



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le jeudi 17 mars 2005 — Vol. 38 N° 107**

**Consultation générale sur le projet de loi n° 83 — Loi modifiant  
la Loi sur les services de santé et les services sociaux  
et d'autres dispositions législatives (10)**

**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  
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85  
Québec, Qc  
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente des affaires sociales**

**Le jeudi 17 mars 2005 — Vol. 38 N° 107**

**Table des matières**

Auditions (suite)	1
Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS)	1
Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ)	7
Association des établissements privés conventionnés — Santé services sociaux (AEPC)	17
Réseau de résidences Allegro	21

**Intervenants**

M. Camil Bouchard, vice-président

M. Philippe Couillard  
Mme Louise Harel

- \* M. Gilles Lanteigne, CCASS
- \* M. André Munger, AMCLSCQ
- \* M. Jean-Denis Bérubé, idem
- \* M. Jacques Renaud, AEPC
- \* M. Vincent Simonetta, idem
- \* M. Jean Bourcier, Réseau de résidences Allegro
- \* M. Jean-Yves Plouffe, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 17 mars 2005 — Vol. 38 N° 107

**Consultation générale sur le projet de loi n° 83 — Loi modifiant la Loi  
sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (10)**

*(Neuf heures trente-neuf minutes)*

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, si vous permettez, la Commission des affaires sociales poursuit ses travaux et la consultation générale sur le projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

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

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Alors, Mme Lefebvre (Laurier-Dorion) va être remplacée par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Merci. Alors, pour la bonne marche des travaux, je demande aux personnes qui ont un cellulaire en poche ou en sacoche de bien vouloir le débrancher.

● (9 h 40) ●

Sans plus tarder, je vais vous communiquer l'ordre du jour pour ce matin. Alors, nous recevons le Conseil canadien d'agrément des services de santé — son représentant est assis depuis quelques minutes; l'Association des médecins de CLSC du Québec; l'Association des établissements privés conventionnés — Santé services sociaux. Ensuite, nous suspendrons nos travaux et nous aurons un autre groupe en après-midi.

**Auditions (suite)**

Alors, M. Gilles Lanteigne, vice-président exécutif et responsable des opérations au Conseil canadien d'agrément des services de santé, je vous souhaite, au nom des membres de la commission, la bienvenue. Je vous remercie de votre patience, nous sommes quelques minutes en retard. Vous savez que vous avez 20 minutes pour nous communiquer l'essentiel du mémoire de votre conseil, suite à quoi nous aurons deux périodes d'échange avec vous. Alors, bienvenue à la commission, nous vous écoutons.

**Conseil canadien d'agrément  
des services de santé (CCASS)**

**M. Lanteigne (Gilles):** M. le Président, M. le ministre, membres de la Commission des affaires sociales, mesdames, messieurs, le Conseil canadien d'agrément des services de santé est heureux de produire à la Commission des affaires sociales son opinion et sa vision au sujet de ce projet de loi. Nous accueillons positivement les dispositions et modifications prévues par le projet de loi n° 83. Nous sommes convaincus de pouvoir supporter les initiatives, car elles visent à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services de santé et services sociaux au Québec, et nous offrons notre pleine et entière collaboration.

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé est un organisme indépendant, non gouvernemental, volontaire, sans but lucratif dont l'expertise et la compétence sont établis au plan international. En étroite collaboration avec les milieux de la santé, il élabore des normes d'excellence et offre aux organismes un programme d'agrément rigoureux et structuré. En participant à ce programme, les organismes et systèmes de santé et de services sociaux peuvent évaluer les soins et services qu'ils offrent à leurs clients. Notre mission consiste à promouvoir l'excellence et à encourager l'utilisation efficiente des ressources. Notre objectif ultime vise à encourager les organismes à implanter un programme d'amélioration continue de la qualité intégrée et coordonnée, à partir duquel se développera une véritable culture organisationnelle axée sur la santé. Cette démarche doit, en complémentarité avec d'autres initiatives ministérielles et organisationnelles, démontrer au public l'imputabilité des organisations face à leur mission sociale.

Commentaires sur l'approche populationnelle, réseau local de santé et de services de santé et services sociaux et instance locale. Selon notre programme d'agrément, les organismes doivent considérer les besoins de l'ensemble de la population qu'ils desservent et non seulement ceux des individus qui utilisent leurs services. Cette approche accorde plus d'importance à la santé et au bien-être, à la connaissance des facteurs qui ont un effet sur la santé, c'est-à-dire les déterminants de la santé, ainsi qu'à l'état de santé et aux besoins de la population au moment d'attribuer et de planifier les services. Cette approche insiste sur la responsabilisation des individus, la participation de la communauté dans la planification et la prise de décision, la coordination des services tout au long du continuum et l'utilisation de données probantes pour la prise des décisions. Ces éléments se retrouvent dans les normes reliées aux leadership et partenariat en lien avec la responsabilité de planifier et de répondre aux besoins de la population. De plus, chacune des équipes de soins et de services de l'organisation doit collaborer à la quête de l'information et de la planification, eu égard à la clientèle desservie.

Cette approche populationnelle dans le programme du Conseil canadien contribue à l'engagement des dirigeants et des intervenants à cet élément fondamental de la performance organisationnelle, à l'élaboration d'une base de données sur la performance du réseau de même qu'à une série d'améliorations générées par les recommandations des visiteurs du CCASS.

Nous sommes persuadés que les normes et les processus d'agrément contribuent actuellement à l'atteinte des objectifs ministériels en matière de santé des populations. Nous appuyons avec enthousiasme la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, qui visent à responsabiliser les intervenants au continuum de soins et à la valeur d'une approche populationnelle.

Première recommandation. Nous recommandons d'inciter les instances locales à adopter une approche d'agrément systémique couvrant l'ensemble d'un réseau local afin de maximiser les interventions, la coordination et l'efficacité, l'efficience et l'allocation judicieuse des ressources. L'agrément doit être utilisé comme un outil facilitant la mobilisation et l'évaluation de la performance de l'ensemble des établissements privés et publics offrant des soins et services à une population. Cette approche systémique aura pour effet de faciliter la connaissance des besoins sociosanitaires et les particularités de la population, la création d'objectifs communs concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'intégration de l'offre de services requise et l'articulation du projet clinique. Cette recommandation s'adresse aussi aux résidences pour personnes âgées, aux groupes de médecine familiale et aux organismes communautaires.

