.

Mme Harel: Pas vraiment? Bon, ça veut dire quoi, une minute?

Le Président (M. Copeman): Non, ça veut dire non.

Alors, merci beaucoup, messieurs, de votre présentation et participation à cette commission parlementaire, et je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 13 h 32)

(Reprise à 15 h 9)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission des affaires sociales poursuit ses travaux. Le prochain groupe, déjà à la table — quelle perspicacité! — alors, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Le Dr Dutil, vous êtes un habitué. Vous avez 15 minutes à faire votre présentation. Il y aura par la suite un échange de 15 minutes de chaque côté de la table avec les parlementaires. Je vous demande de vous présenter, de présenter les gens qui vous accompagnent et de débiter immédiatement après votre présentation. Bienvenue.

**Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec (FMOQ)**

M. Dutil (Renald): Merci, M. le Président. M. le ministre, mesdames et messieurs, je vous présenterai d'abord ceux qui m'accompagnent: à ma droite, le Dr Louis Godin, qui est le premier vice-président de la Fédération; Me Pierre Belzile, du contentieux de la Fédération; et, à ma gauche, le Dr Jean Rodrigue, qui est directeur de la régionalisation et de la planification.

● (15 h 10) ●

Alors, je vais vous résumer assez rapidement notre mémoire en 15 minutes, quitte à expliciter davantage dans la période de questions.

Pour nous, le projet de loi n° 25, c'est un projet qui est important. C'est un projet qui est important non pas seulement, là, parce qu'il impose aux établissements du réseau une fusion forcée, faut bien le dire, mais bien davantage par les changements majeurs qu'il va entraîner et qui vont sans doute justifier une refonte complète de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Et la Fédération regrette que le projet actuel ne fasse pas davantage l'objet d'un débat plus large tant au niveau de son contenu que sur les enjeux qu'il soulève pour l'avenir.

Je veux préciser dès le départ que la Fédération partage entièrement les objectifs qui sont poursuivis par le ministre dans ce projet de loi, c'est-à-dire d'améliorer l'intégration des services dans notre réseau. Et le diagnostic du ministre est tout à fait exact lorsqu'il dit que l'une des plus grandes difficultés, c'est le cheminement d'un patient à partir de la porte d'entrée du réseau de soins jusque dans l'ensemble des autres ressources. Et, nous, les médecins omnipraticiens, qui nous situons à la porte d'entrée dans la plupart des cas, on se bute constamment aux difficultés d'obtenir les informations, les ressources requises lorsque l'état de nos patients requiert divers niveaux de soins.

Cependant, on doit vous exprimer plusieurs réserves par rapport au projet de loi qui nous est présenté. Ce sont des réserves qui portent sur les moyens bien sûr et non pas sur les objectifs. Et nous allons commenter, là, les grands chapitres de ce projet de loi.

D'abord, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Première préoccupation. Le projet de loi n° 25 propose une structure uniforme d'intégration des services, qui est réalisée encore une fois par une fusion forcée de tous les établissements

d'un même territoire, à l'exception des centres hospitaliers universitaires. On constate avec regret que le ministre opte ainsi pour une approche qui est très autoritaire. Les agences ou régies régionales n'auront d'autre choix que d'adhérer au modèle d'instance locale, sous peine d'être mises en tutelle. On a cependant bien compris que les modalités des réseaux pourraient s'ajuster aux réalités des différents milieux. Mais on doute quand même qu'une fusion forcée, avec toutes les résistances qu'elle va entraîner dans plusieurs milieux, les énergies qu'il faudra y consacrer, va permettre de résoudre des problèmes dont l'origine, il faut le rappeler, relève davantage du manque de ressources.

Nous croyons — et c'est basé sur plusieurs expériences passées, puisqu'on a fusionné quand même plusieurs établissements ces derniers 10 ans — que de forcer de telles fusions en première étape vienne nuire sinon saborder, là, les efforts qui sont faits actuellement sur le terrain dans plusieurs milieux pour bâtir des réseaux intégrés de services sur la base de consensus et sur la base des besoins ressentis par les intervenants sur le terrain.

On craint également que des mégaétablissements n'aient pas tout à fait les résultats souhaités quant à l'approche plus humaine, plus personnalisée face aux besoins de nos patients.

On s'est réclamé beaucoup de la commission Clair dans les débats qui ont entouré la présentation de ce le projet de loi. Alors, nous rappelons, nous, la recommandation 33 de la commission Clair, qui dit textuellement: «Nous ne proposons pas une approche uniforme à tous[...]. Il ne s'agit pas de fusionner les établissements, à moins que les parties en conviennent d'un commun accord.» La Fédération partage cet avis.

Le modèle qui est proposé est un modèle qui peut être pertinent. La Fédération n'est pas en désaccord avec la fusion d'établissements. Mais ce modèle-là, il faut quand même le rappeler, n'a jamais fait les preuves de son efficacité à ce jour au-delà de certaines MRC de petite taille qui ont moins de 50 000 habitants. Et, dans ces milieux, il est vrai qu'on a fusionné des centres hospitaliers de moins de 50 lits, des CHSLD, des CLSC, qui offraient des soins de niveau de première et de deuxième ligne dans un territoire restreint. Ce sont des fusions qui ont été volontaires, et même là ça l'a créé des tensions dans le centre. Alors, la Fédération s'interroge très sérieusement sur la faisabilité de telles fusions dans des grandes régions urbaines dès lors qu'on écarte, là, les centres hospitaliers universitaires.

Il est également pertinent de rappeler que la loi actuelle permet aux établissements de développer entre eux et avec d'autres intervenants ou organisations plusieurs types de liens, notamment par ententes de services. Et, dans la loi actuelle, on retrouve tous les outils requis pour mettre en place des réseaux intégrés de services et pour fusionner des établissements. On se réfère... Par exemple, les articles 126.1 et 126.2, l'article 325 de cette loi, qui permet à des établissements de se fusionner.

Et on a plusieurs exemples d'ailleurs de réseaux qui se mettent en place à l'intérieur des structures actuelles. Citons la région de Laval, citons la région des Bois-Francs. Ce sont des intégrations qui se sont faites en tenant compte des caractéristiques du milieu et qui

reposent d'abord sur des consensus. On en a fait un projet collectif, de ces réseaux. On a mis d'abord l'accent sur les services aux patients et ensuite on a ajusté ou on ajustera éventuellement les structures. Ça s'appelle, dans notre langage à nous, planifier du bas vers le haut. C'est un plan d'organisation clinique d'abord sur lequel on s'entend et ensuite on ajuste les structures, et on souhaiterait procéder de cette façon-là. C'est celle qui nous apparaît être la plus propice pour atteindre les objectifs visés.

On se pose la question: Le projet de loi n° 25 est-il essentiel compte tenu des outils qui sont déjà disponibles dans la loi actuelle sur les services de santé et les services sociaux? Mais la première recommandation de la Fédération — si on doit maintenir un tel projet — c'est que les établissements demeurent libres de consentir à un projet de fusion, comme l'article 325 de la loi le leur permet actuellement.

La deuxième grande préoccupation eu égard aux réseaux locaux de services, c'est celle concernant l'instance locale. On propose une instance locale, un nouvel établissement qui sera issu de la fusion de divers établissements, et on craint que, dans plusieurs milieux, cela imprime une vision hospitalière au réseau. De par leur importance en termes de budget, de personnel, de services, de problèmes, les centres hospitaliers de courte durée qui seront ainsi fusionnés à l'intérieur d'une instance locale auront, il faut bien le dire, un rôle prépondérant au sein de l'instance locale.

Dans une telle structure, ce que la Fédération craint, c'est que l'instance locale ne mettra pas en priorité les services de première ligne, mais privilégie davantage les services hospitaliers, ou encore on s'intéresse aux services de première ligne qui servent la mission hospitalière comme les soins à domicile, par exemple, suite à une hospitalisation. Bien sûr que c'est important, mais les services qui permettent de maintenir à domicile les personnes en perte d'autonomie sont aussi importants sinon parfois davantage. Alors, c'est une approche hospitalocentriste qui peut résulter, dans plusieurs milieux, de telles fusions.

On s'inquiète également, comme Fédération, du sort qui sera réservé aux 1 800 omnipraticiens qui exercent à temps plein ou partiel dans les CLSC. Qu'advient-il des services de médecine générale, du projet médical qu'ils ont développé en CLSC? Quelle sera la nature de la collaboration à établir avec les médecins de famille? Le projet de loi le mentionne mais est tout à fait silencieux. Je comprends qu'il y a des modalités qu'un projet de loi ne peut pas déterminer, mais on pose quand même de sérieuses questions là-dessus. Il faut rappeler que les omnipraticiens font partie du département régional de médecine générale, sont déjà visés par les AMP, visés bientôt par les plans régionaux d'effectifs médicaux. Plus de 5 000 d'entre eux y partagent leurs activités entre leurs cabinets ou l'un ou l'autre des établissements du milieu. Alors, qu'est-ce que le ministre nous annonce? Est-ce une conscription future des cabinets médicaux? Nous avons des préoccupations à cet égard.

Les omnipraticiens qui exercent dans les cabinets et cliniques privées n'ont jamais refusé d'intégrer leurs services, leurs activités avec celles du réseau. L'État québécois, il faut bien le dire, n'a jamais

voulu leur donner les moyens, comme en témoignent tous les attermoissements qu'on vit depuis plusieurs années dans l'implantation des systèmes d'information. Et, encore une fois, aujourd'hui il nous semble qu'on nous sert des structures plutôt que des ressources. Et cette première ligne, c'est la pierre d'assise de notre système de santé et elle souffre de pénuries importantes de ressources financières et humaines. Alors, nous pensons que toute réorganisation doit s'attaquer d'abord à l'amélioration de ce palier de soins. C'était d'ailleurs la principale recommandation de la commission Clair.

● (15 h 20) ●

Alors, nous avons dans notre mémoire plusieurs recommandations concernant la première ligne. Je n'ai pas le temps de vous les mentionner les unes et les autres, mais essentiellement elles visent, si ce projet de loi doit être sanctionné, à s'assurer que les priorités seront bien accordées à la première ligne et que la participation du médecin de famille exerçant en cabinet n'aurait d'autres conditions que sa conformité au PREM, son appartenance au DRMG et son adhésion à l'entente aux activités médicales particulières. C'est déjà beaucoup de choses. Nous demandons également que le ministère poursuive le développement des GMF et que davantage de ressources soient allouées aux services de première ligne, qu'ils soient médicaux, sociaux, curatifs ou préventifs.

Quelques mots sur les agences de développement. On constate que ces agences ressemblent en tous points à nos actuelles régies régionales. Nous croyons nécessaire de maintenir l'existence d'un palier régional dans la gouverne de notre réseau. Il faut assurer une meilleure répartition des ressources et une meilleure gestion du réseau de la santé à l'intérieur des régions. On s'inquiète quand même de l'effet finalement très centralisateur du projet de loi n° 25, même si ça ne semble pas être l'objectif poursuivi. Il faut se rappeler que, en vertu du projet de loi n° 25, l'article 30, ces agences sont susceptibles en tout temps de se voir imposer un modèle ou, pire, d'être mises en tutelle.

Alors, la Fédération souhaite que le DRMG soit maintenu, que le DRMG ait le mandat de s'assurer que l'organisation des services de médecine générale d'une instance locale et d'un réseau local soit conforme au plan régional d'organisation des services, et nous recommandons, bien sûr, le maintien d'un palier régional. Nous souhaitons également que le chef du département régional de médecine générale siège d'office au conseil d'administration de cette agence.

Trois mots sur les réseaux universitaires intégrés de services. Le projet de loi n° 25 introduit pour la première fois la notion de réseaux universitaires intégrés de services. On ne peut que s'inquiéter des pouvoirs que le projet de loi accorde à ces réseaux, notamment celui de déterminer si les réseaux locaux s'inscrivent dans les orientations développées par les RUIS, réseaux universitaires intégrés de santé. Faut-il rappeler que ces RUIS n'ont pas encore d'entité légale? On ne connaît ni leur pouvoir ni leur mandat. Et nous soumettons également, là, quelques recommandations concernant les RUIS, notamment qu'il y ait des dispositions législatives qui viennent définir leur mandat.

Et je conclus là-dessus, M. le Président, en disant qu'on ne doute d'aucune façon que le projet de loi

démontre une volonté ministérielle certaine d'améliorer l'intégration des services. J'assure le ministre que nous partageons cette préoccupation, mais les moyens choisis pour y parvenir doivent être reconsidérés. L'approche du projet qui nous est présenté est trop autoritaire, et nous croyons que des modifications substantielles doivent y être apportées. Nous notons également qu'il y a de nombreuses questions sans réponse, et nous questionnons sérieusement quel est l'agenda du ministre derrière ce projet de loi. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le Président. Alors, pour débiter l'échange avec les parlementaires, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, toujours pour une durée maximale de 15 minutes.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Dr Dutil et vos collègues pour votre mémoire. J'espère que vos remarques auront suffi à rassurer ma consœur la députée d'Hochelaga-Maisonneuve qui, ce matin, prévoyait que j'allais m'incliner devant les demandes des médecins. On voit que les demandes des médecins ne correspondent pas tout à fait au projet de loi, et je suis certain que plusieurs personnes auront noté la chose. Mais je maintiens également et je retiens votre accord de principe sur le but, pour le but recherché, de même que votre offre de collaboration qui sera effectivement d'une importance majeure.

Quelques mots avant de passer à un échange. D'abord, bien sûr, nous sommes entièrement d'accord avec la nécessité de maintenir un palier régional. Ce que nous pensons important, c'est de déléguer le plus possible de responsabilités au niveau local, en termes d'organisation de services de proximité, et je pense que cela, nous avons eu l'occasion de l'exprimer à plusieurs reprises.

Quant aux groupes de médecine de famille, leur accréditation va reprendre de façon imminente, surtout en région, où de nombreux groupes sont en attente d'accréditation. Et maintenant le cadre d'évaluation est presque complété de sorte que nous pourrions les suivre petit à petit.

Également, nous voulons, avec votre collaboration, développer d'autres formules plus adaptées à la pratique en milieu urbain, où on sait que, pour plusieurs raisons, la formule de GMF ne semble pas recueillir l'adhésion des médecins qui exercent en cabinet, par exemple, sur l'île de Montréal.

Le rôle du département régional de médecine générale a été extrêmement positif — je crois qu'on peut le dire de façon commune — depuis son apparition. Nous voulons et désirons qu'il reste présent et qu'il continue d'être actif. Je retiens votre proposition d'intégrer le DRMG via son chef ou un représentant au conseil d'administration de l'agence régionale. Je crois que c'est une bonne façon d'encourager l'implication et la collaboration entre le monde des médecins en cabinet et le réseau public de santé et de services sociaux.

Je m'inscris cependant en différend avec vous sur la question de l'interprétation à donner au projet de loi sur la notion de centralisation ou décentralisation. C'est, à notre avis, entièrement l'inverse. Le projet de loi vise, en confiant la responsabilité d'une population à un

réseau local sur un territoire donné, à leur décentraliser le maximum de moyens et d'enveloppes pour mener à bien leurs missions, selon les résultats qui auront été donnés auparavant au niveau ministériel et par une gestion par programmes qui devrait, entre autres, suffire à protéger des missions plus sensibles.

Vous avez exprimé le souhait que le réseau hospitalier, le réseau des établissements locaux soit consacré de façon prédominante à l'hôpital. Dans les 40 établissements du genre qui existent déjà au Québec, à ce que je sache, ça ne s'est produit nulle part, à moins que vous puissiez nous donner des exemples concrets, et peut-être nous donner des idées sur la façon dont nous pourrions prévenir cette conséquence qui serait également, effectivement, une conséquence négative étant donné que nous voulons favoriser l'émergence de soins et de services de première ligne et de proximité.

Donc, à votre avis, comment pouvons-nous, en nous guidant sur l'expérience déjà accumulée, dans le futur, lors de l'apparition des futurs réseaux locaux, comment pouvons-nous nous assurer que cet écueil ne soit pas atteint?

M. Dutil (Renald): D'abord, M. le ministre, dans les 40 endroits ou 37 endroits, peu importe le nombre absolu, on parle, dans la plupart des cas, de petits milieux, et je l'ai mentionné, des hôpitaux de moins de 50 lits qui ont fusionné avec des CLSC, des CHSLD, c'étaient les mêmes personnes, les mêmes médecins, parfois même les mêmes infirmières qui travaillaient dans l'un et l'autre de ces établissements-là, un territoire restreint, une population, une MRC de moins de 50 000 habitants. Je pense que la fusion était tout à fait naturelle et répondait très bien aux priorités du milieu. Et ce n'est pas dans ces milieux-là que, je veux dire, l'approche hospitalocentriste pourrait se manifester. Je ne suis pas, là, du tout inquiet là-dessus.

Mais, quand j'arrive dans les grands milieux urbains, c'est tout à fait différent. Même dans nos hôpitaux qu'on dit communautaires ou régionaux, qui comportent quand même plusieurs centaines de lits dans un milieu comme Montréal... On peut aller à Québec, où là on a une problématique encore bien différente. À Québec, on n'a que des CHU, là, et ils sont écartés de cela. Mais, dans les grands milieux comme Montréal, que je connais bien, je crains beaucoup que, malgré la bonne volonté des uns et des autres, l'hôpital, un hôpital de 300 lits avec un budget, là, de plusieurs dizaines de millions, qui subit des problèmes de déficit, de budgets, etc., d'encombrement dans ses salles d'urgence, c'est évident que ce sont des problèmes qui vont prédominer au sein du conseil d'administration qui va être formé pour l'instance locale. Il y a là un danger.

Et on vous fait une recommandation d'ailleurs sur la composition du conseil d'administration de cette instance locale. Le projet de loi annonce que le directeur général de cette instance locale devra y siéger. On est en accord avec cela, mais on pense qu'il doit y avoir des représentants, là, de ceux et celles qui dispensent des soins de première ligne et, bien sûr, des patients également, là, donc d'un médecin mandaté par le CMDP, peut-être, et le département de médecine générale, représentant des CLSC, des CHSLD parmi les 14 autres personnes. Il faut absolument s'assurer qu'il y

ait un bon équilibre entre ceux qui oeuvrent principalement en première ligne, par rapport à ceux qui oeuvrent en deuxième et en troisième ligne.

Je veux bien me faire comprendre: les problèmes de l'hôpital sont très importants, on y travaille aussi comme médecins. Mais je veux dire, il faut faire attention de dire: L'hôpital, dans certains grands milieux, va devenir responsable d'organiser les soins et services de première ligne. Malgré toute la considération que j'ai pour nos dirigeants d'hôpitaux — et j'en ai été un — je ne pense pas qu'ils ont l'expertise qu'on retrouve dans d'autres milieux pour bien organiser, bien réseauter les soins et services de première ligne.

Alors, ça, c'est une préoccupation qu'on a. Va-t-elle se réaliser? Je souhaite que non, mais il faut vraiment, là, prendre ses précautions si on va de l'avant avec le projet de loi n° 25, particulièrement au niveau de la composition du conseil d'administration.

L'autre préoccupation, nous vous l'avons exprimée bien fort, c'est de forcer des fusions, de changer les structures comme première étape, alors que, nous, on pense qu'il faudrait faire ça en deuxième étape; d'abord, réaliser un plan d'organisation clinique.

● (15 h 30) ●

M. Couillard: Et là ça nous ouvre à une discussion tout à fait intéressante parce que le projet est centré autour d'un principe fondamental auquel je pense que vous souscrivez, ou, si vous n'y souscrivez pas, on pourra l'entendre, qui est le principe de la responsabilité populationnelle, de confier à une organisation, sur la base d'un territoire... Et, en passant, c'était l'essence même de la recommandation 33 de la commission Clair, dont on n'a cité dans votre mémoire qu'une petite partie, mais le reste de la recommandation est clair là-dessus, quand on parle d'une gouverne initiée, de regrouper les trois missions sous une gouverne initiée et au besoin même... Le rapport Clair a été encore plus directif que nous ne le sommes parce qu'il parlait d'imposer, via la régie régionale, des modèles au bout de tant de mois s'il n'y avait pas, je dirais, de succès dans le regroupement, alors que, nous, on préfère faire confiance aux régions ou aux différents milieux pour voir émerger ces différents modèles.

Donc, cette notion de responsabilité populationnelle sur un territoire pour l'ensemble des missions, si on y souscrit, comment peut-on l'actualiser? Je veux bien croire qu'effectivement on peut dire qu'on va organiser les services puis ensuite faire les structures, mais, si à la base de l'organisation de services il y a le principe de responsabilité populationnelle, comment est-ce qu'on peut faire ça si on n'ajuste pas immédiatement la structure à cette notion-là?

M. Dutil (Renald): M. le ministre, on souscrit bien sûr à cette notion de responsabilité populationnelle. On n'a aucune difficulté avec cela. Là où on diverge d'opinions avec le projet de loi n° 25, c'est sur le processus choisi pour en arriver à ce qu'on assume cette responsabilité populationnelle. Et comment est-ce qu'on peut y arriver? Regardez l'exemple de certaines régions.

Je vais citer la région de Laval, qui est une grande région urbaine, je veux dire, où progressivement, patiemment, depuis les deux, trois dernières années, on a mis en place un réseau intégré de services qui n'est pas

encore parfait, bien sûr, qui est encore en cheminement, mais on a réalisé énormément de choses à l'échelle de l'île de Laval. Il y a quand même 300 000 de population là-dedans, là. Mais on n'a pas encore modifié les structures. On n'en est pas encore rendus là. Éventuellement, ça peut déboucher sur une fusion des structures. Ça va être naturel qu'à un moment donné on veuille fusionner des structures à Laval, mais il y a là une démarche, il y a un projet collectif, il y a des consensus, et ça, c'est beaucoup plus porteur de bons résultats que de planifier du haut vers le bas et d'arriver et d'imposer, je veux dire, dès le départ des changements de structures.

M. Couillard: D'ailleurs, l'expérience de Laval est très intéressante pour ce qui est de la relation entre les cabinets de médecins et les réseaux publics. On a assisté à l'émergence d'un très beau modèle là-bas, puis je pense qu'il faut rendre grâce aux acteurs sur place qui ont fait ça.

Mais je reviens à ma question: À partir du moment où on a déterminé qu'il y a une responsabilité populationnelle, à partir du moment où on va déterminer qu'il doit y avoir décentralisation des moyens et gestion par programmes avec approche par résultats, quel autre moyen existe-t-il que l'unification de la direction administrative pour arriver à ce but-là? Il me semble que l'un exclut l'autre. Si on décide qu'on n'a pas de direction unique sur le territoire à qui on confie la responsabilité globale et la décentralisation des moyens, il y a une contradiction flagrante et, pour nous, il y a une relation, là, directe entre les deux.

M. Dutil (Renald): Oui, mais on vous a dit dans notre mémoire que la loi actuelle possédait déjà les outils pour réaliser des réseaux, et c'est vrai. Pourquoi ces réseaux ne se sont-ils pas réalisés au rythme où on l'aurait souhaité? Deux raisons: la volonté politique n'était pas suffisamment forte — elle n'était pas contre, mais elle n'était pas suffisamment, là, manifeste à cet égard; deuxième grande raison, le manque de ressources.

Par contre, la responsabilité professionnelle, on peut en discuter longuement. Est-ce à dire qu'on devra inscrire la population à ces réseaux locaux de services de santé et services sociaux? Il y a beaucoup de questions là qui sont soulevées par le projet de loi n° 25. Et j'ai terminé ma présentation en soulevant une question: Quel est l'agenda du ministre en arrière du projet de loi n° 25? Est-ce qu'on va parler d'inscription de la population à ces réseaux locaux de soins et de services d'ici un an, deux ans, trois ans? Je vous renvoie la balle, M. le ministre.

M. Couillard: Et je vais vous répondre très clairement et très simplement là-dessus: En aucun cas ne s'agit-il ici d'une restriction d'accès. Jamais nous ne demanderons à la population de s'inscrire à un réseau local et d'en demeurer prisonnier et de voir limité son accès au libre choix du médecin et de l'établissement.

Ce que nous offrons avec ce projet, c'est plutôt une garantie de services continus sur un territoire donné et surtout les services de proximité de première ligne, lorsqu'ils doivent être disponibles près du domicile des

gens, et les services pour les clientèles vulnérables particulièrement. Donc, c'est une garantie de services continus et non pas, en aucune façon, une restriction à l'accès. Et je peux vous rassurer immédiatement là-dessus: il n'y a pas d'agenda d'inscription d'une population à un territoire dans le même réseau local et de limitation de la migration et de la mobilité des gens. Ça n'a jamais été le but poursuivi ici.

Maintenant, je pense qu'un des éléments capitaux des prochains mois, Dr Dutil — puis vous avez offert, je pense, clairement votre désir de collaborer, à la fin de votre mémoire, là-dessus — c'est d'établir la relation justement ou de clarifier la relation entre les cabinets de médecins surtout et les réseaux locaux de services. On a l'expérience de Laval qui est un bon guide, les groupes de médecine de famille en région. Là se pose véritablement le problème particulier de la pratique médicale urbaine.

Alors, en pratique urbaine, comment voyez-vous l'établissement de cette relation-là? Je sais bien qu'il existe des problèmes de ressources et d'effectifs; on en connaît tous la cause, là. Mais, dans l'état où on est actuellement, comment voyez-vous l'évolution de la relation, que nous voulons non directive, que nous voulons établir en collaboration avec les médecins? Dans quelle direction devrions-nous aller pour établir cette relation?

M. Dutil (Renald): Bon, d'abord, permettez-moi un commentaire sur «garantir les services». Il va falloir que les ressources existent pour garantir les services, M. le ministre. Parce que ce à quoi on se butte principalement, c'est une pénurie de ressources. Et je suis d'embêlée, là, d'accord avec vous de garantir des services. Y aura-t-il des ressources pour offrir ces services au moment où on en a besoin? Comment peut-on, dans un grand milieu urbain comme Montréal, par exemple...

Je pense que, encore là, il faut construire à partir de consensus. Il y a des projets intéressants pour la région de Montréal qui ont été mis sur la table — et je pense que vous les connaissez — ce qu'on appelait — peu importe le nom qu'on leur donne — point d'accès ou clinique pivot, peu importe, le point, le dénominateur commun est le même. C'est-à-dire que, dans un territoire donné, je veux dire, les cliniques médicales, les CLSC de ce territoire, des établissements également, par le biais d'ententes, de corridors de services qui vont s'établir, font une offre de services, garantissent une offre de services à la population de ce territoire-là sans viser l'inscription d'une population à un tel territoire. Alors, déjà, il y a des projets sur la table qui existent et sur lesquels il faudrait construire.

Il y aura des ressources requises, qui ne sont pas énormes quand on regarde, là, les projets qui sont devant nous pour une si large population, mais il y a déjà plusieurs initiatives qui ont été prises et par la Régie de Montréal-Centre et par l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal. Alors, je pense que c'est à partir de ces projets-là qu'il faut construire.

Si vous arrivez d'ici un an, puis vous dites: Je fusionne Fleury avec les quatre CLSC de ce territoire-là et les quelques CHSLD, et voilà, là, fonctionnez ensemble, on va avoir de très sérieux problèmes, de très

sérieuses résistances. Parce qu'il y a des corridors de services, par exemple, qui ne sont pas liés au secteur géographique comme tel et il y a des habitudes, là, de consommation des soins de santé, il y a des habitudes de dispensation des services, il y a des clientèles particulières également qui exigent d'autres types de corridors. Et vous savez fort bien ça.

Alors, c'est pour ça que ça nous apparaît extrêmement important de construire des réseaux à partir du bas vers le haut et sur mesure. Et ça, je pense que le sur-mesure, vous le voulez; c'est au niveau des structures que, au départ, vous voulez imposer une structure uniforme à peu près partout.

M. Couillard: Sur le plan de Montréal, je pense que votre exposé est tout à fait véridique. Et, en fait, je voudrais juste préciser que, nous, c'est la démarche inverse qu'on veut suivre, qu'on donne la mission aux régions de se doter de territoires de desserte avec une garantie de services et une responsabilité décentralisée pour toute la population, et on veut recevoir des régions les différents modèles qui émergeront avec les principes de base que j'ai évoqués tantôt. Il est clair que, pour Montréal, il va falloir avoir beaucoup, je dirais, de discernement et d'ouverture d'esprit et ne pas rester de façon dogmatique attachés à un modèle particulier. On a déjà donné plusieurs fois le signal clair dans ces directions-là parce qu'un autre point qu'on n'a pas touché, c'est le point des communautés culturelles et anglophones, particulièrement à Montréal, qui doit être pris en considération.

Je suis au courant, effectivement, des projets que vous mentionnez, et il y en a un dans l'est particulièrement qui m'apparaît extrêmement prometteur. Mon souhait est de voir ce genre de projet là émerger et se développer plus à Montréal.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, M. le ministre, c'est tout le temps...

M. Couillard: Ah! Pas une dernière question? Non? O.K.

Le Président (M. Copeman): Bien, écoutez, on a déjà dépassé les 15 minutes, légèrement.

M. Couillard: Merci, Dr Dutil, au plaisir de vous revoir.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

● (15 h 40) ●

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. J'accueille avec beaucoup d'intérêt le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Dr Dutil, le Dr Godin ainsi que le Dr Rodrigue, et je crois qu'il y a également un juriste qui vous accompagne. C'est bien ça.

Alors, vous disiez d'entrée de jeu dans votre mémoire, Dr Dutil — et je cite — à la page 2: «La FMOQ regrette que le projet actuel ne fasse pas l'objet d'un débat plus large quant à son contenu et aux enjeux qu'il soulève pour l'avenir.» Je dois vous dire que c'est

partagé par la majorité, je pense, des organismes qui présenteront un mémoire devant cette commission, d'autant plus que nous sommes à la fin de la session parlementaire, nous partirons d'ici trois semaines pour l'ajournement de Noël, et qu'une fois soustraite cette semaine de consultations il restera deux semaines pour entreprendre l'étude d'un projet de loi qui n'a pas encore été appelé par le gouvernement en discussion à l'Assemblée nationale.

Alors donc, j'apprécie votre expertise. Vous êtes sur le terrain et vous nous parlez avec franchise; elle peut paraître parfois brutale, mais je crois que nous l'apprécions, nous tous qui sommes dans cette commission.

Vous donniez l'exemple de l'Hôpital Fleury, n'est-ce pas, et vous parliez des quatre CLSC environnants. Je vérifiais dans le tableau des hôpitaux les plus fréquentés par la population de chaque territoire pour CLSC. Prenez, par exemple, Ahuntsic. Ce n'est pas à l'Hôpital Fleury, finalement, que la population va... fréquente le plus pour des services hospitaliers, c'est Sacré-Coeur, et je comprends que, comme hôpital affilié universitaire, Sacré-Coeur ne serait pas dans la réforme.

C'est dit, mais ce n'est pas écrit, parce que, quand on regarde le projet de loi, article 25, on dit «doit comprendre»: «Un regroupement doit comprendre un centre hospitalier, un centre de soins de longue durée et un CLSC.» Alors là il y a évidemment un article qui dit «exceptionnellement, il pourrait ne pas comprendre», mais la question que je pose: Est-ce que l'exception peut devenir la règle, à ce moment-là, à Montréal et est-ce que l'exception va devenir la règle à Québec, incidemment?

Parce que, si la situation à Montréal appelle le commentaire du ministre, Québec a une situation encore plus évidente, puisque tous les établissements qui sont surspécialisés qui desservent ou spécialisés qui desservent tous l'est de la province, on ne peut pas les intégrer dans un réseau local. Et c'est dit par le P.D.G., le président-directeur général de la Régie qui va devenir l'agence. Donc, on va mettre Québec de côté, on met Montréal de côté et on verra avec la Montérégie; les mêmes arguments, les mêmes problématiques sont invoquées. Alors, c'est pour qui, finalement, n'est-ce pas?

Pour les territoires que vous avez décrits, nous avons reçu le président, M. Truchon, d'un centre de santé à La Baie, qui nous a bien expliqué la fierté qu'il a — avec raison — de gérer un centre, qui s'adresse à 25 000 de population avec 25 lits de courte durée, avec une belle intégration des services sociaux.

Alors, la question, vous la posez à la fin de votre mémoire et je pense qu'elle se pose toujours malgré la réponse du ministre. Peut-être n'a-t-il pas eu le temps, alors je vous demanderais peut-être de nous en parler plus. Vous dites: «Les réseaux locaux sont-ils le prélude à une sectorisation de l'ensemble des services de santé et à une inscription de tous les Québécois à l'un ou l'autre des réseaux locaux? Se retrouvera-t-on devant des faits accomplis au moment de discuter de la Loi sur les services de santé et les services sociaux?» Si ce n'est pas le cas, alors pourquoi tout ce brassage? Parce que la loi actuelle les permet, ces centres de santé, en respectant les territoires des CLSC et les missions concernées.

Pourquoi alors tout ce brassage, puisque la loi va s'adresser à des populations à qui ça ne convient pas, alors que la loi actuelle s'adresse à des populations à qui ça convient?

M. Dutil (Renald): Je n'ai pas de réponse absolue, Mme Harel, puisque nous posons la question. On parle de réseaux locaux de services. Un réseau local de services ou un réseau de services — et j'enlève le mot local — fait référence à un ensemble de services de première ligne, des soins médicaux, bien sûr, mais également des services sociaux, des services de prévention, des services à domicile et des services de deuxième et de troisième ligne. Donc, un réseau local, peu important les modalités qu'on lui donne, devra établir par entente des corridors de services avec des établissements en mesure de lui fournir de tels services de deuxième et de troisième ligne également.

Or, quand on arrive dans des grands milieux comme Montréal ou Québec où on n'a plus d'hôpitaux communautaires, Sherbrooke où on n'a que le CUSE maintenant, je n'ai pas de réponse; la réponse, elle appartient au ministre. Est-ce que ces établissements seront mis hors de ces réseaux locaux? Ces établissements fournissent des services communautaires, ils jouent le rôle d'hôpital communautaire. Dans Maisonneuve-Rosemont que vous connaissez bien, Mme Harel, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est un centre hospitalier universitaire affilié. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de tout temps, a aussi dispensé des services d'hôpital communautaire et régional, et ça devra se continuer ainsi, sinon on aura de très sérieux problèmes.

Comment va-t-on faire l'architecture de ces réseaux? Il faut y travailler, bien sûr, même si les difficultés sont là. Mais comment va s'insérer le projet de loi n° 25, avec les fusions qu'il dicte, dans l'architecture que la Régie Montréal-Centre ou la future agence régionale de développement des services de santé et services sociaux de Montréal-Centre... Comment cela va-t-il s'agencer? Je n'ai pas de réponse à cela, mais c'est une situation très différente des milieux où on a fusionné de tels établissements. C'étaient des milieux très différents.

Et voilà pourquoi, nous, on dit que l'approche du projet de loi, elle est trop autoritaire, elle semble privilégier les structures, alors qu'on aurait été fort satisfaits d'une volonté ministérielle manifeste pour obliger nos régies régionales à mettre sur pied de tels réseaux sur mesure, tenant compte des réalités de leur milieu. Et, à la suite, s'il faut fusionner des établissements, on les fusionnera. Et d'ailleurs la loi le permet dans le moment. On n'aurait pas eu besoin du projet de loi n° 25 pour le faire.

Le ministre a parlé tout à l'heure de responsabilité populationnelle. Dans toutes mes lectures, la responsabilité populationnelle fait la plupart du temps référence à une forme d'inscription de clientèle. Et le ministre nous dit: Non, il n'en est pas question. Alors, j'ai un peu de difficulté à suivre l'agenda du ministre là-dedans.

Mme Harel: Je suis heureuse que vous parliez de Maisonneuve-Rosemont. Voyez-vous, je ne voulais

pas parler d'Hochelaga-Maisonneuve, mais il est évident que la première chose que j'ai vérifiée, c'est quel hôpital fréquente la population d'Hochelaga-Maisonneuve. Et je me rendais compte que, en premier lieu, c'est le CHUM, à 40 %, ensuite Maisonneuve-Rosemont, à 30 %, et le premier hôpital, si vous voulez, le plus fréquenté par la population, qui correspondrait au profil de fusion d'établissements du projet de loi, c'est Santa Cabrini, à 5 % seulement. Ça signifie que la population, dans d'Hochelaga-Maisonneuve, comme dans Ahuntsic, comme dans Notre-Dame-de-Grâce... Parce que j'ai les chiffres pour Notre-Dame-de-Grâce que j'aurai le plaisir de vous donner, M. le Président, mais... Donc, Maisonneuve-Rosemont va demeurer un hôpital... le grand hôpital dont on est fiers, qui dessert la population.

Nous avons aussi une expérience d'entente intervenue entre les neuf CLSC, les 14 CHSLD, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et les trois autres hôpitaux du territoire, si vous voulez, de l'est, c'est-à-dire Santa Cabrini, Fleury et Jean-Talon. Ce protocole d'entente existe depuis sept ans. Il assure la continuité de services recherchée par le ministre, l'approche territoriale, également l'approche de responsabilité, n'est-ce pas, qu'il recherche aussi. Et c'est évident parce que...

Je pourrais le déposer pour, disons, par intérêt pour... Parce que je suis certaine qu'il y a bien des membres de la commission qui aimeraient savoir comment il serait possible de faire les choses autrement, tout en poursuivant le même objectif. Et d'autant plus que, dans ce programme qui s'appelle MATCH, qui s'intitule Partenariat CLSC-centres hospitaliers, on y répertorie plusieurs belles expériences à Sherbrooke, à Laval et à Joliette.

Alors, avec votre consentement, M. le Président, je vais donc déposer ce programme. Peut-être pouvez-vous, Dr Dutil, nous relater des ententes qui font en sorte que les populations peuvent être assurées d'une certaine continuité de services?

M. Dutil (Renald): Écoutez, il y en a plusieurs, ententes, qui existent, là, des ententes pour créer des corridors de services par exemple entre un hôpital communautaire et un hôpital régional ou universitaire. Alors, à l'échelle du Québec, il y en a plusieurs, de telles ententes, qui existent.

Je vous ai dit tout à l'heure que le diagnostic du ministre était juste lorsqu'il disait que les plus grandes difficultés qu'ont un patient et les médecins qui le traitent, c'est un cheminement harmonieux à l'intérieur des divers paliers de niveaux de soins. Les plus grands obstacles souvent, c'est les ressources qui ne sont pas là. Et il y a d'autres obstacles aussi, là. Parce qu'on n'a pas d'entente de services, de corridors, de tracés, des hôpitaux qui disent: Non, je ne peux pas le prendre, moi, qu'il aille ailleurs, je suis trop comblé.

Il faut mettre fin à cela. Et voilà pourquoi, nous, on va soutenir, là, je veux dire, des réseaux qui incluent des ententes de services avec divers types d'établissements pour que le médecin ou n'importe lequel intervenant de la santé, lorsqu'il traite un patient, sache exactement où le diriger lorsqu'il a besoin de tels services. Ça, nous en sommes. Mais nous sommes assez loin des fusions forcées que propose le projet de loi n° 25.

Mme Harel: Vous appuyeriez des ententes de services obligatoires?

• (15 h 50) •

M. Dutil (Renald): Oui. Je veux dire, on va regarder les modalités, mais certainement qu'on va appuyer des ententes de services obligatoires à un moment donné pour s'assurer que nos patients aient accès à de tels services, là, à divers niveaux de soins.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, votre document est déposé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Je ne voudrais pas qu'on se quitte sans que vous nous parliez des RUIS. L'Association des hôpitaux du Québec en a parlé également dans des termes assez semblables aux vôtres, à savoir que ça n'existe pas encore ni légalement ni formellement, et le projet de loi subordonne l'acceptation, ce genre de chose, au RUIS. Vous dites à la page 11 de votre mémoire: «...que le plan d'effectifs médicaux d'un RUIS, au niveau de sa région universitaire, n'ait pas pour effet de réduire le plan régional des effectifs médicaux d'une région extra-universitaire avec laquelle il établit des corridors de services.» Bon. C'est un langage d'initié, mais dites-nous de quoi il en retourne.

M. Dutil (Renald): Je demanderais au Dr Rodrigue de commenter cette question, il connaît particulièrement bien ce dossier.

M. Rodrigue (Jean): En fait, au niveau des plans d'effectifs, ce qu'on craint, c'est que, vous savez qu'un des problèmes... On parle beaucoup de pénurie d'effectifs ces temps-ci, on est particulièrement sensible à ça, il manque encore 800 omnipraticiens au Québec, mais il manque... Dans beaucoup de régions, un des éléments qui militent en défaveur de la rétention des médecins omnipraticiens dans ces régions-là, c'est l'absence de médecins ou la pénurie de médecins spécialistes aussi.

Ce qu'on craint avec les RUIS, c'est que les RUIS décident unilatéralement d'en haut — c'est peut-être le lieu du milieu universitaire, mais d'en haut — de la façon dont les services seront organisés, et, par exemple, qu'on prenne une masse critique dans certaines spécialités qui, à partir de Montréal ou à partir de Québec, irait faire du missionnariat, si je peux dire, dans les régions éloignées. Et donc, finalement, on se retrouverait dans des situations où, dans les régions éloignées, ne resteraient que les omnipraticiens et des spécialités de base, mais le noyau, je dirais, plus élaboré de la médecine spécialisée pourrait être absent au bénéfice de masses plus importantes dans le milieu universitaire. Et tous ces éléments-là ne sont pas précisés dans la loi.

Et ce qui est d'autant plus inquiétant, c'est que les réseaux locaux doivent ajuster leurs plans de services à celui du réseau universitaire intégré — en tout cas, c'est ce qui est marqué dans le projet de loi. Et ça, ça nous inquiète parce que, comme on l'a mentionné — puis pour avoir lu quelques-uns des mémoires de

nos partenaires, ça semble être partagé — dans le fond, ces RUIS là n'ont pas actuellement d'existence, si je peux dire, légale. On a même certaines...

C'est sûr que, actuellement, c'est à l'étape de projet, mais, quand on entend ce qui se passe dans certaines régions, on est en train déjà de découper le Québec et non seulement de découper le Québec, mais de déterminer des corridors de services. Et, parfois même, ce qu'on parle, c'est de détruire des corridors qui existent déjà, par exemple, entre Saint-Jean puis l'Hôpital Notre-Dame, pour ce qui est des patients qui sont victimes d'infarctus, au bénéfice d'un nouveau corridor qui partirait de Saint-Jean puis qui prendrait à peu près trois fois plus de temps de transport pour se rendre à Sherbrooke.

Alors donc, ces discussions-là se déroulent en catimini et les gens n'ont pas vraiment de place pour ça. C'est pour ça que nous recommandons dans le mémoire que le RUIS, son plan d'organisation en ce qui a trait à chacune des régions soit accepté par la région et non seulement que ce soit la région qui soit obligée de s'adapter au RUIS. Et, dans le projet de loi, tout qui est fait mention, c'est que les RUIS déterminent leurs offres de services et que les réseaux locaux n'ont d'autre choix que de s'ajuster. Et, nous, on pense que ça devrait être modifié.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, ça termine le temps imputé à l'échange. Alors, merci, Dr Dutil, vos collaborateurs, d'avoir participé à cette commission parlementaire. Et j'invite la Fédération des médecins spécialistes du Québec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Bienvenue à la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Dr Dugré, vous aussi vous êtes un habitué. Je vais simplement vous demander de présenter les gens qui vous accompagnent. Vous avez 15 minutes pour faire votre présentation et un échange de 15 minutes de chaque côté de la table par la suite. La parole est à vous.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

M. Dugré (Yves): Merci. M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs les parlementaires, la Fédération des médecins spécialistes du Québec désire remercier cette commission de lui offrir l'occasion d'exprimer son opinion sur le projet de loi n° 25.