Commentaires sur la gestion des plaintes, la qualité et la sécurité des patients. Le CCASS est responsabilisé quant aux objectifs ministériels en matière de sécurité des patients et de gestion des risques. Nous sommes d'avis que la qualité des soins et services ne peut être optimale à moins que ceux-ci ne soient sécuritaires.

Depuis sa création, en 1958, le CCASS a établi des normes visant la prestation sécuritaire des soins et services. Plus de 39 normes et 83 critères du programme d'agrément sont reliés à la prestation sécuritaire des soins et services de santé. Plus de 1 000 recommandations touchant la sécurité des patients ont été émises en 2002 par les visiteurs et plus de 700 en 2003, suite aux visites d'agrément. Les organismes qui reçoivent ces recommandations sont mobilisés et sont tenus de les implanter. Le CCASS est confiant de son efficacité à provoquer des changements et des améliorations. Le 13 décembre 2002, lors des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 113, nous recommandons que la gestion des risques doit être comprise dans une approche globale d'amélioration de la qualité de toutes les actions organisationnelles visant la prestation sécuritaire des soins et services, et non seulement se limiter à la simple gestion des risques. En d'autres mots, une bonne gestion des risques relève d'une culture de qualité forte. C'est cette même approche que nous vous proposons pour la gestion des plaintes.

Nous vous recommandons donc que la personne responsable des plaintes se nomme «commissaire local aux plaintes et à la qualité».

Dans cette même philosophie, le CCASS recommande de maintenir par l'entremise du commissaire aux plaintes et à la qualité une fonction commune avec le comité de gestion des risques et de la qualité. Considérant que cette personne relèvera directement du conseil d'administration de l'établissement et que les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires seront en place pour assumer ces responsabilités de façon efficace et efficiente, les conseils d'administration auront alors les leviers nécessaires pour s'assurer de façon intégrée de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.

Nous recommandons que le comité de vigilance prévu à l'article 83 se nomme «comité de vigilance aux plaintes et à la qualité» afin qu'il garde sa perspective d'amélioration de la qualité des services offerts tout en

veillant au respect de l'article 172. Et nous proposons également d'établir des liens formels avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité.

Ces trois dernières recommandations reposent sur des principes rigoureux en gestion de la qualité, c'est-à-dire: l'importance d'un leadership fort, d'une allocation efficace des ressources, d'une gestion intégrée et coordonnée de la qualité et de la gestion des plaintes comme un moyen d'améliorer la qualité et non comme une fin en soi, au même titre que la satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Commentaires sur la certification des résidences pour personnes âgées. Le projet de loi introduit un processus de certification des résidences pour personnes âgées afin d'assurer aux personnes qui y résident un milieu de vie acceptable et des services de qualité, ce à quoi nous souscrivons pleinement. Nous croyons à l'importance de ces partenaires. Il est fondamental de définir le projet clinique en collaboration avec les ressources privées du territoire. Ces organismes ont d'ailleurs un impact considérable sur la santé de la population.

Un processus de certification répond à des critères spécifiques habituellement déterminés par le gouvernement et soutenus par un règlement, et l'organisme doit se conformer pour être titulaire d'un certificat de conformité. Cette approche bénéficierait d'être appuyée par des mécanismes qui visent encore davantage à responsabiliser les personnes.

Nous recommandons donc de prioriser l'application des critères sociosanitaires dans les organismes privés avec ou sans but lucratif avec service.

● (9 h 50) ●

Afin de s'assurer de la coordination des services requis par la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, le CCASS recommande aussi que le regroupement des résidences privées participe selon une procédure rigoureuse au processus d'agrément de l'instance locale et que la certification soit maintenu dans le but de respecter les critères sociosanitaires déterminés par le règlement et que les deux démarches s'intègrent dans une certaine synergie.

Le CCASS croit que la démarche de création de normes, de critères et de processus d'évaluation qui les supporte contribue au développement des capacités des individus impliqués. Cette démarche, utilisée dans plusieurs stratégies de promotion de la santé, a d'ailleurs déjà fait ses preuves. Les individus impliqués sauront influencer leurs organisations, ce qui favorisera l'appropriation de ce nouveau processus de certification.

Nous recommandons donc la création de deux comités consultatifs afin d'élaborer les critères sociosanitaires, dont l'un serait constitué par les agences locales de développement et les responsables de ce projet clinique, et, d'autre part, une représentativité des leaders des résidences privées. Cette mesure permettra au ministère d'assurer une standardisation et une rigueur dans l'application de la procédure de certification. Les critères sociosanitaires devraient inclure l'élaboration de leur raison d'être dans les réseaux, des buts et des objectifs, une structure organisationnelle aussi minime soit-elle, des règlements et ententes, politiques et procédures. Il devrait de plus y avoir une planification des ressources humaines, matérielles et financières, un plan d'orientation, de perfectionnement et de formation continue, un plan

de gestion des risques, des mesures d'urgence et un système de prévention des infections.

Nous recommandons de préciser l'article 346.0.04, spécifiquement en ce qui a trait à la deuxième condition, qui laisse entendre qu'avant de demander la certification la résidence doit détenir une attestation quelconque. Si c'est le cas, un délai devrait être prescrit.

Le ministère de la Santé soutient que l'introduction d'un processus de certification assurera aux personnes qui y résident un milieu de vie acceptable et des services de qualité. Pour atteindre cet objectif ambitieux, le ministère devra développer une stratégie à long terme. Nos organismes publics ont encore plusieurs défis en matière d'amélioration à réaliser afin d'atteindre les orientations ministérielles publiées en octobre 2003 sur le milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Le document visait principalement à inscrire ces organismes dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Nous recommandons de promouvoir un concept de milieu de vie à partir du document publié en 2003 et d'utiliser les fondements pour la création des critères sociosanitaires et du processus de certification.

Le CCASS est d'avis que la stratégie de certification profitera grandement au système de santé québécois. Ces organismes ont un impact considérable sur la qualité des soins et sur la promotion de la santé. Les équiper, c'est gagner à coup sûr. Un transfert efficace des connaissances, une collaboration forte avec les instances locales et une standardisation des pratiques contribueront à l'atteinte des objectifs ministériels qui visent à assurer aux personnes un milieu de vie acceptable et des services de qualité.

Commentaires en télésanté. Le CCASS est heureux du cadre législatif des articles qui favorisent la mise en place de pratiques de télésanté. Nous reconnaissons l'importance que jouent les technologies sur l'amélioration de l'accessibilité des soins pour les régions rurales et les services de première ligne. Info-Santé est un programme de télétriage indispensable pour plusieurs.

Dans ce cadre, nous recommandons que la commission reconnaisse les travaux présentement réalisés entre Inforoute Canada, avec la participation du Québec et le Conseil canadien. Les deux organismes se sont associés en ce qui a trait à un projet d'élaboration de normes nationales en matière de télésanté et d'un programme d'agrément connexe pour répondre aux besoins des prestataires de services de télésanté. L'agrément met à la disposition de ces organismes une procédure pour évaluer et améliorer la qualité de leurs services et un mécanisme servant à identifier les bonnes pratiques. Une fois ce projet terminé, les organismes de santé offrant des services de télésanté dans toutes les provinces et territoires auront accès à un programme d'agrément qui les aidera à valider les bonnes pratiques par rapport à des normes d'excellence.

En conclusion, nous sommes généralement très satisfaits des dispositions et modifications prévues dans le projet de loi n° 83. Notre mission consiste à promouvoir l'excellence dans la prestation des soins et services et à encourager l'utilisation efficiente des ressources. Nous croyons aux objectifs ministériels et nous sommes heureux d'avoir pu partager notre perception sur certains des aspects du projet. Nos valeurs organisationnelles

témoignent que nous sommes des partenaires dans ces objectifs. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, merci beaucoup, M. Lanteigne. Merci de votre concision. Nous ouvrons maintenant la partie des échanges, des débats. Je cède la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Merci, M. Lanteigne, pour votre présentation. Je mentionnerais que votre suggestion d'élargir et de réintégrer le versant qualité à la mission du commissaire local fait partie de recommandations qui ont été de nombreuses fois répétées ici. On est assez favorables à cette orientation.

Vous demandez que le comité de vigilance inclue le commissaire local aux plaintes et à la qualité. Cependant, on sait qu'un des rôles de ce comité-là vise à s'assurer que le conseil d'administration mette tous les moyens possibles à la disposition du commissaire local pour mener à bien son mandat. Est-ce que vous ne pensez pas que ça pourrait être un problème, là? Parce que le commissaire va être sur le comité qui va dire au conseil d'administration qu'il doit lui donner des ressources ou non, ou plus ou moins. Est-ce qu'il n'y a pas un problème potentiel, là?

**M. Lanteigne (Gilles):** Il y a problème potentiel, mais ça dépend de la façon dont cette personne-là est intégrée aux travaux. Ce qu'on suggère, ce n'est pas nécessairement de l'inclure à titre de membre du comité, mais plutôt qu'on prévoie des mécanismes de lien entre les deux, un peu comme... Je ne sais pas, là, l'exemple qui me vient à la tête n'est probablement pas parfait, là, mais c'est un peu comme les comités de vérification où au moins les personnes doivent venir rendre des comptes et expliquer leur cheminement, pas qu'ils y siègent d'office comme membres à part entière.

**M. Couillard:** Pour ce qui est de l'élaboration des critères sociosanitaires qui seront ultérieurement déterminés par règlement, vous suggérez en fait deux démarches parallèles: une chapeauté par les agences et l'autre par les représentants des résidences privées. La crainte que j'aurais, dans un processus semblable, c'est qu'on arrive à deux recommandations, deux groupes de recommandations qui sont très différents l'un de l'autre. Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu de faire travailler ces gens-là ensemble dès le début?

**M. Lanteigne (Gilles):** Tout à fait. C'était le sens de la recommandation que nous avons formulée. Elle est peut-être mal faite, mais ce qu'on voulait, c'est de les impliquer dès le départ de façon à ce qu'ils puissent s'approprier le contenu, le partager et devenir un peu des champions dans leur organisation.

**M. Couillard:** Votre remarque, maintenant, sur l'attestation préalable est bienvenue. C'est effectivement le genre de démarche qu'on entrevoit, où la certification est précédée d'une attestation pour les autres critères tels que ceux de la Régie du bâtiment ou du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, qui ne dépendent pas comme tel du ministère de la Santé et des Services

sociaux. Et vous demandez qu'un délai, là, soit précisé. Qu'est-ce que vous voulez dire exactement? Pourriez-vous préciser cette recommandation-là?

**M. Lanteigne (Gilles):** Bien, que le délai, pour être en règle selon les conditions qui leurs seront émises, soit prescrit de façon à ce que ces gens-là aient un objectif dans le temps...

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Très bien.

**M. Lanteigne (Gilles):** ...et que le délai soit raisonnable aussi.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, je comprends qu'il n'y a plus de questions du côté ministériel, je vais donc céder la parole à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

**Mme Harel:** Alors, merci, M. le Président. M. Lanteigne, je suis heureuse de vous accueillir au nom de l'opposition officielle.

Alors, vous recommandez qu'il y ait cet agrément systémique couvrant l'ensemble du réseau local. Vous iriez jusqu'à recommander que le projet de loi prévoit que l'agrément doit se faire de manière systématique, ou vous laissez les choses dans l'état où elles sont présentement sur le plan juridique?

**M. Lanteigne (Gilles):** Actuellement, ce qui arrive, c'est que, dans certains programmes d'agrément, systématiquement, il est possible d'inclure des partenaires aussi directs, même s'il y a des entités légales différentes. Nous, ce qu'on suggère, c'est que ce soit à l'intérieur d'un cadre législatif qui est quand même souple et qui permette une certaine adaptation, qu'il y ait un agrément pour les instances locales, mais qu'on s'assure que l'ensemble des besoins de la population et des intervenants... qu'ils soient d'une autre organisation puissent y participer, de façon à ce que ce soit un élément qui soit intégré.

**Mme Harel:** Donc, ça resterait facultatif.

**M. Lanteigne (Gilles):** Ça pourrait rester facultatif quant à l'organisation elle-même, mais que les agences... que tous les participants puissent y participer et qu'il y ait une certaine synergie. En autres mots, ce serait probablement, là, une... Il y aurait certains dédoubllements possibles qu'on pourrait éviter avec une approche intégrée, mais il y aurait aussi des liens étroits à faire entre certaines recommandations qui peuvent être soit faites dans les agences ou dans des résidences privées auxquelles appartiennent... qui ont une entité autonome.