Je suis accompagné du Dr Denis Soulières, qui est conseiller à la Fédération et hémato-oncologue au CHUM, pavillon Notre-Dame; le Dr Jean Montreuil, à ma droite, est un conseiller au conseil d'administration et anesthésiologiste au CHA Enfant-Jésus; et Me Sylvain Bellavance, directeur des affaires juridiques à la Fédération.

La Fédération regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire affiliées à la Fédération. La mission est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres. Cette mission ne peut s'accomplir

pleinement sans une participation aux décisions entourant l'organisation des soins de santé. Rappelons que plus de 95 % des médecins spécialistes oeuvrent en milieu hospitalier et se sentent donc interpellés par toute législation touchant l'organisation des soins médicaux en établissement.

La Fédération souhaite faire part aux membres de la commission de certains commentaires généraux et particuliers suite à l'étude du projet de loi. Ce projet de loi soulève des interrogations, et des points sont certainement à clarifier.

Du côté des remarques générales, le principal objectif du projet de loi, soit mettre en place une organisation de services intégrés, est louable et nous ne pouvons qu'y souscrire. La Fédération, d'ailleurs, est prête à travailler dans le sens d'une hiérarchisation des services visant leur intégration et évitant les dédoublements. Les médecins spécialistes travaillent d'ailleurs en ce sens, comme en font foi leurs travaux sur les effectifs médicaux actuellement, leurs ententes intervenues avec le ministère et leurs mémoires antérieurs.

Cependant, à l'instar, je crois, de plus de 50 % des Québécois, la Fédération s'attendait à voir dans ce projet de loi une transformation autre que cosmétique des structures actuelles, voire l'annonce d'outils favorisant les réseaux naturels déjà établis. Or, sauf pour un changement de nom, ces structures actuelles restent inchangées dans leur nombre, leur composition et leur fonctionnement.

Concernant justement les régies régionales et leur transformation en agences de développement, le projet de loi précise qu'une agence exercera en lieu et place d'une régie régionale les pouvoirs, fonctions et devoirs que la loi confie à celle-ci. Nous nous interrogeons justement sur la nécessité de cette partie du projet de loi. En effet, les régies régionales sont essentiellement reconduites avec un nouveau nom. Lorsque la pertinence des régies régionales actuelles est remise en doute, on se réfère moins à leur appellation qu'à leur coût d'exploitation et à leur faible capacité à comprendre les milieux de dispensation de soins avant de prendre des décisions structurantes.

Dans son mémoire à la commission Clair, la Fédération proposait d'ailleurs une réduction du nombre de régies régionales et un transfert des coûts importants d'exploitation de cette bureaucratie aux soins des patients. Ça nous amène à demander vraiment si ce projet de loi n° 25 n'est pas simplement un prélude à un autre projet de loi éventuel plus costaud et non clairement annoncé dans le projet de loi actuel.

● (16 heures) ●

La Fédération trouve ce projet de loi ambigu parce que le projet de loi énonce de grands principes, crée des réseaux locaux, fusionne des établissements, mais il est vague dans ses définitions et dans les moyens pour réaliser ses objectifs. Une des institutions auxquelles il fait référence, à savoir les réseaux universitaires intégrés de santé, RUIS, n'existe pas encore.

Comment seront créés les RUIS? À partir de quoi? Quels seront leurs rôles et leur imputabilité? Ce modèle a-t-il déjà été prouvé ailleurs ou innove-t-il complètement? Sera-t-il efficace, efficient, voire fonctionnel? Est-ce que les doyens des quatre facultés de médecine deviendront les responsables de la dispensation des soins

de santé et des services sociaux dans leur zone d'influence respective, sur un territoire québécois partagé en quatre parties égales ou inégales? Est-ce que les doyens deviendront les supérieurs hiérarchiques des directeurs généraux des agences et des établissements? Prévoit-on pour les doyens un nouveau rôle dans les plans de répartition des effectifs médicaux spécialisés? Quel est le lendemain de ce projet de loi? Pourquoi n'indique-t-il pas les directions futures? Quelles seront les suites eu égard à la Loi sur les services de santé et les services sociaux?

Et le projet de loi, quant à nous, il est également vague en ce qui a trait au rôle du médecin dans toute l'organisation. Quant au rôle du médecin, la lecture de ce projet de loi ne permet pas de voir le rôle fondamental du médecin dans l'organisation et la prestation des soins. La Fédération réitère qu'elle croit fermement que le médecin doit être au centre des prises de décisions et des ententes de services relatives aux soins médicaux. Son rôle ne se résume pas à être l'intervenant premier de la relation patient-médecin.

Or, jusqu'à maintenant, la Fédération des médecins spécialistes a été ignorée dans l'élaboration du projet des RUIS. S'il est prévu, à l'article 27, que «l'agence effectue des consultations, notamment auprès des établissements concernés, du département [...] de médecine générale», il semble qu'on ait omis une référence spécifique à la nécessité de consulter les médecins spécialistes. Nous souhaitons donc nous assurer que soit prévu un mécanisme de consultation auprès de la Fédération. D'autre part, toujours dans la question du rôle du médecin, le projet de loi ne distingue pas les services médicaux de première ligne des services autres que spécifiquement médicaux.

Concernant la création des réseaux locaux et des fusions d'établissements, comme la création de réseaux locaux amène subséquemment une fusion d'établissements, nous commenterons ensemble réseaux et fusions. Disons d'abord que «réseau» ne devrait pas correspondre à «sectorisation» — je pense que mon collègue le Dr Dutil l'a mentionné tantôt — comme ce fut le cas, cette sectorisation, dans la dispensation des soins en psychiatrie, créant pour les patients des ghettos imperméables entre eux et brimant la liberté des patients dans leurs choix de leurs médecins ou de leurs lieux de consultation et de traitement.

Disons ensuite que ce modèle semble plus facile à réaliser en région. On se demande vraiment comment ce modèle sera applicable dans la grande région de Montréal, où vit la moitié de la population québécoise et qui possède de nombreux centres hospitaliers, dont plusieurs universitaires, lesquels semblent exclus du projet de loi. Nous osons dire et osons croire que toutes ces imprécisions sont là pour préserver les différentes réalités régionales ou sous-régionales.

Le regroupement sous une seule autorité fonctionnelle de plusieurs niveaux d'établissements de prestation de soins nous apparaît nécessaire, et les médecins devraient avoir une place importante dans la mise sur pied de ces réseaux. Cette consolidation peut en effet favoriser de meilleurs services médicaux spécialisés. La réduction des temps d'hospitalisation est souhaitée par les patients, les médecins et les gestionnaires des centres hospitaliers. Grâce à de nouvelles

technologies plus sécuritaires, moins invasives et plus confortables pour les patients, de plus en plus d'exams, de traitements et de chirurgies d'un jour sont rendus possibles.

Pour que les patients aient accès à des hôpitaux fonctionnels en matière de soins ambulatoires et que les médecins spécialistes puissent y travailler efficacement, une intégration et une planification des soins sont essentielles: instructions et préparation des patients en amont, instructions de départ et excellent suivi à domicile en aval. C'est ici que les CLSC pourraient particulièrement bien s'articuler avec les centres hospitaliers. Un lien fonctionnel doit exister entre les deux, avec un minimum de paliers d'autorité administrative. Cette union des forces contribuerait à la réduction des listes d'attente en rendant disponibles des lits de soins aigus, autrement occupés par des patients dont la convalescence peut se faire ailleurs.

Cependant, nous avons des inquiétudes sur l'utilité d'une nouvelle réforme et nous espérons qu'elle ne soit pas seulement administrative. L'intégration des soins ne se résume pas à des fusions des conseils d'administration, mais à la solution de problèmes de continuité de soins et de prise en charge, que ce soit par des fusions réelles d'établissements pour accéder à une même culture, qu'elle soit fonctionnelle à défaut d'être unique, ou encore par le biais d'ententes productives entre établissements, entre groupes de professionnels. D'une part, il faudrait s'assurer que les fusions ne soient pas dictées uniquement par les visées du Conseil du trésor, mais avant tout par les besoins de nos patients. D'autre part, le projet de loi ne montre pas comment ces fusions administratives garantiront une intégration des soins.

Et, à cet égard, une mise en garde s'impose: toute entente de services concernant les soins médicaux doit être convenue entre les médecins eux-mêmes. Ils sont en mesure d'évaluer si la demande peut être remplie de façon convenable en fonction des expertises présentes sur place, si les effectifs sont suffisants, si les équipements permettent une accentuation des activités, si les lits disponibles peuvent être gérés de façon à assurer une desserte de soins supplémentaires et si le centre référant a les capacités de reprendre en charge le patient après une intervention. Toute entente décidée par des administrateurs sans être passée par la première étape ne peut être fonctionnelle et mène nécessairement à une résistance et à une plus faible collaboration. Les ententes de services interétablissements sont non fonctionnelles si elles n'impliquent que les instances administratives et non les intervenants.

Enfin, ce projet de loi prévoyant des réseaux est muet quant au rôle des cabinets de médecins, omnipraticiens et spécialistes, où sont rendus une quantité importante de soins de santé. L'article 24 ne prend pas clairement en compte les cabinets de médecins, sans lesquels on ne peut mettre sur pied un réseau de soins intégrés. Les cabinets médicaux sont une réalité et un maillon essentiel dans la prestation des soins de santé à la population. Pour la prise en charge des patients et la continuité des soins, il est donc fondamental de mettre en complémentarité les deux systèmes, cabinets et établissements, et d'assurer entre eux un système de communication performant, avec partage d'informations

pertinentes. D'ailleurs, dans son mémoire à la commission Clair, la Fédération présentait son concept du cabinet affilié, qui fait appel à la synergie entre les cabinets médicaux et les établissements publics.

Maintenant, quelques remarques courtes, spécifiques, sur les conseils d'administration. La Fédération est d'avis que la représentativité médicale doit y être augmentée. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire devant cette commission, lors du dépôt du projet de loi n° 28, nous avions insisté sur la nécessité de faire une place plus grande à la présence des médecins au sein des conseils d'administration. Les grandes entreprises nomment à leurs conseils d'administration les personnes qui sont les plus aptes, de par leurs connaissances, leur expertise et leur expérience, à contribuer à relever les défis qui se présentent dans le domaine d'activité de l'entreprise. Dans le réseau de la santé, la même logique devrait être appliquée. Il nous importe donc de renforcer la présence médicale au sein du conseil d'administration et d'assurer la présence d'un médecin spécialiste.

Concernant la mission et l'article 23, cet article introduit le nouveau concept de réseau local de santé et services sociaux, mais reste très vague sur les moyens mis à la disposition de l'agence. Le projet de loi est muet sur le type et la quantité de ressources qui devront être déployées à cette fin.

Un point important, au paragraphe 2° apparaît le mot «garantir à la population». Il en a été question lors de la présentation antérieure. Cette garantie suppose une obligation avec un réseau déjà en pénurie de ressources financières et humaines. Cette obligation sera-t-elle assortie de contraintes? Fera-t-elle appel à une coercition, à des huissiers? Par ailleurs, les médecins auront-ils la garantie d'avoir, eux, les ressources nécessaires, les accès aux plateaux techniques et aux salles d'opération pour rendre aux patients les services dont ils ont besoin? Et enfin, lorsqu'on lit, au même paragraphe de l'article 23, «par le biais d'ententes», il s'agit d'ententes entre qui? entre conseils d'administration? entre DSP? entre départements cliniques? entre médecins? entre autres professionnels? Nous croyons qu'elles doivent nécessairement impliquer les intervenants de la base.

Cher M. le Président, on fait également référence au réseau universitaire intégré de santé. Cette structure existe-t-elle en réalité ou juridiquement? Comment une loi peut-elle faire référence à une entité dont on ne connaît ni les tenants ni les aboutissants et à laquelle on semble vouloir accorder une place centrale dans la prestation des soins.

● (16 h 10) ●

Enfin, dans le paragraphe 3°, pour ce qui est des mécanismes de référence, rappelons que le réseau de santé est déjà un réseau et que des voies de communication existent déjà, parfois de façon heureuse, parfois de façon moins heureuse. Des communications informelles entre médecins sont la principale voie de référence des patients vers des soins spécialisés ou surspécialisés ou, à l'inverse, une modalité de renvoi à un médecin de famille, de spécialité de base une fois l'intervention d'un spécialiste complétée. Ces voies de communication sont actuellement basées sur les désirs de trouver la solution la plus adaptée pour un patient.

Certains de ces liens entre spécialistes auraient probablement avantage à être formalisés pour profiter de ressources de soutien. Cependant, il demeure essentiel de convenir de certaines conditions ou éléments de convention à l'implantation formelle de tels liens.

En conclusion, M. le Président, la Fédération des médecins spécialistes du Québec favorise une intégration visant à assurer une meilleure accessibilité et continuité des soins offerts à la population québécoise, particulièrement dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre médicale spécialisée, qui force à éviter les dédoublements, à concentrer l'expertise et à bien gérer les effectifs médicaux spécialisés.

Cependant, la Fédération se demande comment un simple changement d'appellation de structures existantes permettra d'y parvenir. Elle ne retrouve pas dans ce projet de loi la promesse des ressources nécessaires qui garantiraient la prise en charge des malades en amont et en aval des épisodes de soins en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, où oeuvrent la très grande majorité des médecins spécialistes.

La Fédération tient à rappeler le rôle central du médecin dans la prise de décisions concernant l'organisation des soins et, à cet effet, rappelle qu'elle demande à être consultée sur les importants changements futurs, RUIS et autres, que semble annoncer, à mots couverts, ce projet de loi n° 25. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, Dr Dugré. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Dr Dugré, pour votre mémoire et votre visite aujourd'hui. Quelques brèves remarques d'introduction avant de passer aux échanges. Je vais réaffirmer ce que j'ai dit tantôt à ceux qui vous ont précédés à votre place, qu'il n'est en aucune façon ici question de limiter, de quelque façon que ce soit, le libre choix du médecin, ou du centre hospitalier, ou de l'établissement de la part du patient. Que ceci soit bien clair une fois pour toutes.

Vous avez également fait allusion à des événements historiques malheureux, où il y avait des huissiers qui allaient chercher les médecins chez eux. On s'éloigne... On s'est éloignés, lorsqu'on était dans l'opposition, de ce projet — vous vous en souvenez — et ce n'est certainement pas l'approche que nous voulons avoir dans l'organisation des soins et des services, même si on sait que des régions vivent des circonstances difficiles.

Quelques remarques également sur le palier régional. Nous croyons que ce palier régional est nécessaire. À partir du moment où il existe plus d'un réseau dans une région, il faut forcément qu'il y ait un palier pour arbitrer les différends et coordonner les soins. Et, à mon avis, il ne s'agit pas essentiellement d'un problème de nombre, mais de mauvaise répartition de responsabilités entre les paliers ministériel, régional et local. Et je pense que c'est principalement ça à quoi il faut s'attacher et faire les déplacements de budgets d'opération en conséquence des déplacements de responsabilités également.

Parce que vous parliez brièvement des budgets d'opération des régies régionales. Il faut réaliser qu'elles

représentent actuellement moins de 1 % du budget de Santé et de Services sociaux. En termes de coûts, ce n'est certainement pas quelque chose qu'on peut qualifier d'exorbitant, même si on pense qu'on devrait diminuer, je dirais, la grandeur ou la masse administrative au niveau régional pour en délester une bonne partie au niveau local.

J'aurais d'abord une première question à vous poser sur, justement, le parallèle que vous avez établi avec la situation des omnipraticiens, où nous disposons d'un interlocuteur naturel au niveau régional, à l'aide du département régional de médecine générale — vous me voyez venir, là: Qu'est-ce que vous avez à offrir comme solution ou comme interlocuteur qui serait l'équivalent du directeur de département régional de médecine générale, pour la médecine spécialisée, dans les différentes régions du Québec? Parce que, vous avez raison, ça nous prend un interlocuteur pour la médecine spécialisée autant que pour la médecine générale, sauf qu'actuellement il est difficile, dans l'état actuel des choses, de préciser quel serait cet interlocuteur. Alors, j'aimerais vous entendre à ce sujet.

M. Dugré (Yves): Nous nous étions opposés, dans la loi n° 142 justement, au département régional de médecine spécialisée sous la férule de la région régionale pour plusieurs raisons, et ce n'est pas parce qu'on est contre la concertation. On se rappelle que le département régional de médecine générale est venu sur une proposition de la Fédération des médecins spécialistes et après des discussions de plus d'un an et demi avec le gouvernement pour arriver à un projet. Le projet de loi n° 142, où on créait le département régional de médecine spécialisée, il s'agissait d'une copie collée d'un modèle fait pour... pas pour la médecine spécialisée. Donc, il a manqué certainement cette part de concertation. Parce que, évidemment, il y a 34 sortes de spécialités, il y a même des sur et des sous-spécialités. Donc, c'est un autre arrimage nécessaire.

Nous étions, nous, médecins spécialistes, dans une situation où nous étions déjà régis par des conseils de médecins et dentistes pour 95 % de nos membres qui sont dans un milieu hospitalier. Donc, on avait déjà une structure pour les plans d'effectifs médicaux, et la loi n° 142 était en vue de régler un problème d'effectifs médicaux. Nous avions déjà les mécanismes, étant déjà dans les hôpitaux, ayant déjà des plans régionaux d'effectifs médicaux. Donc, ce n'était pas une fin de non-recevoir à une organisation de concertation régionale ou sous-régionale. Mais ça peut se faire après discussion. Ça peut être vraiment sous-régional.

Il existe déjà des modèles plus naturels dans... on faisait allusion à la Monterégie tantôt et, déjà, on a parlé de triangle dans la Monterégie à l'occasion d'un événement de glace. Mais il y avait des triangles, par exemple, à Saint-Hyacinthe, Sorel et Pierre-Boucher. Jusqu'à un certain point, il y a déjà des mécanismes de concertation, il y a des pôles naturels à faire. Donc, ça peut se faire mais pas nécessairement à un modèle unique. Mais, oui, nous sommes prêts à discuter. Ce n'est pas une question de principe, d'avoir une organisation régionale ou sous-régionale, je tiens à le préciser.

M. Couillard: Nous, on n'a pas l'intention non plus d'imposer le type de modèle. Ce que je pense qu'on devrait avoir, à titre de gouvernement ou du ministère de la Santé, c'est un interlocuteur identifié pour la médecine spécialisée au niveau des régions et des sous-régions, et je crois comprendre de vos remarques que vous partagez cet objectif et qu'on pourra échanger dans le futur là-dessus pour déterminer le meilleur moyen d'avoir cet arrimage.

M. Dugré (Yves): C'est que le projet de loi... Et un des points majeurs que nous disons, c'est l'espèce d'ambiguïté que laissent planer, justement, les réseaux universitaires. On dit que les médecins spécialistes ont... Évidemment, il y a la moitié des médecins spécialistes qui sont à Montréal. Il y a la moitié de la population qui est là également. Quand on ajoute Québec et Sherbrooke, évidemment, la majorité, de par la spécificité de la médecine spécialisée, sont dans des milieux urbains, des milieux d'enseignement, des milieux universitaires, et il y en a un certain nombre en régions intermédiaires.

Et ce n'est pas dans l'intention de la Fédération de faire de l'impérialisme à partir de Montréal, ou de Québec, ou de Sherbrooke pour desservir les régions. Ce n'est pas dans la philosophie ni du conseil d'administration ni de la Fédération d'aller dans cette direction-là. Mais il y a une réflexion à prendre justement sur l'organisation, et c'est dans ce cadre-là que nous sommes prêts à discuter, M. le ministre, pour trouver une voie de discussion par rapport à ça.

Mais cette inquiétude vient du fait, justement, de ces réseaux universitaires dont on connaît peu de choses. Et quels seront leurs rôles justement dans les décisions? Seront-ils imputables? Quel sera le rôle du doyen? Et jusqu'à quel point seront-ils responsables des soins? Et l'interlocuteur que vous voulez avoir, la médecine spécialisée, va vraiment, nécessairement, avoir à s'harmoniser ou à s'intégrer au type de modèle universitaire que vous proposez par territoire. Et, dans ce cadre-là, je crois comprendre que nous serons appelés à discuter rapidement une façon de se comprendre dans ce dossier-là, parce que, pour nous, je vais vous le dire, la Fédération se sent exclue des discussions actuelles.

M. Couillard: Et j'ai également retenu... Ceux qui m'ont précédé ont parlé du même sujet, des réseaux universitaires, et ont exprimé le désir qu'on établisse clairement une relation qui serait bidirectionnelle. Et non pas seulement des réseaux universitaires vers les régions, mais également que ceux-ci, les réseaux universitaires, s'adaptent également aux besoins des régions et des localités. Je pense que c'est un excellent objectif, qu'on va retenir certainement suite aux délibérations qu'on a actuellement.

Vous avez parlé des conseils d'administration et vous souhaitiez une représentation accrue des médecins. Au niveau local, régional? Quelle forme ça prendrait? Est-ce que vous avez...

M. Dugré (Yves): Au niveau des agences, des conseils d'administration des agences. Là, il semble, quand on est médecin, qu'il y a seulement le médecin de la commission régionale qui a accès au conseil

d'administration, tous les autres sont des persona non grata. Je pense que c'est déjà une requête que nous avons faite, déjà, dans le projet de loi n° 28, et il s'agit de revoir et d'assurer la présence d'un médecin spécialiste, au moins. Parce que, là, quand on parle d'un médecin de la commission médicale régionale, ça peut être parfois un collègue omnipraticien, parfois ça peut être un médecin spécialiste. Mais, si on veut qu'on ait le plus d'expertises, au niveau de ces conseils d'administration, pour prendre des décisions pertinentes par rapport à des réseaux qu'on veut établir, je pense qu'on ne doit pas se priver d'expertises qui sont sur place et qui sont prêtes à y parvenir.

● (16 h 20) ●

M. Couillard: On a également parlé d'un sujet, moi, qui me préoccupe parce que, comme vous probablement, je l'ai vécu à titre professionnel les dernières années. C'est la question de garantie de corridors de services ou d'accès aux services spécialisés pour la population, où, moi-même, j'ai été pendant quelques années au bout du téléphone où on recevait les appels de référence, puis le médecin était souvent à son sixième ou septième appel avant d'être capable de référer un patient.

Puis, récemment, je dois vous dire, j'étais dans un hôpital de Montréal, l'Hôpital de Lachine pour ne pas le nommer, où il y a actuellement un problème, là, aigu de pénurie d'effectifs, où une des plaintes des médecins qui étaient là, des médecins de première ligne, c'est qu'ils n'étaient pas capables, même à Lachine, même sur l'île de Montréal, de trouver rapidement des milieux d'accueil pour des patients nécessitant des soins suprasspécialisés, dont la neurochirurgie en passant, par coïncidence, c'est les exemples qui m'étaient présentés.

Alors, quelles seraient d'après vous les conditions préalables à l'établissement... Je pense qu'on partage le même objectif, c'est que tous les citoyens du Québec ne soient pas soumis à cette sorte, je dirais, de presque odieux magasinage, actuellement, où le médecin référant est obligé de passer d'un établissement à l'autre avant qu'il y en ait un qui accepte son patient. Quelles seraient les conditions préalables pour qu'on mette en place cette garantie d'accès à des services spécialisés partout au Québec pour tous les citoyens?

M. Dugré (Yves): Le premier point, d'abord, ce serait de reconnaître ce qui se fait déjà. On le mentionne, il y a un réseau et il peut apparaître comme inapparent pour quelqu'un qui sort de l'ENAP, par exemple, parce que c'est un réseau informel, mais c'est un réseau réel, et il faut reconnaître ces réseaux-là, en faire l'inventaire et ne pas les renier. Donc, c'est le premier élément sur lequel on doit se baser et voir s'ils sont pertinents et s'ils peuvent être renforcés. Je pense qu'il faut miser déjà sur ce qui se fait.

Vous parlez d'un problème de Lachine, et il y en a probablement d'autres ailleurs, mais il y a réellement, aussi, un problème de pénurie au point de départ et d'organisation. Dans ce sens-là, nous sommes prêts à discuter, à voir comment on peut organiser justement ces corridors de services là. Est-ce que c'est... Je pense que l'intégration...

Je dois vous le dire, M. le ministre, nous sommes en faveur de l'intégration de réseaux locaux. Je

pense que ce point-là devrait se faire. Il ne s'est pas fait sur 30 ans de régime, mais, dans ce sens-là, il y a des leçons à tirer sur l'intégration et il y a des exemples dans le passé où les structures ne l'ont pas fait, les structures régionales ne l'ont pas fait. Est-ce que c'est par ineptie ou, à ma connaissance, manque de ressources? J'aimerais vous faire un exemple. Le Dr Soulières vous donnera un exemple d'intégration qui partait de médecins et qui a réussi, et je pense que c'est une des conditions dans lesquelles on devrait s'engager.

M. Soulières (Denis): En fait, je pense que, pour reprendre l'exemple de Montréal, à prime abord, avant de tomber dans l'exemple spécifique, la fusion n'est pas nécessairement le meilleur exemple qui fait en sorte qu'on assure les services. Je suis dans un hôpital qui a sa part de problèmes, qui est le CHUM, où, même à l'intérieur du CHUM, il est difficile même de transférer un patient d'un hôpital du CHUM à un autre. Donc, je ne pense pas que c'est nécessairement le modèle de la fusion qui vient régler toutes ces notions-là. C'est seulement avec le temps et l'apprentissage entre les gens qu'on arrive à faire ça.

L'exemple auquel réfère le Dr Dugré est celui qui a été imposé finalement par la commission Krever, où, compte tenu du scandale du sang contaminé, il y a eu des exigences par rapport à la médecine transfusionnelle pour assurer la sécurité des produits sanguins. Et il y a eu constitution au Québec d'un comité de médecine transfusionnelle, constitué principalement d'hématologues, qui en est venu avec différents modèles quant aux types de ressources qui devraient être disponibles dans chacun des établissements où il y a une banque de sang, pour assurer qu'il y a un suivi continu de tous les patients qui reçoivent des produits sanguins.

Le modèle a été très difficile parce qu'on avait affaire, dans chacun des établissements, avec des modèles de fonctionnement qui étaient différents. Mais, au bout de quatre à cinq ans, les gens sont presque à réussir une implantation d'un modèle qui va faire en sorte qu'il y aura une certaine intégration qui favorisera le fait qu'il y aura une desserte de médecine transfusionnelle qui est très adéquate au Québec.

Donc, ce sont des médecins qui, en dehors d'un cadre strictement régional ou d'une agence, se sont réunis et ont développé un modèle qui va pouvoir s'appliquer et qui tient compte aussi de toutes les disparités et les différences régionales qui peuvent exister. Donc, il y a des modèles qui existent, il y en a qui ne sont pas documentés, qui ne sont pas aussi bien publicisés que les problèmes qui existent, mais ce genre de modèles là, basés sur les ententes qui existent entre les médecins ou qui ont... basés sur des modèles qui ont été favorisés par les médecins, on a un certain nombre d'exemples qui ont bien fonctionné.

M. Couillard: Oui, je suis d'accord qu'il y a des modèles qui sont bien fonctionnels, mais je ne sais pas si c'est le cynisme des années qui m'amène à dire ça, mais, si on ne fait qu'attendre la bonne volonté des gens sur place, des fois on peut attendre longtemps, malheureusement, avant de... Alors, parfois, il faut aider un peu l'évolution des choses.

M. Soulières (Denis): C'est pourquoi le Dr Dugré commençait en mentionnant que ce à quoi on s'attendait dans le projet de loi était non seulement une structure, mais aussi des outils. Et, en ce sens-là, je pense qu'on a aussi une entente avec la Fédération, qui est la lettre d'entente 143, qui est là pour l'amélioration des conditions de pratique, qui vise justement à ce qu'on puisse développer des outils qui font en sorte qu'il y a une meilleure intégration, meilleure hiérarchisation des soins, qui favorisera justement le développement de modèles et de réseaux entre les établissements et entre les médecins eux-mêmes, principalement.

M. Couillard: On va terminer là-dessus — je pense que mon temps achève, M. le Président, là? — la hiérarchisation et le service, je pense qu'on est d'accord sur le fait d'éviter des duplications, d'assurer les corridors de services. Vous savez que c'est un concept qui inquiète les régions également. Elles ont peur qu'à la faveur de ce principe-là elles se voient dépeuplées de leurs spécialistes, qui sont déjà rares. Et, vous savez, tantôt, on a entendu que des omnipraticiens craignent de s'installer en région parce qu'ils n'ont pas de soutien de médecins spécialistes en région. Alors, comment est-ce qu'on peut rassurer les régions sur la coexistence des deux objectifs?

M. Dugré (Yves): Les plans d'effectifs qu'on est en train de confectionner ensemble, avec un partenariat, je pense, actuellement plus grand qu'il n'a jamais été d'ailleurs, je dois le dire, ne font pas référence du tout à ça, là. Je pense que les plans qu'on est en train de confectionner ensemble parlent de réseaux, parlent de desserte, parlent de pôles régionaux, parlent d'auto-suffisance régionale, et je pense que ça fait foi de la volonté de la Fédération, justement, de ne pas faire du colonialisme à partir des grands centres, mais vraiment de favoriser l'installation de médecins en région quand c'est la chose la plus pertinente et pour la qualité et la stabilité des équipes.

M. Couillard: Et je salue cette collaboration, Dr Dugré. Alors, j'ai terminé là-dessus, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, je vous salue, Dr Dugré, ainsi que les personnes qui vous accompagnent, Dr Montreuil et Dr Soulières et Me Bellavance. Vous êtes vous-même un docteur spécialiste en région, je crois, Dr Dugré? Vous êtes de Trois-Rivières? C'est ça. Alors, écoutez, est-ce que je peux comprendre...

M. Dugré (Yves): C'est une région universitaire, quand même.

Mme Harel: Oui. Donc, est-ce que je comprends que le partenariat... que la collaboration qui est celle des travaux que vous menez avec le ministère sur les plans régionaux d'effectifs médicaux ne s'est pas retrouvée quant à la préparation de ce projet de loi?

M. Dugré (Yves): Je vous le dis, on fait référence, majoritairement, pour les services spécialisés, à un réseau intégré universitaire de soins de santé auquel nous n'avons pas participé, et nous le regrettons, et j'entends que ça se fera demain, j'imagine, ou après-demain. Mais c'est clair que nous n'avons pas été dans ce processus.

Mme Harel: Alors, je lis, dans le projet de loi, aux articles 23, deuxième paragraphe, «garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès à des services spécialisés et surspécialisés en tenant compte des orientations développées par le réseau universitaire intégré de santé reconnu par le ministre et qui est associé au réseau local de services de santé et de services sociaux».

Alors, vous nous faites savoir, dans votre mémoire, à bon droit, parce que les organismes qui vous ont précédés ont fait de même également, que ces réseaux appelés RUIS, là, n'ont pas d'existence légale, en fait, ni de fondement. Moi, je comprenais que ces dispositions ne pourraient pas s'appliquer. Elles sont incluses dans un projet de loi dont les mesures... certaines dispositions ne pourraient pas s'appliquer, nécessairement. On ne peut pas dicter de faire quelque chose avec quelqu'un qui n'a pas encore d'existence même comme personne morale, en fait. Est-ce que le fait de les reconnaître par le ministre donne une personnalité morale? Je serais étonnée. Mais, en fait, on fera vérifier. Je ne sais pas si Me Bellavance a une réponse à cela.

Le Président (M. Copeman): Maître.

Une voix: ...consulté.

Mme Harel: Oui. Moi, je n'ai pas vos moyens.

M. Dugré (Yves): On fait référence à une entité qui n'a pas de... une entité juridique. Je pense que, au point de vue pratique, ça ne lie pas, parce qu'on ne connaît pas le mandat ni la composition. On connaît la composition parce que ce qu'on a vu... par déclaration ou communication. Mais, en tant que tel, comment subordonner des réseaux locaux à une entité qui est en devenir, qui est encore en devenir, qui ne sont pas en développement égal entre les quatre universités? Quelles seront les délimitations de leurs territoires de desserte? Quelles seront les obligations de services de soins. On lit des choses, on entend des choses concernant l'obligation ou la garantie que l'université ou le doyen va fournir des médecins spécialistes dans un hôpital de sa desserte en pénurie. À quelles conditions? Est-ce que ça fait...

Et on dit à cet égard-là que toute entente qui vient de haut en bas est difficile à instaurer, amène de la résistance, peut amener des problèmes d'effectifs médicaux et que ça doit se faire par une coordination. Il y a moyen de le faire, mais nous avons beaucoup plus de questions à poser aux questions des RUIS. Et c'est ce qui rend, pour nous, le projet de loi ambigu, c'est qu'on subordonne une direction ou une intégration à une entité qui est en devenir.

● (16 h 30) ●

Mme Harel: Dans votre mémoire, à la page 11, Dr Dugré, vous dites: «Les ententes de services interétablissements sont non fonctionnelles si elles n'impliquent que les instances administratives et non les intervenants.» Et vous alliez plus loin, Dr Soulières, en disant qu'«on peut même être fusionnés et que ça ne garantit pas pour autant ces liens fonctionnels». Vous nous en donnez des exemples.

Moi, j'aimerais qu'on aborde votre proposition d'intégration de soins de santé, que vous appelez consolidation des réseaux de soins, là, qu'on retrouve à la page 9 de votre mémoire. En fait, il me semble que cette consolidation des réseaux de soins, que vous souhaitez, là, est proposée sans qu'il y ait nécessité de fusions d'établissements. Mais vous avez présenté un modèle à la commission Clair. Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus, cet après-midi.

M. Dugré (Yves): La proposition que nous avons faite à la commission Clair, c'était de diminuer les paliers, diminuer la bureaucratie, hein. Au point de vue pratique, le principe de base, c'est de diminuer la bureaucratie. Et on a vu qu'il y a eu une difficulté certaine à intégrer une partie importante des soins de première ligne, à savoir les CLSC, au réseau hospitalier. Et, dans ce sens-là, l'intégration, si, après 30 ans, ça ne s'est pas fait en région métropolitaine, nous croyons qu'il y a peut-être lieu de donner une direction dans ce sens-là, et c'est le pourquoi de ce qu'on trouve louable de cette intégration-là.

Cependant, il ne doit pas y avoir un modèle mur à mur. C'est clair. Et la question qu'on pose: Comment le faire, maintenant, à Montréal ou à Québec, entre autres, où les hôpitaux universitaires semblent exclus de cette démarche-là? En étant pour une intégration plus grande au niveau de la première ligne, que ce soit pour les cabinets affiliés, que ce soit pour des groupes de médecins de famille éventuels avec une approche populationnelle, je pense que ça peut se faire. Mais, en médecine spécialisée, ça ne se conçoit pas comme la première ligne. Parce que, je ne sais pas, il y a 30 allergistes au Québec, je veux dire, on ne peut pas les répartir. Il faut qu'il y ait des corridors qui dépassent les réseaux locaux. Il faut être imaginatif. Donc, la consultation est primordiale.

Je veux dire, vous parliez de la Montérégie tantôt. Ce n'est pas des hôpitaux nécessairement universitaires, il y en a qui ont des vocations d'affiliés, mais ce n'est pas des réseaux locaux nécessairement. Quand on parle de Pierre-Boucher, ce n'est pas un hôpital local qui a une définition. Il y a de l'hémodynamie. Donc, il y a beaucoup d'adaptabilité.

Ça fait que, c'est ce qu'on dit dans le projet, les imprécisions, j'aime mieux penser que c'est pour laisser plus de place à l'adaptabilité. Mais, en même temps, ça peut inquiéter aussi parce que ça laisse de la liberté au ministre, peut-être, de dire: Ça ne fait pas mon affaire, tel projet, et je vais sanctionner. Donc, à la fois il y a du plus puis il y a du moins; il y a de l'eau chaude puis de l'autre froide dans ce sens-là.

Mme Harel: En fait, moi, je le disais autrement, je disais que les exceptions pouvaient devenir la règle, si tant est qu'on l'appliquait à la réalité.

M. Dugré (Yves): La majorité, quand on parle de la majorité de la population, la majorité des médecins spécialistes sont en milieu urbain. C'est possible qu'il y ait plus d'exceptions que de réalités. Parce que, dans les régions, cette intégration-là est déjà faite.

Mme Harel: Quand vous dites, dans votre mémoire, «il ne peut y avoir de saupoudrage de médecins spécialistes à l'unité», vous dites: Ça suppose la constitution d'équipes, et ça vous apparaît essentiel. J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Dugré (Yves): Bien, regardez, ça fait partie des travaux, ce que nous faisons sur les effectifs médicaux actuellement. La réalité, la démographie médicale et la population a changé. Le réseau d'hôpitaux que nous avons a été bâti suite à des prévisions démographiques plus optimistes qu'actuelles.

On doit se reposer la question par rapport à ces deux questions-là: la démographie de la population et la démographie médicale. Et la pratique de la médecine spécialisée, aujourd'hui, de par son existence même, fait qu'il est difficile pour un médecin spécialiste isolé de garder à la fois sa compétence, d'être soumis à différentes urgences et d'avoir une stabilité en même temps, parce que, finalement, il a des enfants et, je veux dire, il doit revenir en ville à une certaine mobilité.

Donc, on considère plus... Pour la stabilité, on se concentre davantage sur une pérennité dans les services médicaux spécialisés à donner, plutôt qu'à l'installation, dans certains cas, d'un médecin sur place. Il y a une meilleure garantie par une équipe, par un réseau, que les services vont être donnés avec qualité, stabilité, que par un seul médecin installé. Donc, dans ce sens-là, le message que j'aurais à dire, c'est qu'il faut que le gouvernement vende aussi cette notion-là, que cette approche d'intégration soit expliquée à la population, si on veut y arriver. Sinon, on va avoir une discordance dans la... Il va y avoir une incohérence à un moment donné par rapport aux structures. Au lieu de...

Et ce débat de structures, ce changement de structures peut se buter à des incohérences sur le terrain, si ce n'est pas expliqué, que les services vont être donnés de telle façon. Nous pouvons le faire mais nous devons le faire pour que la population le comprenne et elle soit assurée que c'est dans cette direction-là qu'on doit aller.

Ça fait que c'est un élément de... On demandait, tantôt: Quels sont les éléments qu'on exigerait ou qu'on pense qui est nécessaire? C'est qu'il n'y ait pas nécessairement une vente, comme un vendeur d'automobiles, mais une vente vraiment... une explication pour que ce soit assimilé du côté de la population.

Mme Harel: En fait, vous voudriez une promotion de ce que vous êtes à discuter présentement avec le ministère, quand ce sera finalisé. C'est ce que je comprends?

M. Dugré (Yves): C'est la même chose du côté des effectifs, parce que les effectifs médicaux, c'est basé sur un modèle d'organisation, on ne peut pas parler d'effectifs médicaux sans qu'on fasse référence à un type d'organisation. Et ce type d'organisation en réseau, en

médecine spécialisée, nous le favorisons, nous avons déjà des ententes formelles entre le ministère pour... dans cette direction-là, et donc ça se fait. Mais je rappelle que la condition, pour que ça fonctionne, il faut que ça se fasse par les médecins et non pas par le DSP, ou le conseil d'administration, ou le D.G. d'un hôpital. Parce que, dans une équipe médicale, il faut que toute l'équipe embarque, et non pas que ça repose sur le dos de un ou deux individus; finalement, ça aboutit rarement de façon stable.

Mme Harel: Ce que vous discutez présentement avec le ministère, c'est prévu pour l'application dès le 1er janvier?

M. Dugré (Yves): Tôt. Tôt. C'est supposé être... dépendant des travaux, mais avant le printemps, nous espérons, parce que les résidents sont prêts à pratiquer le 1er juillet.

Mme Harel: Et donc, il n'y a pas de jonction avec les RUIS, là, les réseaux universitaires intégrés de services?

M. Dugré (Yves): Nous n'en voyons pas, là, pour le moment, là.

Mme Harel: Bon. À la page 8 de votre mémoire, vous dites être ignorés, en fait, c'est le terme que vous avez utilisé, dans le projet de loi, et vous considérez que la référence à la nécessité de consulter les médecins spécialistes ne s'y trouve pas. Je ne sais pas si j'ai entendu le ministre dire qu'il allait corriger la situation, mais vous nous dites: «le projet de loi ne distingue pas les services médicaux de première ligne des services autres que spécifiquement médicaux». Vous faites référence à quoi, exactement?

M. Dugré (Yves): On parle de services, là, on parle de services médicaux soit de première ligne, spécialisés, mais autres services, orthophonie, physiothérapie, donc il y a une certaine ambiguïté dans le terme. Je pense qu'on peut présumer que ça comprend tous les services, là. Et comment seront déterminés, justement... L'orthophonie, on sait qu'il en manque aussi, des orthophonistes, également, il peut manquer des ergothérapeutes. Donc, comment ce sera tout intégré? Qui prendra la décision? C'est ce qu'on dit, dans le projet de loi, cette imprécision-là par rapport aux services à donner.

Mme Harel: Alors, je veux vous remercier, Dr Dugré.

Le Président (M. Copeman): Bien, il reste moins que trois minutes, à ma gauche. Je ne sais pas s'il y a des... Oui, M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Oui. Bonjour, M. Dugré. Dans un document qui a été produit par un groupe de la Montérégie, dans le chapitre V de ce document sur les conditions favorables à l'implantation d'un nouveau modèle intégré de services, on mentionne un concept qui m'apparaît intéressant, celui de gouvernance clinique,

qui vise à aménager un espace approprié aux médecins professionnels dans la prise de décision. Et je me demandais, étant donné les remarques que vous avez faites antérieurement: Si vous aviez à privilégier un modèle de participation à la décision de la part de vos membres, quel serait-il?

M. Dugré (Yves): Un des éléments que nous croyons essentiels à une meilleure gouvernance clinique... Évidemment, il y a toutes sortes de modèles, il y a des guides de pratiques, mais, de base, il manque un système d'information adéquat. On le mentionne en tant que tel, il y a des cabinets, il y a des CLSC, il y a des médecins spécialistes, il y a des cliniques, etc. Donc, ça nous prend un système d'information portable entre ces différents pôles là pour qu'il y ait une intégration, que le patient et son dossier peuvent suivre et que le médecin... et que nos collègues omnipraticiens puissent avoir accès à des examens par voie informatique davantage. Donc, il faut développer certainement comme base un système d'informatique. Ça prend des outils.

● (16 h 40) ●

Et ce à quoi nous faisons référence par rapport à... Une intégration, oui, mais que ce ne soit pas simplement une visée administrative, mais que l'argent soit au rendez-vous à la bonne place dans ce cadre-là. Les dernières fois qu'il y a eu des réformes, la réallocation n'a pas vraiment suivi. Donc, c'est ce qui nous fait craindre, dans ce sens-là, toutes réformes. On est vraiment prudent dans ce sens-là. Mais, je dirais, comme première condition, ça prend des outils informatiques, au départ, pour intégrer les services et la connaissance du dossier du patient.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député, il vous reste une quarantaine de secondes.

M. Bouchard (Vachon): Est-ce que, dans l'énoncé du projet tel qu'il est actuellement, vous pouvez déceler des dimensions qui vous réconfortent à ce sujet-là, notamment au sujet du transport de l'information ou du transfert d'informations?

M. Dugré (Yves): Certainement. Disons que l'intégration avec les CLSC, je pense que le dossier patient va circuler certainement plus facilement. Dans ce sens-là, c'est un élément positif, et d'ailleurs nous le mentionnons.

M. Bouchard (Vachon): Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci, Dr Dugré, merci aux gens qui vous accompagnent, d'avoir participé à cette commission parlementaire.

Et j'invite immédiatement les représentants de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous sommes heureux d'accueillir les représentants de

l'Association des CLSC et CHSLD du Québec. M. Lemire, est-ce que c'est vous qui faites la présentation?

M. Lemire (Jacques): Oui.

Le Président (M. Copeman): Je vous souhaite la bienvenue et je vous demande également de présenter les gens qui vous accompagnent, dont certains qu'on reconnaît, certaines. Et je vous rappelle simplement: Vous avez 15 minutes de présentation, qui sera suivie par un échange de 15 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Alors, la parole est à vous, M. Lemire.

**Association des CLSC et CHSLD
du Québec (ACQ)**

M. Lemire (Jacques): Alors, merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, Mmes, MM. les députés de l'Assemblée nationale du Québec. Permettez-moi, oui, en premier lieu, de vous présenter les gens qui m'accompagnent. Alors, à ma gauche, Mme Marie-Claude Martel, la nouvelle directrice générale de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, et M. Alain Tremblay, deuxième vice-président à l'Association et président du CLSC-CHSLD Grande-Rivière à Aylmer, dans l'Outaouais; à ma droite, Mme Cécile Légaré, qui est membre du conseil d'administration de l'Association, qui est présidente du Regroupement des CLSC de Montréal et qui est présidente du conseil d'administration du CLSC Mercier-Anjou, toujours à Montréal, et M. Mario Morand, directeur général du Centre de santé de la MRC d'Asbestos, dans l'Estrie. De plus, je dois ajouter qu'il y a un certain nombre de présidents et présidentes de plusieurs régions du Québec qui sont dans la salle.

Alors, tout d'abord, permettez-moi de vous remercier, au nom de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, de nous recevoir et de nous permettre de présenter ici notre position sur le projet de loi n° 25.

Les CLSC, les CHSLD et les centres de santé sont l'une des pierres d'assise de la première ligne au Québec. Il ont constitué, depuis 30 ans, un formidable bassin d'expérimentation en matière d'innovation et d'intégration des services de première ligne.

Notre Association, d'emblée, reconnaît qu'il reste beaucoup à accomplir pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et des services au sein de la première ligne. Nous partageons par conséquent la volonté exprimée par le projet de loi n° 25 de mettre en réseau, au sein de chaque territoire local, l'ensemble des ressources publiques, privées et communautaires et de supprimer les barrières qui subsistent encore entre les établissements, des établissements qui, rappelons-le, sont tous au service d'une même population.

Les nombreuses initiatives déjà entreprises en ce sens par les gestionnaires et les professionnels de nos établissements témoignent de leur accord avec cet objectif d'intégrer les services de première ligne. Par contre, nous croyons que la méthode préconisée par ce projet de loi, fondée sur l'imposition d'un modèle unique, celui des fusions d'établissements, manque de souplesse.

À la limite, elle risque de retarder l'atteinte de l'objectif d'intégrer des services en détournant toutes les énergies, au cours des deux prochaines années, vers un débat de structures, au détriment du nécessaire débat sur les meilleures façons d'améliorer ce service à la population.

Nous plaïdons donc en faveur d'une plus grande diversité des moyens pour atteindre l'objectif de mettre en réseau des partenaires au niveau local. Nous croyons qu'il n'y a pas de solution toute faite, de modèle mur à mur. Au contraire, le gouvernement devrait faire confiance aux intervenants locaux, les épauler dans leur recherche des meilleurs moyens en vue d'assurer la continuité des services à la population.

C'est dans cet esprit que nous formulons les propositions suivantes, qui portent sur cinq aspects majeurs du projet de loi: la délimitation territoriale des réseaux locaux, la mise en place des réseaux intégrés de services, la problématique des fusions avec les centres hospitaliers, la coordination avec les cabinets médicaux et la participation de la population.

Premièrement, le projet de loi devrait permettre de préserver des territoires locaux qui sont à l'échelle humaine. Les CLSC et les centres de santé déploient depuis toujours leurs services au sein de territoires qui correspondent à des références naturelles pour la population qui reçoit ces services. C'est également le cas en général des CLSC et des CHSLD. La population s'y reconnaît. Il lui est ainsi plus facile de développer son sentiment d'appartenance à l'endroit de nos établissements. L'accessibilité à nos services y gagne. Nos professionnels sont amenés à connaître leur milieu et les besoins des personnes qui y vivent, ils peuvent ainsi mieux travailler main dans la main avec les partenaires, les bénévoles et les organismes communautaires qui desservent la même population.

À notre avis, la première ligne doit continuer d'être organisée à partir d'un territoire qui correspond à un cadre de référence naturel pour la population. C'est ainsi qu'elle pourra continuer à remplir sa mission, qui est d'offrir des services de proximité. La première ligne est composée de services de proximité. Il faut donc délimiter des territoires locaux en gardant à l'esprit cette réalité.

En second lieu, nous croyons que, pour mettre en place des réseaux intégrés de services, il faut d'abord et avant tout tabler sur la mobilisation des intervenants locaux. D'après notre expérience, la mise en place de tels réseaux intégrés est d'abord et avant tout le résultat d'un projet clinique porté par des intervenants en provenance de plusieurs établissements et supporté par les gestionnaires de ces établissements. Il est fondé sur l'adhésion, par tous les partenaires impliqués, à une vision commune de ce qu'il faut faire pour améliorer la continuité des services à l'égard des personnes visées.

Actuellement, nous assistons sur le terrain à la mise en place de nombreuses stratégies en vue d'intégrer des services. Nous savons bien sûr que la fusion peut être un moyen pour intégrer des services, un moyen de nature administrative qui peut s'avérer pertinent dans certaines conditions. Mais nous savons aussi que la fusion ne garantit pas à elle seule cette intégration, puisque celle-ci est principalement le fruit d'une démarche de nature clinique assumée par les professionnels concernés.

Il est important de faire confiance aux intervenants locaux, puisque le renforcement de l'intégration des services est davantage le résultat d'une mobilisation des acteurs locaux sur le territoire qu'une question de structures. Il faut leur laisser le choix des moyens dans les formes de coopération qu'ils décideront de se donner pour intégrer des services comme pour se doter ensemble d'une entité locale de coordination. À eux de choisir entre la concertation, le rapprochement administratif ou la fusion administrative.

● (16 h 50) ●

En ce sens, nous croyons que le projet de loi devrait, pour épauler ces efforts, respecter la diversité des stratégies élaborées par les intervenants sur le terrain, plutôt que d'imposer la fusion administrative comme modèle unique.

Troisièmement, nous croyons que l'arrimage nécessaire entre les établissements de première ligne et les hôpitaux régionaux de deuxième ligne passe par des partenariats formels plutôt que par la fusion administrative, contrairement à ce que propose le projet de loi n° 25.

Alors que, depuis plusieurs années déjà, tous les consensus plaident en faveur d'une première ligne forte et autonome qui assure à la fois la couverture sociale et la couverture médicale de la population desservie, cette disposition du projet de loi revient à subordonner cette première ligne aux services médicaux de deuxième ligne. Nous croyons que ce modèle va à l'encontre des résultats recherchés en matière d'accessibilité et de continuité.

Par contre, nous affirmons qu'il est essentiel que les hôpitaux de deuxième ligne deviennent des partenaires incontournables, tout comme d'ailleurs le sont les centres jeunesse et les centres de réadaptation, des partenaires avec qui nous devons travailler étroitement.

Pour mieux servir les personnes ayant des besoins en matière de santé, de suivi posthospitalier, de soutien aux traitements médicaux et chirurgicaux, nous recommandons donc de privilégier l'établissement de corridors de services et de mécanismes formels de partenariat entre les établissements de première ligne et les hôpitaux.

Quatrièmement, nous plaçons en faveur d'un partenariat formel entre les cabinets médicaux et les établissements de première ligne. Nous croyons en effet que les CLSC, les centres de santé et les CHSLD, d'une part, les cabinets médicaux, de l'autre, sont les deux assises de la première ligne. Tous deux ont aujourd'hui des expertises et des forces qui leur sont propres. On ne peut pas procéder à une réforme en profondeur de la première ligne sans travailler sur cette double réalité et sans bâtir avec les cabinets médicaux des mécanismes solides de coordination et de partenariat.

À cet égard, nous proposons que le projet de loi n° 25 encourage cette nécessaire coopération et identifie à l'échelle locale un mécanisme formel de concertation entre nos établissements et les cliniques médicales. Nous croyons aussi que, pour bâtir ces partenariats sur des assises solides, il faut que le ministère de la Santé et des Services sociaux assure certaines conditions de base, qu'il assure une répartition équitable des effectifs médicaux sur tout le territoire du Québec, qu'il complète également, avec les associations

médicales, la révision des modalités de rémunération des médecins, dans le but de faciliter la prise en charge médicale des patients.

Cinquièmement, au regard de la participation des citoyens, il faut laisser en place les conseils d'administration actuels et procéder à une véritable consultation publique sur l'organisation locale des services.

La participation des citoyennes et des citoyens aux conseils d'administration de nos établissements est un acquis démocratique important qu'il faut non seulement préserver, mais aussi améliorer. Au fil des nombreuses décisions que doit prendre un conseil d'administration, les citoyens apportent l'opinion du milieu et présentent le point de vue de leur collectivité. Ils le font à partir de leur propre sensibilité, qui complète et enrichit celle des gestionnaires et des professionnels. De la sorte, ils contribuent à enraciner l'établissement dans son milieu, à donner de meilleurs services et, en conséquence, à accentuer le sentiment d'appartenance du milieu à l'égard de son CLSC, de son CHSLD ou de son centre de santé.

Le projet de loi n° 25 ne devrait pas nous ramener en arrière sur cette question. Il risque ainsi de réduire le lien de confiance entre les citoyens et les services publics et de priver nos établissements d'une expertise tout aussi pertinente que celle des cliniciens et, ce faisant, se départir d'un potentiel important de bénévolat.

D'après nous, il faudrait plutôt respecter la composition actuelle des conseils d'administration. En outre, les décisions concernant l'organisation locale des services devraient prendre en compte l'avis de la population par le biais d'une consultation large sur l'ensemble des territoires de la région. Enfin, l'entité locale de coordination fusionnée ou regroupée devrait intégrer des membres des conseils d'administration participants.

Telles sont nos cinq préoccupations, et nous les exprimons. Si nous plaçons pour le respect de la diversité dans le choix des modalités de coordination au niveau local, ce n'est pas un plaidoyer en faveur du statu quo mais plutôt en faveur de la confiance qu'il faut témoigner à l'égard des acteurs locaux.

Cela dit, nous suggérons que les futures agences de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux puissent instituer un mécanisme de reddition de comptes et disposer des pouvoirs requis pour stimuler et même imposer, en dernier recours, la mise en place de corridors de services et d'une instance locale de coordination.

En terminant, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec doit rappeler que l'atteinte de l'objectif d'une meilleure accessibilité et d'une plus grande continuité de soins et de services de première ligne passe également par une autre condition incontournable: un financement accru pour l'ensemble des services de première ligne.

Nous sommes conscients qu'il faut continuer d'améliorer nos façons de faire, mais il n'en demeure pas moins que des transformations au niveau des structures n'engendrent pas d'argent neuf. Pour réaliser les objectifs à la base du projet de loi n° 25, il faut des ressources accrues. Combien, par exemple, de projets de réseaux intégrés de services ont de la difficulté à

démarrer faute de disposer des budgets, pourtant modestes, nécessaires à leur déploiement? Faut-il rappeler ici le tragique sous-financement des services à domicile au Québec?

Tout retard à régler ce problème a des conséquences sérieuses sur la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie, sur la pression exercée sur les familles aidantes et sur l'utilisation du réseau hospitalier. Même chose, par exemple, pour les services offerts aux jeunes pour les personnes souffrant de problèmes transitoires ou chroniques de santé mentale. Même chose également pour l'offre de services en matière de soins et d'assistance dans les CHSLD.

Les différents programmes de services des CLSC, des CHSLD et des centres de santé forment un ensemble cohérent et multidisciplinaire de services pour toutes les tranches de la population, de la naissance au grand âge: mettre au monde un enfant, malgré des difficultés, naître et grandir en santé, jusqu'à l'accès en milieu de vie substitut quand cela devient nécessaire. De même, il faut impliquer les usagers, la population, les leaders de la communauté pour favoriser la santé publique, le développement local et l'expression des solidarités sociales.

Si ces fonctions sont bien assumées, le Québec tout entier gagnera, mais, pour ce faire, il faut épauler les administrateurs, le personnel et les bénévoles de ces établissements et leur donner les moyens de réaliser leur mission.

Je veux, en terminant, vous remercier à nouveau de nous avoir entendus et nous sommes prêts à répondre à vos questions.

Le Président (M. Copeman): Juste pour clarifier, M. Lemire, M. le président, je comprends que vous avez une annexe que vous souhaitez déposer également?

M. Lemire (Jacques): Oui, oui, vous avez tout à fait raison. Alors, on a fait un travail supplémentaire et on a effectivement des amendements au projet de loi, que nous voulons déposer.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Alors, le document est déposé. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour un échange d'une durée maximale de 15 minutes, comme d'habitude.

● (17 heures) ●

M. Couillard: Merci, M. le Président. Je vais me borner à faire quelques remarques et une question pour... je sais que j'ai des collègues qui veulent intervenir, questionner nos visiteurs aujourd'hui.

Je ne sais pas, M. le Président, si les gens dans la salle qui sont peut-être moins familiers avec le réseau de la santé et des services sociaux peuvent apprécier le changement important qu'on est en train de vivre dans notre réseau. Et le témoignage qu'on vient d'entendre est un des éléments de changement les plus positifs que j'ai entendus depuis très longtemps.

Alors qu'auparavant on avait une logique de confrontation entre, par exemple, les médecins en cabinet et les médecins en CLSC ou entre les missions de

première ligne à l'extérieur et à l'intérieur du réseau public, on vient d'entendre un discours d'unification et de partenariat qui, à mon avis, est porteur d'un grand avenir, et également pour l'ensemble de ce qui nous attend en termes de travail pour bâtir des véritables réseaux intégrés.

Je vais répéter ce que je disais plus tôt à d'autres intervenants. Pour moi, le grand principe qui sous-tend le projet de loi n° 25, c'est la responsabilité populationnelle et la décentralisation, donc la délégation des moyens, des enveloppes au niveau local pour accomplir... atteindre les résultats qu'on fixe avec une grande liberté de moyens, de sorte que les gens, les gestionnaires locaux puissent être plus autonomes, plus libres dans leurs façons de livrer les résultats. Et, pour ça, jusqu'à ce qu'on me démontre le contraire, la décentralisation véritable et la responsabilité populationnelle nécessitent une unité administrative. Pour moi, c'est essentiel.

Nous serons bien sûr intéressés à voir toutes les suggestions, et c'est d'ailleurs pour cela que nous laissons énormément de variabilité d'une région à l'autre, selon les différentes réalités. Une chose est certaine cependant, on ne pourrait voir ou sourire à l'émergence d'un système de santé à quatre niveaux. Je pense que, là, il faut s'entendre sur ce principe-là. Mais je crois que vous avez des choses à nous proposer, nous allons les regarder de façon très attentive de ce côté-là.

Pour ce qui est des institutions de deuxième et troisième lignes, à notre avis, ces institutions répondent au concept de complexité qui est introduit à l'article 24, et nous n'avons pas l'intention de pousser ou d'insister pour que ces institutions fassent partie d'un regroupement. Lorsque nous parlons de centres hospitaliers, nous parlons des centres hospitaliers de proximité qui offrent des soins de première ligne et les spécialités de base sans plus. Et, pour ça, je pense que c'est également nécessaire de le rappeler.

Vous avez également bien fait de nous rappeler, à nous, les gestionnaires des fonds publics, que l'augmentation des ressources est une condition de réussite de toute cette intégration, de cette entreprise dans laquelle on s'embarque ensemble pour les prochains mois. Vous parliez du niveau de financement des soins à domicile. Rappelons que le Québec occupe toujours le dernier rang, en termes de financement de soins à domicile, per capita au Canada. Et une recherche qu'on a faite récemment nous montre que, par exemple, entre 1994 et 2000 — c'est une réalité qui, pour vous, est très familière — le financement réel des soins à domicile pour les personnes âgées a diminué de 7 % au Québec. Alors, on est actuellement dans un état de rattrapage important à faire.

Je voudrais échanger avec vous sur une seule question, encore une fois pour laisser à mes collègues le soin d'intervenir. Ce qui préoccupe beaucoup de gens dans votre milieu puis ailleurs dans le réseau actuellement, c'est la façon dont on va pouvoir préserver les missions, entre guillemets, plus fragiles actuellement associées aux CLSC, dont la mission sociale, par exemple, ou les soins de proximité.

Et je me demandais: Si on se dotait d'un outil diagnostique, si je peux m'exprimer ainsi, où on pourrait suivre ce qui se fait dans les centres de santé existants et

ceux qui verraient le jour suite au projet de loi n° 25, de façon à suivre d'une façon très, très attentive l'évolution de ces missions, et dans le passé et dans l'avenir, pour s'assurer qu'il n'y a aucune déviation, aucune dilution. Parce que l'impression préalable que l'on a, nous, actuellement — et on est en train de la vérifier — c'est que, dans les centres de santé qui ont vu le jour, nulle part n'a-t-on assisté à la diminution ou la dilution de la mission CLSC. Au contraire, on a des éléments qui actuellement nous montrent que c'est plutôt le contraire qui s'est produit. Donc, est-ce que vous ne croyez pas qu'il serait essentiel de nous doter d'un tel outil d'analyse et de suivi, autant rétrospectif que prospectif?

M. Lemire (Jacques): Je crois effectivement que oui. Cependant, ce que je dois vous dire, c'est qu'il n'y a pas de garantie de protection des missions à l'intérieur des centres de santé actuels. Et je vais laisser M. Mario Morand compléter cette réponse.

Le Président (M. Copeman): M. Morand.

M. Morand (Mario): Alors, bonjour, M. le ministre. Juste pour vous expliquer un peu l'expérience qui a été vécue dans notre communauté, dans la MRC d'Asbestos. Effectivement, les missions ont été protégées, mais la raison principale de la protection des missions, c'est la proximité des conseils d'administration de leur population. C'est-à-dire qu'on est dans une communauté qui n'est pas une communauté de 200 000 habitants mais une communauté de 15 000 habitants, et on a des missions qui étaient comparables. Donc, la mission du centre hospitalier, du CLSC et de la longue durée était sensiblement proportionnée. Donc, c'est plus facile pour un conseil d'administration d'arbitrer ces conditions-là et de pouvoir permettre le développement des services en fonction des besoins de la communauté.

Donc, oui, c'est possible, mais le diagnostic, vous pourriez le faire — ça va me faire plaisir d'y contribuer — vous allez constater que c'est la dimension des établissements qui sont fusionnés et l'homogénéité du territoire qui fait la différence. Si on a des territoires qui ont une signification, qui sont semblables pour l'hôpital, pour le CHSLD et pour le CLSC, alors, oui, c'est gagnant, mais, actuellement, on a des projets qui nous arrivent à nos oreilles qui ne donnent pas ces messages-là.

M. Couillard: Et on va insister pour que les projets correspondent vraiment à la volonté des milieux, ça, je peux vous le dire, là. Il ne faut pas trop se fier à ce qu'on entend. Il y a beaucoup de choses qu'on entend actuellement, et attendons de voir la réalité et ce qui viendra du milieu et des régions pour se prononcer là-dessus. Il y a mon collègue, je pense, qui voulait la parole, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Oui, alors, M. le député de Richmond et whip en chef du gouvernement a signifié qu'il voulait prendre la parole. Toujours une bonne idée pour le président de reconnaître son whip, mais ça prend quand même le consentement des membres de la commission. Est-ce qu'il y a consentement?

Une voix: Consentement.

M. Vallières: Dans ce cas-ci, étant donné que je ne fais partie d'aucune commission, ça me fait plaisir quand même d'avoir le consentement de l'autre côté, mais ça ne nécessite pas le consentement.

Le Président (M. Copeman): Bien, M. le whip, je suis conseillé que vous êtes membre de la commission de l'Assemblée nationale, et, en tant que membre de cette commission, selon une décision d'une de nos collègues, ça prend le consentement. Je prends pour acquis que c'est donné, le consentement.

M. Vallières: C'est gentil. Je reconnais tous mes collègues. Alors, ça va être très rapide, puisque M. le ministre a déjà souligné, par le biais de sa question, l'expérience de la MRC d'Asbestos. Et je voulais que peut-être M. Morand nous indique... Parce que, chez nous, il y a eu fusion administrative, mais il y a eu plus que ça. Il y a eu fusion physique littéralement du CLSC et également des soins de longue durée, du centre hospitalier, sauf une partie du territoire qui est couvert par Wharton au niveau d'autres types de soins. Et je lisais dans votre mémoire qu'il y avait, là, une inquiétude réelle, et je pense que c'est bon que le ministre le sache par rapport aux missions comme telles des établissements.

Je sais que, chez nous, quand ça s'est établi, M. Morand pourrait en témoigner, il y avait beaucoup d'inquiétude aussi par rapport à la mission du CLSC. Même si c'est sur une petite échelle, il y avait beaucoup d'inquiétude. Et on se rend compte en bout de piste que, même s'il y a eu fusion au plan physique des établissements, la mission du CLSC a très bien pu être protégée, et, même si les dimensions ne sont pas identiques, quand on parle au niveau...

Je pense en particulier, là, Mario, à l'ensemble de l'Estrie, qui aura à prendre des décisions par rapport à l'organisation des services. Il y a effectivement des établissements, des CLSC qui sont très petits en taille, par exemple budgétairement, par rapport à de grands ensembles, qu'on pense, par exemple, au CUSE. Alors, votre interrogation puis votre inquiétude, ce serait de voir qu'au fil du temps, finalement, il y aurait presque noyade de la mission sociale, entre autres, d'établissements comme les centres locaux de services communautaires avec ceux des hôpitaux.

Moi, ce que j'aimerais savoir de vous, c'est la perception que vous avez du projet de loi qu'il y a devant vous. Est-ce que la latitude pour arriver à la protection de cette mission-là, vous la retrouvez dans la loi? Et, si ce n'est pas le cas, quelles sont les conditions qu'on devrait intégrer au projet de loi pour vous permettre de protéger ces missions-là à l'intérieur de plus grands ensembles?

L'autre question, c'est une rapide, mais, au niveau des services à la communauté anglophone, je sais qu'actuellement, moi, je vis des choses qui ne sont pas faciles à attacher entre deux régies régionales qui doivent convenir pour donner des services à une population donnée qui est collée sur un territoire où il y a des services en anglais. C'est très difficile d'établir des échanges de services d'une régie régionale à l'autre.

Est-ce que, selon vous, le projet de loi qu'il y a ici va nous permettre d'y arriver plus facilement?

M. Morand (Mario): Alors, pour la première question, je vous dirais, actuellement, dans le projet de loi, ce qu'on retrouve, c'est des choses qui sont prescrites, et on met après ça des choses qui peuvent être exceptionnelles. Nous, on aurait préféré une approche qui traduise des objectifs et qui laisse les moyens aux communautés et aux agences régionales.

● (17 h 10) ●

Donc, dans la loi, là, je ne sais pas quel article exactement, mais on indique clairement qu'il doit obligatoirement y avoir fusion d'un CLSC, CHSLD et d'un hôpital sur le territoire. Et, plus loin, on mentionne qu'il n'y a pas de limite à la grosseur de l'hôpital. Même si on entend des... on est sécurisé par les propos du ministre, il reste que c'est présent, cette hypothèse-là. Et on voit des projets émerger, des hypothèses de fusion de gros centres régionaux avec des CLSC, et c'est un petit peu inquiétant.

L'élément important qui est à préciser, c'est que les territoires des hôpitaux, lorsque les hôpitaux sont dans un territoire relativement grand, gros, lorsque c'est un hôpital de, je ne sais pas, 150, 200, 300, 400 lits et plus, le territoire, là, n'est plus le même, ce n'est plus la même dynamique. On retrouve un territoire qui couvre trois, quatre, cinq MRC, et là la fusion avec les établissements locaux, ça voudrait dire la fusion avec trois ou quatre territoires de MRC, de CLSC. Et là on se retrouve avec des territoires qui n'ont plus de signification pour la communauté et qui créent des établissements trop gros, à notre avis, pour faire une gestion humaine et être proches de la communauté et faire les virages qu'on doit faire. Là, il faut que ce soit les besoins de la communauté qui prédominent et non les besoins prescrits par les spécialistes ou les spécialités de l'hôpital. Et c'est là qu'est la crainte.

Sur la deuxième question, concernant les communautés anglophones, le projet de loi actuel ne facilite pas plus, en tout cas, à mon avis, là, le règlement de ces questions-là.

Le Président (M. Copeman): Mme Martel, oui.

Mme Martel (Marie-Claude): J'aimerais peut-être préciser. Ce qui nous préoccupe, ce n'est pas tant les modèles qu'on retrouve dans les centres de santé, parce que c'est souvent de petites populations sur un territoire d'appartenance, ce qui nous préoccupe, c'est la possibilité d'autres fusions entre centres de santé qui créeraient des réseaux beaucoup plus gros et qui nous éloigneraient des besoins de la population.

À la question que vous posez, M. Vallières, comment on peut protéger la mission CLSC, c'est vraiment de ne pas les incorporer dans des grands ensembles, de permettre la réorganisation de la première ligne entre les intervenants de première ligne, que ce soient les CLSC, les CHSLD, mais de permettre des corridors de services avec les hôpitaux régionaux.

Et, nous, on croit fondamentalement qu'il faut se doter régionalement de pôles hospitaliers qui permettent de structurer la base de vos RUIS, là, que vous êtes en train de développer, qui nous permettraient de garantir

ces corridors de services là. Alors, garder la réorganisation à la base pour des réseaux de première ligne.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: Bonjour! Je vous remercie de votre présence et de votre mémoire. Je suis un peu comme le ministre de la Santé, agréablement surprise du ton et de la collaboration qui apparaît dans le mémoire.

Je pense que, pour moi, c'est un vent de fraîcheur. Pour connaître les centres de santé et les CLSC depuis leur création, quand je lis qu'on partage la volonté de mettre en réseau sur chaque territoire, je vous le dis, c'est nouveau comme vocabulaire, ça fait longtemps qu'on n'avait pas entendu ça. Parce qu'il y avait beaucoup plus, je pense qu'on va l'admettre, beaucoup de désaccords par rapport, des fois, à certaines visions dans la distribution des services.

Ma question qui s'adresse soit... ça peut être au directeur, ou au président, ou à Mme la directrice, c'est que, bien que vous soyez d'accord, bien qu'on parle de partenariat, dans la loi actuelle, il y avait une... à l'article 102, on pouvait signer des ententes de services. Et, à ma connaissance, les CLSC n'ont pas nécessairement été les grands promoteurs ou ceux qui, avec l'ensemble des autres partenaires, auraient contribué, dans le fond, à créer ces créneaux de transfert, ou de services, ou de partenariats pour, dans le fond, défaire l'ensemble des barrières, en termes d'accès aux services.

Moi, quand je regarde un peu le projet de loi n° 25, qui dit, bon: À un moment donné, on va créer les réseaux de services, il va y avoir des fusions par territoire et que vous dites: Oui, on est d'accord avec ça, en autant qu'on respecte certaines... bon, les territoires, le local, et ces choses-là, moi, j'aimerais ça savoir, avec ce qu'il y avait dans la loi et avec la loi n° 25, aujourd'hui là, les grandes barrières au niveau de l'accès puis de l'intégration des services, d'après vous, là, c'est quoi?

Le Président (M. Copeman): Très brièvement, s'il vous plaît, M. Lemire.

M. Lemire (Jacques): Bon. Écoutez, moi, je ne suis pas d'accord avec votre préambule parce que je crois que nos établissements sont les établissements qui ont le plus fait au regard des fusions. Vous savez, on est passé, là, de 10 centres de santé, au moment du projet de M. Rochon, à 44 centres de santé. Ce qui veut dire qu'on a déjà travaillé à intégrer des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux locaux. On est, de plus, arrivé à la fusion d'au-delà de 50 CLSC-CHSLD, ce qui veut dire qu'on a toujours eu une approche d'ouverture dans ce sens-là, et, pour moi, c'est important.

Le Président (M. Copeman): Je suis dans l'obligation de vous arrêter, M. Lemire. On a déjà dépassé l'enveloppe. Je veux rassurer les membres à ma gauche, je vais ajouter le même temps de parole à ma gauche que nous avons dépassé à ma droite.

Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, pour une durée maximale de 16 min 10 s.

Mme Harel: Bon. J'apprécie votre neutralité, M. le Président.

Alors, je voudrais vous saluer, M. Lemire, ainsi que M. Tremblay, Mme Martel, Mme Légaré et M. Morand. Alors, moi, je ne suis pas du tout surprise de votre ouverture. Je sais que votre position n'a jamais été dogmatique, qu'elle ne l'est pas plus aujourd'hui qu'elle le fut dans le passé. Et, pour avoir assisté au colloque que vous avez organisé, je dois dire que votre mémoire est tout à fait congruent à l'égard des orientations que vous avez débattues publiquement.

Alors, je voudrais cependant rappeler à tous les membres de cette commission les conclusions de votre mémoire qu'on retrouve à la page 35 et qui se lisent comme suit: «Le projet de loi n° 25 propose une autre réforme de structures alors que les énergies des différents intervenants devraient être consacrées à développer une meilleure accessibilité aux services, en favorisant une meilleure continuité des soins et des services par la mise en place de mécanismes de coordination entre les établissements et les partenaires impliqués.» Et vous ajoutiez: «Il faut éviter de créer des entités démesurées avec plusieurs composantes réparties sur un territoire qui ne correspond pas à un territoire d'appartenance pour la population desservie. Cela ne fera que déshumaniser les services et les rapports que les directions d'établissements doivent entretenir.»

Alors, ma question est la suivante, elle s'adresse, en fait, non seulement à M. Morand, mais à vous tous. La loi actuelle, la loi sur la santé et les services sociaux prévoit à l'article 126, et je le cite, là: «Dans le but de développer un réseau de services continus auprès des usagers tout en protégeant la mission des établissements concernés...» Je pense que ça peut intéresser les membres de cette commission parlementaire... donc, prévoit des regroupement possibles entre CLSC, CHSLD et centres hospitaliers de moins de 50 lits ou de plus de 50 lits, n'est-ce pas. Ça a été une modification apportée en 2001, qui est quand même récente.

Et, comme vous le mentionniez, il y a déjà 44 centres de santé et plus de 50 regroupements CLSC-CHSLD, mais, disons, à deux conditions, dans la loi actuelle, qu'on ne retrouve plus dans le projet de loi du ministre: condition du respect de la mission des institutions concernées, les établissements concernés; et l'autre condition, c'est une condition territoriale, c'est-à-dire le territoire d'un CLSC. Ce sont les deux conditions, alors que, dans l'approche dite territoriale du ministre, on ne sait pas c'est quoi, le territoire, on n'a aucune idée de ce qu'est le territoire.

Le territoire local est-il un centre de santé, comme celui de M. Morand, qui nécessairement, parce qu'il a été fait dans la loi actuelle, doit respecter le territoire CLSC? Est-ce que les centres de santé vont voir leur bassin de desserte jugé insuffisant en vertu du projet de loi n° 25 et se retrouver dans un regroupement plus grand? Ce n'est pas impossible, nous a-t-on dit. Est-ce que le territoire, c'est celui de l'appartenance, celui du bassin de desserte de l'hôpital? Alors, quel est le bassin de desserte de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ou du CHUM, ou du CUSM où vont principalement les gens de Notre-Dame-de-Grâce? Ou si c'est un territoire qui est celui où les gens se sentent... en

fait, spontanément, ont le sentiment que c'est leur territoire d'appartenance, comme on le dit couramment.

Et j'ai reçu beaucoup de documentation, parce qu'il s'écrit beaucoup de choses, et j'aimais beaucoup ce texte qui a été préparé par M. Lachapelle, en fait le Regroupement québécois des intervenants communautaires en CLSC, qui a été signé aussi par le président de l'Association pour la santé publique du Québec, par l'Association des psychologues en CLSC, par le Regroupement des unités de formation universitaire en travail social, et d'autres, et qui dit ceci: «C'est un territoire d'appartenance. La proximité géographique est déterminante pour des rapports d'entraide dans lesquels se développent la capacité de se prendre en charge et aussi celle de prendre en charge le milieu.»

Donc, vous dites, vous: Pas de réforme sans qu'il y ait une reconnaissance du territoire, c'est ce que je comprends, et pas de réforme sans qu'il y ait une reconnaissance des missions. Le reste après, c'est possible. Est-ce que c'est ce que je dois retenir?

• (17 h 20) •

M. Lemire (Jacques): Oui, dans le sens suivant. Vous savez, quand on regarde ce qui s'est fait au cours des dernières années, les petits centres hospitaliers à vocation locale qui devaient être intégrés aux CLSC, aux CHSLD, c'est fait. Il y a des démarches actuelles, sur une base volontaire, où certains établissements qui vont jusqu'à 120 lits acceptent la fusion avec les CLSC et les CHSLD. Le problème qu'on a, c'est le problème des établissements qui ont plus que 150 lits, des établissements qui couvrent un territoire très vaste et des établissements, comme Mario Morand le disait tantôt, qui débordent sur deux, trois, quatre et même cinq MRC à cause de leurs clientèles mêmes.

Alors, quand on regarde la problématique aussi, on est inquiet, on est inquiet au regard des déficits accumulés des hôpitaux. Je prends, par exemple, juste un ici, le CH Laurentien, 103 lits, déficit accumulé 5 980 000 \$. Ça veut dire quoi, ça, s'il n'y a pas, de façon spécifique, dans la loi une protection des missions? Ça veut dire quoi? Comment on va arriver à faire en sorte que ces sommes-là ne soient pas entièrement récupérées?

C'est surtout, et le ministre le signalait tantôt, le volet social qui risque d'écoper, c'est le volet prévention, c'est le volet promotion. Et là on a... Parce qu'on dit que, pour vieillir en santé, il faut surtout faire de la prévention et de la promotion de la santé. Or, si on n'a pas cet outil-là, bien, on risque de déborder tantôt sur des maladies chroniques, avec des gens qui devront être en milieu hospitalier ou qui devront être dans les établissements CHSLD. Alors, c'est dans ce sens-là, et peut-être que Mme Légaré pourrait compléter?

Le Président (M. Copeman): Mme Légaré.

Mme Légaré (Cécile): Oui. Justement, à Montréal, c'est justement un problème, la question des territoires. Mais je voudrais mentionner au départ que, même si je suis la présidente du Regroupement des CLSC, la proposition que j'ai en main est partagée par l'ensemble des directeurs généraux des deux regroupements de CLSC et de CHSLD de Montréal de même que par les deux conseils d'administration.

Effectivement, à Montréal, vous savez, c'est très complexe, c'est 140 établissements publics, 17 hôpitaux, 29 CLSC, 54 CHSLD, 435 cliniques médicales et 530 organismes communautaires. Et, si on regarde les statistiques qui ont été faites par Med-Écho à Montréal, quand on parle des hôpitaux ciblés par la réforme, ces hôpitaux-là ne reçoivent, sur 20 territoires, qu'entre 2 % et 20 % de la population. La clientèle à... Évidemment, chacun a le droit d'aller vers son médecin traitant, et le médecin traitant achemine la personne vers l'hôpital où il pratique.

Ce qui fait que, même si on avait des réseaux avec ces hôpitaux-là ciblés, on aurait plus de 80 % de la clientèle qui ne serait pas visée par la réforme. On continuerait à avoir... et ce que nous avons maintenant, il ne faut pas l'oublier, qu'à Montréal il y a des ententes de services, il y a des liens de communication qui sont déjà faits, qui existent déjà dans tous les territoires, avec l'ensemble des hôpitaux. Et ça devra continuer à se faire, pour cette raison-là. Il faut dire également qu'on est préoccupé aussi par les ententes avec les centres de réadaptation, les centres jeunesse, les organismes communautaires.

Par contre, on est d'accord pour améliorer la continuité et l'accessibilité, et notre position à nous, c'est de dire de regrouper les CLSC et CHSLD. Ça veut dire de passer d'une soixantaine d'établissements qui existent actuellement à Montréal à de 16 à 20 établissements. Ça veut dire les deux tiers, réduire des deux tiers les établissements à Montréal. Ce n'est pas rien, ça. Ça, c'est une volonté commune d'en arriver là sans être fusionné avec des hôpitaux, parce qu'on ne réglerait pas le problème de continuité de services.

Pourquoi ce changement-là que, nous autres, on favorise? C'est parce qu'on respecte les missions, comme vous parlez du respect des missions. On garde des établissements à taille humaine et on diminue le nombre de corridors de services. Ce qui est important pour nous, c'est de mettre en place un réseau électronique beaucoup plus que des fusions. On a déjà à Montréal... Au niveau des naissances, ça se fait, et ça va très bien, puis on n'est pas fusionné. Les informations se rendent rapidement avec ça.

Au niveau de l'accessibilité, ce que ça nous prendrait par contre, c'est d'implanter rapidement des plateaux techniques accessibles sept jours par semaine, de désigner des établissements ou des cliniques privées qui pourraient offrir des services d'urgence mineure et bien sûr évidemment d'inclure les médecins omnipraticiens, là, dans toute cette démarche-là. Et il y a déjà des choses qui bougent à Montréal à ce niveau-là.

Mme Harel: Mme Légaré, j'ai beaucoup de peine de vous interrompre, ce n'est pas moi qui ai décidé qu'il n'y avait que 45 minutes plutôt qu'une heure comme est la tradition, mais je sais que ma collègue la députée de Pointe-aux-Trembles veut aussi vous interroger, puis je pense qu'il reste à peine quelques minutes.

Le Président (M. Copeman): Il reste cinq minutes.

Mme Harel: Bien, alors, peut-être vous pourrez... Je pensais qu'il en restait moins, là.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que ça va?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Pointe-aux-Trembles et porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux.

Mme Léger: Merci, M. le Président. Je suis convaincue que ma collègue, qui est porte-parole pour la santé, aurait eu beaucoup de questions aussi à vous poser. Alors, je la remercie d'avoir un petit peu de temps.

D'abord, il y a plusieurs programmes qui sont coordonnés et gérés par les CLSC. Croyez-vous qu'il va être nécessaire de protéger les enveloppes ciblées — c'est la question que j'ai posée au ministre plusieurs fois — sur les programmes plutôt que ce soit englobé, cette enveloppe-là, par l'agence, destinée au réseau tel quel, social, donc une grosse enveloppe qui va être destinée au réseau mais qui ne pourrait peut-être pas nécessairement être ciblée selon les programmes et dédiée aux programmes qui existent déjà aux CLSC? Première question, j'en ai une deuxième après.

M. Tremblay (Alain): Oui, effectivement, je pense que c'est important...

Le Président (M. Copeman): M. Tremblay. Oui, allez-y.

M. Tremblay (Alain): Oui. On a parlé tantôt de préserver des missions. Donc, des enveloppes ciblées effectivement par programmes permettraient de conserver sur les territoires et dans les établissements des programmes auxquels sont dédiés ces argents-là et d'assurer que la continuité des services se fasse par programmes. Donc, effectivement, ça fait partie des orientations qu'on désire avoir.

Mme Léger: O.K., j'espère que le ministre entend, là, parce que c'est une question que je lui pose souvent et que je n'ai pas... les réponses ne sont pas satisfaisantes.

J'aimerais savoir aussi, par rapport à la relation CLSC et les centres hospitaliers... Moi, j'ai le mien à Pointe-aux-Trembles, là, qui, je veux dire, est au bout de l'est de l'île de Montréal. On a tous la même situation un peu dans l'est de Montréal, le centre hospitalier le plus proche, c'est celui de Maisonneuve-Rosemont. C'est un centre hospitalier déjà affilié, alors évidemment le réseau local, je ne sais pas comment il va être organisé sur le territoire. On va avoir des méchants problèmes à ce niveau-là.

Mais comment la relation du CLSC va pouvoir s'établir avec le centre hospitalier, quand on sait qu'il y a eu quand même de dures batailles, de durs labeurs? Les CLSC ont pu conserver leur mission, comment il va faire pour conserver cette mission-là en étant fusionné dans un centre hospitalier, si le centre hospitalier ne viendra pas prendre plutôt la part plutôt clinique, médicale que vraiment sociale, communautaire, bénévole, et etc.?

● (17 h 30) ●

Mme Martel (Marie-Claude): Alors, si vous me permettez, on a amené avec nous un petit schéma. Ça a l'air un peu ordinaire, mais on reprend toujours la pyramide quand on regarde le système de santé, et je voudrais vous dire comment nous le percevons. Alors, on ne pensait pas être obligés de le sortir, mais on va le sortir.

Regardez, ce qui est pour nous essentiel, c'est d'avoir un réseau local de services bien ancré dans sa communauté, bien structuré et en faisant ce qu'on fait actuellement, là, le lien entre le CLSC, le CHSLD, le centre de santé, les groupes communautaires et les cabinets médicaux. Pour nous, là, ça, c'est la base du système. Souvent, on avait une pyramide, là, voilà 10 ans, on utilisait beaucoup la pyramide. Ce qui est actuellement en jeu, c'est ce volet-là, pour nous, et il faut préserver, là, un service de base, et on pense que la restructuration doit se faire à ce niveau-là.

Ce que le ministre propose, on revient toujours avec le modèle des RUIS, qui est souvent cette pyramide qui doit se situer au-dessus des réseaux locaux, et nous croyons sincèrement, à l'Association des CLSC-CHSLD du Québec, que la réforme que vous nous proposez, avec les informations que nous avons aujourd'hui, est une réforme efficace et appropriée parce qu'il faut réorganiser les services spécialisés au Québec.

La zone de décision que vous avez à prendre, ici, c'est ici: c'est les hôpitaux de deuxième ligne ou ce qu'on appelle les hôpitaux régionaux. Doivent-ils être à la base du RUIS, établir les corridors de services en garantissant un réseau de base, ou doivent-ils être au sommet d'un réseau local et donc d'être disproportionnés au niveau de la prise de décision, au niveau de l'orientation, au niveau de la gestion budgétaire? Nous, on croit fondamentalement qu'il doit être ici, et que ce réseau-là doit être connecté par des corridors de services, et que l'hôpital de deuxième ligne, qui est le pôle régional dans chacune des régions du Québec, doit être l'accès au RUIS.

Alors, on vous l'a sorti, parce qu'on trouve qu'on a essayé de l'imager, et, souvent, entre initiés et non-initiés, ça fait figure de référence.

Le Président (M. Copeman): ...met fin à l'échange. Mme Martel, M. Lemire, merci beaucoup de votre participation.

Et j'invite maintenant la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Chers collègues, il nous reste un groupe avant la suspension. Je demande votre collaboration. À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, c'est Mme Tremblay qui est la porte-parole, c'est bien ça?

Mme Tremblay (Marie-Renée): C'est bien ça. Bonjour.

Le Président (M. Copeman): Alors, bienvenue à la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires. Mme Tremblay, vous connaissez nos règles de fonctionnement. Je vous invite à présenter les

gens qui vous accompagnent. Vous avez 15 minutes pour faire votre présentation; il y aura ensuite un échange de 15 minutes de chaque côté de la table avec les parlementaires. Alors, sans plus tarder, Mme Tremblay, la parole est à vous.

Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (CTROC)

Mme Tremblay (Marie-Renée): Alors, bonjour, tout le monde. Premièrement, on voudrait vous remercier de nous recevoir. Mais, d'entrée de jeu, nous voulons vous signifier que nous espérons que la population puisse aussi être consultée sur un projet de loi qui est tout aussi important.

Dans le document que vous avez entre les mains, nous allons, comme il a plus de 20 pages, vous en faire un résumé, donc il sera difficile, là, pour vous de suivre à travers ces pages-là.