**Mme Harel:** Dans l'état actuel du droit, il est donc possible qu'il y ait volontairement cette approche dite systémique, là, de l'agrément.

**M. Lanteigne (Gilles):** Tout à fait. Ça se fait ailleurs.

**Mme Harel:** Donc, qu'est-ce qu'il faudrait de plus?

**M. Lanteigne (Gilles):** Je pense qu'il faudrait qu'on puisse l'encourager officiellement et je ne sais pas si ça devrait être spécifiquement dans la loi, ou dans les règlements, ou dans certaines politiques ministérielles. Mais ça devrait, à tout le moins, être prévu et encouragé fortement.

● (10 heures) ●

**Mme Harel:** Vous êtes le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Quelle est la différence entre le Conseil québécois puis le conseil d'agrément? Êtes-vous tous les deux dans les mêmes dossiers?

**M. Lanteigne (Gilles):** Le Conseil canadien est établi depuis 1958, donc depuis plusieurs années et, dans toutes les provinces canadiennes, accrédite toute catégorie d'établissements et toute catégorie de services. Traditionnellement, au Québec, le Conseil canadien a accrédité des hôpitaux, mais aussi des CLSC et des CHSLD. Le Conseil québécois est un peu plus récent. Il s'est, jusqu'à très récemment, surtout concentré dans les CLSC et certains CHSLD.

**Mme Harel:** Lorsque le Conseil québécois est venu devant cette commission, ils ont en fait mis en garde d'une reconnaissance d'organismes, une reconnaissance différente, par les agences, d'organismes qui pourraient certifier, par exemple, les résidences privées pour les personnes âgées, dans le sens où ils pourraient développer un genre de marché, à savoir que l'organisme qui charge le moins ou encore qui est le moins exigeant est celui vers lequel se tourne le plus de résidences pour se faire certifier à bon compte ou à rabais. Je ne sais pas ce que vous en pensez.

**M. Lanteigne (Gilles):** À mon avis, il incombe au ministère de s'assurer que les organismes qui sont reconnus comme étant capables d'émettre un agrément ou une certification rencontrent certains critères de compétence.

Ces critères de compétence là, c'est sûr qu'ils restent à développer, mais on a quand même des modèles. Au plan international, il y a une agence qui s'appelle l'institut de la qualité, qui regroupe 60 pays, qui a élaboré ce qu'on appelle les normes alpha à partir desquelles les agences accréditeurs seront reconnues. Présentement...

**Mme Harel:** Excusez-moi. Je voudrais juste prendre en note. C'est l'institut...

**M. Lanteigne (Gilles):** C'est ISQua, l'institut... Je pourrai vous le donner exactement, le titre, parce qu'il est anglais là.

**Mme Harel:** Et ils ont développé... Comment...

**M. Lanteigne (Gilles):** Des normes alpha...

**Mme Harel:** Des normes alpha.

**M. Lanteigne (Gilles):** ...qui sont des principes directeurs à partir desquels des agences accréditeurs sont reconnues. Actuellement, je vous disais tout à l'heure, il y a 60 pays qui composent ou qui travaillent à ISQua. D'ailleurs, la conférence, cette année, se tient à Vancouver.

Cette agence-là, à partir de ses... envoie dans les organismes accréditeurs une équipe qui évalue la qualité des services, les systèmes et pratiques de gestion, mais elle évalue aussi le contenu des normes à partir de ces 10 principes là. Actuellement, au monde, il y a quelques organisations accréditeurs qui sont reconnues et qui sont agréées par celle-là. Il y a en Nouvelle-Zélande, en Australie, le Canada... Et, à ma connaissance, les États-Unis, avec JCAHO, sont en train d'entreprendre la démarche. Et, de plus en plus, ça génère un certain intérêt.

On y a participé activement parce qu'on croyait qu'il devait y avoir des normes de qualité pour les agences qui accréditent. Donc, le gouvernement pourrait s'inspirer de ces principes.

**Mme Harel:** Je vous en remercie, M. Lanteigne. Ce serait vraiment intéressant si vous nous transmettiez, au secrétariat de la commission, pour le bénéfice de tous les membres, ces informations documentées que vous venez de nous donner.

**M. Lanteigne (Gilles):** Oui. Tout à fait. Je vais vous acheminer les principes, mais aussi là...

**Mme Harel:** Les normes?

**M. Lanteigne (Gilles):** ...un peu plus de références. Oui.

**Mme Harel:** M. Lanteigne, vous recommandez dans votre mémoire, soit à la page 7, qu'il y ait la mise en place ou la création, dites-vous, de deux comités consultatifs afin d'élaborer les critères sociosanitaires. Alors, un des comités serait, selon vous, constitué par des représentants de l'agence et des représentants du projet clinique, en fait, des centres locaux, et l'autre comité par des leaders provenant des résidences privées.

Mais, dans les faits, on nous a même fait savoir, hier, ici, en commission — c'était à l'occasion de la présentation du mémoire du Conseil des aînés — que les critères sociosanitaires circulent déjà pour consultation. Et donc ces critères sont, semble-t-il, déjà en fait élaborés, semble-t-il, du moins, en fait, puisque cette consultation se poursuit présentement. Alors, est-ce que... bon.

C'est mon premier point, puis le deuxième étant que vous souhaitez beaucoup, vous recommandez très fortement dans votre mémoire, c'est un point fort, là, que le regroupement des résidences privées soit partie prenante du processus. Vous dites que c'est une démarche qui a été utilisée dans plusieurs stratégies de promotion de la santé, qui a déjà fait ses preuves. Bon.

Ce dont il est plus question actuellement du côté du ministère et des groupes que l'on entend, c'est que ce soit Roses d'or, la FADOQ qui soit accréditée. Vous, vous dites: Il ne faut pas mettre de côté les porte-parole ou le regroupement des résidences privées. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

**M. Lanteigne (Gilles):** C'est en lien un peu avec la question du ministre Couillard tout à l'heure. Je pense que ce qu'on voulait véhiculer comme message et comme recommandation, c'est l'importance d'impliquer ces gens qu'on pourrait dire qui peuvent soit subir ou bien donc embarquer avec enthousiasme dans un tel projet. Donc, ça, c'est le volet de fond.