Alors, je vous fais une petite présentation de la Coalition des TROC en quelques mots. Donc, la Coalition des TROC réunit les 16 tables régionales d'organismes communautaires autonomes qui oeuvrent en santé et services sociaux. Ces tables couvrent 16 des 17 régions administratives du Québec. Seule la région du Nunavik n'a pas vu la mise sur pied d'une table régionale d'organismes communautaires.

On compte, au Québec, environ 3 000 organismes communautaires qui oeuvrent en santé et services sociaux. Le rôle de ces tables consiste à réunir les organismes communautaires autour d'enjeux et d'intérêts communs, à animer la concertation dans le milieu communautaire, à les représenter auprès des instances appropriées, à supporter l'action communautaire qui vise le développement d'une plus grande justice sociale et économique et, pour ce faire, mise sur la transformation de la société.

Je m'excuse, je réalise que j'ai oublié... Parce que c'est un petit peu énervant, d'arriver ici, c'est ma première fois, et j'ai oublié de présenter mes collègues. J'avais ça en arrière-plan. Alors, je vous présente M. Renaud Beaudry, qui est membre de la Coalition des TROC, ainsi que Mme Suzanne Péloquin. Pardonnez-moi.

J'aimerais aussi, d'entrée de jeu... En fait, avant d'entrer dans le vif du sujet plutôt, la Coalition des TROC ne peut passer sous silence sa déception face au peu d'importance que cette présente consultation semble faire en ce qui a trait aux conditions nécessaires à l'exercice d'une pleine démocratie. Convoquer une vingtaine d'associations et/ou individus ne représente pas un véritable exercice démocratique. Être ici, maintenant, afin de vous présenter la diversité de l'ensemble des membres de la Coalition des TROC, en si peu de temps et avec si peu de ressources, je vous l'avoue, ça tient de la performance. Et on est très essoufflés, comme les membres le sont souvent d'ailleurs et comme vous devez l'être aussi avec un projet aussi ambitieux.

Qui sont les organismes communautaires dont il est question à la mission du projet de loi et ainsi qu'aux articles 24 et 25? Les organismes communautaires mettent de l'avant que le contexte économique, politique, social et culturel dans lequel les gens vivent

constitue un des déterminants majeurs de leur état de santé et de bien-être. Ils cherchent donc à intervenir directement sur les aspects ainsi que sur les facteurs qui les déterminent afin de répondre globalement aux besoins de la personne.

Cette approche se traduit dans une multitude d'actions et de stratégies: le renforcement du potentiel, la participation sociale, la prise en charge individuelle et collective, la transformation sociale, etc. Les organismes agissent en prévention tant par ce qu'ils font que par comment ils le font et par ce qu'ils sont. L'action quotidienne originale et diversifiée de ces organismes a un impact majeur sur le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie de près de 1 million de Québécois et de Québécoises.

L'action du mouvement communautaire autonome se situe bien au-delà du rôle axé sur les services que voudraient lui voir jouer davantage le gouvernement et les instances qui le représentent. Il tire sa richesse et son autonomie de ses caractéristiques qui visent la participation pleine et entière des citoyens et des citoyennes à prendre leur avenir en main et en déterminer les moyens, à accéder à une société plus juste, plus équitable, qui combat l'exclusion de toutes sortes.

Pour les organismes communautaires en santé et services sociaux, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement une absence de la maladie. Nous croyons que toute transformation doit s'effectuer dans un objectif d'amélioration de la santé et du mieux-être de la population. Pour y arriver, nous tenons à réitérer l'importance d'une approche globale, de l'accent à mettre sur la promotion-prévention ainsi que sur les déterminants de la santé. Nous sommes d'avis que les services, les activités, les projets du système de santé et des services sociaux doivent avoir une action globale sur l'ensemble des déterminants de la santé et non uniquement sur une intervention de type curatif.

Dans les faits, le projet de loi n° 25 va mettre au monde d'imposantes structures locales. Qu'on se le dise, «local» ne veut pas nécessairement dire «petit», «accessible» et «flexible». Alors, je passe la parole à ma collègue Suzanne.

• (17 h 40) •

Mme Péloquin (Suzanne): Alors, nous avons identifié certains pièges associés à ce projet de loi. Nous ne pouvions pas regarder le projet de loi sans le regarder avec une lunette plus globale.

Les gens qui viennent dans les organismes communautaires sont souvent des gens qui ont des difficultés économiques, qui sont en situation de pauvreté, des gens dont les organismes communautaires souvent représentent le dernier filet de soutien social. C'est donc dans cette perspective-là que nous avons analysé le projet de loi n° 25.

Bien sûr, le ministre cherche, par ces modifications, à assurer un meilleur cheminement de ces personnes-là dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il nous propose une organisation sur une base locale à travers des réseaux de services intégrés en croyant qu'en fusionnant différentes instances le citoyen va finir par avoir accès à une meilleure qualité de services.

Les organismes communautaires puis la population avec qui on travaille ont assisté à différentes réformes d'organisation du système. On n'a qu'à se rappeler la réforme de la régionalisation, qui s'inscrivait dans un courant d'espoir, parce que, pour les premières fois au Québec, on voyait naître en même temps toute la question de la politique de santé et bien-être où, au lieu d'avoir un virage uniquement curatif, on s'en allait dans une vision sociale avec une consolidation des CLSC, donc une consolidation du volet tout social, psychosocial, prévention, promotion.

Ce qui nous inquiète, c'est que même ces espoirs-là, si on les regarde uniquement comme un projet de loi pas en... dans son approche globale avec la dynamique qui l'entoure, bien, vous savez que la régionalisation, qui rapportait quand même une participation citoyenne, qui visait à rapprocher le citoyen au cœur des préoccupations du réseau, compte tenu qu'elle s'est faite plutôt dans une logique de lutte au déficit zéro, bien, ça n'a pas apporté les résultats escomptés.

Ce qu'on nous propose aujourd'hui, c'est une nouvelle organisation des services, dans un contexte de réingénierie de l'État. On est inquiets. On est inquiets que cette nouvelle réorganisation soit plutôt un instrument de réduction du filet de sécurité sociale mis au profit du secteur privé et des économistes.

La privation a beaucoup de résonance pour les personnes qui sont en situation de pauvreté, pour les situations des personnes pour qui vous aurez le privilège d'octroyer une augmentation salariale, mais qui en même temps, elles, devront aussi payer une augmentation des tickets d'autobus. En bout de ligne, ça n'amènera pas plus de pain puis de beurre dans la maison de cette famille-là. Pour nous, la privatisation... l'arrêt de la privatisation, la non-participation des entreprises privées au secteur public est cruciale pour ces personnes-là. Moi, j'ai accès à une carte de crédit; les personnes qui viennent dans les organismes communautaires n'ont pas accès.

Le réseau, actuellement, est développé sur différents modèles: les PSI, les plans régionaux d'organisation de services, les programmes nationaux de santé publique, différents programmes, et chacun sont convaincus à leur tour qu'ils feront mieux que les autres programmes et qu'ils rejoindront davantage les populations vulnérables. Sur le terrain, ce qu'on constate, c'est que de plus en plus de personnes qui ne sont pas des multipoqués sociaux n'ont pas accès à des services.

Est-ce que le projet de loi n° 25 qui nous est proposé actuellement favorisera un adolescent qui n'est pas en crise suicidaire d'avoir une oreille attentive à ses besoins? Est-ce qu'un parent qui vit une situation d'organisation familiale, de réorganisation, et non pas de dysfonctionnement qui l'amène à la DPJ... lui permettra d'avoir un réel accès? alors qu'on sait qu'en fusionnant le grand centre hospitalier avec le programme de santé physique... favorisera nécessairement que les budgets seront octroyés au plus fort la poche. Et malheureusement le monde avec qui on travaille ne font pas jamais partie du «au plus fort la poche». En nombre, c'est sûr, mais en termes d'élite, non.

La critique qu'on apporte au projet de loi n° 25 se veut donc une critique, pour nous, portée par les personnes qui souvent sont des sans-voix. Il n'y aura pas

grand monde qui viendront ici parler d'eux. Peut-être qu'on sera deux, trois à les nommer. Si on veut aider les personnes vulnérables — telle est la mission principale de la loi n° 25 — il faut éviter à tout prix d'intégrer les organismes communautaires dans des structures publiques. Il faut assurer une accessibilité des services non pas par des mégastuctures, mais une accessibilité des services de manière... à proximité.

Les gens qui nous précédaient parlaient d'approche territoriale. Les organismes communautaires ne s'inscrivent pas dans une approche territoriale. Pour nous, un territoire, parfois c'est quatre rues, parce que l'organisme, c'est une personne, 15 bénévoles qui font de la soupe pour 14 personnes qui sont sur 14 rues. C'est ça, pour eux, le rayonnement de leur mission. Il faut conserver ça, sinon c'est une perte d'accessibilité pour l'ensemble de ces personnes âgées là auxquelles on fera face.

M. Beaudry (Renaud): Alors, je vais poursuivre sur un des articles du projet de loi n° 25 qui nous apparaît majeur pour les groupes communautaires. Je parle ici de l'article 24, du deuxième paragraphe de l'article 24, je vous le cite: «Outre cette instance locale, chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux comprend également des médecins de famille, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des ressources privées de son territoire, lesquels sont associés à l'instance locale par le biais d'ententes ou d'autres modalités.»

Nous comprenons que les motivations du législateur commandent aux réseaux locaux de se doter d'un réseau de partenaires pour des fins de prestation de services de nature publique. Les organismes communautaires sont ici identifiés comme devant faire partie de cet autre réseau. Nous comprenons que les organismes communautaires seraient appelés à l'aide pour cause d'insuffisance des services offerts par les employés du gouvernement.

Étant donné la nature de la nouvelle instance locale proposée, compte tenu aussi des prises de parole du ministre de la Santé et des Services sociaux sur ses priorités, notamment les personnes atteintes de cancer, les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, vivant avec un handicap physique ou une déficience intellectuelle ou ayant subi une lourde ou importante perte d'autonomie, nous comprenons que l'offre des futurs réseaux locaux au milieu communautaire tournera autour de la sous-traitance suivante: hébergement pour convalescence et répit, services favorisant le maintien à domicile, transport du domicile vers les établissements du réseau public, prévention à domicile, application des programmes de prévention en santé publique, toute activité et tout service complémentaire aux services publics en cours.

La réponse de la Coalition des TROC à l'article 24, c'est un refus. Il nous apparaît que l'article 24 s'appuie sur une méconnaissance des liens déjà existants et fort importants entre les organismes communautaires et les différentes composantes du réseau public.

L'article 24, d'autre part, ne prend pas, selon nous, en considération tout ce qui se fait dans le mouvement communautaire en dehors de toute entente formelle avec le réseau public qui, pourtant, a un impact

positif sur la santé et le bien-être de la population, mais aussi un impact positif sur la consommation, par la même population, de services lourds et curatifs.

Nous considérons que le réseautage des organismes communautaires avec les réseaux de services locaux sont en contradiction avec la politique gouvernementale qui prône le maintien d'une certaine distance entre le mouvement communautaire et l'État ainsi qu'un financement prépondérant à la mission globale. Nous anticipons que les organismes communautaires ne seront pas tout à fait libres de se joindre aux réseaux de services locaux, le bon vieux levier habituel du financement amenant les organismes communautaires à de plus en plus correspondre à une prestation du réseau public.

Selon nous, le projet de loi n° 25 va amener une prépondérance de la vision curative de la santé et, en conséquence, va continuer à exclure, en partie ou en totalité, les gens qui sont la raison d'être du mouvement communautaire. Une seule minute? Merci. Pensons aux femmes victimes de violence, d'agression. Pensons aux hommes et aux femmes qui participent à des cuisines collectives, aux parents d'enfants handicapés qui s'entraident, qui se réconfortent, aux jeunes de la rue, aux femmes isolées depuis fort longtemps, aux personnes âgées — et là je vais dire etc., pour tenter de rentrer dans le 45 secondes qui restent. Le mouvement communautaire puise, dans ces personnes et leurs besoins, sa justification à réclamer du gouvernement du Québec une reconnaissance et un soutien afin de préserver cette distance nécessaire par rapport aux priorités et façons de faire de l'appareil gouvernemental. Nous considérons qu'ici c'est plus un projet d'intégration des groupes communautaires.

● (17 h 50) ●

Je laisserais un peu de temps, compte tenu qu'il reste à peu près 15 secondes, pour les recommandations.

Mme Tremblay (Marie-Renée): Alors, nous avons 12 recommandations, je vais les résumer. Donc, nous demandons le retrait du projet de loi n° 25; nous demandons d'arrêter l'intrusion du secteur privé; de conserver et de développer le réseau public des services de santé et de services sociaux avec ses grands principes de gratuité, universalité, accessibilité; d'établir le budget de la santé et des services sociaux à partir de trois grandes fonctions: santé physique, besoins sociaux, prévention; nous recommandons la préservation et le renforcement des services sociaux de première ligne et d'une prise réelle du virage prévention-promotion; ainsi que le maintien des centres locaux de services communautaires et des CHSLD, de leur mission et de leur entité; nous recommandons une participation citoyenne démocratique élue et active au sein des C.A. des institutions; nous recommandons le respect par l'État des spécificités des organismes communautaires autonomes, telles que leur rôle d'agent de transformation sociale; nous recommandons au gouvernement du Québec d'actualiser rapidement la politique d'action communautaire autonome — oups! autonome, une action communautaire... c'est un souhait — ainsi que l'adoption... ainsi que la mise en oeuvre par le biais du cadre de référence; ainsi que l'injection de fonds publics supplémentaires dans le réseau des services sociaux, des

fonds significatifs dédiés à la mission globale des organismes communautaires, et plus particulièrement dans le budget octroyé à la prévention-promotion; nous recommandons le maintien de l'indépendance du PSOC relativement à la participation ou non des organismes communautaires autonomes dans les approches intégrées de services; et nous recommandons le maintien du soutien aux organismes communautaires aux niveaux national et régional. J'en ai fait un résumé. Vous avez le...

La Présidente (Mme Charlebois): Merci beaucoup, Mmes Tremblay, Péloquin et M. Beaudry. Maintenant, je vais laisser la parole à M. le ministre pour une période d'une durée de 15 minutes.

M. Couillard: Oui, puis il y a également de mes collègues qui veulent intervenir. Alors, je vais me limiter à quelques remarques. D'abord, merci pour votre visite et votre présentation.

Il est bien certain qu'on a souvent publiquement reconnu la contribution exceptionnelle qu'apportent les organismes communautaires à notre système de santé et de services sociaux, qu'on désire continuer à appuyer leur intervention puis offrir à ces organismes un financement qui est stable et adéquat. Quand on se promène sur le terrain, c'est ce qu'on entend le plus, comme demande, et je pense qu'on est sensibles à cette demande-là. Et, en contrepartie, ce qu'on demande, étant donné que nous avons à gérer les fonds publics, c'est la gestion transparente et l'imputabilité. Mais je pense que, de ce côté-là, les signaux récents qu'on a entendus n'étaient pas du tout en désaccord avec ces objectifs de transparence et d'imputabilité.

Je vais donner quelques chiffres, ici, qui pourront éclairer nos auditeurs et le public. En 1973, il y avait environ 31 organismes communautaires, pour un financement global de 1 185 000 \$, un financement de 38 000 \$ moyen par organisme, en 1973, il y a 30 ans, au début du système public de protection contre la maladie au Québec. Et on se retrouve en 2003-2004 avec plus de 3 000 groupes, un budget qui est passé, entre 2002-2003 et 2003-2004, de 269 millions à plus de 285 millions de dollars, et donc une augmentation considérable du nombre de groupes, du financement global et également du financement moyen par organisme. Et là, bien sûr, il s'agit d'une moyenne, de sorte que ça peut changer d'un organisme à l'autre, là, selon les régions.

De sorte qu'on se retrouve actuellement avec des sommes considérables d'argent public investies dans les organismes communautaires. Et il est bien certain que les besoins étant ce qu'ils sont dans la communauté, il est normal que ces organismes aient éclos au cours de ces années et qu'ils demandent un financement plus stable et mieux assuré d'une année à l'autre. C'est ce qui s'est produit au fil des années, et je pense qu'il serait aisé de reconduire l'exercice.

Maintenant, je lisais votre mémoire, tantôt. Il y a des principes sur lesquels on va tous s'entendre immédiatement. Maintenir la gratuité, l'universalité, l'accessibilité du système de santé; il n'est certainement pas question de système à deux niveaux, certainement. On n'a jamais même évoqué la possibilité, contrairement à

d'autres formations politiques représentées autour de la table, de créer un système de santé à deux niveaux au Québec.

Garantir l'autonomie des organismes communautaires; oui, il n'est pas question de vous inclure dans les réseaux, dans l'administration, dans l'organisation des réseaux. Et je pense qu'on peut réaffirmer la garantie de maintenir l'autonomie des organismes communautaires. Bien sûr, cette autonomie étant acquise du côté des organismes communautaires, nous, nous demeurons avec la contrainte de la disposition et de la quantité de fonds publics disponibles, qui est finalement notre responsabilité en tant qu'élus, face à la population, de gérer ces fonds publics de façon adéquate et responsable.

Il y avait juste deux questions que je vous poserais, brèves, pour céder par la suite la parole à mes collègues. Je n'ai pas vraiment compris la relation entre le projet de loi n° 25 puis l'intrusion du secteur privé. Moi, je ne vois aucune relation, actuellement, là, et vous allez peut-être pouvoir m'expliquer là-dessus. C'est la première question. Deuxièmement, vos avis ou vos conseils sur la façon de bien préserver ou de renforcer, même, les services sociaux, dans la structure actuelle et proposée du système de santé. Alors, ce seraient mes deux questions. Par la suite, mes collègues pourraient prendre la relève.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme Tremblay.

Mme Tremblay (Marie-Renée): Je m'excuse, j'aimerais réentendre la deuxième question.

M. Couillard: Alors, c'était vos suggestions pour préserver et protéger la mission sociale dans le réseau de santé et de services sociaux non seulement dans l'état actuel des choses, mais également dans l'optique des propositions qui sont sur la table dans le projet de loi n° 25.

Mme Tremblay (Marie-Renée): Oui. Je voudrais juste répondre, là, en disant que, sur les argents investis, évidemment, on reconnaît les argents qui ont été investis. Par contre, évidemment, sur... Il ne faut pas oublier que l'ensemble des réformes — et les coupures, et les déficits zéro — a fait que, dans le fond... a eu comme impact d'augmenter les besoins de services, donc, évidemment, a eu un impact sur l'exclusion des personnes aux soins de santé.

Et aussi, par rapport à ce que vous disiez, M. le ministre, ce qui demeure, comme préoccupation, c'est tout le temps: Est-ce que les organismes auront le choix? Et, si, finalement, les organismes n'acceptent pas d'être financés par ententes de services, est-ce qu'ils auront à gérer leur pauvreté?

Sur vos deux questions, je laisserais, sur l'intrusion du secteur privé, Renaud répondre, et, sur l'autre question, j'inviterais Suzanne à répondre.

M. Beaudry (Renaud): Alors, notre compréhension du projet de loi n° 25, on la fait aussi avec ce qu'annonce depuis le 14 avril le gouvernement, c'est-à-dire ce qu'on appelle tantôt moderniser, tantôt

réingénierier — quelque chose, là — les services publics. Nous, on comprend que le gouvernement a l'intention de diminuer les impôts, on comprend que le gouvernement l'annonce, l'écrit, le premier ministre l'a dit, a l'intention aussi de réduire les coûts des services à la population.

Quand on voit ça, on se dit que le projet de loi n° 25 fait partie du projet de réingénierie du gouvernement du Québec. Alors, quand on voit arriver tout d'un coup que les réseaux locaux composés des trois types d'établissements, CHSLD, CLSC, vont être en partenariat par ententes — autre modalité, là, on pense beaucoup ententes de services — là, on voit le train de mesures et de ressources intermédiaires non institutionnelles, d'organismes communautaires qui voudront bien répondre à des appels d'offres, d'entreprises privées qui voudront bien répondre à ces appels d'offres là.

Je vous donnerai comme exemple, ce n'est pas nouveau, mais on pense que ça... il va y avoir un recours plus grand. Le réseau public a mis sur pied tout un réseau de ressources intermédiaires, des milliers; dans ma région, c'est, en quatre ans, une centaine de ressources qui hébergent plus de 1 000 personnes relevant, selon la loi, quand même des CHSLD pour la plupart. Mais c'est des ressources intermédiaires faiblement financées, et dont les salaires... les salaires versés aux employés sont très faibles, et qui vivent des grandes difficultés à rendre des services à la population. On pense qu'on va voir ce type d'organisation là encore plus se développer, compte tenu des intentions du gouvernement exprimées dans le cadre de la réingénierie.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme Péloquin.

Mme Péloquin (Suzanne): Au niveau aussi de la participation du privé, on pense à toute la question de la désassurance des soins. Vous savez, quand on est un enfant dans une famille démunie et qu'on n'a pas accès à des soins au niveau dentaire, ça aura nécessairement des conséquences importantes sur le vieillissement de cet enfant-là. Puis, on le sait, actuellement, un des problèmes quand on arrive en CHSLD puis que... Bon. Vous le savez, il y a eu toute la mode où on enlevait les dents des gens, malheureusement. Bien, maintenant, ça provoque un problème important au niveau de toute la qualité de vie de ces personnes-là.

Donc, pour nous, l'intrusion du privé, ça passe aussi par la désassurance. Parce que, si cette famille-là veut avoir accès effectivement à des soins minimaux, pour l'instant, qu'on appelle des dents, qui ne semblent pas à prime abord avoir une importance cruciale sur la survie d'un être humain... va en avoir une plus tard, par exemple, dans sa capacité de composer avec sa maladie. Parce qu'on va vieillir. Puis, si on est pauvre, c'est prouvé, là, nos conditions, en vieillissant, quand on est une famille pauvre, quand on est une personne pauvre, ça ne nous amène pas vers une vieillesse très en santé.

Pour ce qui est de nos solutions, bien, c'est sûr que, pour nous, de renforcer la première ligne reste un incontournable. On croit fermement qu'il n'y a pas eu suffisamment d'efforts qui ont été faits dans ce sens-là. Il faut accentuer le développement de la première ligne.

Le virage social, il y a eu énormément de politiques, de programmes, d'annonces et de contre-annonces pour dire: Enfin, un virage de prévention-promotion. Actuellement, on a une belle politique nationale de santé publique qui repose presque exclusivement sur une approche épidémiologique. Tout le développement des communautés, toutes les approches de prévention-promotion, bien, si ça ne s'inscrit pas dans des programmes ciblés, organisés, bien, oups! c'est injecté. Dans ce temps-là, c'est qui, qui est injecté? C'est aussi des personnes qui ne font pas partie des protocoles de recherche, qui ne sont pas dans les visages scientifiques. C'est important. On parle d'accessibilité aussi à la population.

● (18 heures) ●

La Présidente (Mme Charlebois): M. le ministre, est-ce que vous voulez poursuivre?

M. Couillard: Je vais laisser la parole à mes collègues.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député d'Arthabaska.

M. Bachand: Oui. Donc, Mme Tremblay, Mme Péloquin et M. Beaudry, je suis très heureux de vous recevoir à la commission, personnellement. Vous savez que, dans le comté d'Arthabaska, le milieu culturel et aussi le milieu communautaire fait partie de notre culture. J'ai un très grand respect pour ces gens-là. On travaille ensemble depuis longtemps et dans un service intégré de gestion. Et, à chaque question et chaque inquiétude qu'ils avaient... Je vais camper mes commentaires, ça va me permettre de répondre aussi à vos questions, parce que... Mais je veux connaître aussi vos inquiétudes, parce qu'il y a des inquiétudes qui avaient été faites dans mon milieu, dans Arthabaska. Évidemment, j'avais le privilège de pouvoir poser des questions directement au ministre et qui me rassurait et qui rassurait mon milieu communautaire.

Je comprends bien vos inquiétudes, et elles sont verbalisées de façon très claire. Vous dites: Nous faisons partie de cet autre réseau. Et mon milieu avait beaucoup d'inquiétudes sur l'autonomie, il voulait s'assurer une autonomie dans le nouveau projet de loi n° 25. Et c'est normal d'avoir ces inquiétudes-là. Par rapport à ce qu'ils ont lu et par rapport à ce qu'ils en ont compris, ils étaient rassurés, parce qu'ils avaient l'habitude d'être à l'intérieur d'un réseau intégré. Moi, je ne pense pas que... Il faut faire en sorte que le milieu communautaire soit un réel partenaire, et je pense que les bases du projet de loi sont là pour le démontrer.

Quand vous me dites que le territoire chez nous, ça ne peut pas être une approche territoriale, moi, chez nous, le milieu communautaire, qui est issu depuis 25 ans de notre milieu, a une approche territoriale, et ça ne se limite pas à quatre rues, comme vous le dites, de son territoire. Parce que, si jamais sa mission était à l'intérieur de quatre rues et qu'il y avait des besoins dans la cinquième rue, ils sont aussi présents dans la cinquième rue. O.K. Ils ont une approche territoriale très, très, très significative, et cette approche-là se fait en fonction des besoins qui sont exprimés par la clientèle.

Donc, ma question: Quelles sont vos réelles inquiétudes par rapport à ce que le ministre vient de dire et vient de vous répondre, vos vraies inquiétudes qui sont transportées dans votre milieu? Pouvez-vous m'en cibler deux pour lesquelles, là, vous avez vraiment des insomnies et qui pourraient vous permettre de partir en paix d'ici? Honnêtement.

Mme Tremblay (Marie-Renée): C'est M. Beaudry qui...

La Présidente (Mme Charlebois): M. Beaudry voudrait répondre? M. Beaudry.

M. Beaudry (Renaud): Merci. Parce que je travaille à la Table régionale des organismes communautaires Centre-du-Québec—Mauricie, là, ça me picotait de pouvoir échanger avec vous, M. Bachand. Je vous dirais, d'une part, sur les inquiétudes des groupes communautaires: Je ne doute pas des relations que vous avez et des entretiens que vous avez eus, mais je vous dirais qu'il reste un fond d'inquiétude important, tant et si bien que, le 9 décembre prochain, à leur demande, je rencontre les groupes communautaires des Bois-Francs, de L'Érable, de Nicolet-Yamaska et de Bécancour. Et c'est eux qui ont décidé de se réunir, et principalement, je vous dirais, et c'est eux qui ont porté les premiers à notre attention l'interprétation de l'article 24, le deuxième paragraphe. Donc, il y a quand même une inquiétude qui est là.

Sur les choses très concrètes, je vous dirais, depuis la loi n° 120, depuis 1991, il y a eu, dans le temps, hein, des propositions du réseau public, tantôt du niveau administratif, tantôt du niveau politique, tantôt local, tantôt régional, pour intégrer les groupes communautaires, qui se résument à peu près comme ça: tenir une maison de jeunes, c'est formidable, mais, dans la vraie vie, je n'ai pas de liens, moi, avec les adolescents en prévention. Par contre, je suis le centre jeunesse, je suis la DPJ, peux-tu me faire... et est-ce que les jeunes peuvent venir cogner à ta porte pour signaler qu'ils sont toujours là, qu'ils sont toujours à la maison? Peux-tu m'aider dans la probation?

Réponse de la maison de jeunes: Si je fais ça, je me détourne de l'activité avec les adolescents pour prévenir ce genre de comportement là ou de situation là, un. Et, si je le fais, j'accepte tes jeunes, automatiquement, les jeunes... si j'accepte les jeunes signalés par la DPJ, jeunes contrevenants, automatiquement... Je suis un ancien animateur de maison de jeunes qui vous parle, automatiquement, et c'est un cas concret, on a refusé. Et les jeunes qui nous fréquentent sur une base libre et volontaire vont quitter. Pourquoi? Ils vont dire: C'est la police sociale de l'État qui est là, c'est la travailleuse sociale du CLSC. Ça va être le lien avec le réseau public qu'une partie des gens fuit pour toutes sortes de raisons. C'est un exemple.

L'offre du réseau public, peu importe le gouvernement au pouvoir, hein, ça, il y a comme une dynamique, il y a un mémoire du ministère de la Santé et des Services sociaux, la commission Rochon, 1987, la Direction des organismes communautaires, qui n'existe plus au sein du ministère, qui disait: Si vous réseautiez d'une façon ou d'une autre les groupes communautaires,

le réseau va vouloir naturellement les intégrer, pas pour ce qu'ils font, pour ce qu'ils pourraient faire avec le réseau public. Pas parce que c'est bête de travailler avec le réseau public; ce qui est bête, c'est de s'éloigner de plus en plus des gens pour lesquels on existe.

Je vais vous donner un exemple de ce qu'il faut faire, et vous l'avez fait. Le soutien des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, vous avez pris la décision de rehausser leur financement pour maintenir leur mission, hein, et mieux l'assumer en leur versant du financement à la mission avec certaines modalités de répartition, pour des considérations populationnelles. O.K. Mais vous avez décidé de faire ça, vous n'avez pas invité les maisons d'hébergement à voir qu'est-ce qu'ils pourraient faire avec le réseau actuel. Vous avez dit: Ils font une job importante, ils assument ça, ah! nous allons les soutenir pour répondre à cette problématique majeure. C'est l'attente qu'ont tous les groupes communautaires en santé et services sociaux de tout le Québec. Mais nous comprenons.

Et là il y a des exemples des centres d'action bénévole qui se font offrir par le CLSC: Regarde, c'est bien le fun, tes visites de courtoisie aux personnes âgées, mais, regarde, moi, j'aurais besoin que tu me livres 500 repas de plus pour telle personne, telle personne que, nous, nous diagnostiquons, dont, nous, nous sommes responsables, il faudrait que tu me le fasses avec tes bénévoles. Regarde...

La Présidente (Mme Charlebois): Je m'excuse, M. Beaudry, le temps est écoulé, alors je ne pourrai pas vous reconnaître, Mme la députée de Pontiac. Je reconnaitrai, à ce moment-ci, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Mme la Présidente. Alors, bienvenue, Mme Tremblay, Mme Pélouin et M. Beaudry. On a craint que vous ne soyez pas des nôtres, n'est-ce pas, et nous nous réjouissons que finalement ça ait pu se régler et que la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires ait pu être entendue par la commission parlementaire. Alors, il y a aussi mes collègues la députée de Pointe-aux-Trembles et le député de...

Mme Léger: Vachon.

Mme Harel: ...Vachon qui veulent intervenir. Alors, allons à l'essentiel.

Vous nous avez dit être inquiets du deuxième alinéa de l'article 24. Et pourquoi l'êtes-vous? Pour les mêmes raisons que, moi aussi, je le suis, parce que cette autonomie dont parle le ministre, c'est une autonomie qui est assez contradictoire, dans le sens où vous êtes énumérés au même titre que les médecins de famille, les ressources privées, les entreprises d'économie sociale puis les organismes communautaires. Et ça signifie donc que, pour les médecins de famille ou les cliniques privées... Pourtant, on a dit qu'il y aura un lien de rattachement, etc., on a parlé de ça dans le... au début de cette journée. Alors, qu'en sera-t-il pour les organismes communautaires?

Moi, l'inquiétude que j'ai, je la partage avec ma collègue la députée de Pointe-aux-Trembles, c'est qu'on

n'a jamais eu de réponse claire à la question suivante: Est-ce que le ministre entend protéger le budget du programme Soutien aux organismes communautaires, comme il a déjà annoncé qu'il entendait le faire du budget du programme de santé publique? C'est tout simple. Et on peut tout régler, M. le député — qui se préoccupe, avec raison, de cette question — par un oui ou par un non. Si le ministre nous dit: Oui, j'entends protéger le budget du programme Soutien aux organismes communautaires, comme je le fais pour le programme de santé publique, alors vos inquiétudes, je pense, n'existeront plus, ni les miennes non plus. Ça, c'est la première chose.

La deuxième, c'est le territoire. Moi, je vous dis, là, le quartier où j'habite, sans les organismes communautaires, ce serait la misère. Heureusement, cependant, qu'il y a eu le CLSC pour les appuyer, les accompagner. Je pense à la maison d'hébergement La Dauphinelle, je pense au Collectif d'aménagement urbain, je pense à l'ensemble de ces organismes qui font qu'on peut compter maintenant sur 3 000 logements coopératifs sociaux ou sans but lucratif parce que ça a été appuyé par le CLSC.

● (18 h 10) ●

Mais ce que je crois aussi, c'est qu'il y a un fort sentiment d'appartenance. Oui, le communautaire se développe, parfois sur un pâté de maisons, parfois même dans une résidence, habitation à loyer modique ou pour personnes âgées, mais il reste qu'il y a un sentiment d'appartenance très fort qui peut se développer. Et il y a là un capital social très significatif, parce que les relations d'entraide se développent au sein de ce sentiment d'appartenance. Ça peut être un quartier d'une grande ville, ça peut être un village, en fait c'est... Et cela, ce qui m'inquiète, c'est que le mot «territoire» n'est pas du tout défini dans le projet de loi. Alors, ça pourrait être n'importe quoi d'autre, y compris le territoire de desserte d'un hôpital. Alors donc, la question reste posée.

Parce que l'autonomie, ça peut être l'autonomie pour soumissionner au même titre et à même égalité que des organismes ou des firmes privés sur des projets des réseaux locaux. Alors, de quelle autonomie parle-t-on? Dans le fond, la question, c'est: L'État est-il prêt à continuer à accompagner le secteur communautaire dans la prise en charge, la prise de parole, mais aussi la prise en charge des gens par eux-mêmes? C'est ça, la vraie question. Alors, je ne sais pas si vos inquiétudes continueront ou si... Moi, je suis prête à laisser du temps au ministre s'il veut vous dire oui.

Une voix: Et s'il veut dire non?

La Présidente (Mme Charlebois): Mais, à ce moment-ci, je pense que je reconnaitrais Mme Pélouin, elle avait quelque chose à dire.

Mme Pélouin (Suzanne): La participation importante des organismes communautaires va au-delà d'une reconnaissance théorique. Ça va dans la pratique. Nous faisons face de plus en plus à l'approche biomédicale, et, depuis tantôt, vous posez des questions juste comme sur le volet organisme communautaire. Quand on est un organisme communautaire autonome

en santé et services sociaux, on porte des valeurs et une philosophie qui nous amènent à voir la personne dans sa globalité. Ce dont on est inquiets beaucoup actuellement, c'est de ne pas entendre clairement de la part du gouvernement ses annonces claires dans un virage social de prévention-promotion, et pour les mêmes raisons qui vous amènent à vouloir regarder à partir d'une structure une nouvelle organisation. C'est-à-dire assurer un meilleur service, s'assurer qu'une personne en besoin de services sociaux aura aussi accès à ces services-là. Le parent pauvre de l'organisation de la santé au Québec, ce sont les services sociaux, et notamment la prévention-promotion. Nous participons actuellement, au quotidien, dans ce champ précis de la prévention-promotion mais aussi de l'exercice de la citoyenneté.

Quand nous vous disons que les organismes communautaires ne pourront pas s'inscrire dans une logique territoriale, ce n'est pas un refus de partenariat. C'est que les organismes communautaires sont issus d'un besoin d'une communauté, ils s'associent avec un groupe de personnes qui, bénévolement, décident ensemble d'organiser une mission et de donner des services ou réaliser des activités. On ne peut pas demander à ces organismes-là de se conformer à une organisation avec des infrastructures, des financements, du personnel majoritairement et très majoritairement rémunéré. On n'a pas partout la même logique organisationnelle. Donc, intégrer les organismes communautaires, vous n'avez pas besoin d'un projet de loi pour le faire, il faut les sous-financer, les amener dans des priorités, puis ils vont s'intégrer. Mais qui va être perdant? C'est la population. Et c'est la société civile.

Mme Harel: Je comprends que ce que vous poursuivez, c'est une action citoyenne de prise en charge des gens par eux-mêmes. Bon. Il y a ma collègue, également, de Marie-Victorin qui est avec nous et qui se préoccupe de toute cette problématique communautaire. Moi, je terminerai simplement en vous disant qu'en regardant, en visionnant la cassette que le ministre a réalisée et transmise à tous les directeurs et directrices généraux des établissements, il dit une chose qui m'a effrayée. Il dit: À terme, les réseaux locaux, les instances locales, il va y avoir un boss, une enveloppe. Là, ça m'a fait froid dans le dos. Ce boss et cette enveloppe, ça va être mis au service de qui et de quoi? C'est ça qui m'inquiète en regard de l'action communautaire.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Oui, merci, Mme la Présidente. Bonjour. Je suis très contente que vous soyez là aujourd'hui. Et, moi, je vais appuyer ma collègue de cette inquiétude-là. Moi, je suis fort inquiète pour tout le milieu communautaire du Québec de toute façon, pas juste avec le projet de loi n° 25, mais celui du projet de loi n° 34 aussi, dans le développement régional, là, qui est dans un autre dossier.

Mais le respect de votre autonomie, le respect de votre financement, quand on sait qu'il y a des baisses d'impôts qui s'en viennent, quand on sait la voie vers

plutôt des ententes de services, quand c'est exactement ce que vous ne voulez pas, alors il ne faut pas vous écouter pour s'en aller vers une entente de services, vous me l'avez assez dit assez de fois que je pense qu'il faut qu'il l'entende.

De toute la suite de la politique de reconnaissance, là, il y a des liens importants avec les services sociaux puis avec la santé, on n'en entend pas parler du tout, on ne sait pas du tout la suite de cette politique-là. On n'entend parler que de guichet unique, réingénierie, rationalisation. C'est ce qu'on entend. Je n'ai aucune idée de ce qui va se passer avec le programme SOC, on n'a pas eu encore... je pourrais dire, d'être rassuré sur le programme, et, avec tout ce projet de loi n° 25, on ne sait pas comment on va protéger l'enveloppe du SOC telle quelle.

Ce qui m'inquiète particulièrement aussi, c'est... Vous faites la recommandation, la septième: «Nous recommandons une participation citoyenne, démocratique, élue et active au sein des conseils d'administration des institutions.» Est-ce que vous pensez que vous allez faire partie du conseil d'administration, vous allez faire partie de ces décisions-là, qui seront dans le réseau local de santé et de services sociaux? Est-ce que vous pensez que vous êtes assez importants pour être sur ce réseau-là?

La Présidente (Mme Charlebois): Mme Tremblay.

Mme Tremblay (Marie-Renée): Évidemment, c'est une grande question actuellement, c'est une préoccupation des organismes communautaires. Déjà, on a été coupés dans les représentations et déjà c'était difficile d'être entendus, alors que maintenant on ne peut pas voir, on ne peut pas comprendre comment on va actualiser ce que disait M. le ministre dernièrement, lorsqu'il a présenté le projet de loi, quand il nous disait trouver importante, voire essentielle l'autonomie des organismes communautaires et voire même le rehaussement. Et donc, pour ça, ça veut dire qu'il faudra avoir des lieux d'expression et des lieux de débats publics où des organismes communautaires devront faire leurs places et devront être entendus. Et, évidemment, vous avez très bien compris, en tout cas, on a compris la même chose, on ne voit pas du tout comment on pourra faire cette représentation-là actuellement, ce qui augmente finalement l'inquiétude de se dire: Bien, où est-ce qu'on va pouvoir s'exprimer?

Déjà, dans les réseaux locaux de services, on se demande où on pourra s'exprimer. Au niveau des lieux de structures, les niveaux de représentation, on se demande où est-ce qu'on pourra s'exprimer. On vient finalement enlever, avec le projet de loi... Puis, si on regarde le Programme national de santé publique, où on fait finalement des déterminants de la santé qu'il y avait dans la Politique santé, bien-être, si on cumule tout ça ensemble, eh bien, évidemment, le résultat, c'est ce que disait tout à l'heure Suzanne et ce que vous avez aussi compris tout à l'heure, bien, c'est de plus en plus de personnes exclues. Donc, c'est une grosse facture pour une réforme.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Moi, j'entends le ministre souvent dire que le financement des organismes communautaires... et il montre ce qu'il y avait avant puis ce qu'il y a maintenant. Ça m'inquiète, et j'espère que vous allez pouvoir le soulever à un moment donné. Parce qu'on sait qu'il y a eu tous les transferts des organismes. Alors, je ne sais pas si le haussement qu'il y a dans les services sociaux, santé et services sociaux... Les organismes communautaires, ce ne sont pas des organismes qui viennent des autres ministères, qui se sont retrouvés à la santé et services sociaux. Parce que le transfert des organismes, c'est fait aussi avec le transfert de l'argent et du financement aussi. Alors, ce serait bon de vérifier ce genre d'informations. Quand j'entends le ministre dire qu'il y a un rehaussement puis qu'on fait ce qu'il faut pour les organismes communautaires, ce n'est pas du tout ce que je vois avec le projet de loi n° 25 et encore moins avec le n° 34 que vous entendez... vous n'êtes pas du tout là, vous ne faites pas partie de ces projets de loi là.

La Présidente (Mme Charlebois): Est-ce que vous avez une autre question, Mme la députée? En moins de deux minutes, il reste deux minutes.

M. Bouchard (Vachon): Bien, moi, j'en aurais une autre, si vous...

La Présidente (Mme Charlebois): Allez-y, M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Mais, en tout cas, pour faire un peu de pas sur la question concernant la participation de la société civile, en page 13 de votre document, vous dites: «Le projet de loi marque un recul important sur la participation citoyenne. La procédure exclusive de nomination par le ministre des membres des conseils d'administration nous inquiète grandement.» La même inquiétude a été exprimée par l'Association des CLSC et CHSLD et qui nous dit ceci: «Dans sa plateforme politique en santé, le Parti libéral du Québec s'était pourtant engagé à réintroduire de la souplesse et de la créativité dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour y arriver, il proposait, entre autres, de rapprocher le pouvoir des citoyens et de ceux qui les soignent. Le projet de loi entraînera l'inverse. En démettant les administrateurs actuels de leurs fonctions, et en...

La Présidente (Mme Charlebois): Rapidement, M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): ... — oui, excusez-moi, Mme la Présidente, je vais finir ma phrase et ma question — [...] le ministre manifeste un manque de confiance à l'égard de la société civile.» Pouvez-vous expliquer au ministre pourquoi il devrait avoir confiance dans la société civile?

La Présidente (Mme Charlebois): En moins d'une minute. Bien, c'est tout ce qui reste, je m'excuse.

• (18 h 20) •

M. Beaudry (Renaud): Parce que les représentants de la société civile vont aussi amener l'importance

de répondre à des besoins sociaux, vont aussi amener l'importance, à un moment donné, dans des cas patents, où il faut revitaliser des quartiers plutôt que d'investir dans un contrôle social, dans des programmes de soutien aux jeunes parents, hein, parce que la société civile va amener aussi tous les autres besoins, en dehors que médicaux, pharmaceutiques, que vivent la population, notamment le maintien à domicile, notamment aussi de ne pas en mettre trop sur le dos des aidants naturels. C'est la société civile, les conseils d'administration de CLSC, de régions régionales qui ont, entre autres, dit: Il faut aussi se préoccuper des gens qui prennent soin des gens mais qui ne sont pas à l'intérieur du réseau. Si vous concentrez, comme à l'heure actuelle, un conseil d'administration pour un vaste territoire, d'immenses territoires qui ne sont pas les territoires de proximité, vous vous séparez de cette connaissance-là, de terrain, quotidienne.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. Beaudry, Mme Tremblay et Mme Péloquin, de nous avoir présenté votre mémoire. Merci beaucoup. Et je vais suspendre les travaux, chers collègues, jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 18 h 21)

(Reprise à 20 h 9)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission des affaires sociales reprend ses travaux. Je vous rappelle simplement la mise en garde, en souhaitant que les téléphones cellulaires soient fermés afin que les sonneries ne dérangent pas les travaux de la commission.

Nous sommes contents d'accueillir les représentants de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Mme Skene, vous êtes une habituée des commissions parlementaires, mais je vous rappelle nos règles de fonctionnement. Vous avez 15 minutes pour faire votre présentation, qui sera suivie par un échange avec les parlementaires, 15 minutes de chaque côté de la table. Je vous demande de présenter les gens qui vous accompagnent et de commencer immédiatement votre présentation.

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)

Mme Skene (Jennie): Alors, bonsoir. Merci de nous accueillir devant vous et, comme vous le dites, nous avons 15 minutes pour la présentation, je vais d'entrée de jeu présenter les personnes et embarquer dans le vif du sujet. À mon extrême gauche, Mme Lucie Mercier, qui est conseillère au secteur santé à la Fédération, qui a travaillé sur une partie du mémoire qui est devant vous; près de moi, Mme Sylvie Boulanger, qui est vice-présidente au secteur santé à la Fédération; à ma droite, Mme Thérèse Laforest, qui est conseillère à la Fédération au secteur tâches et organisation du travail, qui a... la portion que je dirais plus des réseaux et dans son champ de travail à la Fédération.

● (20 h 10) ●

Alors, je veux d'abord situer le mémoire que vous avez devant vous, parce qu'il est un mémoire intégré. C'est-à-dire qu'on a fait une situation de conjonctures plus au départ: 25 et 30 se suivent et, à l'intérieur, à différents endroits, il y a un clin d'oeil à 31, ou à 7, ou à 8, parce qu'on considère que le projet qui est sur la table de travail actuellement, le projet de loi n° 25, fait partie d'un tout et qu'il y a des interconnexions qui viennent supporter la création... ou le projet de loi n° 30 ou le projet de loi n° 31 ou qui ont besoin de ces deux autres projets de loi pour atteindre leur pleine mesure. Alors, cela étant dit, bien sûr, on va présenter ce soir 25; 30, on se réserve ça pour vendredi après-midi.

D'entrée de jeu, ce qu'on note à l'intérieur de notre document, c'est que la réforme du réseau de la santé actuellement pour nous est une réforme néolibérale et que, au moment où notre nouveau gouvernement s'est fait élire en jouant la carte de la priorité à la santé, il nous a aussi promis de revoir le rôle de l'État. Mais ça n'a jamais été aussi clair que de dire qu'il avait la volonté de revoir le rôle de l'État en santé. Et c'est ce que nous constatons aujourd'hui, tout d'abord parce que ce projet de loi vient légitimer de façon sournoise, selon nous, par la création de réseaux intégrés, la place du secteur privé dans le réseau de la santé. Cette réforme de la santé constitue un des éléments majeurs du projet de réingénierie de l'État tel que présenté par le premier ministre dans son discours inaugural. Aussi, c'est ainsi que la FIIQ estime que ce projet de loi, bien qu'on n'y attache pas toute l'importance qu'on devrait y accorder, c'est une réforme qui est à tout le moins aussi importante que la réforme Castonguay au début des années soixante-dix et lourde de conséquences.

Donc, d'entrée de jeu, j'embarque sur le projet de loi lui-même. La trame de fond, c'est non à la loi n° 25, un oui conditionnel à l'intégration des services. Pour nous, il est extrêmement important — et la FIIQ reconnaît qu'il y a une nécessité — de mieux assurer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services à la population. Nous sommes en première ligne partout sur le territoire du Québec et nous savons qu'il y a, de façon ponctuelle ou de façon régulière, selon les situations, des ruptures de services qu'il faut obligatoirement corriger.

Toutefois, notre opposition à ce projet de loi prend fondamentalement sa source dans ses racines idéologiques. Le projet de loi, selon nous, s'inscrit clairement dans la manœuvre de réingénierie de l'État québécois, et cette loi propose une structure unique qui fait fi des connaissances acquises en matière de déterminants de la santé. Elle concentre les services de deuxième et troisième ligne dans un modèle public technocratique, elle dilue et affaiblit les services de première ligne dans un modèle mixte ouvert au marché.

C'est d'abord pour nous une loi inutile en ce sens que changer les régions régionales pour des agences, c'est un changement de nom. Les pouvoirs sont demeurés, et on aurait très bien pu leur donner le mandat d'aller plus loin dans la création de réseaux intégrés de soins. C'est un projet de loi qui se fait à toute vapeur, qui est précipité et qui, alors que des réseaux sont déjà en création ou existent déjà partout sur le territoire du

Québec... On veut changer l'approche qui était celle privilégiée par les régies, qui est une approche de concertation, en approche coercitive, et donc, nous ne pouvons souscrire à cette nouvelle approche.

Un autre motif qui nous conduit à dire que cette loi est inutile, c'est que l'organisation de réseaux de services intégrés ne passe pas par des fusions et surtout pas par des fusions forcées. Elle peut se réaliser autrement, est inutile parce qu'elle ne s'attaque pas aux vrais problèmes de sous-financement, de mauvaise distribution des ressources, d'approche médicale de la santé. Plus encore, le projet de loi consacre l'état de fait régional et territorial de pénurie. Une loi hasardeuse parce qu'elle comporte des risques quant à la composition des conseils d'administration des nouvelles régies-agences, par le silence sur la composition des conseils d'administration des nouveaux établissements qui seraient créés, par le peu de consultation ou le pas de consultation du tout des employés, des travailleurs de ce réseau-là, par le fait que les meilleures personnes pour déterminer leurs besoins en termes d'accessibilité et de continuité, c'est-à-dire la population, ceux qui requièrent des services, seront consultées après coup.

Une loi incomplète. Il nous apparaît que les préoccupations de cette loi sont plus financières que sociosanitaires et qu'on est muets sur plusieurs aspects. La mise en place de véritables réseaux intégrés conduit à une modification en profondeur du mode de rémunération des médecins. Pourtant, la loi est muette sur ce sujet. La loi est muette relativement aux autres organisations de l'actuel réseau de la santé, les liens entre les centres jeunesse et les centres de santé publique avec la première ligne.

Une loi dangereuse parce qu'elle ne comporte aucun cadre interprétatif qui s'appuie sur des principes ou des valeurs: des principes comme l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité; des valeurs telles que la justice et l'équité. Et, sans ces principes et ces valeurs clairement énoncés, la concentration des pouvoirs dans les mains du ministre de la Santé, M. Couillard ou n'importe quel autre qui prendrait la suite, ça nous fait craindre... c'est source d'inquiétude pour nous quant à l'avenir du réseau.

C'est un projet qui est concentré sur le «cure», sans argent nouveau pour favoriser l'intégration des réseaux. C'est une loi, un projet de loi qui annonce un déficit démocratique, puisqu'on a près de 400 conseils d'administration dans ce réseau, qui seront réduits à plus ou moins 100, 100 dans la meilleure des situations, peut-être moins à moyen terme.

C'est une loi pernicieuse en ce sens qu'elle ouvre le réseau de la santé à la privatisation et à la sous-traitance en reconnaissant d'entrée de jeu les entreprises privées comme partie prenante du réseau, non seulement les cabinets privés, les cliniques médicales, les cliniques de physio, les cliniques diagnostic, les pharmacies, les cliniques de soins de pieds, les entreprises privées de ménage à domicile, etc., qui devront développer des liens avec ce réseau-là.

Dans ce contexte d'intégration du privé au secteur public, au réseau public de santé, le projet de loi n° 31 qui est débattu dans une autre commission prend tout son sens: affaiblissement des syndicats, détérioration annoncée des conditions de travail de celles et

ceux qui, à l'emploi des sous-traitants, se substitueront aux employés du secteur public. Un oui conditionnel à l'intégration des services. Conditionnel parce qu'il nous apparaît dans un premier temps qu'il y a un fort consensus qui existe. Nous le partageons, ce consensus, quant à la nécessité de mieux articuler la distribution des services offerts à la population, mais tout cela, pas n'importe comment et pas à n'importe quel prix.

La stratégie utilisée est une stratégie inquiétante. Elle met clairement en évidence que le ministre et le gouvernement axent cette réorganisation des services presque exclusivement sur les structures à l'intérieur desquelles devraient s'effectuer les exercices d'intégration. Le projet de loi est beaucoup plus discret sur la nature des rapports de coopération et les arbitrages nécessaires. Pourtant, toutes les expériences d'intégration nous disent que les structures sont accessoires et que les processus sont cruciaux. Les fusions forcées n'offrent aucune garantie d'amélioration des services. Et plutôt que cette intégration des services repose davantage sur des enjeux humains et cliniques qu'organisationnels et structurels, de cela nous avons la profonde conviction du bien-fondé.

Ces fusions forcées, pour nous, c'est s'appuyer sur le mécanisme le plus controversé et le plus critiqué, alors que d'autres mécanismes formels ou informels ont déjà donné des résultats. Et peut-être qu'à moyen terme les gens en arriveront à une fusion intégrée, mais il faut d'abord que sur le terrain se développent des collaborations, qu'on bâtisse des programmes, qu'on s'entende, qu'on se donne des protocoles avant. Autrement dit, on passe par le mauvais canal, selon nous.

● (20 h 20) ●

On sait également que des réseaux intégrés existent actuellement, mais le suivi de l'expérimentation est encore jeune. On pense qu'il faut mettre en place des conditions. Pourquoi on parle de conditions? Je pense que ça s'explique: pour nous, pour réussir, il faut des garanties minimales pour assurer la réussite. Et, dans cette complexité qu'est le réseau de la santé, il faut assurer aux gens qui y travaillent et aux gens qui attendent des services qu'ils auront la possibilité, premièrement, du choix d'un mécanisme d'intégration.

Fusionner des CLSC, des CHSLD... On le voit depuis longtemps, ce sont de petits établissements qui ne jouent pas dans les mêmes créneaux mais qui se complètent sur certains aspects. On voit des CLSC aller offrir des services en CHSLD, des centres qui sont moins équipés ou des centres d'accueil. Il n'y a pas d'opposition menaçante. Mais, quand on parle de fusionner des CLSC avec des CH, des CH qui souvent font le double ou le triple de personnel, font le double, le triple ou le quadruple au plan budgétaire, des établissements régulièrement — pour ne pas dire, dans les dernières années, presque tout le temps — en déficit budgétaire, comment pouvons-nous garantir une approche qui protège la mission des CLSC et des CHSLD par une intégration des services qui serait sous le contrôle, ne nous le cachons pas, des CH, parce que plus nombreux, plus, je dirais, revendicateurs? Donc, une approche hospitalocentriste qui est difficile à justifier, alors qu'on sait que les soins de santé se dirigent de plus en plus vers la communauté, hors des murs de l'établissement.

Une deuxième condition: l'implication des professionnels du réseau. L'intégration des services dépend de l'investissement sur le terrain de ceux et celles qui y travailleront, et il faut que cet engagement des professionnels soit présent. Et nous croyons que ça ne peut pas se développer quand on force les choses.

Une troisième condition: le développement de compétences particulières. La formation pour apprendre le partenariat, pour apprendre l'interdisciplinarité, pour travailler sur la participation, c'est fondamental. Pour réussir cela, il faut des sous.

Une quatrième condition: le développement et le partage d'informations. De meilleurs outils de communication sous toutes ses formes, ça aussi, ça demande des sous.

Cinquièmement: l'allocation d'un financement transitoire. Nous avons vécu, nous, le virage ambulatoire. La Fédération l'a défendu partout, et en commission parlementaire et ailleurs. Et ce virage ambulatoire s'est fait dans des conditions extrêmement pénibles parce qu'on était en récupération budgétaire. Et aujourd'hui il n'y a rien qui assure qu'il y aura un financement ajouté pour faire en sorte qu'on puisse mettre en place des moyens qui permettent une réussite. La population ne peut pas se payer le loisir d'un dérapage quel qu'il soit.

Une sixième condition: une période de temps suffisamment longue. Tous les projets qui sont en cours actuellement ou qui ont atteint une vitesse de croisière ont pris quatre, cinq, six ans à se mettre en place. Et donc, il faut être capable de développer une confiance, il faut partager des valeurs, partager des orientations, développer une culture. Même si ça fait déjà... 1995, la fusion CHUM, MUHC, CHUQ, etc.? Moi, je vous dis que, dans le quotidien, il n'y a pas encore de culture d'établissement en place parce que les gens continuent de fonctionner dans leur milieu avec des spécialités qui leur sont propres. Et c'est extrêmement difficile malgré les efforts que, je pense, beaucoup de personnes font, pour ne pas dire la majorité des personnes. Un projet qui a bien réussi, c'est celui des Bois-Francs. On a commencé à y réfléchir en 1994-1995; 1997, il avait atteint une vitesse de croisière; en 2001, on a eu un premier rapport d'étape pour nous dire que le temps était un élément essentiel de la réussite.

Un septième point, une septième condition: la présence d'une conjoncture propice aux changements, des changements qui se font dans une période où on doit faire un exercice de planification de main-d'oeuvre, réviser l'organisation des soins, réviser l'organisation du travail, composer avec des pénuries de personnel, tenter d'attirer une nouvelle main-d'oeuvre, assurer la relève des cadres, accroître la stabilité du personnel, augmenter la satisfaction, et j'en passe. Les dernières années ont été extrêmement difficiles dans le réseau, et M. Clair, dans son rapport, nous disait que l'ensemble du personnel de la santé avait été affecté: surcharge de travail, instabilité, pénuries, etc.

La huitième et dernière condition pour nous, c'est l'implication et l'adhésion des infirmières dans le processus d'intégration des services. 1995, 1996, 1997, près de 10 000 infirmières ont été déplacées dans le réseau. Les fermetures d'établissements ont entraîné un très grand nombre d'entre elles à être relocalisées quand

elles n'étaient pas, suite à des coupures, déplacées dans leur propre établissement.

On parle beaucoup de la perte d'expertise liée aux départs à la retraite. Je vous dirai que la perte d'expertise au moment où tous ces déplacements se sont faits, elle a été gigantesque. Et l'annonce qui est faite, si elle se concrétise dans les voies qui sont celles annoncées dans le projet de loi, va rouvrir les vannes des départs du côté des infirmières — nous en sommes profondément convaincus — alors que nous tentons, par tous les moyens, de les retenir.

Alors, c'est pour ça qu'on dit non au projet de loi et c'est pour ça qu'on vous dit un oui conditionnel à l'établissement de réseaux de services intégrés.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la présidente. Alors, au ministre de la Santé et des Services sociaux, afin de débiter l'échange de 15 minutes avec le parti ministériel.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Mme Skene, merci pour votre présentation de même qu'à vos consoeurs. J'en profite pour rendre hommage aux membres de votre profession avec lesquels j'ai eu l'occasion de travailler, comme vous le savez, pendant de nombreuses années, en contact quotidien. J'ai vécu cette époque dont vous parlez, de départs massifs et de pertes d'expertise. Dans la salle d'opération où j'étais... Je peux vous dire que les infirmières-chefs de la plupart des salles d'opération sont parties du jour au lendemain, et on s'est retrouvés avec des gens beaucoup moins expérimentés qui étaient vraiment, souvent, dans des situations de détresse. Également, la situation de sous-financement que vous avez décrite est tout à fait réelle. Je pense qu'une des raisons des difficultés de la réforme du virage ambulatoire est certainement le sous-financement qui l'a accompagnée, alors qu'on a oublié de dégager les ressources qu'il aurait fallu en communauté pour accompagner le déplacement de la clientèle.

Je profite de votre introduction pour réaffirmer encore une fois — et ce que j'ai fait plus tôt — notre entière confiance et je dirais, là, attachement profond au maintien d'un système de santé public gratuit, universel et accessible. Je pense que, pour nous, ça a été dit à plusieurs reprises, et on n'a jamais dévié de cette ligne-là. Votre crainte ou votre interprétation du projet de loi n° 25 quant à l'insertion du privé, je suppose que vous voulez dire par là un système de santé à deux vitesses, ce envers quoi on s'est toujours nettement opposés. Nous, on n'a jamais vu ça là. Ce n'est pas quelque chose qui, pour nous, est au programme. Au contraire, je suis personnellement — et j'ai eu l'occasion de l'écrire à plusieurs reprises, avant même mon entrée en politique — pour le maintien d'un service à une seule vitesse, accessible pour tous les Québécois.

Évidemment, il s'agit d'un modèle proposé qui n'est pas un modèle mur à mur, qui est un modèle dont chaque région pourra s'approprier les principales caractéristiques et les adapter à sa réalité. Et je suis entièrement confiant, j'ai confiance, dans la plupart des régions, qu'il sera possible de faire des accommodements ou des aménagements du principe pour en arriver aux résultats souhaités. Je pense que c'est un

examen, un résultat positif de la journée d'aujourd'hui: tout le monde s'entend sur la nécessité de mieux coordonner, mieux intégrer nos services, et je pense que les discussions qu'on a sont finalement sur les moyens à prendre pour arriver à ce résultat-là.

J'aimerais vous amener sur la question d'un des principes fondamentaux qui sous-tendent ce projet-là, qui est avant tout un projet... clinique d'organisation, c'est le principe de la responsabilité populationnelle, de confier, sur un territoire, la responsabilité pour une population, pour l'ensemble des services de proximité surtout, des services autant médicaux que des services sociaux. Et ce principe de responsabilité populationnelle qui sous-tend l'ensemble du projet de loi, j'aimerais savoir si vous le partagez et, si oui, comment vous pensez qu'on peut l'opérationnaliser. Comment on introduit ça dans la vraie vie de tous les jours, de donner la responsabilité populationnelle globale à une entité ou une organisation quelconque en santé et de services sociaux?

Mme Skene (Jennie): Écoutez, je pense que la prise en charge d'une population, il y a différents modèles qu'on peut utiliser. Si on parle d'un modèle où il y a une obligation de type capitation, vous avez un montant d'argent qui est donné, distribué à un réseau ou une clinique, un établissement, peu importe ce qu'il sera, je vous dirai qu'il y a certaines objections quant au choix des personnes, la possibilité pour la personne d'exercer un choix notamment.

Nous ne sommes pas absolument réfractaires à un modèle qui fasse en sorte que, dans sa région, dans son milieu, on puisse avoir une prise en charge complète et qu'on puisse obtenir des services de différents niveaux qui touchent la première ligne. On s'entend que la deuxième et troisième ligne ne peuvent pas être accessibles sur tout le territoire québécois à cause des distances, mais, qu'il y ait des services de proximité, on n'a pas de problème avec ça.

• (20 h 30) •

Là où on vous dit qu'on a un problème, c'est quand on veut obliger les établissements de missions différentes à des fusions forcées administratives. Nous, on pense qu'on perd un temps fou à faire ça et que les objectifs qu'on poursuit, qui doivent être des objectifs au plan clinique, au plan santé, seront oubliés pendant des mois, voire plus, parce qu'on sera en train de faire bouger des structures, de se chicaner sur le comment ça devrait fonctionner, et on devrait plutôt aller vers les aspects santé et cliniques.

M. Couillard: Est-ce que vous ne pensez pas que ce principe de responsabilité populationnelle et de décentralisation, parce que c'est l'autre aspect également qu'on veut introduire, c'est une véritable décentralisation, de confier aux acteurs du milieu les ressources et les moyens pour accomplir les tâches qui visent à l'atteinte de résultats qui auront été fixés, bien sûr? Et, vous avez raison, dans un contexte de financement suffisant, je pense que, ça, c'est excessivement important.

Et, pour moi, il m'apparaît clair et indubitable que, si on veut avoir cette notion de responsabilité populationnelle, cette décentralisation des enveloppes

budgétaires, ça ne peut se faire que par une unité et une unification administrative. Maintenant, l'unification administrative peut avoir plusieurs niveaux, je pense que ça, on pourrait le discuter. Mais est-ce que vous ne pensez pas que l'un entraîne l'autre? Si on donne la responsabilité populationnelle sur un territoire, il faut nécessairement avoir une organisation administrative qui reçoive l'enveloppe, qui soit capable de l'arbitrer et la distribuer, tout en protégeant les diverses missions et en visant les résultats qui ont été prescrits?

Mme Skene (Jennie): Écoutez, la décentralisation des services, quand on parle de décentralisation des services au quotidien, que j'aie accès à des services de proximité, c'est une chose. Si on parle d'une décentralisation des services qui ferait en sorte que l'État se déchargerait sur des instances régionales de sa responsabilité première... Quand le rapport Rochon était sorti, un des problèmes que nos y voyions... Nous n'avons pas mis d'objection majeure à l'ensemble du système, mais les régies régionales, selon nous, serviraient de paravent au gouvernement, qui a la responsabilité des services.

Pour nous, le gouvernement du Québec est le premier responsable des services. Qu'il demande à des gens à d'autres paliers... Je ne m'attends pas, moi, que le ministre de la Santé demain matin fasse le tour des établissements pour aller s'assurer que les gens ont reçu les soins qu'ils devaient avoir. Mais la responsabilité de l'État, c'est lui qui recueille les impôts, c'est lui qui doit donner des orientations quant aux objectifs de santé, c'est lui qui doit exercer la gouverne sur le réseau de la santé, ce qui ne veut pas dire qu'il est l'exécutant sur le terrain. Et je pense qu'entre les deux il y a une différence et il y a des nuances.

Et on sera toujours très attentifs à ce que les soins qui sont décentralisés ne fassent pas que la responsabilité le soit et qu'on ne... On n'accepte pas, nous, que des pans entiers du rôle de l'État s'en aillent à n'importe quelles instances qu'on pourra créer. Qu'elles s'appellent agences, qui vont disparaître dans x temps parce qu'on aura créé des réseaux, qu'elles s'appellent des réseaux plus ou moins grands selon les territoires de région ou qu'elles s'appellent des conférences régionales des élus qui pourraient, à un moment donné, être utilisées dans ces perspectives-là, nous, on pense qu'il y a une responsabilité à l'État; pas le tout à l'État pour l'exécution, mais le tout à l'État pour la responsabilité.

M. Couillard: Mais je reviens à ma question: Est-ce que vous pensez qu'il y a une autre façon de décentraliser, et on ne parle pas seulement des soins, on parle des moyens également, décentraliser les moyens sur un territoire pour confier à une organisation la responsabilité de sa population? Est-ce que la conséquence logique de ce principe-là n'est pas la présence sur ce territoire d'une unité administrative?

Mme Skene (Jennie): Écoutez, les régies régionales étaient des unités administratives.

M. Couillard: Je parle du territoire local, où on veut déplacer la responsabilité de la population.

Mme Skene (Jennie): Écoutez, moi, je vous dirais que, dans le projet de loi qui est là, on ne voit pas qu'il y a une décentralisation qui donne des pouvoirs à l'unité locale. On voit que le gouvernement va envoyer une enveloppe budgétaire puis va dire au monde: Maintenant, démerdez-vous avec ça. C'est comme ça qu'on le reçoit. Pour nous, ce n'est pas une décentralisation de pouvoirs. Et on serait contre une décentralisation de pouvoirs qui ferait en sorte que, dans les territoires, on aura un pouvoir de taxation. Ce qu'on vise, nous, c'est que les services soient près des populations, et ça, pour nous, c'est fondamental.

M. Couillard: On partage le même objectif.

Mme Skene (Jennie): Parfait.

M. Couillard: Et il n'a jamais été question d'introduire la taxation là-dedans, au niveau des territoires, je vous rassure tout de suite, là. On a assez de dossiers en cours, je ne pense pas qu'on veuille en ajouter un autre de ce type-là, là, actuellement.

On a parlé de la recommandation de la commission Clair tantôt. Je ne sais pas si vous avez le texte de la commission Clair avec vous?

Mme Skene (Jennie): Peut-être mes collègues.

M. Couillard: Parce que je ne veux pas vous mettre dans l'embarras.

Mme Skene (Jennie): Non, non. Écoutez.

M. Couillard: Je ne veux pas vous mettre dans l'embarras, je veux juste vous... Je peux vous en donner une copie.

Mme Skene (Jennie): Oui. Allez-y, allez-y.

M. Couillard: Je veux juste vous citer une recommandation, puis on pourra discuter.

Mme Skene (Jennie): Je me souviens de quelques-unes.

M. Couillard: C'est la recommandation 33, que je lis comme suit: «Que les établissements de 1re ligne soient regroupés sous une gouverne unique dans un territoire donné. Celle-ci devrait regrouper, au sein d'un conseil d'administration unifié, les CLSC, les CHSLD et, le cas échéant, l'hôpital local.» Et le mot «hôpital local» est très important parce que jamais nous n'avons soutenu que les hôpitaux de plus grande taille devaient être insérés dans ces réseaux territoriaux. Il s'agit d'hôpitaux de proximité ou de communauté.

Et on va plus loin dans le texte de M. Clair, à l'époque, ou de ses collaborateurs, je suppose, où il fait allusion, déjà en 2000, au réseau qui existe déjà, au réseau de santé qui existe déjà, et il dit la chose suivante: «Nous ne proposons pas une approche uniforme à tous — et il a bien raison. Il faut tenir compte des préférences et des habitudes de la population ainsi que de la proximité des services. Ce modèle de conseil unifié est déjà en place dans plusieurs régions et il a fait

ses preuves. Les régies régionales doivent s'en inspirer et chercher à le généraliser dans les 18 mois. Ailleurs, plusieurs résistances ont bloqué les tentatives de rapprochement. C'est pourquoi nous pensons qu'au-delà de ce délai, les régies devraient pouvoir imposer la formule d'unification permettant d'atteindre les résultats escomptés.»

Je trouve ça un peu directif, la dernière phrase, là, mais ce que je retiens de cette recommandation... Puis elle termine en disant qu'autant que possible il s'agirait de regroupements volontaires, et ça, c'est également dans la recommandation. Ce que je retiens, c'est, encore une fois, cette notion de responsabilité populationnelle, territoriale, associée à une gouverne unique, et ça me semble excessivement logique et très cartésien, là, comme conséquence. On ne peut pas donner à une organisation la responsabilité d'une population sur un territoire en multipliant les points de décision sur le même territoire qui vont entrer en conflit les uns avec les autres. Alors, voyez-vous, c'est la direction qu'on a prise, parce qu'elle s'appuie sur ce principe-là.

Donc, cette recommandation de la commission Clair, est-ce que l'esprit de cette recommandation, au moins, vous la partagez?

Mme Skene (Jennie): À l'égard de la dispensation des services, nous n'y voyons aucun problème.

M. Couillard: Et de la gouverne?

Mme Skene (Jennie): Sur la gouverne, au moment où le rapport Clair est sorti, on a émis des réserves sur certains aspects, c'était un de ces aspects-là. Alors, je pense que, pour nous, oui, il est nécessaire que, sur un territoire, les gens apprennent à fonctionner ensemble. Mais vous remarquerez que ce n'est pas tellement sur le territoire de régions que les problèmes se vivent, de discontinuité de services, c'est bien dans les grandes villes, dans les grands centres, où il faut créer une culture de la collaboration, qui n'existe pas. Mais on ne pense pas qu'une culture, ça s'impose. On pense que c'est un travail, qu'on ait un plan de travail qui fasse que les gens aient une obligation d'avoir des liens entre eux, de développer des approches qui favorisent ces relations-là, cette coordination-là de services.

Et moi qui parle à des infirmières de différents milieux, plusieurs étaient inquiètes, entre autres une infirmière du CLSC de Mercier-Est qui me disait: Ça n'a pas de bon sens, les gros centres ne seront pas là-dedans. On comprend qu'ils ne peuvent pas être fusionnés avec des CLSC, mais, nous, là, Mercier-Est, tous nos liens sont avec Maisonneuve-Rosemont. Est-ce qu'on va être obligés de recommencer un travail qu'on fait depuis cinq ou six ans, qui donne des résultats? Pourquoi obliger à changer des pratiques?

Il y a plein de choses dans le réseau de la santé qui ont connu des difficultés à travers le temps. Est-ce qu'à chaque fois il a fallu exercer de la coercition pour que les choses se règlent? Moi, je pense que non. Beaucoup de dynamiques se sont créées et se sont solutionnées par les acteurs au niveau des établissements sur le terrain. Encore faut-il avoir le temps de les mettre en contact. Quand on est dans une situation

de pénurie, pénurie de ressources matérielles, financières, pénurie de personnel, le temps que vous avez à passer à discuter d'une organisation de services, souvent vous ne l'avez pas. Il n'y a pas de conditions qui favorisent actuellement qu'on puisse aller plus loin dans ces regroupements-là.

Et nous ne croyons pas que le fait d'adopter un projet de loi qui force de tels regroupements va améliorer la situation. Bien au contraire, on va braquer les personnes, qui vont se sentir dépossédées de leur travail, de leurs responsabilités sur le terrain et de ce qui fait que leur travail est valorisant. Les liens avec les autres, c'est un aspect valorisant du rôle de l'infirmière et d'autres professionnels de la santé, mais l'obligation...

Vous êtes médecin. Combien de médecins aiment les obligations? Nommez-m'en 10, là, puis vous allez avoir une médaille. Est-ce que vous iriez dans le même modèle s'il fallait remettre en cause l'ensemble du monde médical? Moi, je vous dis: La réponse est connue, et c'est non. Et je pense que, pour le reste du réseau de la santé, c'est la même chose. L'imposition, ça ne fonctionnera pas.

M. Couillard: Ce qui est certain également, puis je vais terminer là-dessus, M. le Président, avec une dernière question, c'est que les Québécois et les Québécoises ont besoin d'un système de santé qui fonctionne mieux, qui soit plus près d'eux, avec des services plus adaptés. Et tous conviennent que d'ajouter uniquement des ressources financières, soit de la façon dont ça fonctionne actuellement, ça risque d'être contreproductif et même de faire encore plus perdre confiance à la population envers son réseau de santé.

Vous avez parlé de la situation de Montréal, on y a fait allusion plus tôt, aujourd'hui. Je ne sais pas si vous étiez là quand les CSLC et CHSLD sont venus: d'excellentes propositions de modification, d'arrangement du projet de loi pour s'adapter à la réalité urbaine, et je pense que c'est très prometteur de ce côté-là.

Je vais terminer sur la question des conseils d'administration parce que vous y avez fait allusion dans votre présentation. Moi, une chose qui me préoccupe énormément, c'est qu'il est essentiel à mon avis de confier aux soignants — et, par soignants, je ne dis pas seulement les médecins, je parle également des infirmières et des autres professionnels — un rôle prépondérant dans la gestion, l'administration du système de santé à tous les niveaux, autant au niveau local qu'au niveau régional, qu'au niveau ministériel. Donc, comment voyez-vous spécifiquement la représentation de la profession infirmière dans les conseils d'administration, disons, au niveau... Éloignons-nous du projet de loi n° 25 puis parlons en général du niveau local, du niveau régional, du niveau d'administration. Comment vous pensez que cette profession-là doit être représentée?

• (20 h 40) •

Le Président (M. Copeman): Je vous prierais, Mme Skene, d'être le plus bref possible.

Mme Skene (Jennie): Parfait. Écoutez, je pense que les infirmières de tout temps ont démontré un intérêt à s'impliquer dans leur milieu. Ça se fait déjà parce que, avec les CI, il y a souvent des infirmières qui

sont aussi sur les conseils d'administration d'établissement. Ça se faisait par des commissions régionales sur les conseils d'administration des régies régionales. Et, vous savez, les infirmières, ce qu'on souhaite, nous, et ce qu'on aime, c'est les soins, c'est la population et c'est faire avancer les choses pour que les services soient meilleurs. Alors, dans cet objectif-là, vous aurez toujours des infirmières intéressées à y participer.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la présidente. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, Mme Skene, bienvenue à cette commission, Mme Boulanger, Mme Laforest et Mme Mercier. Vous êtes, depuis le début de cette commission parlementaire, le premier groupe entièrement composé de femmes. Nous en avons reçu trois entièrement composés d'hommes. Alors, on voit bien comment est la division du travail selon le sexe, n'est-ce pas?

Alors, le ministre a dit: Tout le monde s'entend sur les objectifs. Mais ce qu'il doit aussi dire, c'est que tout le monde jusqu'à maintenant considère que les moyens pour arriver à ces objectifs ne sont pas les bons, du moins ceux qui sont contenus dans le projet de loi n° 25. Et c'est la même unanimité pour dire oui aux objectifs puis non au projet de loi n° 25.

Alors, ce que je souhaiterais, avec l'expertise que vous avez... Et je vous le dis, là, simplement: Le bon sens que vous avez et que vous exprimez avec une facilité telle que je crois que tout le monde peut comprendre les enjeux...

On a parlé de responsabilité populationnelle et de prise en charge territoriale. Alors, responsabilité populationnelle. Est-ce possible d'arriver à une responsabilité populationnelle sans les médecins? En fait, est-ce que le projet de loi, qui rend facultatives les ententes avec les médecins, peut introduire une responsabilité populationnelle? Ça, c'est ma première question.

Et la deuxième, sur la prise en charge territoriale: Est-ce que le territoire... Prise en charge territoriale. Comme le territoire n'est pas défini dans le projet de loi, alors que, dans la loi actuelle, ce territoire de regroupement possible est celui du CLSC, donc territoire d'appartenance, est-ce que ne pas définir la prise en charge territoriale pourrait, par exemple, amener le territoire de bassin de desserte d'un hôpital plutôt que le territoire d'appartenance de la population?

Et, tout de suite, je vous pose mes autres questions. Le respect des missions et le... le territoire, le respect des missions et l'éloignement des citoyens de leur conseil d'administration. Est-ce que le respect des missions n'est pas assez fondamental pour que le projet de loi n° 25, qui n'en dit mot, puisse inquiéter beaucoup, beaucoup de gens, dans vos rangs du moins?

Mme Skene (Jennie): Votre première question: Est-ce que la responsabilité populationnelle peut se faire sans les médecins? Ça n'a pas de sens. C'est comme n'importe quelle partie du réseau de la santé, les médecins sont un élément fondamental de ce réseau-là,

si on parle de responsabilité populationnelle, et effectivement le projet de loi n'en parle pas.

C'est très clair que malheureusement, dans beaucoup de situations, on fait marcher les médecins en parallèle du réseau, constamment. Moi, je pense qu'il y a des médecins qui veulent s'intégrer à ce réseau-là, il y a des médecins qui se sont intégrés dans ce réseau-là. J'en rencontre, j'en ai rencontré la semaine dernière à un colloque des GMF, des médecins qui voulaient fonctionner en réseau puis qui avaient le goût de travailler avec les infirmières du CLSC, et tout. Mais j'en ai entendu là aussi qui sont venus poser la question suivante: L'infirmière que vous me donnez, le CLSC, là, qui c'est qui va payer les abaisse-langues puis les compresses pour faire les pansements à mes patients?

Alors, vous voyez que, tant et aussi longtemps qu'on ne fera pas un effort significatif... Et je ne pense pas que la coercition, ce soit le bon moyen. Mais il va falloir que le gouvernement fasse un effort plus significatif que ce qui est fait actuellement pour que les médecins se sentent partie prenante du réseau et pas uniquement de la santé de la population, puisqu'on veut fonctionner en réseau.

La prise en charge territoriale, le sentiment d'appartenance... Écoutez, la région régionale Nord-du-Québec: Chibougamau, Chapais, Lebel-sur-Quévillon, Matagami, la réserve de Mistissini, c'est un territoire de régie qui est devenu un seul établissement, qui a été fusionné, qui a un conseil d'administration pour les deux, le même conseil d'administration, établissement et régie. Pensez-vous que ça a du bon sens? On peut bien se dire qu'on les fait fonctionner en réseau, mais croyez-vous que les gens de Matagami vont aller au CH de Chibougamau pour des services? Alors, c'est clair que, dans un grand territoire, il y a des choses qui nous apparaissent comme étant un peu une vue de l'esprit.

Par ailleurs, dans les villes, alors qu'on a plusieurs établissements près de nous, des gens qui ont des services via un CLSC n'iront pas nécessairement à l'établissement qui est le plus près d'eux. Alors, il y a des distinctions qu'on doit maintenir et sur lesquelles on doit bâtir ce réseau de la santé là, ou bien on ferme tout puis on repart à neuf, hein? Ça fait que, comme ça, il y aura un établissement par territoire qui prendra en charge l'ensemble. On sait que ce n'est pas possible. Il faut donc respecter les choix de cette population-là qui, à travers les ans, a développé des liens et des contacts avec des réseaux. Le respect des missions, pour nous, c'est fondamental. On voit beaucoup d'intégration de services, fusionnés ou pas, dans les régions, parce que des petits CH, des CLSC, des CHSLD, il y a une communauté d'intérêts. Les gens sont loin des grands centres et les gens ont un sentiment d'appartenance très fort à leur communauté et veulent que ça fonctionne. C'est vrai pour le personnel, c'est vrai pour la population.

Donc, si on essaie d'implanter un modèle comme celui-là dans d'autres endroits, les liens ne se font pas nécessairement naturellement. S'ils sont imposés, on rencontrera des difficultés et on risque de voir disparaître des pans de services. Un CH qui a des problèmes budgétaires va s'organiser pour aller chercher l'argent quelque part, et ce sera n'importe où, quand vous êtes en situation de boucler votre budget.

L'éloignement des citoyens. La participation au conseil d'administration, c'est un moyen de faire que les citoyens soient intégrés à la prise de décision, qu'ils se sentent partie prenante des décisions qui concernent leur santé ou des décisions qui concernent la population qu'ils représentent. Et ça, je pense que c'est important. Et la diminution, la perte de pouvoir finalement de ces populations-là. Quand on procède à des fusions, il y a moins de monde qui s'implique, il y en a moins. Ce n'est pas parce qu'on a de la difficulté à travers les années peut-être dans certains milieux à avoir un nombre suffisant de personnes qui se présentent à des postes en élection... Mais, dans d'autres milieux, il y en a, des élections, il y a des gens intéressés. Est-ce qu'on doit traiter tout le monde par la voie de l'élément réducteur ou aller plus vers une approche qui favorise l'implication sur différents aspects, à différents niveaux?

Mme Harel: Vous avez bien raison de parler de l'intérêt de la population. Aux dernières élections des usagers au conseil d'administration du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, il y a eu 22 candidats et candidates. Alors, ça suscite quand même de l'intérêt. Même dans un milieu... dans un quartier urbain où on prétend qu'il y a l'anonymat de la grande ville, il y a, malgré tout, ce sentiment fort d'appartenance.

Le ministre a dit quelque chose tantôt que j'entends pour la deuxième ou troisième fois. La première fois, je n'en ai pas fait de cas; la deuxième, ça a commencé à m'inquiéter; puis, ce soir, ça m'inquiète encore plus. Il dit à peu près toujours la même formule, à savoir que ça ne vaut pas la peine d'ajouter des ressources financières, ce serait contre-productif dans l'état actuel du réseau. Là, je me suis mise à me demander s'il n'y a pas là le début d'un prétexte pour ne pas mettre l'argent qui a fait partie de leur principal engagement électoral à la dernière campagne, pour la bonne raison qu'il y a — et je voudrais vous entendre là-dessus, là — une évidence.

Je crois que, même avec une position citoyenne comme la mienne, là, moi, je ne suis pas une spécialiste puis je ne le prétends pas, mais je sais que tout le monde sait d'absolue nécessité qu'il faille mettre de l'argent dans la première ligne. Tout le monde sait d'absolue nécessité qu'il faille mettre de l'argent dans le maintien à domicile, dans les groupes de médecins de famille et dans les soins de longue durée. D'autant plus que l'argent vient du fédéral, n'est-ce pas, puisque, pour la première fois, en février 2003, le gouvernement précédant a arraché 2,4 milliards pour trois ans. Ce n'est pas récurrent, mais ça peut se répéter.

• (20 h 50) •

Alors, il y avait 800 millions pour cette année et puis il y avait 800 millions en réserve pour l'an prochain, dont un 472 millions qui n'est pas certain. Mais le gouvernement a préféré le prendre déjà dans le budget de cette année, celui de l'année puis celui de l'an prochain, puis d'en dépenser même une partie à d'autres fins que la santé, 360 millions. Alors, c'est évident qu'ils vont être serrés, l'an prochain, ils ont pris l'argent de l'an prochain cette année. Ils sont à découvert pour l'an prochain. Mais la priorité des priorités... D'autant plus que sans doute vont-ils la verser, mais ils ont dépensé l'argent qui n'est pas encore encaissé, parce que le fédéral n'a pas encore confirmé qu'il le répartirait, là, ce

2 milliards qu'ils avaient prévu juste s'il y avait un gros surplus. Enfin.

Est-ce que c'est dans les soins de première ligne en priorité? Est-ce qu'il faut donner une véritable chance aux services de première ligne, leur accorder la priorité? Est-ce que vous pouvez rassurer le ministre que ce n'est pas contreproductif, bien au contraire, d'ajouter des ressources financières dans la première ligne?

Mme Skene (Jennie): Écoutez, nous, ça fait très longtemps qu'on pense qu'il faut une première ligne forte pour que le réseau de la santé fonctionne mieux. C'est clair pour nous que l'argent, s'il n'est pas investi au bon endroit pour produire des résultats sur plusieurs années, on peut appeler ça contreproductif. Je ne pense pas que, pour la personne qui a été opérée, qui était sur une liste d'attente depuis x mois puis qui a été opérée parce que le ministère a accordé des budgets ponctuels pour qu'on opère plus de hanches, ou on opère plus de genoux, ou on opère plus de cataractes, ça a été contreproductif pour ces personnes-là. Sauf qu'on sait que c'est un montant qui n'est pas récurrent, et il faudra trouver d'autres moyens. Alors, je pense qu'il y a une utilisation qui peut être faite qui est judicieuse.

Mais ce qu'il faut savoir aussi, c'est que la première ligne, c'est la base du réseau, c'est la base d'accessibilité, c'est la base de, moi, j'ai un problème de santé, il y a quelqu'un près de chez nous, une clinique, un CLSC, un petit établissement de santé qui pourra me donner des services. Et, actuellement, ces établissements-là, je dis, c'est les parents pauvres du réseau de la santé. On a peu investi à travers les années pour consolider la mission des CLSC.

C'est vrai que Montréal, c'est différent des campagnes. Mais je pense que, si le CLSC fonctionnait à Montréal, il y a plus de gens qui iraient. Si les cliniques médicales, qui existent à Montréal en grand nombre, étaient ouvertes les fins de semaine, il y a plus de gens qui iraient plutôt qu'à l'hôpital. Il n'y a rien qui fasse en sorte, qui incite à ce que ça se produise.

Moi, je voudrais ajouter, quand on parle de l'argent du fédéral, quelque chose. Ce qu'on voit actuellement dans le projet de loi, entre autres, c'est l'intégration ou la participation de différentes cliniques, parce qu'on dit: Pour aller plus vite, on va envoyer quelqu'un passer un examen de résonance magnétique dans le secteur privé. C'est bâti sur des bons motifs, mais il faut savoir que la loi fédérale, la Loi canadienne de la santé, ne couvre pas les services qui se donnent hors établissement. Alors, si on veut que cet argent-là vienne au Québec... Dès qu'on l'envoie dans des cliniques privées, il ne peut plus être rapatrié. L'argent qui couvrirait la convalescence avant le virage ambulatoire, elle a été perdue parce que, dès que vous aviez le pied en dehors de l'établissement, vous n'étiez plus assuré en vertu de la loi canadienne.

Alors, pour aller chercher de l'argent, il faut aussi avoir tout le support en dessous. Et une intégration des services cohérente, c'est ça aussi, c'est ne pas transférer au privé des pans d'activités qui vont faire en sorte que l'argent du fédéral ne viendra plus, puisqu'ils ne sont pas dans le réseau de la santé, ils ne sont pas intégrés. Et c'est spécifiquement inscrit dans la loi canadienne: «en établissement de santé». Alors, ça, là, je

pense que c'est important de se le dire. Il faut faire attention au choix qu'on fait. Puis l'argent, c'est clair que c'est toujours le nerf de la guerre.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Vachon, il vous reste une minute à votre formation politique, incluant la réponse.