À mon avis, il est probablement beaucoup plus important d'avoir quelqu'un qui est objectivement à l'extérieur de... qui est moins parti pris d'un mécanisme quelconque. Ceci étant dit, et ça a toujours été l'approche qu'on utilise pour développer des normes et pour réviser des normes, que ce soit peu importe le domaine, que ce soit pour les services à l'enfance ou les services de reproduction assistée, c'est que ces gens-là ont quand même une très grande expérience et une très grande compétence par rapport à leur clientèle et à la connaissance du milieu. Donc, il nous apparaît absolument essentiel qu'ils soient impliqués dans la démarche, tant au niveau du contenu des normes pour se les approprier qu'au niveau des processus qui sont mis en place pour s'assurer que les normes soient respectées.

**Mme Harel:** Et comment peuvent-ils y être associés?

**M. Lanteigne (Gilles):** Bien, vous voyez ici qu'il y a deux comités de proposés. La forme, un comité ou deux comités, je pense que ce n'est pas ce qui est important. Ce qui est important, c'est qu'ils y adhèrent du début et qu'ils n'aient pas l'impression qu'ils subissent. Et généralement, par expérience, il y a toujours des gens qui sont intéressés par la qualité des services. Donc, il n'y a vraiment pas de problème en autant qu'on les aborde de façon convenable, et qu'on les implique, et qu'on les respecte dans leurs compétences.

**Mme Harel:** Il vous apparaît que cela permettrait à ces espèces d'avant-gardes, là, ou de personnes très intéressées par la qualité dans les regroupements de résidences privées... pourraient interpréter à leurs confrères ou enfin à leurs collègues, pourraient interpréter la façon de faire pour satisfaire les critères sociosanitaires. C'est ça qu'il faut comprendre?

**M. Lanteigne (Gilles):** Pour un centre, pourraient être utiles comme pour partager cette information-là, mais aussi pourraient même probablement aider au niveau de l'expérience vécue par les premières... par certaines des organisations un peu plus innovatrices. Oui. Pourraient participer à plusieurs niveaux.

**Mme Harel:** Dans votre mémoire, à la page 5, là, j'ai beaucoup apprécié, vous nous faites le portrait de l'hébergement en résidence privée sous cinq formes, hein: à but lucratif; à but non lucratif; en coopérative d'habitation; en habitation HLM avec services; et en communauté religieuse. Vous les distinguez. Et on comprend que, sur les 2 519 résidences avec services pour personnes âgées, il y a presque 80 000 unités, en fait, privées, mais 64 000 à but lucratif. Donc, il y en a 15 000 à but non lucratif et 64 000 à but lucratif. Permettez-moi de vous demander: Où avez-vous pu prendre tous ces renseignements?

**M. Lanteigne (Gilles):** C'est de l'information que nous avons avec notre connaissance du milieu. C'est dans les banques de données. Je ne peux pas vous citer la référence directe, mais c'est sûr que je pourrais vous l'obtenir.

**Mme Harel:** Et que croyez...

**M. Lanteigne (Gilles):** Est-ce que vous êtes intéressée... Oui?

• (10 h 10) •

**Mme Harel:** Oui. Ce serait extrêmement intéressant parce que ça permettrait aussi de voir, parmi les 15 000 unités à but non lucratif, comment la ventilation se fait. Mais, dites-moi, vous êtes dans l'univers de tout ce secteur-là, qu'est-ce que vous prévoyez dans l'avenir en matière d'hébergement privé pour personnes en perte d'autonomie?

**M. Lanteigne (Gilles):** D'abord, qu'est-ce que je prévois pour l'avenir, je pense que le nombre va sans doute augmenter compte tenu des besoins. Il va y avoir probablement une certaine concentration parce que les résidences sont tellement petites, et, plus on va exiger des standards de qualité, plus les regroupements vont favoriser la mise en place de ressources communes parce qu'il faut quand même un certain nombre de ressources pour pouvoir faire ça. Troisièmement, je suppose que les organismes accréditeurs... du moins le Conseil canadien va élaborer un programme plus adapté, encore plus adapté à de petites organisations. Donc, ces trois volets-là vont arriver. Et, en même temps aussi, c'est que, pour avoir moi-même participé, il y a plusieurs années, à la fermeture de foyers clandestins, où finalement on trouvait des gens dans des situations atroces, je peux vous dire qu'il va probablement y en avoir encore, donc ça va être un milieu toujours risqué, à mon avis.

**Mme Harel:** Présentement, la loi prévoit l'obtention d'un permis pour offrir des services similaires à ceux d'un centre hospitalier de soins de longue durée, donc l'obtention d'un permis, dans le privé, pour pouvoir offrir des services de soins de longue durée. La loi est claire à cet effet. Et l'hébergement privé qui veut offrir des soins de longue durée doit obtenir un permis du ministère, à défaut de quoi le ministre peut faire fermer, finalement. Alors, est-ce que vous êtes bien impliqué jusqu'à maintenant dans l'agrément de ces ressources totalement privées de soins de longue durée?

**M. Lanteigne (Gilles):** Dans quelques-unes, mais habituellement elles sont toujours associées à des CHSLD par contrat de services, les pavillons traditionnels qu'on appelait. Au-delà, quand ils ne sont pas associés par contrat de services, on est moins impliqué, sauf quand on nous fait une demande d'accréditation, ce qui arrive dans plusieurs autres provinces.

**Mme Harel:** À votre connaissance, combien y en a-t-il, de ces CHSLD privés qui sont ni publics ni conventionnés?

**M. Lanteigne (Gilles):** Plusieurs.

**Mme Harel:** Avez-vous la possibilité d'avoir...

**M. Lanteigne (Gilles):** Les données, non.

**Mme Harel:** Non. Les données exactes, non. Ces CHSLD privés, on pourra l'avoir au moment de l'étude des crédits sans doute.

**M. Lanteigne (Gilles):** Parce que ça devient aussi compliqué à partir du moment où... définir c'est quoi, services, il y a toujours eu des zones grises, et je pense que ça va aider à préciser quelles sont ces ressources entre une chambre et une ressource.