M. Bouchard (Vachon): Ça tombe toujours sur moi, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Je ne suis pas maître des gens qui posent des questions.

M. Bouchard (Vachon): Madame, vous dites dans votre document, à la page 14, que le projet ne présente aucun cadre interprétatif qui fait appel à des principes, des valeurs ou, tout au moins, à une éthique de la santé. J'aimerais vous entendre commenter un peu. Je pense que vous êtes le premier groupe à soulever toute la question de l'éthique.

Mme Skene (Jennie): Vous savez que l'éthique, c'est un sujet très vaste, mais je pense que, quand on met devant ça les valeurs, on comprend mieux ce qu'on entend par éthique. Le partage, la justice sociale, ça fait appel aussi à des valeurs éthiques, comment s'assurer que les citoyens du Québec aient les meilleurs services, dans les meilleurs délais, quelle que soit leur condition. Je pense que des valeurs éthiques... l'argent peut s'opposer à des valeurs éthiques. Et cet argent-là, qui est si peu nombreux et que tout le monde recherche, il faut savoir l'utiliser dans des circonstances qui sont toujours le choix de l'aigu par rapport à l'aigu, constamment.

On est constamment à faire des choix éthiques qui sont parfois périlleux. On investit plus dans la courte durée parce que c'est ça qui est le plus coûteux, mais on regarde nos CHSLD, où on dit: On répond à 60 % ou 65 % des besoins de nos personnes âgées ou de nos personnes en perte d'autonomie, si on se posait la question d'un point de vue éthique, qu'est-ce qu'on répondrait? Est-ce que c'est plus grave, ça, ou moins grave, ça, que d'être sur une liste d'attente depuis six mois ou un an? Et je pense qu'il y a des valeurs qui sont véhiculées dans le réseau de la santé qui doivent nous interpeller, et c'est un débat à faire qui ne s'est pas fait jusqu'à maintenant. Mais je pense que l'État pourrait très bien lancer ce genre de débat pour qu'on soit mieux à même de donner les services que la population attend, mais surtout les services dont la population a besoin et auxquels elle a droit.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme Skene, merci à vos collaboratrices de cette présentation devant la commission des affaires sociales.

Et je demanderais aux représentants de la Fédération des syndicats nationaux de prendre place à la table, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Est-ce que les représentants de la Confédération des syndicats nationaux sont prêts à prendre place? Merci.

Alors, chers collègues... Mme Boucher, c'est vous qui êtes la porte-parole, j'imagine. Alors, bienvenue à cette commission, la commission des affaires sociales. Vous avez 15 minutes pour faire votre présentation. Il y aura un échange par la suite de 15 minutes avec le parti ministériel et 15 minutes avec le parti de l'opposition. Alors, sans plus tarder, je vous demanderais de présenter les gens qui vous accompagnent et de débiter votre présentation.

Confédération des syndicats nationaux (CSN)

Mme Boucher (Denise): Alors, merci, M. le Président. Peut-être juste vous indiquer que c'est la Confédération des syndicats nationaux et non la Fédération des syndicats nationaux. Alors, je pense qu'on doit l'inscrire correctement.

Alors, avec moi... Alors, c'est un choix d'équité que nous avons fait. Mme Harel tout à l'heure a parlé que la Fédération des infirmières, ce n'était que des femmes. Nous avons fait un choix d'équité. D'ailleurs, on est toujours en réponse sur le dossier de l'équité, en passant. Alors, avec moi, j'ai le président de la Fédération des professionnels, Michel Tremblay; à ma gauche, Pierre Lamy, président de la Fédération de la santé et des services sociaux; et Andrée Lapierre du service de recherche de la CSN.

Alors, la CSN représente 280 000 travailleuses et travailleurs au Québec dont plus de 100 000 oeuvrent dans les services de santé et les services sociaux. Par notre présence dans les services publics, nous sommes bien placés pour constater le haut niveau de scepticisme exprimé devant ce qui s'annonce être une réforme de structures dans ce secteur névralgique.

● (21 heures) ●

En effet, depuis une douzaine d'années, les autorités gouvernementales ont beaucoup bricolé dans les structures ou les organigrammes du réseau de la santé. Il y a eu pas moins de quatre réformes en 10 ans, mais les problèmes, eux, ont persisté et persistent toujours. C'est pourtant une autre de ces réformes que le gouvernement Charest et son ministre de la Santé nous convient avec l'actuel projet de loi n° 25, malgré les promesses du Parti libéral de s'attaquer aux priorités, aux difficultés d'accès aux services sociaux et de santé. Il n'y a aucune disposition dans ce projet de loi qui s'adresse directement ou indirectement aux problèmes maintes fois identifiés: listes d'attente trop longues, difficultés d'accès aux médecins de famille, sous-développement des services à domicile, coûts incontrôlés des médicaments, manque de ressources en soins de longue durée, en santé mentale, dans les services sociaux, etc. Comme Sisyphe, le gouvernement soulève la même pierre qui nous ramène à la case départ des mêmes problèmes identifiés.

Depuis son dépôt à l'Assemblée nationale, ce projet de loi a fait l'objet de nombreuses critiques sur la place publique. Cette opposition s'explique, à notre avis, parce que, à partir d'un objectif louable, la coordination interétablissements et l'intégration des services cliniques, il impose une approche administrative et bureaucratique, laquelle va bouffer beaucoup d'énergie sans s'inscrire réellement dans le sens des résultats recherchés. Nous considérons que le projet de loi ne

constitue pas une base de discussion valable, capable de remobiliser les acteurs du réseau. C'est pourquoi, comme d'autres groupes et organismes au Québec, la CSN réclame son retrait.

D'abord, le projet de loi n° 25 transforme les actuelles régies régionales en agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ensuite, il charge ces agences de mettre en place sur leur territoire une organisation de services intégrés dans le but de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

Au plan des finalités et des orientations, il est louable et nécessaire de vouloir adapter le système aux besoins de la population. Cependant, au plan des modalités, c'est une autre paire de manches. En effet, le projet de loi impose des regroupements juridiques d'établissements offrant les services de CLSC, CHSLD, de CH en une ou plusieurs entités locales, responsables de coordonner les services et d'intégrer l'ensemble des contributions des divers partenaires publics, communautaires et privés du territoire.

L'abolition des conseils d'administration des établissements visés au profit d'un seul conseil par réseau local. Ce nouveau conseil d'administration sera composé de 16 personnes, nommées par le ministre, à l'exception de celles désignées par les trois commissions régionales en place: celle des médecins, celle des infirmières et celle des autres professionnels de la santé.

Ces modalités soulèvent des objections majeures. Il s'agit, avec ces fusions généralisées, d'étendre aux milieux urbains les expériences de fusions déjà réalisées en territoire rural, relativement peu peuplé, impliquant des établissements de taille plutôt réduite. Vouloir étendre ce modèle à des milieux urbains comme Montréal est une autre histoire, parce que les conditions y sont fort différentes. On retrouve dans les grands centres une sorte de concurrence entre de gros établissements et une pléthore de cliniques et de praticiens desservant une population mobile et attachée à son libre choix d'établissements et de professionnels.

En réalité, il faut distinguer entre intégration d'établissements et intégration des soins et services. La littérature de management démontre, à travers les expériences réalisées, que la fusion d'établissements n'est ni une condition ni une garantie d'intégration des soins de services sur un territoire donné. La meilleure preuve de cela n'est-elle pas justement sous nos yeux, dans notre histoire récente, alors que, de 1990 à 2003, le nombre d'établissements est passé de 920 à 468, une diminution de 49 %? De plus, on dénombre maintenant 177 établissements publics ayant plus d'une mission, dont 26 CLSC-CHSLD-CH, 63 CH-CHSLD et 52 CLSC-CHSLD.

Autrement dit, avec aujourd'hui 52 % des établissements déjà, publics, fusionnés sommes-nous plus avancés au plan de l'intégration des services? Sommes-nous satisfaits des délais d'accès aux soins de services? La réponse est clairement non. Davantage du même remède permettra-t-il plus de services intégrés? Davantage du même remède permettra-t-il une meilleure accessibilité? Le ministre veut nous le faire croire; nous sommes plus que sceptiques.

Il n'y a jamais eu de bilan sérieux portant sur ces processus de fusions, comme nous l'avons plusieurs fois réclamé. Les syndicats CSN qui ont été impliqués dans ces processus demeurent très critiques des résultats. Selon nos constats, la qualité des services comme leur accessibilité n'ont en rien été améliorées. Même les économies budgétaires recherchées par ces fusions n'ont pas été réalisées. Au contraire, ces bouleversements administratifs se sont traduits par des déficits, ont soulevé des tensions entre les équipes de soins, conduit à des surcharges de travail et provoqué une démotivation des personnels. Dans ce contexte, il est facile de comprendre la non-adhésion qui s'exprime dans nos rangs à la réforme proposée.

Par ailleurs, le projet de loi n° 25 laisse impunément à l'écart les établissements et les cliniques privés, même les groupes de médecine familiale, sans perturber le moindre de leur fonctionnement d'affaires, pendant que les salariés du réseau public devront faire face à ces chambardements sous la contrainte juridique et dans les réticences et résistances qui s'annoncent de partout. Une fois de plus, le réseau public se retrouvera dans un panier de crabes, et le secteur privé aurait l'air de l'efficacité même, tranquille et discret, se contentant de mandater ses avocats, gestionnaires et associations pour négocier ses conditions de collaboration.

Dans la même veine, la volonté exprimée par le ministre de la Santé d'ouvrir davantage le secteur de l'hébergement et des soins de longue durée aux intérêts privés laisse songeur. D'ailleurs, il a révélé avoir déjà reçu plus de 80 soumissions aux appels d'offres lancés cet automne. Pour la CSN, ces initiatives minent la crédibilité du réseau public, alors que, selon ses personnels, celui-ci aurait tellement besoin d'être consolidé.

Si le projet de loi n° 25 devait être adopté, il y aura pour des années de querelles, comme le démontrent avec éloquence les expériences des deux centres hospitaliers universitaires de Montréal et Québec, des années de chicanes et de paralysie, alors que les cliniques privées en profitent pour développer leurs équipements diagnostiques afin, supposément, de réduire les délais d'attente du réseau public et empochant du même coup des suppléments d'honoraires de 70 %. Cette situation fait qu'aujourd'hui près de 40 % des examens d'imagerie médicale sont réalisés en clinique privée, et cela, même dans un contexte de pénurie de radiologistes.

D'un autre côté, avec l'intégration sous une même administration des CLSC, des CHSLD, des CH d'un territoire donné, il y a fort à parier que les budgets seront drainés par les besoins hospitaliers au détriment des soins et services primaires, communautaires et de prévention que représente la mission des CLSC. C'est là une direction diamétralement opposée à ce qui est généralement préconisé: investir en priorité dans les soins et services de première ligne, y compris dans les services à domicile.

Il est impérieux que le gouvernement du Québec et son ministre de la Santé et des Services sociaux proposent une autre approche qu'une nouvelle réforme de structures s'ils veulent réellement contribuer à l'amélioration des services publics. De toute évidence, il faut éviter la trappe des continuels recommencements.

Si le projet de loi n° 25 est adopté, il ne peut que conduire à de nouveaux cafoillages, à des tensions stériles, à des pertes d'énergie et à des dépenses inutiles. La CSN en appelle devant cette commission parlementaire: il faut que les politiques gouvernementales prennent une autre direction afin de remobiliser les acteurs du réseau, favoriser une meilleure coordination et intégration des soins et assurer à la population les services auxquels elle a droit. Les positions exprimées dans le présent mémoire peuvent se résumer comme suit.

La CSN demande au gouvernement de retirer son projet de loi n° 25 parce que celui-ci ne rencontre aucunement les conditions pour améliorer les services à la population. Il risque au contraire d'en accentuer la détérioration.

En imposant une nouvelle réforme de structures par la fusion forcée des établissements locaux, le projet de loi vise à étendre aux centres urbains les fusions déjà réalisées en milieux ruraux ou moins densément peuplés. Pourtant, aucun bilan public de ces fusions n'a été réalisé. En ce qui nous concerne, les résultats sont loin d'être probants.

Le projet de loi laisse impunément à l'écart les cabinets et les cliniques privés. S'il est adopté, il provoquera tensions et paralysie dans le réseau public, renforçant du même coup les prétentions du secteur privé à être l'alternative aux difficultés du secteur public.

Le projet de loi n° 25 propose un virage à 180 degrés, à l'encontre de la nécessité reconnue que soient renforcés les services de première ligne. En effet, son adoption aura comme conséquence de drainer les ressources vers la médecine hospitalière et au détriment des services primaires, communautaires et de prévention que représente la mission CLSC. Ce virage est renforcé par les dispositions du projet de loi subordonnant les services de première ligne aux arrimages avec les hôpitaux universitaires. En réalité, le projet de loi met directement en cause la mission CLSC et remet en question 30 ans d'efforts de développement d'une première ligne proche des communautés.

● (21 h 10) ●

Selon la CSN, les conditions pour améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux et pour soutenir réellement leur coordination et leur intégration au niveau local reposent sur les orientations suivantes: respecter la diversité des réalités, notamment entre les milieux ruraux, semi-ruraux et urbains, en évitant les formules uniques ou mur à mur et en faisant place à l'initiative dans la coordination des pratiques professionnelles et l'intégration des services sur un territoire donné; préserver et consolider la mission des CLSC, puisque celle-ci a déjà pour objectifs d'intégrer les services curatifs et préventifs, les services médicaux, les services sociaux et les services communautaires et d'assurer la continuité des services, notamment pour les personnes et les groupes les plus vulnérables; démocratiser les processus décisionnels touchant l'organisation des services sociaux et de santé en rendant les gestionnaires imputables à la population de leur territoire, en permettant à celle-ci d'être représentée de manière significative aux instances décisionnelles et en favorisant des mécanismes de consultation populaire;

mettre en place un mode de financement des services de première ligne cohérent avec une approche globale et intégrée auprès d'une population d'un territoire donné, c'est-à-dire qui prend en compte les besoins et les caractéristiques socioéconomiques de cette population, conséquemment revoir le mode de rémunération des médecins afin que celui-ci soit compatible avec cette approche population; reconnaître que le changement implique un coût et qu'il faut accroître, de toute urgence, le niveau de financement des services sociaux et de santé, à défaut de quoi la coordination et l'intégration des services au niveau local demeureront un mirage. J'ai terminé, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme Boucher. Si, par inadvertance ou lapsus, j'ai indiqué que vous étiez des représentants de la Fédération des syndicats nationaux, je vous prierais de m'en excuser. Je sais bien que nous avons des représentants de la Confédération. On connaît assez bien le sigle de la CSN qu'on ne se trompera pas avec FSN. Alors, M. le ministre, pour débiter un échange avec les parlementaires ministériels, de 15 minutes.

M. Couillard: Merci, messieurs dames, pour votre présentation. Effectivement, on a, au Québec, un réseau de santé et de services sociaux qui n'est pas encore arrivé au bout de ses capacités et dont les citoyens ne sont pas encore satisfaits. Je pense que beaucoup d'indices nous le montrent au cours des dernières années. Les citoyens ont l'impression de payer beaucoup pour le réseau de santé et de services sociaux et de ne pas recevoir les services auxquels ils devraient avoir ou ils estiment avoir droit.

Pourquoi a-t-on encore ces difficultés? Essentiellement, à notre avis, d'abord pour une des raisons secondaires au sous-financement chronique que vous avez bien connu dans le réseau pendant des années. On ne reviendra pas sur les chiffres des dernières années, mais ils ont été à toutes fins pratiques catastrophiques, surtout dans les années entre 1994 et 1998. Et je suis certain que vous avez accueilli avec bonheur notre injection de ressources de 7,2 % cette année et de 1,3 milliard en santé et services sociaux, qui donne déjà des résultats très concrets sur le terrain.

Les autres contraintes qui restent au niveau de notre réseau sont, d'une part, le manque d'intégration des soins et des services à la population — et ça, ce constat ne date pas d'hier, il date de Jean Rochon, en 1987, puis essentiellement on peut en faire les mêmes constatations aujourd'hui — et, également, une certaine rigidité dans l'organisation des choses, qui nous empêche de nous adapter aux besoins de la population, et vous y faisiez allusion avec beaucoup de justesse.

Cependant, également, les analyses que l'on peut lire ou les remarques sur notre système de santé en général convergent vers le fait, comme je l'exprimais tantôt, que le simple ajout de ressources financières ne suffira pas à améliorer de façon significative la situation des patients, des usagers de services sociaux. Il faut combiner l'ajout de ressources financières à, je dirais, une meilleure organisation, véritablement centrée sur les besoins des populations. Et c'est probablement là la cause des échecs relatifs des réformes que nous avons

connues dans le passé, dont celle du virage ambulatoire qui s'est accomplie, comme on s'en souvient, dans un contexte de compressions budgétaires très marqué, particulièrement entre 1995 et 1998.

On a parlé de la littérature en management ou en gestion. Il y a également d'autres auteurs qui convergent vers nos constatations de nécessité d'intégration et de responsabilité de population, dont la commission Clair, on en parlait tantôt avec Mme Skene, de la FIIQ, dont le GRIS, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, qui affirmait, dans un document intitulé *Les soins de santé primaires*, en juillet 2003, que le développement de ces réseaux de services intégrés nécessite une grande coordination administrative et conduira à la création d'un conseil d'administration unique, qui permettra une allocation plus flexible des ressources entre les divers points de services. On y reviendra tantôt.

Vous avez parlé des expériences de regroupement vécues et vous avez tout à fait raison lorsque vous dites que ces expériences de regroupement sont plus naturelles en région qu'en milieu urbain, je partage entièrement votre avis là-dessus, parce que les populations sont plus homogènes, moins mobiles qu'en milieu urbain. C'est très clair et c'est la raison pour laquelle on a introduit dans le projet de loi la notion de complexité, qu'on va certainement appliquer de façon très libérale dans l'appréciation des mesures ou des modèles qui nous seront transmis. On a noté aujourd'hui, avec énormément d'intérêt, je dois dire, la présentation de l'Association des CLSC et CHSLD, qui a des propositions très concrètes à nous présenter autant sur le texte du projet de loi que sur les modèles d'organisation sur l'île de Montréal, qui doivent s'adapter à ces réalités de mobilité de population de caractère multiculturel, etc.

On parle d'une approche mur à mur. Je crois que — et j'aimerais d'abord vous entendre sur la question — l'essence même de ce projet est d'éviter une approche mur à mur et de permettre à chaque région de faire émerger ses modèles selon sa réalité, selon ses besoins et permet donc aux acteurs locaux de s'impliquer et de s'intégrer vraiment dans la démarche de réorganisation du réseau, d'amélioration d'organisation du réseau. Et on pourra tantôt discuter de la conséquence logique ou de la façon d'arriver à ce résultat de permettre à chaque région d'établir son propre modèle.

Vous avez parlé d'un virage à 180 degrés, je crois. Nous, nous le voyons plutôt comme une continuité historique à partir du rapport Rochon, des efforts de M. Côté, des efforts de M. Rochon, de la commission Clair. Toutes ces étapes de notre système de santé, dont certaines ont été plus heureuses que d'autres, souvent en raison des contextes budgétaires qui les accompagnaient, convergent dans la même direction, c'est-à-dire des services adaptés aux besoins de la population et la prise en charge encore une fois des populations. Alors, je vais commencer par la question que j'ai posée à peu près à tous les groupes qui sont venus nous rencontrer aujourd'hui. Cette notion, ce principe qui sous-tend le principe de projet de loi n° 25, le principe principal qu'on y retrouve est celui de la responsabilité populationnelle, qui veut dire: confier à une organisation de santé et de services sociaux la

responsabilité de sa population pour assurer l'ensemble des services de proximité et de première ligne autant en santé qu'en services sociaux. Est-ce que ce principe de responsabilité populationnelle ou de délégation populationnelle, c'est un principe que vous partagez comme orientation générale?

Mme Boucher (Denise): Bien, on l'a toujours partagé. D'ailleurs, dans d'autres cadres de commission, on a toujours dit que l'enveloppe RAMQ devait être régionalisée, en même temps elle devait aussi tenir compte des caractéristiques de la population et qu'il y avait toute la question de la capitation aussi qui devait être une prise en charge globale. Mais je vous indiquerais aussi que, pour nous, la réussite de cela, et on le dit, je l'ai dit d'ailleurs à la toute fin, c'est que, pour pouvoir réussir ça aussi, il va falloir du même coup qu'on appelle aussi à une contribution, je dirais, des médecins à changer leur mode de rémunération. Et, dans ce que vous avez déposé, il n'y a absolument rien qui touche cette question-là et qui, à notre avis, fait en sorte que ça, ce serait un plus auquel vous devriez réfléchir.

M. Couillard: Je peux vous dire qu'on y réfléchit très activement puis qu'on a des conversations avec les fédérations de médecins sur ces questions-là. Mais j'aimerais connaître votre opinion là-dessus: Quel est, vous pensez, le mode de rémunération qui est le plus adapté au but d'intégration que nous poursuivons? Actuellement, les médecins de première ligne sont rémunérés essentiellement tarif à l'acte, sauf ceux qui sont à l'urgence, qui ont souvent des tarifs forfaitaires. Est-ce que vous avez réfléchi au mode de rémunération qui serait le mieux adapté pour les médecins de première ligne?

Mme Boucher (Denise): Bien, moi, je pense qu'on abordera cette question-là quand vous déposerez des éléments sur la table.

M. Couillard: Vous n'avez pas de suggestions à apporter de ce côté-là?

Mme Boucher (Denise): Bien, on en a déjà eu. Il n'y a jamais, je dirais... Il y a toujours des types de réflexion qui sont, bon, mixtes ou tout autre. Mais on n'a pas fait d'arrêt là-dessus, et je pense que ce n'est pas l'objectif de la commission. Mais on veut juste vous indiquer qu'il y a des travaux à faire là-dessus. Comme je pourrais vous indiquer aussi qu'il y aurait des travaux, parce que vous parlez toujours du coût du système de santé, sur une politique des médicaments. Alors, ça aussi, ça pourrait être mis de l'avant pour que, effectivement, on puisse diminuer les coûts exponentiels qu'on retrouve dans les coûts de santé liés avec les médicaments.

M. Couillard: En particulier, dans notre système de santé, l'an dernier, c'était 12 % pour le régime général d'assurance médicaments au Québec. L'augmentation des coûts est considérable, comme vous le soulignez vous-même. Mais comment... parce que je vois bien que, effectivement... Bon. On semble dire qu'effectivement il faut mieux organiser les services,

mieux les intégrer, mieux les adapter aux besoins de la population. Comment, vous, en pratique, pensez-vous qu'on pourrait arriver à cet objectif-là?

• (21 h 20) •

Mme Boucher (Denise): Nous, ce qu'on pense, là, c'est qu'il y a des réussites, il y a souvent des... j'allais dire des «score stories», qui arrivent depuis le début que le dépôt de projet de loi a été mis sur la table. On veut juste vous faire remarquer que ça a été fait de façon naturelle et dans de petits centres. Et ça, ça a bien fait, pourquoi? Parce que, quand vous parlez d'une approche populationnelle, c'est que les gens ont décidé de se donner quelque chose qui allait leur ressembler, et ils se sont associés entre eux, et ils l'ont fait.

Du même coup, et ce qu'on vous dit aussi, c'est que, au-delà de ces «success stories», il n'y a pas de bilan qui a été fait vraiment sur est-ce que ça a été un plus, ou de dire que c'est un plus. Et ça, on pense que c'est un manque, et ça, ça aurait dû être fait. Et on aurait dû nous présenter, peut-être dans le cadre d'un livre blanc ou d'un livre vert, peu importe la couleur, mais nous présenter des études qui nous auraient fait des bilans de ça, qui auraient pu être mis sur la table, et comment ça se fait.

Il est clair que l'objectif du présent projet de loi n'est que strictement fait en fonction de la réingénierie. Et ça, c'est extrêmement déplaisant, parce que ça freine les débats, parce que tout ce qui est fait à l'intérieur de ça, c'est de faire en sorte d'y trouver des économies au lieu de travailler à se dire: Comment on pourrait donner des soins aux gens? Comment on pourrait faire en sorte d'être plus souples? Et comment on pourrait faire en sorte de mieux s'arrimer? Il n'y a personne qui est fermé là-dessus. On vous l'a même dit. Tout le monde est d'accord sur le fait d'un réseau intégré. Mais les modalités qui sont mises ici dans l'application, ça fait fausse route. À ce que je sache, il n'y a que l'Association des hôpitaux qui est d'accord avec vous.

Moi, je pense qu'il y a peut-être... puis peut-être, on le dit encore, mais je pense qu'il y a encore des travaux à faire autour de cette question-là. Et les façons naturelles, faire en sorte que la démocratie soit présente, parce qu'il y a eu aussi... Il y a beaucoup de manques à cet égard-là. La population n'est pas du tout présente maintenant dans ce débat-là: une commission faite un peu, je dirais, presque à la sauvette, tout est déposé rapidement. Alors, je pense que là-dessus les objectifs sont clairs: des objectifs de compression pour atteindre des objectifs, au lieu de travailler peut-être à parler du déséquilibre fiscal et de faire des pressions auprès d'Ottawa pour aller rechercher son gain au niveau de ce qu'on n'a pas eu depuis les dernières années.

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

Mme Boucher (Denise): Et, si vous me permettez, M. le Président d'assemblée, M. Lamy, qui voudrait intervenir.

Le Président (M. Copeman): M. Lamy.

M. Lamy (Pierre): Oui. Alors, je vous dirais, M. le ministre, que le réseau est en bouleversement

perpétuel depuis environ 10 ans, que ce réseau a besoin de tout sauf d'une nouvelle réforme de structures. Le problème du projet de loi n° 25, c'est qu'il ne répond à aucun des problèmes que connaît actuellement le réseau, il n'offre aucune solution.

C'est un projet de loi parfaitement inutile parce qu'il ne répond pas aux problèmes, aux questions qu'on se pose, que la population, que le monde ordinaire se pose quant à l'accessibilité au réseau, notamment. Les problèmes d'accessibilité, c'est, entre autres, les fermetures de lit continues dans les hôpitaux. C'est des lits qui sont occupés par des personnes en perte d'autonomie parce qu'il n'y a pas suffisamment de place dans les centres d'hébergement publics. C'est sous-financement, manque de ressources humaines dans le maintien à domicile. C'est le sous-financement des CLSC chronique depuis deux décennies.

On n'a jamais offert aux CLSC un financement adéquat pour leur permettre d'assumer totalement leur mission. Et je rappelle que la mission des CLSC, c'est une mission essentielle, c'est une mission de première ligne, une mission psychosociale, hein, qui répond à des besoins primaires du monde, qui répond à des besoins où on s'attaque aux déterminants de la santé. Quand on n'offre pas aux CLSC la possibilité d'évoluer dans leur mission, on prive le réseau d'une mission essentielle et on congestionne l'ensemble des autres missions du réseau.

La réforme ne répond pas non plus aux besoins de ressources en deuxième ligne dans les services à la jeunesse. Je parle de ressources humaines, je parle des intervenants qui ont des charges de cas beaucoup trop élevées, alors qu'on est en rupture, presque toujours en rupture de services en deuxième ligne auprès des jeunes. Il ne répond pas, comme Denise Boucher l'a dit, non plus à une politique du médicament qui permettrait une fois pour toutes d'arrêter l'augmentation exponentielle du coût des médicaments.

Alors, moi, je pense que, M. le ministre, vous faites fausse route avec ce projet de loi là. On dit dans notre mémoire: Plus de remèdes ne règlera pas le problème. Nous, ce qu'on veut, c'est des actions concrètes pour régler les situations que je viens d'évoquer.

M. Couillard: Très brièvement, puis j'ai un de mes collègues qui veut prendre la parole par la suite. Je partage l'essentiel de vos constats, M. Lamy, en passant, sur ce que vous avez énuméré. Il y a beaucoup de choses que vous avez dites qui sont tout à fait vraies: sous-financement chronique, pénurie d'effectifs, surcharge de travail, particulièrement dans le réseau jeunesse, auquel on a apporté un certain soulagement cette année, mais il reste encore beaucoup de chemin à faire de ce côté-là. Je pense que votre analyse est tout à fait juste.

Là où je diffère d'opinions avec vous, c'est sur l'utilité du projet de loi. Bien sûr, je ne serais pas ici si je ne pensais pas profondément qu'il est utile et qu'il est basé véritablement sur une vision d'organisation de services et de donner enfin à la population le type de services auxquels elle a droit et qu'elle réclame depuis longtemps. Et ça, clairement, je pense que c'est quelque chose sur lequel on risque de ne pas être d'accord. Mais c'est pour moi la motivation principale qui sous-tend ce

projet-là, qui s'appuie sur deux grands principes: la responsabilité territoriale pour une population et également la hiérarchisation des services de façon à assurer un cheminement du patient ou de l'utilisateur dans le système de santé et de services sociaux. Alors, là-dessus, je vais céder la parole à mon collègue qui voulait intervenir.

Le Président (M. Copeman): M. le député d'Arthabaska.

M. Bachand: Merci, M. le Président. Donc, bienvenue à la commission. J'ai lu, Mme Boucher et M. Lamy, et monsieur et madame, votre mémoire attentivement et, fondamentalement, j'ai de la misère à retrouver, en toute honnêteté, la logique qui sous-tend tous vos arguments. Puis j'aimerais ça que vous m'expliquiez un petit peu, là... Puis je vais prendre en résumé juste un paragraphe pour citer un petit peu mon incompréhension face à ce que vous nous présentez.

Vous dites... Un exemple, que le sociologue Rocher, entre autres... Et vous le citez à la page 5 — ce n'est pas paginé, mais, en tout cas, à la cinquième page, là: Pour réussir une réforme ou un changement, il faut, entre autres, la complémentarité entre la poussée venant du haut et celle venant du bas. Ça, c'est une image que je comprends bien. Et, vous, vous rajoutez: Bref, un système comme celui des services sociaux et de la santé ne peut procéder uniquement du haut vers le bas.

Ma question, c'est la suivante: Pour fins de compréhension, comment vous pouvez interpréter une poussée uniquement du haut vers le bas quand le projet de loi, dans l'essence même, parle de l'intégration et de la mise en commun des ressources? Je comprends difficilement.

Le Président (M. Copeman): Mme Lapierre.

Mme Lapierre (Andrée): Oui. Écoutez, je pense que la remarque vise effectivement à dire: Est-ce que l'ensemble des éléments qui sont donnés dans le projet de loi permettent justement un équilibre entre les désirs qu'on peut voir quand on le regarde du haut, donc du point de vue du ministre, et les attentes des acteurs qui sont sur le terrain et qui veulent développer des initiatives?

Alors, je pense que le sens de notre analyse, c'est surtout qu'on refuse le modèle final, où tous les établissements qui portent les trois missions, CH, CHSLD et établissements, soient fusionnés. Donc, c'est contre la fusion. Le principe, c'est surtout: laissons de la latitude et aussi donnons l'ensemble des éléments requis pour faire réussir la chose. Et c'est là-dessus qu'il y a des manques aussi. Ce qu'on souligne, c'est effectivement: pour que ça fonctionne, pour que les médecins collaborent à une prise en charge globale, il faut revoir effectivement leur mode de rémunération. Si ce n'est pas présent dans le projet de loi, on a des doutes.

M. Bachand: ...parler plus longtemps, malheureusement. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais vous saluer, Mme Boucher, M. Lamy, M. Tremblay et Mme Lapierre. Je crois comprendre que nous nous retrouverons, M. Lamy, lors de l'examen du projet de loi n° 30.

Vous êtes le septième groupe qui présente un mémoire aujourd'hui, mais avec des bémols. Parce que l'Association des hôpitaux du Québec a déclaré qu'il y avait de très nombreuses lacunes, qui ressemblent à celles mêmes que vous identifiez. Mais le ministre s'est fait dire: Vos objectifs sont louables, mais les moyens pour arriver ne sont pas les bons. Malgré tout, il répète que, même seul, il aura raison. Enfin, on verra à la fin de la commission demain s'il a raison seul ou avec peu d'autres, en fait.

Dans le mémoire que vous nous présentez, à la page... ma foi, ce n'est pas paginé, là, malheureusement, je crois que c'est la quatrième... enfin, la deuxième, vous nous dites: «Le projet de loi n° 25 laisse impunément à l'écart les établissements et les cliniques privées, même les groupes de médecine familiale, sans perturber le moindrement leur fonctionnement d'affaires, pendant que les salariés du réseau public devront faire face à ces chambardements...»

• (21 h 30) •

Quand le ministre nous parle d'une approche populationnelle, je pense qu'il y a une méprise, là, il y a erreur sur la chose. Est-ce qu'on peut faire une approche populationnelle sans les médecins?

Mme Boucher (Denise): Sans les? Je m'excuse.

Mme Harel: Médecins.

Mme Boucher (Denise): Bien, je pense que les médecins, c'est important qu'ils y soient. On a pensé miser et on pense toujours miser que la première ligne, et particulièrement les CLSC, c'est la voie pour désengorger la deuxième et la troisième et de faire en sorte qu'on puisse aller de l'avant. On a, dernièrement, essayé une nouvelle formule, qui était celle des GMF. On ne sait plus trop où s'en est rendu.

On a toujours cru que, nous, la porte d'entrée devait être le CLSC, faire en sorte que les médecins cessent, je dirais, de bougonner, d'une certaine façon, si vous me permettez l'expression, les CLSC, et d'y voir là un autre type de pratique qui ferait en sorte qu'on pourrait travailler et sur la prévention et aussi sur le médical et le curatif. Malheureusement, c'est d'autres choix qu'ils ont faits, mais nous croyons toujours, nous, à cette première ligne, celle des CLSC. Et là, bien évidemment, il y en a qui y sont, hein? C'est merveilleux, aller se faire soigner dans un CLSC. On adore ça parce que tout est là, et en même temps, là, c'est comme si on était encore plus en sécurité que dans un hôpital.

Mais le projet de loi, tel qu'il nous est déposé là, fait en sorte qu'il y en a qui vont être gourmands et qui vont, sans aucun doute, aimer beaucoup plus aller chercher, drainer, siphonner le peu de budget qu'il y a dans les CLSC pour accroître sans aucun doute leur pouvoir sur la population. Et là, quand je vous dis ça, je pense aux CH. Et ça, c'est malheureux, et je sais qu'il y en a qui vont beaucoup aimer ça. Ça paraît mieux d'être

médecin dans un hôpital, probablement, que d'être médecin dans un CLSC, ce qui est fort regrettable, et c'est pour ça que je trouve que ceux qui sont dans les CLSC ont beaucoup de mérite.

Mme Harel: Je ne sais pas si vous avez participé au colloque organisé par l'Association des CLSC et CHSLD, le 9 novembre dernier, ou s'il y avait des représentants de la CSN. Vous me faites signe que oui — c'est Mme Lapierre. Vous vous rappelez ce panel où se retrouvaient M. Castonguay, M. Rochon et Michel Clair, et chacun à leur manière ont mis en garde le ministre. J'ai pris en note, dans mon petit cahier, les propos prononcés par M. Castonguay, et il disait ceci: En fait, ce qu'il faudrait, c'est le convaincre de bien écouter, de prendre le temps. Il rappelait que ça lui avait pris une année, une bonne année, pour faire approuver la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en 1970.

Plusieurs organismes sont venus nous dire que ce qui est proposé, c'est une transformation majeure de la nature de celle des années soixante-dix. Et nous sommes à trois semaines de l'ajournement de Noël. Nous débutons pour la première fois, là, avec vous aujourd'hui, l'étude du projet de loi. Une fois la consultation terminée, il va rester deux semaines, avec plein d'autres projets de loi qui, comme vous le savez, pourraient susciter un bâillon de l'Assemblée. Alors, est-ce qu'il est raisonnable d'opérer une telle transformation avec une telle précipitation?

Mme Boucher (Denise): Non.

Mme Harel: Merci. Pensez-vous qu'on peut convaincre le ministre?

Mme Boucher (Denise): Nous l'espérons.

Mme Harel: Moi aussi.

Mme Boucher (Denise): Et nous y travaillerons.

Mme Harel: Moi aussi. Vous savez, il y avait Jean Rochon, également, Mme Lapierre, à ce panel, qui disait à quel point il était nécessaire d'introduire une culture d'innovation plutôt que de réforme de structures et que c'est de l'expérience qu'il avait eue qu'il pouvait conclure qu'il fallait miser sur la question de l'innovation plus que sur celle de... sur les réformes de structures.

Vous avez, à la CSN, tenu un colloque, et ce colloque a réuni 400 personnes. Et vous avez examiné pas simplement la question, disons, qu'on pourrait prétendre corporative, mais celle de la vision même à développer d'un réseau de santé pour la population. Pouvez-vous nous exposer, là, les conclusions auxquelles vous êtes arrivés?

Mme Boucher (Denise): Bien, vous les retrouvez, je vous dirais, en grande partie dans ce qu'on amène à la toute fin, à la conclusion, quand on dit: Les conditions pour améliorer sont là. On disait: Il faut renforcer les CLSC, il faut y mettre de l'argent,

particulièrement. Entre autres, on pensait que le virage ambulatoire — on le pense toujours, aussi — il aurait été d'une grande réussite si les argentés avaient suivi. On connaît aussi ce qui a été comme désengagement venant du fédéral à l'égard de la santé, qui a fait en sorte que tout est tombé du même coup, aussi les compressions qui ont suivi.

On a toujours pensé aussi qu'une des façons, c'était aussi de démocratiser. Alors, il y a des éléments à l'intérieur de ça. Et, du même coup, aussi, toute la question — parce qu'on en a parlé tout à l'heure — de l'intérêt des médecins à venir dans les CLSC. Il y avait peut-être là une question de revoir la rémunération et de faire en sorte qu'ils puissent adhérer au processus.

Et, quand vous parlez d'innovation, il faut voir aussi que des projets, il y en a eu, des projets de fusion qui ont été des projets d'innovation, qui ont été faits dans un cadre et dans un contexte particuliers où les populations ont été concernées. Et là il y a des éléments qui font des plus. Le réseau a de l'imagination, il y a de la place à l'innovation, mais il faut permettre aux gens de pouvoir le faire. Et il y a aussi des contraintes qui sont souvent liées aux ordres professionnels qui font en sorte... et aussi... Et ça, ça place souvent à certaines limites. Alors, voilà. Puis, il y a Mme Lapierre qui veut faire un suivi à votre question, Mme Harel.

Le Président (M. Copeman): Mme Lapierre.

Mme Lapierre (Andrée): Oui. Bien, en fait, c'est en complément. En fait, la vision CLSC comporte... c'est l'idée qu'il faut avoir une vision sociale sur le développement du réseau et pas uniquement une vision médicale. L'inquiétude qu'on a au projet de loi n° 25, c'est le renforcement d'une vision médicale qui va émerger des réseaux, spécialement, M. Couillard, avec votre idée de hiérarchisation des soins. Où est le vis-à-vis du médecin? Il n'y en a pas. Si on ne protège pas la mission CLSC, c'en est fait. On croit que c'est absolument fondamental. Et c'est une des caractéristiques de l'évolution de notre réseau, effectivement, comme le souligne Mme Harel, d'expédier la question en quelques semaines sans permettre aux acteurs de discuter de ça, de comprendre ce que ça veut dire, comment ça peut se faire. Ce n'est pas vraiment acceptable et, justement, en continuité avec la tradition démocratique qu'on a connue.

Le Président (M. Copeman): M. Lamy, allez-y.

M. Lamy (Pierre): Oui. Bien, peut-être deux mots sur la forme. Mme Harel l'a évoqué. Effectivement, cette réforme-là, même si on considère qu'elle est inappropriée, se fait sans aucun débat public. Je pense que c'est important de le mentionner: réforme que le gouvernement souhaite adopter à la sauvette, sans débat public, sans consultation réelle, sans qu'on ait cerné les véritables enjeux. Je ne me répéterai pas, je l'ai dit tout à l'heure, je pense que ce n'est pas la bonne cible. Je pense que le réseau n'a pas besoin d'une nouvelle réforme de structures, et je pense que cette réforme-là n'améliorera pas l'organisation et la coordination des services et ne favorisera pas un meilleur continuum de services dans le réseau.

Mme Harel: Je vous remercie. À la... à la véritable page 2, là, de votre mémoire, à la toute fin de cette page, des informations que vous nous transmettez. Je ne sais pas si les catégories de regroupements sont les bonnes, mais certainement que le chiffre de... le nombre d'établissements, qui est passé de 920 à 468, c'est presque la moitié, hein, de diminution du nombre d'établissements en 13 ans. Vous savez que, si on avait eu ça au niveau municipal, on n'aurait pas été obligés de faire les regroupements. Mais vous vous rendez compte: en 13 ans, moitié moins d'établissements, 49 %, et pourtant toujours avec un cadre législatif qui garantissait le territoire local des CLSC et qui exigeait le respect des missions des établissements concernés une fois regroupés. C'est donc dire que c'est possible.

C'est pour ça que l'inquiétude que j'ai, c'est: Quel autre objectif est poursuivi, puisque c'est possible, dans le cadre actuel, quand c'est faisable? Parce que, sinon, on a toujours l'alinéa des exceptions, mais l'exception va devenir la règle sur des grands territoires où se trouvent des millions de personnes. Alors, ça veut dire quoi, adopter une loi qui ne s'applique pas sur une grande partie du territoire québécois? Première question.

Alors, pourquoi? La question me reste en tête. Pourquoi? C'est un peu comme le projet de loi n° 30. Ça peut être très louable, regrouper des unités d'accréditation syndicale. Ça dépend de la manière de le faire. Et le projet de loi n° 30, il pave la voie royale à de la sous-traitance, plutôt qu'à une diminution d'unités d'accréditation, et surtout quand il fractionne les syndicats généraux. Mais enfin, on y reviendra. Mais pourquoi, finalement?

• (21 h 40) •

Il reste que le projet de loi s'éloigne même du programme libéral. Le ministre nous lit le rapport Clair, différents rapports; moi, je lui lis le programme de son gouvernement, qui dit: «Au sein de ces réseaux locaux, les directions des hôpitaux, des CLSC, des CHSLD, des centres jeunesse, des centres en réadaptation et des cliniques médicales devront coordonner leurs services.» Il n'a pas dit «imposer de fusionner leur établissement». Et il continue, bon: «Ce sera leur responsabilité. Les dirigeants locaux auront le loisir de trouver des modes d'organisation propres à leurs réalités.»

Et vous avez, à la dernière page, ça, c'est très, très intéressant, c'est le cadre financier des réinvestissements en santé du prochain gouvernement libéral. Vous les avez pour chaque année, 2004, là. Le cadre financier commence en 2004, et ils annoncent 2 milliards, n'est-ce pas, 2,2 milliards de plus, avec 1 milliard du fédéral. Alors, ça, c'est pour 2004-2005. Donc, normalement, il va y avoir de l'argent en santé. À moins qu'il y ait un subterfuge, là, puis qu'il nous dise qu'il l'a déjà dépensé. Est-ce que j'ai compris ça, là, dans le... Non?

Une voix: ...

Mme Harel: Bon. Alors... Mais donc, je vous laisse les quelques dernières minutes qui restent pour faire vos derniers commentaires. Mais pourquoi, finalement? Est-ce que vous vous êtes aussi posé la question?

Mme Boucher (Denise): Pour atteindre l'objectif de baisse d'impôts et faire en sorte de se soustraire à une obligation qu'ils s'étaient donnée, de réinvestir dans le réseau de la santé et des services sociaux et en éducation. Et, d'un coup, on veut fusionner et, d'un autre coup, avec une autre loi, on veut défusionner. Alors, vous avez fait... parlons de la loi n° 9. Alors, voilà.