**Mme Harel:** Oui, parce que là on voit bien qu'avec le projet de loi n° 83 il y a une autre catégorie qui est introduite, parce que, déjà dans la loi, il était clair que la catégorie soins de longue durée... donc, en fait, la définition, de mémoire, c'est: offrir un milieu de vie substitut à une personne, mon Dieu, qui ne peut plus... — en fait, je reste là — qui ne peut plus vivre dans son milieu naturel même avec le support de son entourage. C'est ça, la loi actuelle. Alors, c'est évident qu'on pourrait penser que toutes les résidences privées qui offrent un milieu substitut à une personne qui ne peut plus vivre dans son milieu naturel avec le support de son entourage devraient exiger un permis, devraient exiger un permis. Et là il va y avoir une grosse controverse juridique si on dit: Bien, non, c'est une certification facultative. Alors, il y en a qui vont dire: Oui, mais je n'ai pas besoin de demander de permis en vertu de la loi parce que de toute façon, moi, c'est une certification que je ne veux pas avoir. Ça ne va pas être facile, là, vous allez voir, vous allez voir les causes qui vont être introduites nécessairement là-dedans. Alors...

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** J'ai l'impression qu'on n'aura pas le temps de les voir parce que le temps est écoulé, mais il reste quelques minutes du côté ministériel si... Ça va?

**M. Couillard:** ...information, M. le Président, pour Mme la députée, les collègues. Le nombre d'établissements, de CHSLD, actuellement, on m'indique: les établissements publics représentent 120 établissements pour 34 804 lits; les conventionnés, ce qu'on appelle privés-conventionnés — on va tantôt avoir des représentants de cette catégorie d'établissements — 50 établissements pour 6 556 lits; et les non-conventionnés, c'est-à-dire ce qu'on appelle les CHSLD privés avec un permis de CHSLD, 57 établissements pour 3 327. Renseignements utiles, je crois.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Merci. M. Lanteigne, puisque la députée d'Hochelega-Maisonnette avait fait une remarque, je vous permettrais, si vous avez une réaction à cette remarque de la députée juste avant que le ministre ne parle, là... Est-ce que vous aviez quelque chose à dire là-dessus?

**M. Lanteigne (Gilles):** Je pense que malheureusement il n'y a aucun projet de loi qui peut régler toutes les situations. Celui-ci, quand même les modifications qui sont proposées font en sorte, là, qu'on assure quand même à une grande partie d'une population qui est vulnérable un milieu de vie, je pense, un encadrement qui va faire en sorte que leur milieu de vie va être sécuritaire et qu'ils recevront des services de qualité. Et, dans ce sens-là, nous, on doit reconnaître, là, que c'est un grand pas dans la bonne direction.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, voilà, ce sont toujours nos invités qui ont le dernier mot, Mme la députée. Alors, je...

**Mme Harel:** ...

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** ...on doit clore nos travaux maintenant. Merci, M. Lanteigne de votre contribution.

Je demande aux personnes qui représentent l'Association des médecins de CLSC du Québec de bien vouloir prendre place à la table, s'il vous plaît. La commission ne suspend pas ses travaux.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, je souhaite la bienvenue à M. Jean-Denis Bérubé, vice-président de l'Association des médecins de CLSC du Québec, qui est accompagné de M. André Munger — c'est bien la façon de prononcer votre nom...

**M. Munger (André):** Tout à fait.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** ... — trésorier de l'association. Vous connaissez les règles du jeu: 20 minutes pour présenter l'essentiel de votre mémoire, suite à quoi nous aurons deux périodes d'échange avec vous. Alors, la parole est à vous. M. Bérubé, je crois, vous commencez.

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Oui.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Très bien, allez-y.

#### Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ)

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Alors, M. le Président, M. le ministre, Mme Harel et tous les membres de la Commission des affaires sociales, l'Association des médecins de CLSC tient à vous remercier de nous permettre d'exprimer notre point de vue publiquement sur les différentes implications que la loi n° 83 aura sur le réseau. Notre président, pour des raisons indépendantes de sa volonté, M. Sylvain Dion, a dû s'absenter. Alors, ce matin, nous le remplaçons de la meilleure façon possible, j'espère.

Et notre présentation sera divisée en deux. M. Munger va d'abord vous présenter qui nous sommes ainsi que notre implication dans le développement des services médicaux généraux de première ligne au Québec au cours des 30 dernières années, et j'enchaînerai avec différents commentaires sur le projet de loi n° 83.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, cela fait bien.

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Alors, je laisse la parole à M. Munger.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** M. Munger.

**M. Munger (André):** M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs de la commission. L'Association des médecins de CLSC du Québec est l'une des 19 associations de ce que vous connaissez, la FMOQ, la Fédération. 17 de ces associations-là ont une assise régionale, la nôtre est provinciale. Nous défendons un modèle de pratique original au sein des établissements publics, bien évidemment. Donc, notre association regroupe actuellement près de 1 000 médecins omnipraticiens oeuvrant dans l'ensemble des CLSC de la province. Actuellement, on estime que près de 1 800 médecins de famille exercent en tout ou en partie en CLSC au Québec fournissant environ 20 % des soins médicaux de première ligne. Plusieurs de ces médecins sont aussi impliqués dans d'autres secteurs d'activité, notamment l'urgence, l'hospitalisation, les CHSLD, etc.

Donc, l'Association des médecins de CLSC fait, depuis de nombreuses années, la promotion de ce que, nous autres, on appelle le projet médical en CLSC. Ce projet se caractérise par une médecine polyvalente offerte à l'ensemble de la population. Toutefois, les médecins de CLSC ont aussi développé une expertise auprès des clientèles vulnérables, entendons là des clientèles particulières que sont les itinérants, les réfugiés, les immigrants, les gens en perte d'autonomie, les soins palliatifs à domicile, les handicapés, etc.

● (10 h 20) ●

Nous sommes interpellés par le projet de loi n° 83 et nous entendons, par ce mémoire, vous faire part de nos opinions et de nos commentaires. Vous constaterez, à la lecture de ce document, que nous sommes surtout préoccupés par l'avenir des services médicaux de première ligne en établissement public. Nous souhaitons partager notre vision et nos préoccupations, commenter le projet de loi et proposer des pistes d'action pour traverser cette période de changements en soutenant le mieux possible les ressources médicales déjà engagées dans les services de prise en charge et de continuité auprès de la population.

Le projet médical en CLSC et le projet de loi n° 83. Les médecins de CLSC contribuent de façon significative à l'offre de services de première ligne. Notre modèle de pratique s'est développé en s'adaptant aux réalités locales et aux orientations prises dans notre réseau de santé. L'Association, donc, des médecins de CLSC adhère aux objectifs poursuivis par le législateur d'améliorer l'intégration des services et de faciliter le cheminement du patient à travers les niveaux de soins. On est tout aussi préoccupés par la qualité de ceux-ci. À plusieurs égards, nous croyons que le projet de loi n° 83, tel que proposé, sera de nature à mettre les conditions facilitantes pour atteindre ces objectifs.

Qu'est-ce que c'est donc, le projet médical en CLSC? Nous avons développé un modèle de pratique de médecine familiale innovateur et intégré au cours des 30 et même 40 dernières années. Nous l'avons baptisé «le projet médical en CLSC». Il correspond, à notre point de vue, aux attentes et aux besoins de la population, notamment à ceux des clientèles vulnérables. En voici les principales caractéristiques: une pratique intégrée au sein d'un établissement de première ligne, CLSC; la priorité à la prise en charge et à la continuité des services particulièrement pour les clientèles vulnérables; le développement

des volets sans rendez-vous, garde en disponibilité, le développement des services, par exemple, de garde pour les gens en perte d'autonomie sévère à domicile et en soins palliatifs; la responsabilisation des patients face à leur propre santé; des activités intégrées de prévention et de promotion de santé; développement de la pratique interdisciplinaire en première ligne; un mode d'organisation de travail adapté aux clientèles lourdes et vulnérables; des modes de rémunération différents et adaptés à notre point de vue; des services organisés par territoires et centres de santé; l'articulation et la coordination du travail avec les autres composantes du réseau.

Nous croyons que le projet médical en CLSC a inspiré le développement des groupes de médecine de famille au Québec. Lorsqu'on évoque la pratique de groupe, l'interdisciplinarité et la prise en charge et continuité pour les clientèles vulnérables, nous reconnaissons les caractéristiques de notre projet médical. Nous sommes fiers d'ailleurs d'avoir développé ce modèle devenu une source d'inspiration ici et ailleurs.

Ce modèle prévoyait déjà une meilleure articulation et coordination du travail avec les autres composantes du réseau afin de développer ce que nous aurions souhaité un projet médical territorial, qui s'annonce, qui impliquerait la participation de l'ensemble des ressources médicales, des ressources de médecine familiale en particulier, sur un territoire. C'est pourquoi nous adhérons aux objectifs d'intégration des services proposés par le projet de loi n° 83 et nous avons la conviction d'être les partenaires essentiels à sa réussite.

Contribution du projet médical aux services de première ligne. Sans vous donner beaucoup de statistiques, voyons que, de 1990 à l'an 2000, les dernières statistiques officielles montrent un accroissement important du nombre de médecins pratiquant en tout ou en partie en CLSC, qui composent actuellement plus de 22 % des médecins omnipraticiens au Québec. Cette croissance des effectifs médicaux en CLSC s'explique par l'attrait d'une pratique de groupe, surtout d'un environnement professionnel stimulant et de modes de rémunération adaptés à une pratique de médecine familiale: prise en charge des patients est bien évidemment priorisée.

Au cours des 15 dernières années, l'offre de services des services médicaux en CLSC s'est développée particulièrement dans le secteur des services médicaux généraux ou courants pour répondre aux besoins de la population. Ces services ont connu aussi une accessibilité accrue. Les clientèles desservies par les CLSC ont amené nos médecins de famille à développer différents savoir-faire. Ces médecins sont souvent les personnes-ressources pour le suivi des patients chez qui le travail interdisciplinaire s'avère essentiel. Cette expertise, les médecins de famille en CLSC l'ont développée le plus souvent tout en maintenant une pratique diversifiée et globale a contrario d'une pratique limitée à une seule clientèle.

Ce développement des services médicaux en CLSC s'est fait en complémentarité avec les cabinets médicaux. Les médecins de CLSC et de cabinet se partagent l'offre de services médicaux de première ligne. Les prochaines années devront voir s'accroître ce partenariat surtout dans le contexte d'effectifs médicaux restreints.

La nécessaire consolidation des services médicaux de première ligne. Les prochaines mesures législatives doivent assurer l'amélioration de l'offre de services médicaux de première ligne. Le projet de loi proposé permet à certains égards l'atteinte de cet objectif en autant qu'à l'intérieur des centres de santé et de services sociaux de même qu'au niveau des réseaux locaux l'emphase soit mise sur la planification, l'organisation des services médicaux de première ligne et la coordination avec les services de deuxième et de troisième ligne.

Également, les mesures législatives envisagées doivent assurer la pérennité des services médicaux de première ligne en établissement, que ce soit pour la mission CLSC ou au niveau des services dispensés dans les unités de médecine familiale en établissement. Le projet médical en CLSC a notamment démontré, au cours des dernières années, un attrait soutenu auprès des médecins, permettant ainsi de stabiliser, voire même d'améliorer, tel que mentionné plus haut, l'offre de services médicaux de première ligne en établissement qui ait un caractère général. Cependant, nous constatons qu'il en est autrement pour les cabinets médicaux, qui connaissent une baisse significative des médecins y oeuvrant.

Donc, il est impératif de proposer, dans les instances locales, une structure organisationnelle qui préserve les services médicaux de première ligne en établissement. D'autres mesures devront ainsi permettre la consolidation de l'offre de services en cabinets médicaux.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Très bien. M. Bérubé.

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Alors, annoncé comme une loi d'harmonisation, ce projet de loi vient donner un nouveau visage à notre réseau de santé et de services sociaux. Nous reconnaissons que l'amélioration des services offerts à la population doit passer par des changements significatifs dans l'organisation des services, et, à cet égard, les propositions contenues dans le projet de loi n° 83 devraient permettre d'atteindre l'objectif visé.

Un projet respectueux des organisations déjà en place. C'est avec satisfaction que l'Association des médecins de CLSC remarque que le législateur préconise un statu quo relatif, notamment dans l'organisation clinique des établissements, évitant ainsi d'entraîner des chambardements qui risquaient de démobiliser des acteurs lourdement impliqués dans les services à la population. Nous ne pouvons qu'afficher notre appréciation, mais préciserons plus loin nos inquiétudes.

Après étude du projet de loi n° 83, nous notons certaines ambiguïtés quant aux responsabilités dévolues aux différents paliers hiérarchiques du réseau de la santé et des services sociaux. La démarcation des responsabilités de chacun des acteurs, que ce soit l'instance locale, l'agence et le ministère, nous apparaît parfois confuse. Il serait important de préciser les responsabilités qu'aura l'agence notamment dans la définition du projet clinique et organisationnel, projet qui devrait recevoir l'assentiment du DRMG. Ce flou quant au rôle des structures régionales nous inquiète.