Alors, c'est difficile de connaître les objectifs, mais on les connaît, très sincèrement, les objectifs, c'est d'exercer des compressions dans un réseau ou de faire en sorte de démobiliser le personnel de ce réseau-là, de faire en sorte que les gens ne soient pas... n'aient pas reçu ce qu'ils ont à recevoir de ce gouvernement-là, une efficience, une efficacité en santé, en services sociaux et en éducation, et ce n'est pas le cas, malheureusement.

Et de brasser des structures va démobiliser le monde. Et, pendant qu'on est en recherche de personnel, quand il nous manque des ressources humaines, quand il y a des besoins de ressources financières, bien, je pense que c'est un mauvais choix et c'est un mauvais investissement sur la qualité des soins qui pourraient être donnés. Et je tiens à féliciter le personnel du réseau de la santé, qui se donne corps et âme dans toutes ces difficultés et qui, bien malheureusement, sont affectés au quotidien par les diverses nouvelles qui sont annoncées par le gouvernement.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Merci beaucoup, Mme Boucher, de cette présentation et ainsi que vos collègues représentants de la CSN.

Et je demanderais aux représentants de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec de prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, chers collègues. Bienvenue aux représentants de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec.

Je ne sais pas qui est le porte-parole principal... M. Roy. Alors, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent. Vous avez un temps maximal, en termes de votre présentation, de 15 minutes, qui sera suivi d'un échange des deux côtés de la table, 15 minutes chaque côté. Alors, la parole est à vous.

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

M. Roy (René): Alors, merci, M. le Président. Oui. À ma droite, M. Alain Tessier qui est coordonnateur du secteur de la santé du SCFP; immédiatement à ma droite, c'est Mme Lucie Richard, qui est la directrice adjointe du SCFP; à ma gauche, complètement à ma gauche, c'est M. Daniel Boyer, secrétaire général du syndicat SQUEES, local 298; et, immédiatement à ma gauche, M. Raymond Forget, qui est vice-président de la FTQ et président du SQUEES 298 et le coordonnateur du secteur public en négociations.

Alors, on va vous présenter notre mémoire comme on le fait dans les autres commissions parlementaires. Le premier paragraphe de notre mémoire identifie la FTQ et les deux syndicats que je viens de

présenter, le SCFP et la section locale 298 du Syndicat québécois des employés de service.

Nous tenons d'abord à préciser que nous déplorons la démarche du gouvernement de vouloir régler à toute vapeur une question si importante pour la population québécoise, et cela, d'autant plus que cette réforme, si elle était adoptée, entraînerait des dépenses inutiles.

Nous souscrivons entièrement aux objectifs de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau des services de santé et des services sociaux, tel qu'énoncé à l'article 22 du projet de loi. La FTQ et ses affiliés dans le secteur de la santé et des services sociaux ont d'ailleurs toujours préconisé une meilleure coordination des services afin de permettre de mieux guider les personnes dans le réseau.

Toutefois, les mesures envisagées dans le projet de loi ne contiennent rien qui permette d'atteindre ces objectifs ni de régler le problème d'insuffisance de ressources dans le réseau. Avec le projet de loi n° 25, la population québécoise se retrouve encore une fois devant une réforme de structures dont la principale mesure est de créer une organisation de services intégrés qui ne tient pas compte du fait que les établissements ne peuvent coordonner des ressources qui n'existent pas.

Non seulement cette réforme ne réglerait rien, mais, qui plus est, elle entraînerait plus de problèmes, plus de bureaucratie et créerait l'effet contraire à l'objectif recherché en éloignant les services de la population.

Il est clair que, de façon générale, la réforme proposée ne réglerait pas les problèmes actuels du réseau. Elle ne permettrait pas d'offrir plus de services, ni de raccourcir les délais d'attente dans les urgences, ni d'augmenter les ressources de maintien à domicile et le nombre de lits pour les personnes âgées incapables de rester chez elles, ni les ressources pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ni d'améliorer l'accès aux services sociaux. Elle ne réglerait en rien le problème de pénurie de la main-d'œuvre, pas plus qu'elle ne favoriserait une plus grande disponibilité des médecins de famille, tant en termes de nombre qu'en termes d'accès soirs et fins de semaine.

À cet égard, la population du Québec était en attente de solutions concrètes. Avec le projet de loi n° 25, on est loin de la promesse de donner des soins et des services sociaux en tout temps partout au Québec, tel qu'énoncé dans le programme du Parti libéral. La FTQ considère que le gouvernement leurre la population en tentant de lui faire croire en une nouvelle structure qui viendrait, par enchantement, régler les problèmes du réseau dont plusieurs relèvent du manque de ressources.

La FTQ est également convaincue qu'une loi n'est pas nécessaire pour que les établissements du réseau s'entendent pour offrir des soins intégrés à la population. Déjà, à l'heure actuelle, des ententes entre les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux sont possibles. Ils n'ont pas besoin de structures ni besoin de fusions pour y arriver. Par ailleurs, les ententes et la concertation sont limitées par le manque de ressources. La volonté de s'entendre ne suffit donc pas à créer un réseau de services et de soins intégrés. Il faudra réinvestir dans le

réseau plutôt que de tomber encore une fois dans la réorganisation des structures.

Par ailleurs, même si toutes les ressources étaient disponibles dans le réseau, la structure proposée par le ministre poserait plus de problèmes qu'elle ne créerait de solutions.

● (21 h 50) ●

Dans les établissements où oeuvrent les membres que nous représentons, nous pouvons observer que les regroupements générés par la dernière réforme de structures n'ont rien apporté en termes d'amélioration des services. La tâche du personnel a continué à s'alourdir, et les services, tant en termes d'accès qu'en termes de qualité, ne sont pas améliorés. On entend souvent que les services, quand on réussit à y avoir accès, sont bons. Mais cela se fait au prix d'efforts quotidiens de la part des travailleurs et des travailleuses qui sont, disons-le, essouffés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a récemment exhorté les établissements à réduire leur taux d'absentéisme. Pour y arriver, certains employeurs font des pressions indues pour faire entrer les personnes malades au travail ou leur faire quitter leur emploi. Ce sont des avenues de solution tout simplement inhumaines qui camouflent, encore une fois, l'absence de volonté politique d'investir les ressources suffisantes dans le réseau.

Ces regroupements ont également contribué à alourdir la gestion des ressources humaines et ils ont nuí considérablement au maintien des saines relations de travail. La structure proposée dans le projet de loi n° 25, en grossissant davantage ces regroupements, accentuerait ces problèmes en éloignant davantage le centre de décision des problèmes quotidiens vécus dans chaque centre, ce qui, nous le répétons, est contraire aux objectifs recherchés.

Cet élargissement de la structure, qui passe essentiellement par la fusion de centres hospitaliers avec des CLSC et des CHSLD, est d'autant plus incompréhensible que ces établissements n'ont pas les mêmes préoccupations ni les mêmes approches. Si ce projet de loi passait, nous pouvons nous attendre à des déchirements comme nous n'en avons jamais vus dans le réseau ainsi qu'à une augmentation des délais et des coûts dans l'offre de services. Mais, qui plus est, nous courons le danger de voir les services sociaux et de prévention, qui sont déjà très peu développés, encore réduits au profit des hôpitaux dont le modèle est essentiellement curatif.

Dans un tel contexte, la mission des CLSC est sérieusement compromise. La FTQ le déplore grandement, puisqu'elle a toujours considéré que, pour arriver à bien coordonner les services de santé et les services sociaux ainsi que le curatif et le préventif, nous devons faire en sorte que les CLSC deviennent la porte d'entrée du système. Un véritable objectif de santé passe par une approche qui tient compte de tous les éléments qui entourent un être humain: son environnement, son milieu de travail, sa vie familiale, sa santé mentale, sa santé physique, etc. C'est la seule approche qui, d'une

manière civilisée, pourrait nous permettre de maintenir ou d'améliorer la santé et, par conséquent, de contrôler les coûts.

Les CLSC auraient dû depuis toujours avoir les moyens de développer cette approche. Avec le projet de réforme, c'est le contraire qui se produirait: ils risquent de devenir des appendices du système hospitalier, et la dimension sociale des soins, de disparaître. Nous courons aussi le danger que les hôpitaux drainent les budgets importants et que les laissés-pour-compte soient aussi les centres de soins de longue durée, qui finiraient par devenir des mouiroirs.

Par ailleurs, si le but recherché par cette réforme est d'accroître la mobilité du personnel, nous mettons le gouvernement en garde contre les effets pervers de cette réforme sur les travailleuses et les travailleurs de la santé et des services sociaux. Actuellement, la qualité et la continuité des soins et des services sont sérieusement compromises, notamment par la lourdeur de la tâche, la pénurie de la main-d'oeuvre et le recours aux agences, l'instabilité des personnes salariées à temps partiel et sur appel. Accroître la mobilité du personnel ne va qu'amplifier tous ces problèmes.

S'il est un secteur où la stabilité et le sentiment d'appartenance sont importants, c'est bien celui de la santé. Les employeurs l'ont compris et font tout ce qu'ils peuvent pour que les utilisateurs de leurs services soient en confiance et en sécurité avec le personnel, évitant par exemple de recourir aux agences privées. Intensifier la mobilité du personnel n'aurait qu'un effet de démobilisant, alors que la stabilité rendrait le réseau plus attirant, plus attrayant et augmenterait sa capacité de rétention et de recrutement de personnel.

Non seulement le projet de loi n° 25 ne contient rien qui permette de rapprocher les services de la population, de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau des services et de régler le problème d'insuffisance des ressources, mais, qui plus est, il ne trouve pas l'adhésion des membres que nous représentons dans le réseau de la santé et des services sociaux. Depuis des années, ces travailleuses et travailleurs ont dû constamment s'adapter à de nouvelles structures tout en déployant des efforts quotidiens pour maintenir une qualité de services acceptable. Ils ne veulent pas, une fois de plus, faire les frais du jeu des structures et encore moins être témoins d'une réforme qui n'atteindra pas ses objectifs. Le gouvernement québécois est choyé de pouvoir encore compter sur une main-d'oeuvre motivée, mais l'élastique s'appête à casser.

Les travailleuses et les travailleurs que nous représentons ont réussi jusqu'à maintenant à tenir le coup parce qu'ils sont animés par le souci de la santé et du bien-être des êtres humains que vous leur confiez quotidiennement. Mais, si le gouvernement employeur n'a pas lui-même ce souci, comment réussira-t-il à maintenir la motivation auprès d'un personnel déjà épuisé? Certainement pas en lui présentant à toute vapeur un projet de loi qui ne contient rien pour améliorer les services de la population et qui contient tout ce qu'il faut pour révolter le personnel en place et faire fuir celles et ceux qui auraient pu joindre leurs rangs si le réseau avait été plus attrayant.

Cette réforme ne serait pas plus motivante pour les gestionnaires des CHSLD et des CLSC, qui, pour

leur part, en ont eu plein les bras avec la dernière réforme et qui commencent à peine à s'en relever. Au moment où ils commencent à assumer leurs fonctions dans une relative stabilité, on vient leur annoncer que le jeu de la structure va recommencer. D'ailleurs, des directeurs de CHSLD et de CLSC ne se sont pas gênés pour manifester leur inquiétude concernant les fusions entre les centres hospitaliers.

En somme, nous nous posons sérieusement la question: En quoi grossir une machine déjà lourde nous permettra-t-il d'être plus efficaces? La reconnaissance concrète de la compétence et de l'expérience des travailleuses et travailleurs du réseau ainsi que des moyens pour accomplir les mandats qu'on leur confie auraient bien meilleur effet sur les services à la population, ce que le projet de loi n° 25 ne prévoit pas. Au contraire, il ouvre la porte au projet de loi n° 30 qui, pour sa part, aurait comme effet la dégradation des commissions de travail et une plus grande ouverture à la sous-traitance.

Compte tenu des problèmes importants qu'engendrerait cette réforme, nous demandons au gouvernement de retirer ce projet de loi n° 25.

Par ailleurs, pour atteindre les objectifs qu'il poursuit, nous pensons qu'il doit à la fois prévoir des investissements dans les ressources et soutenir les établissements existants pour réaliser des ententes. À cet égard, la FTQ recommande de procéder à une enquête sur le terrain pour: premièrement, identifier les établissements qui ne sont pas en mesure d'offrir des services à la population tant en termes de qualité que d'accessibilité, identifier les causes de cette incapacité et prendre les mesures en conséquence; deuxièmement, identifier les établissements qui réussissent à faire les ententes nécessaires pour orienter les citoyens et citoyennes dans leur réseau de services, déterminer les raisons de ce résultat et s'en inspirer, quand cela est possible, pour soutenir les établissements qui n'y sont pas arrivés; troisièmement et finalement, identifier les établissements qui ne font pas les ententes nécessaires pour faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux, les causes de cette situation et prendre les mesures en conséquence.

En somme, l'approche de la FTQ en matière de santé et services sociaux est une approche pratique qui vise des résultats tangibles en laissant réussir les établissements qui atteignent les objectifs fixés, en faisant des réajustements là où cela est nécessaire, en soutenant à tout point de vue, y compris sur le plan financier, ceux qui n'arrivent pas, et en s'assurant que la volonté d'y parvenir est présente. Il s'agit pour nous de l'approche la plus juste, la plus concrète et la plus prometteuse pour l'avenir de notre système de santé et de services sociaux, à la condition qu'on accepte d'investir les ressources nécessaires.

La population du Québec en a assez des réformes de structures qui n'aboutissent pas et qui passent tous les établissements dans le tourbillon, même ceux qui atteignent des résultats positifs ou qui sont sur la voie d'y arriver. Ces réformes ne font que déstabiliser le réseau, encourager une compétition malsaine et des déchirements, et cela, au détriment des soins et des services.

Je termine avec le dernier paragraphe. Enfin, nous invitons le ministre de la Santé et des Services

sociaux à faire preuve de confiance et de respect envers la population et son personnel. La façon dont tout se déroule actuellement: il impose ses orientations, prend tous les pouvoirs et sabre dans ce qui restait de mesures démocratiques dans le réseau en réduisant encore davantage la participation de la population et du personnel. Merci beaucoup, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, M. le ministre de... Non? M. le député d'Arthabaska.

• (22 heures) •

M. Bachand: Donc, messieurs, mesdames, je vous souhaite la bienvenue, et sachez que vous êtes toujours les bienvenus à la commission.

J'ai une question à la page 4 sur... J'ai lu votre mémoire parce que je trouve ça fort intéressant, lire les mémoires, particulièrement ceux des syndicats, parce qu'il y a différentes compréhensions avec lesquelles je veux m'arrimer... sur la compréhension, pas nécessairement sur les orientations mais sur la compréhension. C'est une blague, M. le Président.

Donc: «Les établissements du réseau s'entendent pour offrir des soins intégrés à la population.» C'est ce que vous dites. Ça, c'est une affirmation au troisième paragraphe, à la page 4. Par contre, vous dites: «La volonté de s'entendre ne suffit donc pas à créer un réseau de services et de soins intégrés.» Je ne comprends pas. Et, finalement, vous dites: «Il faudra réinvestir.»

Donc, d'une part, vous dites que le réseau s'entend pour offrir un soin intégré à la population, ça, ça va, puis la volonté de s'entendre ne suffit pas. Et là votre solution, c'est de réinvestir. Et, moi, je vous pose la question: Est-ce que vous pensez que réinvestir, ça permet aux gens de s'entendre?

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Forget.

M. Forget (Raymond): Assurément, si les missions des hôpitaux, centres d'hébergement de soins de longue durée ou de CLSC ont plus de fric, ont plus d'argent, j'imagine que ça va sûrement améliorer les ententes qu'il pourrait y avoir. Le réseau intégré en soi, tel que proposé par le ministre, ne propose en rien des solutions d'entente entre les missions de chaque établissement de santé. Alors, on ne pense pas que la formule qui nous est présentée dans le projet de loi n° 25 pourrait trouver des solutions à ce qui a trait à des mesures pour pouvoir créer des ententes ou un climat d'entente entre les établissements.

M. Bachand: En additionnelle, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Absolument, M. le député d'Arthabaska.

M. Bachand: C'est que vous ne parlez pas d'entente, vous parlez de s'entendre.

M. Forget (Raymond): Ça se ressemble pas mal. Quand on s'entend, habituellement on peut s'entendre, non?

M. Bachand: Oui, mais on ne s'entend pas nécessairement sur des ententes.

M. Forget (Raymond): Non. Mais ce n'est pas le moyen de le faire qui permet de s'entendre, hein?

M. Bachand: Oui, mais vous dites que le fait de réinvestir, ça va permettre de s'entendre. C'est juste... En tout cas, de toute façon, moi, ça me va comme explication.

J'aurais une deuxième question. À la page 5, si vous permettez, M. le Président, vous dites — un, deux, trois, quatre, cinq — au sixième paragraphe: «Dans un tel contexte, la mission des CLSC est sérieusement compromise.» Et vous affirmez aussi que «nous devons faire en sorte que les CLSC deviennent la porte d'entrée du système». Ça, c'est une de vos préoccupations, puis je la comprends très bien.

Ma question: À quel endroit dans le projet de loi — parce que moi, je l'ai lu, vous l'avez sûrement lu aussi, le projet de loi — à quel endroit vous lisez dans le projet de loi que vos attentes ne seront pas respectées? Parce que, moi, je le lis à l'article 23, paragraphe 1^o, et je vois cette préoccupation-là de la part du ministre.

Le Président (M. Copeman): Mme Richard.

Mme Richard (Lucie): Notre inquiétude à ce niveau-là, on pense, en tout cas, l'avoir clairement exprimée, c'est que, en intégrant les CLSC dans les nouvelles structures que seront les hôpitaux, les CHSLD et les CLSC, tout le volet prévention, tout le volet social, la mission sociale des CLSC risque d'être noyée dans ces nouvelles structures. De là notre inquiétude, notre grande inquiétude, et de là aussi le constat qu'on fait qu'après maintes et maintes réformes depuis 20 ans on n'a quand même pas encore réussi à faire en sorte que les CLSC puissent profiter et jouer pleinement leur rôle de services de première ligne.

Et je reviens sur votre première question de tout à l'heure. Quand on disait que la volonté de s'entendre ne suffisait pas, c'est qu'on aura beau vouloir, si on n'a pas les moyens de le faire, on deviendra limité pour ce faire.

Au niveau des CLSC, il nous apparaît clair que les efforts qui ont été réalisés depuis les années soixante-dix ont quand même permis une évolution de cette structure-là. La population du Québec a commencé à les utiliser, a commencé à s'y intégrer, a commencé à savoir comment, un peu, se véhiculer au sein des CLSC, là, même si les services n'étaient pas uniformes partout. Et le volet prévention qui commençait à être développé de plus en plus risque, je le répète, d'être complètement noyé dans ces nouvelles fusions, et notre inquiétude est très grande, monsieur, à ce niveau.

M. Bachand: Mais, M. le Président, je comprends bien votre inquiétude. Mais n'est-il pas de nature à vous rassurer quand je vous dis que, à l'intérieur de l'article 23.1^o... permettez-moi de... Parce que vous aviez une préoccupation sur la prévention, et c'est bien marqué au paragraphe 1^o: «Assurer à la population sur le territoire l'accès à une large gamme de services [...] services sociaux de première ligne, notamment à des services de prévention — et l'on continue — d'évaluation, de diagnostic, de traitement...»,

etc. Donc, vos préoccupations de services de prévention sont assurées en vertu de l'article 23, paragraphe 1^o, non?

Mme Richard (Lucie): Permettez-nous d'en douter.

M. Bachand: Mais à quel titre?

Mme Richard (Lucie): Je pense qu'il vous appartiendrait peut-être de nous expliquer un peu plus en détail comment vous entendez assurer, à partir de ces nouveaux services de réseaux intégrés, tout le volet de la mission sociale et de services de prévention des CLSC. Ça ne nous semble pas clair, ça ne nous semble pas assez détaillé.

M. Bachand: Je respecte ça. Merci. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: M. Roy, M. Forget, M. Boyer, Mme Richard, bonsoir. Mme Richard, je vais tenter de vous rassurer un peu. J'ai une expérience d'un établissement fusionné où je travaillais pendant plusieurs années et je peux vous assurer que d'aucune façon la mission CLSC n'est disparue ou n'a été compromise. Au contraire, la mission CLSC s'en est trouvée enrichie. Et il y a eu une bifurcation des budgets de la mission CH vers le CLSC. Parce que ce qu'on a réalisé, c'est que c'étaient les mêmes clients, en fait, qui faisaient la tournée CLSC, CH, domicile. Et afin de tenter d'assurer un service de qualité et d'éviter le syndrome de la porte tournante au CH, des budgets ont été transférés vers les CLSC pour donner l'ensemble des services requis pour maintenir et rassurer les clients à domicile. Ça fait que... Et, dans l'article 23 de la loi n^o 25, cette mission-là, en plus, est confirmée.

Lors du dépôt du mémoire de la FTQ à la commission Clair, ce qui était dit, ce que vous disiez à ce moment-là, à la page 35 du rapport de la commission Clair, que vous étiez en faveur d'un véritable réseau intégré de services sociaux et de services de santé, mais qu'il y avait quatre volets nécessaires pour arriver à actualiser ce réseau intégré sur un territoire donné. C'était: l'identification d'une porte d'entrée, une intégration des médecins, le développement des modes de communication puis le mode de financement des établissements.

De par mon expérience, je peux vous dire qu'à partir du moment où les établissements se sont fusionnés ils sont devenus un centre de santé, l'identification de la porte d'entrée a été faite. C'est même allé un peu plus loin que ça, parce que le client, que sa porte d'entrée soit le CLSC ou le centre hospitalier, quand ce client-là devait retourner à domicile ou avait besoin de certains services, comme on avait, dans le fond, fait disparaître les murs de l'organisation pour se concentrer carrément au service au client, il n'était pas obligé de recommencer soit à conter son histoire ou à faire une demande de service au CLSC, une demande de service en ergo, une demande en physio.

À partir du moment où un intervenant était en contact, que ce soit le médecin ou l'infirmière, et que ce client-là avait à retourner à domicile ou même en centre d'hébergement, l'intervenant, qui devenait le pivot ou, en fait, qui devenait, dans le fond, sa porte d'entrée aux services, s'assurait que ce client-là — et s'assure encore aujourd'hui parce que c'est encore fusionné — reçoive. Ça fait que ça répond à un des critères que vous trouviez importants lors de la commission Clair.

L'autre, au niveau de l'intégration des médecins dans un réseau de cette nature-là, je pense que c'est important de réaliser, je dirais, que 90 % des demandes de services dans le réseau de la santé passent par les médecins, que ce soit le médecin de famille, le médecin à l'urgence ou les cliniques sans rendez-vous. Et c'est encore et toujours de notre tradition, au Québec... C'est un des intervenants qu'on est tenté, dans un premier temps, d'aller voir, et ce médecin-là retourne le client à l'intérieur du réseau. Que le médecin soit dans un cabinet privé... Quand je regarde aujourd'hui, avec l'évolution, pour avoir oeuvré depuis toujours dans le domaine de la santé, les médecins connaissent qu'est-ce qui existe dans le réseau et savent que ce client-là va retourner dans un des volets du réseau.

● (22 h 10) ●

C'est sûr que, au niveau des communications, si on veut regarder l'ensemble des critères que vous demandiez, pour réussir un réseau intégré, il y a encore du travail à faire, il y a encore du travail à faire avec les nouvelles technologies, il y a encore du travail à faire au niveau du partage quand on parle du dossier client. Vous savez que, quand on crée des réseaux, on veut d'abord s'assurer avant tout de la confidentialité des données santé. Et c'est toujours un dossier avec lequel le ministère a des préoccupations et veut s'assurer que, quand les réseaux intégrés et que les systèmes d'information seront complétés et en place, c'est sécuritaire et qu'on protège les données des clients.

L'autre chose, quand vous dites que vous souscrivez, à la page 3 de votre mémoire, aux objectifs de rapprocher les services de la population, je pense que le projet de loi n° 25, c'est ce qu'il veut et c'est ce qu'il veut faire: que les services partent de la population et soient près d'eux. Dans le projet de loi n° 25, nulle part il n'est dit que l'ensemble des propositions qui devaient être déposées pour l'organisation des services devaient être du mur-à-mur.

Cependant, ce qui est visé, c'est que, dans la transformation, on veut des résultats, on veut que le client ou le patient ait des résultats. Et la gestion par programmes, qui est une gestion qui est à peu près la plus près possible qu'on peut imaginer de la clientèle, va permettre, par le regroupement des établissements, cette gestion-là et va permettre aussi d'être en mesure de mesurer les résultats et de s'assurer que l'ensemble des services, bien que nous soyons en pénurie de ressources, on le reconnaît, bien que nous venions de vivre les 10 dernières années avec des chambardelements, on le reconnaît aussi...

On reconnaît aussi qu'on ne pourra pas régler une pénurie des ressources demain ni après-demain. Cependant, quand, dans une organisation, le client sent qu'il fait partie et qu'il est au cœur des préoccupations de cette organisation-là, même pour l'ensemble des

intervenants, bien qu'il y ait des pénuries, c'est beaucoup plus facile que l'intervenant qui est obligé de passer son temps à référer un client dont on sait qu'il fait partie du même environnement.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, vous avez soulevé beaucoup de préoccupations.

Mme L'Écuyer: Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Si on laissait aux représentants de la FTQ de réagir, faudrait le faire tout de suite.

M. Roy (René): On va commencer. On va commencer à réagir, parce que, je pense, on a perdu un peu des bouts, mais on va essayer de couvrir... En passant, on le dit au début de notre mémoire, madame, que les objectifs de la loi, on est d'accord avec les objectifs de la loi de rapprocher. Les objectifs sont là, puis on n'a pas de problème avec les objectifs de la loi. Ce qu'on dit, c'est qu'on n'a pas besoin de ce projet de loi là pour le faire. D'ailleurs, lorsque vous nous parlez de votre établissement, à la page 7, au deuxième paragraphe, c'est une des propositions qu'on fait, que le gouvernement identifie les établissements où les ententes sont faites et qu'il y a eu réussite. Alors, j'imagine que la vôtre pourrait en être une, et on n'a pas besoin d'un projet de refaire toutes les structures pour être capable de faire ça actuellement dans le réseau de la santé.

Les CLSC, on n'a pas changé d'opinion à la FTQ, on pense toujours que les CLSC doivent être l'entrée pour les patients. Ce qu'on dit là-dedans, c'est que ce projet-là n'amène pas de sources aux CLSC pour la devenir, la porte d'entrée. J'écoutais hier M. Castonguay, qui les a créés, qui a créé les CLSC, qui nous disait que votre projet de loi n'était pas pour améliorer le sort des CLSC, bien au contraire. Le contraire, c'est qu'il pense la même chose que nous autres, c'est que les centres hospitaliers sont déjà à se débattre avec un manque de ressources financières et qu'ils ont déjà suffisamment de problèmes, et ils en ont beaucoup, de problèmes. Alors, ils vont avoir tendance à négliger les CLSC pour gérer leurs problèmes quotidiens, qui ne sont pas en prévention, mais c'est la guérison. Alors, là-dessus, je pense qu'il y en a plusieurs qui vous disent à peu près la même chose.

Alors, je vais demander à M. Boyer de compléter.

M. Boyer (Daniel): Bien, écoutez...

Le Président (M. Copeman): Très brièvement, M. Boyer, s'il vous plaît.

M. Boyer (Daniel): Oui. Confrère Roy m'a un peu enlevé les mots de la bouche, mais effectivement il y a des CLSC qui assument pleinement leur mandat, sauf que le réseau actuellement, le réseau de la santé et des services sociaux, n'a jamais permis aux CLSC de prendre leur envol tel que prévu. Donc, ils ne peuvent pas assumer pleinement leur mandat de services de première ligne, faute de ressources financières et de ressources humaines.

Deuxièmement — comme j'ai dit, M. Roy m'a enlevé les mots de la bouche — effectivement, on ne dit pas qu'il n'y a pas d'expériences heureuses dans le réseau de la santé. Il y a des établissements qui fonctionnent très bien, qui ont des expériences très riches. Ce n'est pas monnaie courante, mais il y a de belles expériences, et on devrait plutôt s'en inspirer que de rebrasser tout ce réseau-là avec un projet de loi qui ne va nous mener à rien.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais souhaiter la bienvenue, même s'il est déjà tard, au secrétaire général de la FTQ, M. Roy, M. Forget, M. Boyer, Mme Richard et M. Tessier. Le paradoxe de la soirée, c'est que la démonstration qu'a faite la députée de Pontiac, c'est justement la démonstration qu'il est possible d'implanter un tel regroupement, qu'elle nous a décrit dans ses modalités, dans le cadre de la loi actuelle. On n'a pas besoin du projet de loi n° 25, parce que ça fait déjà quelques années et ça a l'air de très bien fonctionner. Et pourquoi ça fonctionne bien? Parce que la loi actuelle contient des balises que le projet de loi n° 25 ne contient plus.

Quelles sont-elles, ces balises? Deux, essentiellement: respect des missions des établissements concernés, article 126.1, et respect du territoire de CLSC, pour ne pas s'écarter et respecter le sentiment d'appartenance de la population. Alors, quand la députée de Pontiac évidemment nous parle, avec raison, là, de son centre de santé, il faut toujours se rappeler que c'est Pontiac, donc un milieu rural ou semi-urbain, mais essentiellement, comme tous les autres centres de santé, à 90 %, qui s'adresse à des populations de petite taille, qui compte moins de 50 lits de courte durée. J'avais d'ailleurs les chiffres, je dois les avoir pas très loin d'ici, là, puisqu'il y a eu un sondage auprès des centres de santé qui révélait... Je pense que c'est 90 %... Je vais vous les donner, peut-être... Les centres de santé qui regroupent en région ressource... — c'est ça — comptent moins de 50 lits de courte durée.

Alors, c'est une réalité homogène, et la population a un sentiment d'appartenance, et ça a été bien décrit toute la journée, mais c'est aussi dans le cadre d'une loi qui permet la gestion par programmes. Ça, on n'a aucune garantie que, dans son centre de santé, ils vont pouvoir continuer à gérer avec une gestion par programmes, puisque le ministre de la Santé nous parle d'une seule enveloppe. Alors...

Ça m'amène à l'article 23, que nous a cité le député d'Arthabaska. Parce que le député d'Arthabaska, de bonne foi, nous cite les articles, notamment au paragraphe 1°, qui prévoient que ces nouveaux réseaux locaux de services de santé et services sociaux vont assurer à la population une large gamme de services, notamment en prévention, etc. Ce qu'il faut savoir, c'est que ça, ça a la valeur du papier sur lequel c'est écrit, parce que c'est les arbitrages qui comptent, et, quotidiennement, ça dépend qui va faire l'arbitrage. Alors, il y a le 1°, mais il y a le 2°, et le 2° dit «garantir [...] l'accès à des services spécialisés et surspécialisés». Et puis il y a tous les autres aussi.

Alors, qui va faire l'arbitrage entre les services de santé, les services sociaux, les services de prévention, les services d'évaluation et de diagnostic, de traitement, de réadaptation, les services spécialisés et surspécialisés? C'est là où la question est posée: Qui va faire l'arbitrage? C'est ça, l'inquiétude, elle vient du fait que, dans les arbitrages, c'est toujours le danger, que l'établissement le plus puissant soit le plus gagnant. Alors, je pense que c'est ça, leur démonstration, et la loi est ce qu'elle est, sauf qu'elle donne l'arbitrage à d'autres sans le respect des missions de chacun, pour finalement résumer la chose.

Vous dites dans votre mémoire à la page 3: «Non seulement cette réforme ne réglerait rien mais, qui plus est, elle entraînerait plus de problèmes, plus de bureaucratie, créerait l'effet contraire à l'objectif recherché en éloignant les services à la population.»

● (22 h 20) ●

Vous avez parlé des dépenses inutiles. Il y a eu d'autres mémoires — mais, étant donné que le délai est très court pour l'échange, alors... — qui en ont parlé, des dépenses inutiles que l'adoption de ce projet de loi pourrait entraîner. J'aimerais vous entendre là-dessus. C'est à la page 3, au deuxième paragraphe. Vous dites: «Nous déplorons la démarche du gouvernement de vouloir régler à toute vapeur une question aussi importante [...] d'autant plus que cette réforme, si elle était adoptée, entraînerait des dépenses inutiles.»

M. Roy (René): On n'a pas actuellement de données. Je vais demander à...

Une voix: ...

M. Roy (René): De données précises sur ce chapitre-là comme tel.

M. Forget (Raymond): Oui, je vais répondre à la question de Mme Harel avec plaisir.

Le Président (M. Copeman): M. Forget.

M. Forget Raymond: Naturellement, on voit que le profil et le projet de loi que nous avons devant nous vont engendrer, bien sûr, des dépenses inutiles que nous aurons à vivre comme citoyens, comme payeurs de taxes, où les solutions pour trouver... En ce qui a trait aux problématiques de ressources, aux problématiques d'une mission d'un centre d'établissement à un autre pour pouvoir justement se diriger aux besoins de la population, on voit encore une fois qu'il va y avoir des dépenses qui ne trouveront pas, dans ces coûts-là, des solutions pour les services de santé à la population.

Mais j'aimerais poser peut-être une question intéressante au ministre, si, dans ce projet-là... Il doit avoir sûrement quelqu'un qui va pouvoir y répondre, j'imagine.

Mme Harel: ...le ministre va-t-il pouvoir entendre votre question, s'il poursuit avec nous les travaux de la commission.

M. Forget (Raymond): J'espère qu'on n'est pas trop ennuyeux.

Le Président (M. Copeman): M. Forget, la parole est à vous.

M. Forget (Raymond): Oui.

Le Président (M. Copeman): La personne qui répond est déterminée par l'enveloppe de temps et la volonté de la commission.

M. Forget (Raymond): Oui. Alors, si M. le ministre est toujours intéressé à la fin de cette commission, j'aimerais lui demander: On a vécu dans les dernières années plusieurs fusions, hein, que nous avons vécues comme citoyens, citoyennes, payeurs de taxes, on peut prétendre que presque la moitié des établissements de santé ont vécu des fusions, comment peut-il aujourd'hui nous rassurer comme citoyens, rassurer son personnel sur l'autre moitié où l'intégration du système va se faire par une démarche très structurante? Comment voit-il ces solutions-là? Et c'est quoi, ses assises pour nous rassurer sur les conséquences de cette nouvelle structure du réseau de la santé?

Mme Harel: On consent.

Le Président (M. Copeman): Sur votre temps, madame...

Mme Harel: Oui, oui, mais il n'en reste plus, alors on lui en donne.

Le Président (M. Copeman): Oh non! il en reste du côté...

Mme Harel: Il en reste?

Le Président (M. Copeman): Du côté de l'opposition... Non, effectivement, du côté ministériel, il n'en reste plus, de temps. Si vous consentez, on va le prendre sur l'enveloppe du temps...

Mme Harel: La réponse m'intéresse, à la question.

Le Président (M. Copeman): Alors, allez-y, M. le ministre, sur le temps de l'opposition officielle.

M. Couillard: Alors, merci pour cette générosité.

Une voix: ...

M. Couillard: Oui, expérience que je n'ai pas connue, mais... Alors, ce que je dirais à monsieur pour répondre à votre question, encore une fois — je l'ai dit plusieurs fois aujourd'hui: C'est un projet qui s'appuie essentiellement sur un projet clinique de services à la population, autant en soins de santé qu'en services sociaux, et qui repose essentiellement sur le principe de la responsabilité de population, qui s'applique également et qui s'explique, qui se base sur les expériences vécues, vous avez entièrement raison. Et Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve également a raison lorsqu'elle souligne que les expériences qui ont cours partout dans

le Québec sont des milieux homogènes de plus petite taille, et c'est ça dont nous sommes extrêmement conscients.

Mais ce qui est apparent dans tous ces milieux — et il n'y a pas d'exception, s'il y a une exception, on voudrait la connaître — dans tous ces milieux, uniformément, les gens ont dit: Les services se sont améliorés en termes d'accessibilité, de continuité, de fluidité; jamais nous ne voudrions revenir en arrière, notre population a grandement bénéficié de ce changement-là. Et la question que je pose: Pourquoi ne pas laisser l'ensemble de la population du Québec également bénéficier des grands avantages que confère cette opération d'intégration de missions?

Évidemment, je conviens du fait que, dans la loi actuelle, il est possible de procéder à ces regroupements; la preuve, il y en a. Donc, ce serait bien malheureux ou malaisé de dire que ce n'est pas le cas. Mais, si on veut obtenir des résultats, combien d'années va-t-il falloir attendre pour que la majeure partie de la population du Québec, ceux dans lesquels ça s'applique — on parle surtout des régions rurales finalement, on va parler tantôt de la région urbaine — pendant combien d'années faudra-t-il attendre pour que ces gens aient le bénéfice de l'intégration des missions?

Dans tous les cas également où ces intégrations ont eu lieu... Et nous aurons, je crois, la possibilité de démontrer plus tard, avec des données très précises, le fait que dans pas un seul de ces cas la mission CLSC n'a été affaiblie. Pour la mission psychosociale, pour la mission prévention, pour la mission soins à domicile, pour la mission de jeunesse, dans tous les cas, ces missions ont été rehaussées, en termes d'efforts financiers et en termes d'augmentation des activités dans ce domaine-là. Parce que, comme le soulignait justement Mme la députée de Pontiac, les gens ont rapidement constaté que, s'ils voulaient améliorer l'impact sur la population des changements apportés, c'est là qu'il fallait investir: en amont et en aval du centre hospitalier. Et ce que elle a dit tantôt, c'est une constatation...

Une voix: ...

M. Couillard: Mais c'est un échange ou...

Mme Harel: Oui, mais, justement, l'échange, ça supposerait qu'elle puisse réagir.

Le Président (M. Copeman): Chers collègues, je ne pense pas qu'il faut en abuser.

M. Couillard: Est-ce que je peux continuer? Ou...

Mme Harel: Là, il nous reste combien de temps?

Le Président (M. Copeman): À peu près quatre minutes, Mme la députée.

Mme Harel: Bon, quatre minutes. Alors, comme on a nos invités, moi, j'aime beaucoup vous entendre, là, ils vous ont entendus, ils pourraient peut-être maintenant dialoguer avec vous.

M. Couillard: Mais je veux répondre à la question puis j'essaie de bâtir l'argumentation de façon logique, comme on m'a montré quand j'étais tout petit, et j'ai toujours procédé de cette façon-là. Mais là j'ai perdu le fil de mon idée, madame, à cause de votre intervention.

Alors donc, je vous expliquais les bénéfices qui ont été apportés. Oui, Mme la députée — et je veux en venir à la fin sur la question finalement du processus, là — elle a fait une remarque qui est excessivement importante et que, j'espère, tous les citoyens du Québec vont retenir, elle dit: On s'est rendu compte d'une chose, les gens du centre hospitalier, les gens du CLSC, c'est le même monde. Comme dirait ma fille adolescente: Allô! c'est les mêmes personnes qui sont là.

Alors, quand on entend parler des urgences engorgées puis du patient de CLSC puis du patient de CHSLD, c'est un peu comme si on parlait de trois populations distinctes qui vont dans trois réseaux parallèles avec des besoins spécifiques. C'est le même monde, ils ont besoin, eux autres, d'avoir une personne qui s'occupe d'eux puis qui les guide dans notre réseau. Et ça, je pense que c'est absolument capital. Pour ce qui est du processus...

Mme Harel: Merci, M. le ministre, là, merci bien. M. le Président, comme c'est sur le temps de l'opposition, on va reprendre...

Une voix: Vous nous l'avez donné.

Mme Harel: Bien, on ne vous l'avait pas donné au complet, là.

M. Couillard: ...repris.

Mme Harel: On ne vous l'avait pas donné au complet.

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Bon. Chers collègues...

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Chers collègues, ça a très bien été jusqu'à date...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Ça a très bien été jusqu'à date, je pense qu'il faut poursuivre dans le même ton. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, je vous invite de reprendre le dialogue avec nos invités.

Mme Harel: Non, mais ils pourront poursuivre, je leur laisserai le temps immédiatement, mais justement c'est ça, la différence, c'est que, dès qu'on arrive dans des milieux urbains, ce n'est plus le même monde. Ce n'est pas le même monde qui vont au même hôpital puis qui vont au même CLSC. Ils vont dans plusieurs hôpitaux, ils ont encore le choix. En plus de ça, à Québec, à Montréal, en Montérégie, c'est, en plus, des

hôpitaux, où ils vont se faire hospitaliser, qui sont exclus de la réforme du ministre. Alors, je vous laisse la finale.

M. Roy (René): Pour revenir aux questions des dépenses inutiles, ce n'est pas des dépenses inutiles qu'il y a actuellement. On parle des dépenses inutiles qui sont créées par une structure, par une autre structure, puis il faut faire vivre la structure. Alors, on ne pense pas que l'argent actuellement doit aller dans le fait de rebâtir une structure puis faire vivre une structure. Alors, c'est la dépense inutile qu'on identifie dans notre premier paragraphe. Si la loi n° 25 était adoptée, c'est ça qui, selon nous, deviendrait une dépense inutile.

M. Forget (Raymond): Nous pouvons rajouter, en conclusion, que la FTQ croit pertinemment qu'encore une fois dans les 15 dernières années un ministre essaie de trouver des solutions en bousculant encore une fois les structures du réseau de la santé et des services sociaux, les hommes et les femmes qui, au quotidien, hein, se dévouent pour pouvoir maintenir une qualité des services à la population. On ne leur demande pas longtemps leur avis, on leur impose des solutions qui n'ont pas fait que le respect entre le gouvernement... le législateur employeur aurait dû prendre en respect un dialogue plus respectueux de sa main-d'oeuvre.

Et on le voit dans les dernières journées, que l'insécurité, la peur, les éléments qui entourent l'insécurité du personnel qui oeuvre quotidiennement, c'est très inquiétant. Et le gouvernement a cette responsabilité, cette responsabilité de respecter sa main-d'oeuvre pour trouver des solutions en harmonie avec ceux qui oeuvrent pour tout simplement préserver cette qualité de services que nous avons dans notre réseau de santé et des services sociaux.

• (22 h 30) •

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, j'inviterais la Centrale des syndicats du Québec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, chers collègues, nous avons un dernier groupe pour ce soir. Alors, je souhaite la bienvenue aux représentants de la Centrale des syndicats du Québec. M. Parent, vous n'êtes pas à votre première comparution devant la commission des affaires sociales, et probablement pas à votre dernière non plus. Mais vous connaissez un peu les règles de fonctionnement: vous avez 15 minutes à faire votre présentation, et il y aura par la suite un échange de 15 minutes, de chaque côté de la table, avec les parlementaires. Vous avez une assez imposante et importante délégation. Je vous demanderais d'identifier les gens qui vous accompagnent et par la suite enchaîner avec votre présentation.

Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

M. Parent (Réjean): M. le Président, effectivement, c'est la deuxième comparution, et elle devrait être meilleure que la première. Et, à ma droite, René Beauséjour, président de la Fédération des syndicats

professionnels de santé et services sociaux; Pierre Boily, Fédération du personnel de santé et services sociaux, président de cette fédé; Gabriel Danis, employé-conseil à la Centrale; à ma gauche, je dirais, la responsable politique du dossier centrale à centrale, Louise Chabot, première vice-présidente, qui fera l'essentiel de la présentation; Hélène Le Brun, qui est employée-conseil à la Centrale et affectée au dossier santé; et Nicole Boudreau, qui est présidente de l'UQII, l'Union québécoise des infirmières et infirmiers.

Vous dire, d'entrée de jeu, M. le Président, que la présentation du mémoire se fait dans un contexte où, je dirais, avec une lecture qui se situe dans un environnement d'un menu législatif... Et on va ménager les mots. Ça a l'air que le premier ministre souhaite qu'on ait un vocabulaire adapté. Alors, à ce moment-ci, au lieu de démolition, je parlerai d'un environnement qui nous présente le gouvernement plutôt comme un cessionnaire d'État, donc qui est en train de céder à l'entreprise privée une grande partie des missions, je dirais, qui, historiquement, lui revenaient. Donc, dans ce sens-là, le projet de loi n° 25, la lecture qu'on en fait est fortement teintée de cet environnement législatif: projet de loi n° 7, projet de loi n° 30, projet de loi n° 31, projet de loi n° 34. Donc, il va y avoir ça comme toile de fond.

Deuxième aspect, c'est sûr qu'un projet de loi comme celui-là, avec fort probablement de bonnes intentions de la part du ministre, tellement de bonnes intentions qu'on pense que des mécanismes de consultation qui sont mis en place ne lui rendront pas justice, on pense qu'il n'y a pas urgence en la demeure pour procéder à une adoption quasi en catimini, dans un contexte fort difficile. Alors que, écoutant le ministre plaider toutes ses bonnes intentions, quand on a de si belles choses à proposer à la population, on peut prendre le temps de les expliquer correctement. Et, dans ce sens-là, on ose espérer que notre présence en commission parlementaire n'est pas une accrédition du processus consultatif et on ose espérer que, je dirais, le Québec aura le temps de se pencher sur des structures ou une restructuration du système de santé. Et je vais laisser la parole à Mme Chabot pour vous présenter l'essentiel de notre mémoire et nos recommandations.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme Chabot.

Mme Chabot (Louise): Bonsoir. Je vous demanderais d'attendre 45 minutes avant de se dire «bonne nuit». Donc, ça nous fait plaisir quand même de participer à cette invitation. Vous avez reçu le mémoire, je pense, aujourd'hui. Je vous invite à le lire. Je pense que vous allez retrouver là la réflexion que la Centrale a sur notre système de santé et des services sociaux au Québec, un système qui nous tient à coeur, un système public et de qualité. Et c'est dans cet esprit-là qu'on a analysé le projet de loi, aussi dans l'esprit que le gouvernement du Québec actuel a placé la santé et les services sociaux comme première priorité de son programme politique. Ça fait que, pour une première priorité, une des premières mesures qu'on nous propose, c'est une réforme de structures, une réforme de structures qui, il faut se le dire, arrive après des réformes

successives dont la population et le personnel ne sont pas encore remis.

Je pense qu'au Québec, et de tous les acteurs, il y a un consensus sur les problèmes qu'on rencontre dans le réseau, et on pourrait en citer plusieurs: listes d'attente, avoir un meilleur accès aux soins et services à domicile, avoir un meilleur accès à des places d'hébergement de qualité, sous-financement chronique du réseau, pénurie du personnel. Mais on doute sérieusement que le traitement qui est abordé pour répondre à ces problèmes-là, par une réforme essentiellement des structures, va répondre à ces besoins-là. On doute aussi beaucoup des finalités du projet de loi, qui sont devant nous. D'y aller par une approche étagée comme ça, quand on ne connaît pas les finalités ultérieures ni ce qu'il en sera en 2006, je pense que ça témoigne que le projet de réforme est loin d'être clair et transparent.

Sans faire un long historique, on sait que, depuis l'adoption de la loi en santé et services sociaux au Québec, en 1971... Je pense qu'on avait témoigné là, dans les réformes qui se sont suivies, d'un réseau de santé qui était à trois paliers. Donc, pour nous, ce réseau de santé là, à trois paliers, demeure important. On a vu l'évolution du système aussi dans notre réseau de santé et des services sociaux, basée sur une participation démocratique, une décentralisation. Et on voit, avec le projet de loi n° 25 qui est devant nous, une érosion assez importante de la participation démocratique.

On se questionne beaucoup aussi quand on regarde la gouvernance régionale qu'on nous propose. On nous propose de modifier les régies régionales pour les changer par des agences de développement, et ce, dans le but de faire les réseaux locaux intégrés. Pourquoi cette précipitation? Ce sera le même territoire des régies régionales, le même siège social. On dit même que le personnel sera transféré. D'ailleurs, là, le projet de loi aurait dû être plus clair: Quel personnel et comment? Mais cela dit, ça sert quel but, de faire ce geste-là maintenant? Les régies régionales actuelles auraient très bien pu se voir confier cette mission-là. Je pense que, en adoptant ça, c'est là que ça nous laisse douter que ce projet de loi là ou cette création-là des nouvelles agences, c'est loin d'être mineur et c'est loin d'être inoffensif. Et, dans ce sens-là, je pense que la mesure qu'on nous propose tout de suite est inadmissible.

Au niveau des réseaux locaux intégrés de services, qui font largement l'objet du projet de loi, effectivement, le ministre, on entend que c'est un moyen qu'il veut donner pour une meilleure prise en charge, un moyen pour une cohésion puis une cohérence et plus de souplesse dans le fonctionnement du réseau. Mais la démonstration est loin d'être faite qu'en procédant à une fusion d'établissements, de trois missions, CH, CLSC et CHSLD, pour créer des réseaux locaux intégrés de services...

• (22 h 40) •

Le ministre généralise le modèle des centres de santé au Québec, qui, effectivement, ont des réussites, mais je pense qu'il faut se rappeler le contexte dans lequel se sont faits ces centres de santé là. Il faut se rappeler de la réforme de 1997: réforme virage ambulatoire, fermetures d'hôpitaux, fermetures de lits. Lesdits centres de santé tels qu'ils existent actuellement

sont basés sur un modèle où on a des hôpitaux de 50 lits et moins, sur un territoire donné, qui tourne autour du CLSC actuel, avec une localité généralement à faible densité et un budget qui est de nature moyenne. Et, sur la base de la réussite de ces modèles-là, on veut généraliser, partout au Québec, ces réseaux intégrés locaux. Je pense que c'est un raccourci stratégique, qui nous paraît assez inacceptable.

D'ailleurs, c'est intéressant d'entendre M. Morand, qui est directeur du Centre de santé d'Asbestos — qui est un centre de santé connu, je crois — dans une entrevue à l'émission *Sans frontières*, à Radio-Canada, qui disait lui-même qu'effectivement il ne reviendrait pas en arrière, parce que, sans cela, ça n'aurait pas permis de couper des budgets, de couper des lits de soins de courte durée et de couper des lits de soins de longue durée. Toutefois, il fait exactement le même diagnostic que nous: ça s'est fait dans un contexte particulier, et élargir ça à une plus large échelle, avec des bassins de population qui sont plus grands, avec des budgets qui sont beaucoup plus gros, là on se rapproche beaucoup plus des complexes de santé qu'on retrouve en Alberta. Puis je pense que notre modèle de santé ici, qu'on a au Québec, on ose croire que ce qui nous est proposé, ce n'est pas une copie conforme du modèle à la Ralph Klein, qu'on a vu s'installer en Alberta depuis deux ans.

Donc, on pense qu'au Québec on est d'accord avec l'objectif d'intégrer aux services. Il y a des réussites dans ce sens-là qui n'ont pas été précédées par des fusions d'établissements, qu'on pense au SIPA, services intégrés pour les personnes âgées, du professeur Béland de l'Université de Montréal, qu'on pense à tous les exemples de partenariat CLSC-CHSLD pour les services aux personnes en perte d'autonomie, qu'on pense aux services intégrés à la jeunesse. Et la base de réussite de ces expériences-là, et je tiens à le dire, repose sur des personnes, sur du personnel qui ont un mandat spécifique de concerter les partenaires, qu'on pense à des agents de liaison, qu'on pense à des intervenants pivots, qu'on pense effectivement à du personnel qu'on a intégré dans les CLSC, des intervenants en psychosocial, pour faire le lien avec le centre jeunesse et les réseaux communautaires. Donc, on pense que, oui, c'est possible et ça se fait actuellement sans procéder à des fusions d'établissements, donc à une nouvelle réforme seulement des structures, qui ne répond pas aux besoins.

Je pense qu'il y a un danger en la demeure de procéder de la façon... Puis c'est assez étonnant de voir qu'on nous propose ici des fusions forcées d'établissements. Je pense qu'il y a un retour en arrière très important et il y a un risque qu'on revienne à un système de santé qui est basé plus, basé beaucoup plus sur le modèle médical ou le modèle hospitalier. Car, pour nous, avec les fusions qui sont proposées, les activités tant en amont, en aval que du centre hospitalier vont être justement utilisées pour servir les besoins des centres hospitaliers.

On ne dit pas, par le projet de loi, que ça va créer ou générer des activités hospitalières plus nombreuses, mais, avec le projet de loi, on dit qu'on va essentiellement, par ces nouveaux établissements là intégrés, venir perdre de vue... Ne serait-ce que par

l'arbitrage que ça va commander avec un même budget, il y a une perte de vue des missions essentielles qui sont confiées aux CLSC: préventif, psychosocial, communautaire, qui est un fleuron au Québec dans notre réseau de santé québécois. Et on pense que c'est une erreur que de procéder par des fusions obligées et ainsi venir réduire de beaucoup la portée de ces missions-là, surtout quand on regarde dans quel contexte on le fait, de déficits récurrents des centres hospitaliers, de rationalisation des ressources, de développement des partenariats privé-public. Je pense qu'il y a un risque qu'il y a des pans de missions qui risquent d'être réduits et qu'on confie à la sous-traitance ou en ententes avec le communautaire ou l'économie sociale.

Je pense qu'il faut aussi souligner, dans ce projet de loi là, où le réseau de première ligne devrait être important pour intégrer les services, qu'il n'y a aucun arrimage qui est prévu avec les services médicaux. Pourtant, ça aussi, ça fait partie des problèmes des services médicaux continus. Il n'y a rien qui vient officialiser qu'il devrait y avoir des arrimages plus serrés. Pourtant, il y avait un modèle, qui n'était pas parfait, les groupes de médecine familiale, qui était beaucoup plus engageant que des ententes comme ça avec les cabinets privés de médecins.

Il y a un impact sur le personnel qui est très important. Le personnel, je le disais au départ, dévoué, n'a jamais été consulté sur ces finalités-là. Il n'a pas fait partie du processus, et, pourtant, la modernisation proposée voulait se faire dans le respect de ceux qui y travaillent. Bien, pour nous, ça ne respecte pas du tout leurs conditions de travail, ça ne respecte pas non plus les intérêts qu'ils défendent dans le milieu, et c'est loin d'être mobilisateur. Surtout si on met ce projet de loi là en lien avec le projet de loi n° 30, je pense que ça crée un stress dans un contexte de surcharge de travail. C'est notre personnel qui tient à bout de bras le réseau depuis longtemps, et je ne pense pas qu'une réforme de structures va venir mobiliser les personnes. Je pense que ça va créer de l'insécurité encore plus grande, et ça risque d'être drôlement explosif.

On pense aussi et on est certains qu'il y aura une perte de participation citoyenne par ce projet de loi là. D'autres l'ont évoqué avant nous. Je pense que la population, dans les conseils d'administration des CLSC et des centres d'hébergement de soins de longue durée particulièrement, il y a une participation active parce qu'ils se sentent concernés par des besoins, par des services qui sont près de leur terrain, près du milieu. Et, quand on va arriver dans un établissement fusionné, unifié, où ça va être des préoccupations beaucoup plus administratives, je pense qu'il y aura une perte d'intérêt. Puis, au niveau régional aussi, là, on n'a rien de connu dans le projet de loi qui nous est adopté. Quels seront les mécanismes de participation de citoyens, tant au local qu'au régional, à terme? On nous propose une étape dont on ne connaît pas l'issue et on nous demande de faire un acte de foi ou de vous donner un chèque en blanc. C'est à ça qu'on dit non.

En conclusion, je voulais vous présenter nos recommandations. On conclut que le projet de loi n° 25 va entraîner le Québec sur une voie de réforme de structures qui ne répond pas du tout aux besoins et on pense plutôt que c'est la voie du réinvestissement qui

doit être engagée. On demande donc le retrait du projet de loi n° 25 et on recommande plutôt que le gouvernement ainsi que le ministre de la Santé et des Services sociaux élaborent, en concertation avec tous les acteurs du réseau et le personnel bien sûr, des modèles de services intégrés qui répondent aux paramètres suivants: qui respectent la structure d'une gouverne régionale, qui conservent une double fonction, administrative et de programmation.

Parce que, là aussi, on a vu que, dans le futur — et là ce n'est pas dans le projet de loi, c'est dans les déclarations du ministre lors des rencontres des directions régionales — la fonction programmation ne serait plus de responsabilité régionale mais locale, risquant de créer des grandes inégalités dans l'équité des services et l'accessibilité des services en région. Donc, pour nous, c'est essentiel que la gouverne régionale maintienne son volet de programmation. Et les réseaux et les établissements au niveau local pourront effectivement décider des priorités mais à partir de balises décidées nationalement et au niveau régional.

On demande aussi que la participation citoyenne soit présente, que les acteurs du réseau régional soient élus démocratiquement et imputables à la population du territoire; des paramètres qui respectent aussi l'identité et la mission légale des établissements qui font partie du réseau local de services intégrés de même que leurs structures de participation démocratique; de comprendre une entente obligatoire et légale avec les ressources médicales du territoire pour que la prestation continue de services médicaux, tant en cabinet privé qu'en milieu institutionnel, se réalise; et de miser, comme on le disait, encore plus sur l'utilisation de ressources humaines, du personnel supplémentaire dûment mandaté, intervenants pivots, agents de liaison, coordonnateurs, pour concerter les partenaires et coordonner les plans de services.

Et on demande qu'à partir de ces paramètres-là il y ait de larges consultations, tant locales, régionales que nationales. Et on recommande également que le gouvernement du Québec alloue les investissements financiers nécessaires à la consolidation et au développement des services médicaux et sociaux publics courants, des services publics de soins et de soutien à domicile, et des services publics d'hébergement et de soins de longue durée de qualité, et, j'ajouterais, des services à la jeunesse, qui sont aussi très importants.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme Chabot. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

• (22 h 50) •

M. Couillard: Merci, Mme Chabot, malgré l'heure tardive, d'avoir présenté votre mémoire avec autant d'éloquence et de clarté. J'aimerais discuter rapidement certains aspects avec vous.

Effectivement, le réseau de santé a été soumis à dure épreuve au cours des dernières années, et je peux en témoigner, ayant été moi-même impliqué dans ce réseau-là jusqu'à il y a quelques mois. On a connu les effets des coupures budgétaires, des compressions, des départs à la retraite. Tout ça a eu des effets presque indélébiles sur notre réseau, puis on en vit encore les conséquences aujourd'hui.

On convient tous qu'une partie de la solution est dans le réinvestissement et on a d'ailleurs commencé cette année à réinvestir. Je pense que vous allez être d'accord avec le fait qu'un réinvestissement de 1,3 milliard de dollars cette année, une augmentation de l'enveloppe de plus de 7 % est assez significative sur un plan historique, au Québec, en santé et services sociaux.

On est également convaincus que le simple fait de réinvestir — et on va continuer à réinvestir, entendons-nous bien — dans des modes d'organisation actuels risque d'apporter certains résultats, mais pas tous les bénéfices auxquels les citoyens, la population est en droit de s'attendre. Et, s'il y a un signal qui est, à mon avis, indubitable lors de l'élection du 14 avril, c'est que la population était devenue extrêmement insatisfaite de son système de santé et de services sociaux, non pas pour la qualité des services, et ça, grâce aux gens qui sont dans le réseau, comme vous le dites, à tous les niveaux. Les gens sont satisfaits de la qualité du service... Ils sont extrêmement déçus et insatisfaits de l'accessibilité aux services qu'ils vivent par des situations de soins fragmentés, désorganisés, des listes d'attente, des urgences engorgées, qui ne sont que les symptômes de ce plus vaste problème.

Et ce projet s'inscrit avant tout dans une logique de services et d'organisation de services et de services centrés sur la population et leurs besoins à laquelle la structure s'adapte, et non pas le contraire. Et je pense que, là, c'est un point excessivement important, qu'il s'agit d'abord de développer ou de définir les besoins d'une population, de confier à une instance locale la responsabilité globale de cette population. Ce qui nécessite logiquement, et de nombreux analystes du réseau le disent depuis des années, que cette instance locale soit dotée d'une unité administrative de façon à gérer les enveloppes budgétaires au niveau de ce réseau local.

Nous désirons conserver un système à trois paliers de gestion, effectivement, avec un niveau régional. Là également, beaucoup de gens ont constaté, au cours des dernières années, que, malheureusement, le potentiel de la régionalisation qui a donné lieu à la formation des régions régionales de la santé et des services sociaux n'avait pas été pleinement atteint, parce qu'on a fait souvent des régions régionales les intermédiaires, un peu, je dirais... j'allais dire «stériles», mais c'est trop dur comme terme, mais les intermédiaires un peu dysfonctionnels entre le niveau ministériel et le niveau local, où beaucoup de ces activités de programmation dont vous parlez, des programmations surtout d'activités de soins de proximité, dans le principe de la subsidiarité ou de rapprocher l'organisation des services de l'endroit où ils sont donnés, auraient tout avantage à être données le plus près possible de la population qui doit être desservie.

Alors, on va aller encore une fois sur ce principe de responsabilité populationnelle, parce que je n'ai pas encore rencontré aujourd'hui personne qui s'objecte à ce principe de confier à quelqu'un ou à une organisation la responsabilité globale d'une population en termes de soins de santé et de proximité de services sociaux. Donc, à partir du moment où on accepte, où on entérine ce principe de responsabilité populationnelle, comment est-ce qu'on lui fait prendre vie? Comment est-ce qu'on

le concrétise, ce principe-là? À moins qu'on n'y croit pas, et ça, vous pouvez très bien prendre cette direction-là. Mais, si on croit au principe de responsabilité de population, comment est-ce que, dans les faits, dans la vraie vie de tous les jours, on en fait une réalité?

Le Président (M. Copeman): Mme Chabot.

Mme Chabot (Louise): Bien, ma réponse serait à l'effet que, dans les faits et dans la vie de tous les jours, c'est une réalité. Je pense que, dans notre réseau de la santé et des services sociaux, quelle que soit la mission, la responsabilité populationnelle, tout le monde y travaille. Et, particulièrement, si on le regarde sur une base territoriale, je dirais, je pense que le territoire des CLSC tel qu'on le connaît actuellement répond à cette responsabilité-là, de proximité avec la population.

Et c'est justement là qu'on se pose la question: Pourquoi revenir à un modèle où ça, on met ça de côté pour complètement refaire d'autres structures, sur des territoires sociosanitaires qu'on ne connaît pas encore, hein, qui vont nous être divulgués, puis on va changer la loi en 2006? On pense qu'on y répond déjà et qu'on le fait très bien et que, s'il y a un effort à faire et comment on peut y répondre encore mieux, c'est en renforçant le rôle de première ligne dans ces volets, tant santé physique que psychosocial, qui est la mission des CLSC. Je pense que c'est là qu'il faut agir de façon importante.

Puis c'est justement là qu'on ne comprend pas. Pourquoi ce qui existe puis ce qu'on met en marche, ce qu'on renforce, pourquoi qu'on ne continue pas, puis on efface tout ça, puis on rebrasse des structures, puis on fait d'autres choses? Nous, on pense que rebrasser des structures, là, c'est pour cacher des problèmes de fond fondamentaux qui existent puis que, durant le temps qu'on rebrasse des structures pendant encore deux ans, on ne s'attaquera pas aux vrais problèmes de fond. La population, ce qu'elle a besoin...

Elle est prise en charge, la population. Il ne faudra pas laisser croire à la population qu'ils ne sont pas pris en charge. Quand une personne arrive dans le réseau, qu'elle a besoin de soins, il y a très vite des intervenants qui vont la diriger au bon endroit. Souvent, le problème, c'est quand tu arrives pour la première fois. Bon. Là, c'est la porte d'entrée qui n'est pas évidente. Je pense qu'il y a encore beaucoup à faire, vous l'avez dit, il y a de l'investissement, il y a une pénurie de personnel. Mais je pense que la responsabilité populationnelle, on s'en acquitte. Il y a un territoire avec le réseau des CLSC, puis, nous, notre ligne, c'est de renforcer ça puis de renforcer les autres mécanismes qui permettent les partenariats.

M. Couillard: Bien, effectivement, les territoires de CLSC sont probablement une bonne base de départ. Puis, d'ailleurs, c'est pour ça qu'on laisse les régions entièrement libres de décider de leur mode d'organisation. Et il est possible que, dans beaucoup de régions, on décide d'adopter le territoire de CLSC comme préférence ou de s'en approcher le plus possible. Ça, je n'ai pas vraiment de craintes là-dessus et je fais énormément confiance aux gens des régions, moi, pour savoir comment s'organiser. Ils savent de quoi ils ont

besoin, les gens dans les régions. Ils savent comment s'organiser pour que les services soient meilleurs.

Vous parlez que les gens sont pris en charge. Moi, je ne pense pas qu'ils sont pris en charge aussi bien qu'ils devraient l'être; bien par chaque personne qui s'en occupe, oui, mais pas en termes de continuité puis de fluidité. Puis je vais vous donner une expérience que, moi-même, j'ai vécue dans ma famille: une personne âgée qui était à domicile, puis qui avait besoin de soins à domicile, puis que les besoins augmentent progressivement. Puis là, oups! il y a une complication, il faut se ramasser à l'urgence, puis là on est hospitalisé pour une complication. Puis on sort de l'hôpital puis on revient à domicile avec des soins à domicile qu'il faut modifier, qu'il faut accentuer, qu'il faut moduler avec le temps. On retourne à l'hôpital une deuxième fois, on revient à domicile puis, finalement, on finit dans un milieu d'hébergement parce que, là, la perte d'autonomie s'est manifestée.

Puis ça, dans la réalité d'aujourd'hui, là, 2003, là, sauf les endroits où l'intégration a été réussie, c'est la famille de cette personne-là qui est obligée de cogner à toutes les portes, une après l'autre. On cogne à la porte de l'hôpital, puis ensuite on cogne à la porte du CLSC, ensuite on cogne à la porte du milieu d'hébergement, puis ensuite on essaie de trouver quelqu'un pour nous aider à la maison pour faire le ménage puis faire les commissions. Et, chaque fois, on raconte notre histoire une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, et c'est toujours des personnes différentes qui s'occupent de nous ou des équipes différentes qui s'occupent de nous.

Et, moi, je suis allé voir partout au Québec, je suis allé visiter des endroits où justement... Et les gens qui font ça, en passant, les travailleurs et les travailleuses qui font ça sont fiers de le montrer, ce qu'ils font, où c'est les mêmes équipes qui prennent en charge la personne à partir du domicile, lors de son passage à la salle d'urgence, lors de son retour au domicile puis lors de son passage finalement en milieu d'hébergement. Et c'est ça que la population veut avoir et c'est ça qu'elle aura. Et on va laisser les régions effectivement décider de la façon dont ils veulent concrétiser cet objectif-là. Mais c'est clairement de ça qu'on a besoin au Québec actuellement. Pas parce qu'on fait mal les choses, je ne dis pas qu'on fait mal les choses, mais on n'est pas encore tous centrés autour d'une personne, qui est la même personne qu'on voit du CLSC à l'hôpital ou à l'hébergement.

Ce que je trouve extrêmement dysfonctionnel dans certains discours, c'est toujours cette logique d'établissements et de clientèles différentes, comme s'il y avait la logique du CLSC, la logique de l'hôpital, la logique du CHSLD. Ce n'est pas des logiques différentes, c'est les mêmes personnes. Et il faut abattre ces murs-là, ce qui nécessite effectivement de préserver et de rehausser ces missions de proximité et de prévention psychosociale, etc. Et les expériences vécues de regroupement montrent, encore une fois — et on aura bientôt les données, en passant, pour le montrer de façon très factuelle — que, dans tous les cas où les regroupements ont été faits, les missions fondamentales des CLSC non seulement n'en ont pas souffert, mais, dans les faits réels, ont été rehaussées en termes de quantité et de continuité.

Alors, ce qu'on dit, c'est que voilà venu le temps d'offrir à la population, en même temps qu'un réinvestissement... Et j'espère que l'effort de réinvestissement de cette année a été noté, parce que, sur le terrain, je crois que, après les années de disette épouvantable qu'on a connues, on a commencé à sentir un peu l'oxygène. Puis il faut continuer l'effort, on est encore loin du résultat. En même temps qu'on réinvestit et parce qu'on réinvestit, on a la responsabilité vis-à-vis de la population d'utiliser ces fonds publics là que les gens nous confient, nous prêtent en fait, pour leur donner des soins de santé. On a la responsabilité d'améliorer la continuité des services.

Bien sûr, moi, je veux bien m'asseoir dans mon bureau puis attendre la bonne volonté des gens, puis peut-être que, dans 15 ans, on va avoir des soins intégrés un peu partout au Québec, mais je ne pense pas que la population du Québec veut attendre 15 ans pour que ça se produise, cette chose-là. Alors, ce qu'on fait, là, c'est qu'on leur donne un cadre, on leur donne des balises et on leur donne un mode d'emploi, et à eux de l'organiser et de l'utiliser dans chaque région, et particulièrement dans la région urbaine de Montréal et de Québec. Mais, surtout à Montréal, on va être excessivement, je dirais, libéral, sans faire de jeu de mots, pour juger des modèles proposés et les appliquer, parce qu'on est bien conscients de la particularité de la région montréalaise en termes de mobilité de population et de réalités culturelles. Alors, vous voyez.

Et, écoutez, mutuellement, on ne doute pas de nos bonnes intentions. Je pense qu'au moins on peut dire ça ce soir, là. Je pense que tous les deux on partage, je dirais, le désir profond d'améliorer le système de santé. Puis là, de toute évidence, on ne s'entend pas sur les moyens. Et, moi, je reste convaincu que... Si on donne à une organisation la responsabilité d'une population, qu'on leur confie des moyens de faire, j'ai confiance que les Québécois et les Québécoises sont capables d'améliorer leur système de santé. Et je crois que c'est maintenir la population dans un état d'illusion de penser qu'on peut continuer à fragmenter les services comme on le fait actuellement et, malgré l'investissement qu'on fera, ne pas avoir les résultats auxquels on doit s'attendre.

• (23 heures) •

Et je termine en répétant, encore une fois, que tous les modèles dans les régions seront acceptés et que nous serons extrêmement, encore une fois, libéraux quant à leur appréciation et leur évolution.

Vous avez parlé de la participation citoyenne. C'est un point très important puis on pourra échanger là-dessus. Évidemment qu'il s'agit d'une phase transitoire, et, lors de la phase suivante, on va pouvoir statuer définitivement sur les compositions des conseils d'administration. Parce que ceux qui vont émerger dans la phase transitoire sont, par définition, transitoires, et on va s'engager dans la deuxième phase, qui va nous amener à définir cette composition-là. Et, moi, j'ai la nette impression que, s'il y a un endroit où la participation citoyenne, même élective, doit être préservée, c'est au niveau local, au niveau de l'instance locale qui a charge de la population. Et on a l'intention de non seulement rétablir, mais relever cette participation démocratique au niveau des instances locales.

Et comment vous voyez ou comment vous verriez la composition de ces conseils d'administration là, en termes de répartition entre les postes électifs et les postes, disons, nominatifs, là, dans une telle organisation?

Le Président (M. Copeman): Mme Chabot.

Mme Chabot (Louise): Oui. Vous avez dit plusieurs choses. J'aimerais dire d'abord que, pour le personnel de la CSQ qui travaille dans le réseau de la santé et des services sociaux, vous n'avez pas à nous convaincre que notre système doit être axé sur une approche globale et systémique des problèmes. Donc, de prendre une personne de la population, une citoyenne qui a besoin de soins ou de services, puis le découper en petits morceaux, selon le problème qu'il a, ça ne fait pas partie de notre approche. Et d'ailleurs, on a développé beaucoup de modèles qui misent justement sur le personnel, sur les approches multidisciplinaires, sur les approches multicatégorielles, justement pour ne pas avoir cette vision-là étroite.

Et je pense que, s'il y a un des problèmes très importants puis que votre projet de loi ne règle pas — puis on le disait dans notre présentation — c'est: pour que la personne n'ait pas à se courir comme ça si ça arrive, bien, je pense que la prise en charge de cette personne-là, d'un médecin traitant, hein, donc d'une réponse... L'arrimage du réseau des médecins en service continu, dans votre projet de loi, là, il n'y a aucune réponse là-dessus, il n'y a aucune réponse. Puis la seule réponse qu'on nous donne, c'est: Intégrons, fusionnons trois types d'établissements de missions différentes en un tout, et ça, ça va régler les problèmes d'intégration. En tout cas, la preuve reste totalement à faire.

Et ce qui est dangereux, c'est justement l'approche intégrée que vous voulez défendre — puis je ne pense pas qu'on ait tout à fait le même point de vue — par le projet de loi, c'est que la population, au moment où elle va le vivre, le personnel, au moment où il va le vivre, ils ne sauront pas dans quel but ils vont faire tout ça dans deux ans. Parce qu'on pense qu'on ne pourra pas reculer, qu'on ne pourra pas revenir en arrière, puis je pense que le modèle est bien arrêté. Peut-être que la marge est très exceptionnellement... Comme vous l'avez dit, vous accepterez d'autres façons de faire. Mais je pense que le modèle et la recette, comme vous l'avez dit tout à l'heure, est dans le projet de loi: fusion sur la base d'un CH-CLSC-CHSLD. Ça fait que je pense qu'on est loin...

Puis c'est ça, qui est dangereux, c'est qu'à partir du moment où on réforme le réseau de façon majeure, comme on veut le faire, c'est qu'on y aille par étapes puis qu'on nous fasse avaler un petit peu de la médecine qui ne servira peut-être pas tout à fait la population. Très, très, très inquiets de ça. C'est pour ça qu'on vous demande de le retirer, que le projet, le plan de match global nous soit présenté, puis on présentera à la population, tant au local, au régional que national, ces recommandations-là.

Sur l'aspect programmation, on ne dit pas ici que ce n'est pas important que les établissements du réseau puissent établir leurs propres priorités. Mais ce qu'on dit: qu'il y a une approche dangereuse d'enlever la

programmation au niveau régional, ce dont les régies se sont acquittées jusqu'à maintenant, qui n'était pas juste de l'arbitrage de conflits, là. Donc, un plan d'action régional à partir des besoins où chaque établissement, dans sa mission, a la responsabilité d'assurer l'accessibilité à ces plans-là, qui sont décidés.

Et, quant à la participation citoyenne, moi, je pense qu'il faut faire renaître, tant au niveau local qu'au niveau régional, des élus au niveau des conseils d'administration et maintenir des conseils d'administration distincts selon la mission des établissements. C'est très précieux. Voilà.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme Chabot. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. D'abord, je voudrais vous saluer, M. Parent, Mme Chabot, les personnes qui vous accompagnent, Mme Le Brun, M. Danis, Mme Boudreau, M. Beauséjour et M. Boily, et vous dire que mes collègues et moi considérons que votre mémoire est de très haute qualité.

En écoutant l'échange que vous avez eu avec le ministre, je me rendais compte de deux lacunes, là, dans l'approche du ministre. La première, c'est la généralisation, c'est-à-dire appliquer un modèle de centre de santé qui a donné de bons résultats en milieu rural et semi-urbain, et puis, ensuite, le généraliser. Premier problème: la généralisation.

Mais l'autre problème, aussi, c'est la théorisation. Parce qu'il y a un intervenant, le Dr Soulières, qui est venu devant la commission aujourd'hui, qui nous a dit: Écoutez, il y a trois hôpitaux à Montréal qui sont fusionnés: Notre-Dame, Saint-Luc, l'Hôtel-Dieu; bien, les fusions, là, ça n'a pas changé grand-chose dans notre capacité de faire de la coordination puis des ententes, parce que ce qu'il nous faudrait, c'est du personnel. Alors, dans l'exemple que le ministre a donné, ce qu'il faudrait, c'est ce qu'on appelle l'intervenant pivot ou l'équivalent de ce que d'autres appellent le coordonnateur? Et en quoi les structures vont permettre ça? C'est ça, la vraie question, là. Parce qu'on est tous à la recherche de la manière dont la continuité des soins pourrait être favorisée, mais est-ce que c'est la solution, la fusion d'établissements imposée?

Parce que le ministre a beau dire, et à plusieurs reprises: Ce n'est pas... chaque région qui va établir son propre modèle. Écoutez, là, moi, si j'ai lu le projet de loi, là, c'est le gouvernement qui va décider, à l'article 29. Alors donc, la décision du ministre d'accepter une proposition d'une agence — ou de la refuser, évidemment — elle doit être approuvée, avec ou sans modification, par le gouvernement. Ça fait que ne faisons pas semblant que c'est chaque région qui établit son propre modèle. C'est le gouvernement qui l'adopte. Et, si le ministre n'est pas content des modèles qui lui sont proposés, il peut même mettre en tutelle l'agence. Alors, tu sais, à un moment donné, là, il faut assumer, aussi, là, ce qu'on propose dans un projet de loi. Il y a ses désirs puis il y a la réalité. Bien, le projet de loi, ce serait la réalité.

Alors, toutes ces premières, disons, questions qui portent aussi sur les agences... Vous en avez parlé, on en a peu parlé toute la journée et ce soir en

particulier. Mais tous ont dit: Le seul changement, c'est un changement de nom. Alors que, vous, vous dites: Oh, un instant! c'est un changement beaucoup, beaucoup plus important. Et le fait est qu'à la lecture, encore une fois, du projet de loi on se rend compte que, notamment aux articles 26, le ministre, il se donne la discrétion de changer les pouvoirs, les fonctions et les devoirs s'il juge que c'est approprié. Vous savez, ce n'est pas rien, là, ce n'est pas rien, dans une loi, se donner des pouvoirs de décider que les agences régionales, qui remplacent les régies régionales, «si le ministre estime qu'il est inapproprié pour l'agence d'exercer l'un ou l'autre de ces pouvoirs, fonctions et devoirs», il peut les retirer. C'est un gros, gros, gros changement, par rapport à ce qui existe présentement. Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus.

Le Président (M. Copeman): M. Parent.

M. Parent (Réjean): D'abord, à commencer par la généralisation, effectivement, c'est une espèce d'approche qui a l'air éclatée mais qui donne le même modèle, avec une certaine théorisation, effectivement, une espèce de pensée magique. Dans ce sens-là, on comprend mal la précipitation du ministre. Si effectivement il disait tantôt qu'on s'entendait sur les bonnes intentions de part et d'autre, quand les intentions sont pures ou sont bonnes, il me semble que la précipitation est de mauvais aloi puis qu'on peut se donner le temps d'en prendre la mesure, des bonnes intentions.

● (23 h 10) ●

Mais effectivement, là, dans la dynamique que chacun va être libre de pouvoir faire ce qu'il veut dans la mesure où ça ira dans le cadre de ce que le ministre aura décidé... C'est peut-être une habitude que le gouvernement actuel a, si je regarde le projet de loi n° 7, le projet de loi n° 8, avec les faux travailleurs autonomes, c'est peut-être une pratique généralisée: tout le monde est autonome dans la mesure où on prend le pas qui est déterminé par le gouvernement.

Donc, dans ce sens-là, il me semble en tous les cas, si effectivement le ministre est sincère dans ses intentions, dans ses très bonnes intentions, qu'un projet comme celui-là, qui est quand même un projet lourd, projet complexe, aurait pu être déposé dans des délais beaucoup plus respectueux de l'Assemblée nationale, beaucoup plus respectueux des personnes, de la population, et je présume que ça aurait pu souffrir une attente de six mois.

On ne lui propose pas 15 ans, mais il me semble que six, sept mois aurait été un délai tout à fait respectueux et lui aurait permis fort probablement — parce qu'il me semble être un bon agent de mobilisation — d'accueillir l'adhésion de la population puis des agents, je dirais, des acteurs du monde de la santé, plutôt que d'imposer un projet qui, somme toute, là, on a de la misère à voir les intentions réelles. On peut les appréhender. Certains diront qu'on fait de la futurologie. Mais je répète encore une fois qu'on lit ce projet-là en lien avec un menu législatif qui est plutôt sombre. Puis, à défaut d'être démolissant, il est tout au moins... donc, il a une tendance à saccager plusieurs droits des personnels et, en même temps, bien, on peut anticiper qu'éventuellement certains services...

J'écoutais, dans les présentations précédentes, l'approche client présentée par une députée, et donc avec toute une approche. Ce qu'on pressent, avec cette session d'État, on entrevoit aussi, dans une phase II, une tarification puis abandonnant le client à lui-même. Là, on a le pivot, aujourd'hui, puis, plus tard, il n'y aura pas de pivot puis pas de béquilles, puis il devra se prendre en main lui-même. Ça fait que, dans ce sens-là, il nous semble que la précipitation, la théorisation, la généralisation... En tout cas, il y a suffisamment de questions pour pouvoir envisager un report d'un tel projet de loi puis de se donner le temps d'avoir vraiment une volonté de mettre en place de bonnes intentions.

Puis, pour ce qui est des agences, si Louise veut rajouter ou Hélène.

Mme Chabot (Louise): Je compléterai juste... Pour nous, les agences, c'est les régies régionales, c'est un palier important de notre réseau. Puis, comme on le disait dans la présentation, on ne trouve ni mineurs ni inoffensifs les changements qui nous sont proposés. Et on pense que ça ne peut pas... Ce n'est pas vrai, là, qu'on peut juste dire: On change le nom, là. Je pense que c'est très clair que ça nous amène quelque part. Et ce quelque part là, soit qu'il y ait des pouvoirs du ministre qui peuvent se l'attribuer, mais que le quelque part, nous le connaissons peut-être trop tard, et c'est ça qu'on ne veut pas, avec ce qui est proposé par les agences de développement.

Puis, en même temps, là, quand on... On écoute, là, nous aussi, on entend, nous aussi, on écoute depuis les annonces des programmes. Et, quand on sait qu'il y a, bien, un échancier sur la réingénierie de l'État, quand on sait que les partenariats public-privé font partie largement, je pense, des éléments ou des moyens que le gouvernement veut mettre en place — puis là ce n'est pas une vue de l'esprit, dans le réseau de la santé, là, il y a déjà des appels d'offres en Montérégie pour les centres d'hébergement de soins de longue durée publics, ce n'est pas rien, là — donc, là, on est loin de garantir un système de santé public. On se rapproche beaucoup plus de modèles qui ont favorisé une certaine forme de privatisation. Et, pour nous, c'est très, très important.

Donc, si on met ce projet de loi là en lien, ce n'est pas par hasard qu'on dit: Oui, il y a... Et on se ramène à l'essentiel. Oui, c'est important pour les personnes, pour la population, qu'il y ait un système de santé et de services sociaux qui réponde à leurs besoins. Et ce qui est proposé, ça ne répond ni aux besoins du personnel ni aux besoins de la population. Hélène voudrait peut-être ajouter quelque chose.

Le Président (M. Copeman): Mme Le Brun.

Mme Le Brun (Hélène): Alors, c'est davantage au niveau de l'intégration des services, je reviens là-dessus. Alors, pour la CSQ, effectivement, nous avons une ferme conviction que c'est bien davantage l'évolution de pratiques professionnelles, de pratiques de concertation, de communication, de personnel dûment mandaté pour faire les concertations et pour faire des mécanismes de coordination, comme les agents pivots, etc. qui sont gages de réussite de l'intégration des services, bien plus qu'un changement de structures.

Et le ministre revient toujours, toujours, toujours avec ses modèles de centres de santé, là où la mission CLSC ne s'est pas vue diminuer, etc. Mais regardons ces centres de santé là: Bas-Saint-Laurent, ils sont situés à Saint-Pascal, Cabano; dans la région de la Mauricie: Nicolet, Maskinongé, La Tuque; dans la région de l'Estrie: Asbestos, Lac Mégantic; dans la région de l'Outaouais: Pontiac, Maniwaki. Et je vous passe les régions éloignées, je vous ai parlé des régions-centres. Pour ce qui est de la région de Québec: Portneuf, Loretteville, Beaupré. Quelle était la mission CH de ces établissements-là? Finalement, c'étaient déjà de gros CLSC, tels qu'on entendait les implanter.

Donc, on ne peut pas, absolument pas généraliser ça à l'ensemble du territoire. Et j'inviterais par contre, effectivement, là où il y a des expériences novatrices qui ont utilisé des personnes dûment mandatées pour faire les concertations, à aller voir ces gens-là.

À cet égard, la région des Bois-Francis, que le député Bachand et moi-même connaissons bien, est très révélatrice là-dessus, dans un territoire où même le CLSC et le CHSLD n'est pas fusionné, où il y a une expérience qui s'avère très concluante. Je l'encourage donc à aller voir M. Philippe Rancourt, qui est directeur général au CHSLD de L'Ermitage, à Victoriaville, qui se promène depuis plusieurs années dans tout le territoire québécois du réseau pour montrer et faire la démonstration de son modèle de services intégrés. Je l'invite aussi à aller voir M. René Camiré, qui est coordonnateur des services intégrés à la jeunesse, au CLSC de l'Érable, à Plessisville, qui, là aussi, a plein de modèles qui fonctionnent depuis plusieurs années.

Alors, nous, on pense que c'est miser sur les ressources humaines, qu'il faut, pas sur les structures et pas sur des fusions.

Mme Harel: En fait, je vous remercie de cette intervention, parce qu'il y a une confusion, du côté ministériel, entre le réseau de services intégrés et le réseau d'établissements intégrés. Alors, oui, il y a un objectif que tout le monde recherche, de services intégrés, mais il ne faut pas confondre entre services intégrés et établissements intégrés. Et l'exemple du CHUM en est un bon exemple: ce n'est pas parce qu'il y a eu intégration d'établissements que, pour autant, il y a intégration des services. Donc, on peut avoir des services intégrés sans établissements intégrés et on peut avoir des établissements intégrés sans services intégrés. C'est ça, finalement, à l'évidence, la conclusion de la commission parlementaire et des échanges que nous avons eus aujourd'hui.

Mais, moi, je dirais: Ce n'est pas possible d'imaginer qu'on est seuls à avoir raison. Il n'y a pas un organisme — vous êtes le neuvième, là — il n'y en a pas un aujourd'hui... L'AHQ a dit: En principe, on est pour l'objectif. Mais tout le monde le dit: Mais voilà tout ce qu'il faut corriger avant, et on ne voudrait pas que ce soit imposé, et ainsi de suite. Il n'y en a pas un qui a dit qu'il était d'accord avec le projet de loi tel que rédigé.

Moi, ce que je conseille au ministre, c'est d'en rédiger un qui est plus conforme à ses objectifs. Ils sont louables et légitimes, ses objectifs, mais le projet de loi, il ne va pas dans le sens que lui indique.

Le Président (M. Copeman): Je ne pensais pas qu'on était à l'étape des remarques finales, mais... Je ne sais pas si nos invités veulent réagir? Ça va?

Mme Chabot (Louise): Bien, 30 secondes, dans les remarques finales. Effectivement, et je pense qu'il ne faut pas... Il faut reconnaître que d'intégrer des services ou d'assurer à la population qu'elle se retrouvera dans le système, je pense que ce n'est pas par le projet de loi qui nous est présenté. Je pense qu'il y a beaucoup de modèles, et ce que Mme Le Brun nommait, ce n'est pas des fusions d'établissements, hein, c'est vraiment des partenariats qui se sont établis dans les milieux pour répondre aux besoins de la population. Je pense qu'on a les assises pour continuer si on finance bien le réseau, et on compte sur le personnel, et on le motive à y travailler.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Parent, Mme Chabot ainsi que les gens qui vous accompagnent, merci d'avoir fait cette présentation devant la commission des affaires sociales.

Et j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à demain, immédiatement après les affaires courantes, ce qui serait autour de 11 heures.

(Fin de la séance à 23 h 19)