Certains éléments du projet de loi n° 83 nous questionnent. Nous craignons un alourdissement des processus. Un exemple est la procédure suggérée pour

le traitement des plaintes. Nous sommes d'avis que les modifications apportées au cours des dernières années dans le traitement des plaintes étaient adéquates pour assurer une réponse diligente aux usagers et ainsi améliorer les services à la population.

Le même commentaire s'applique au chapitre de l'informatisation et de la circulation de l'information. Nous appuyons avec empressement l'orientation de corriger les retards accusés dans ce domaine dans le réseau de la santé. Ceci doit, bien entendu, se réaliser dans le respect du caractère confidentiel des informations concernant nos patients. Il faudra cependant mettre en place des processus souples et sûrs pour que cette information circule avec fluidité.

Notre association est fortement interpellée par l'organisation des établissements. En effet, notre modèle de pratique de la médecine familiale est dépendant de l'organisation clinique des établissements nouvellement mis en place, les centres de santé et de services sociaux. Nous avons d'ailleurs manifesté, lors du dépôt de la loi n° 25, nos préoccupations à cet égard. Nous notons que le projet de loi n° 83 demeure relativement muet à ce chapitre et nous osons espérer que le législateur maintiendra le cap dans cette voie qui permet aux médecins à l'intérieur des établissements de se doter d'une organisation clinique qui réponde à leurs besoins locaux. Nous nous permettons cependant de formuler certains commentaires.

● (10 h 30) ●

Un CMDP unique jouera un rôle intégrateur entre les différents partenaires impliqués dans les soins aux patients en regroupant tous les médecins oeuvrant dans les centres de santé et de services sociaux.

Cependant, nous sommes d'avis que le législateur devrait préciser dans le projet de loi n° 83 que chacun des centres de l'établissement soit représenté au sein du comité exécutif du CMDP.

Également, lors du renouvellement des privilèges d'un médecin dans l'établissement, certaines garanties devraient être prévues permettant au médecin de continuer à oeuvrer dans son centre d'origine, et ce, notamment pour ce qui est de la mission CLSC. Nous désirons ainsi préserver l'offre de services en première ligne.

Le projet de loi n° 83 favorise le statu quo quant à l'organisation clinique des services médicaux dans les CSSS. Nous comprenons que, dans chacun des centres, que ce soit en CLSC, en CHSLD ou en centre hospitalier, seront maintenues les instances déjà prévues à la loi, c'est-à-dire le service médical ou le département clinique de médecine générale. Ceci est d'autant plus pertinent, à notre point de vue, pour les CSSS qui incluent un centre hospitalier de grande envergure. Les services médicaux de première ligne de type CLSC se retrouveraient grandement minoritaires dans un département clinique de médecine générale impliquant une majorité de médecins oeuvrant en deuxième ligne. Certains argumenteront la nécessaire intégration de tous les médecins dans un département clinique de médecine générale, mais, à notre point de vue, bien d'autres mesures prévoient déjà cette intégration, que ce soit le regroupement sous un même CMDP, la participation des médecins via les activités médicales particulières aux activités de deuxième ligne, la participation au DRMG, le développement des projets cliniques, etc.

Nous sommes inquiets de la composition des conseils d'administration des instances locales telle que proposée dans le projet de loi. Nous sommes d'accord avec l'inclusion d'un médecin de famille oeuvrant en cabinet privé pour faciliter l'intégration de ce partenaire majeur des instances locales. Cependant, nous constatons que de n'avoir qu'un seul médecin, délégué par le CMDP, risque d'exclure d'emblée les médecins de famille oeuvrant en première ligne dans la mission CLSC d'un rôle stratégique au sein du conseil d'administration. À notre avis, les CMDP délégueront, dans la majorité des cas, un médecin spécialiste. Nous proposons que, pour une instance locale qui inclut un centre hospitalier employant des médecins spécialistes, la composition du conseil d'administration comprenne, outre le médecin de cabinet privé, deux médecins recommandés par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, c'est-à-dire un spécialiste et un omnipraticien oeuvrant dans le centre. Pour un CSSS qui n'intègre pas de centre hospitalier, la proposition du projet de loi n° 83 nous apparaît recevable.

Avant de conclure ce mémoire, nous tenons à appuyer les efforts du législateur dans les mesures qui sont annoncées. Nul doute que le développement d'un projet clinique, pour chaque réseau local constitué, nous apparaît être la bougie d'allumage pour une meilleure intégration des services à donner à nos patients. Ce projet clinique se doit d'être rassembleur, incitatif et sans contrainte. À cet égard, il faut favoriser des mesures qui soient de nature à supporter tous les médecins de famille dans la dispensation des soins à leurs patients. Également, nous souhaitons que ces projets cliniques favorisent une approche horizontale des services à offrir à la population, à contrario d'une approche par programmes verticaux, où le médecin de famille aura de la difficulté à maintenir son rôle d'intervenant pivot dans les soins dispensés à son patient.

Nous avons amplement discuté, au cours des dernières années, de la précarisation des services médicaux de première ligne. La loi n° 142 et la mise en place d'une nouvelle entente sur les activités médicales particulières a eu des impacts majeurs sur l'offre de services en première ligne pour la prise en charge et le suivi des clientèles, notamment les clientèles vulnérables. Les mesures à mettre en place au cours des prochaines années devront favoriser l'orientation de la pratique médicale vers cette fonction essentielle du médecin de famille qu'est le suivi, en CLSC ou en cabinet, de ses patients. Pour ce faire, il faudra être très parcimonieux dans le développement des services de deuxième ligne pour ne pas précariser davantage les services de médecine familiale. Il faudra de plus assurer la pérennité des services médicaux de première ligne offerts en établissement, que ce soit en CLSC ou en UMF, et permettre le développement de ceux-ci pour répondre encore davantage aux besoins des patients. Rappelons qu'en établissement nous pouvons compter sur un environnement professionnel stimulant où interdisciplinarité et travail de groupe assurent aux patients une excellente qualité de services.

Nous mettons en garde le législateur de voir se développer des mégastructures au sein de nos réseaux locaux de services. En effet, il faut viser une planification où nos structures sont au service du patient et non l'inverse. Pour ce faire, la participation du citoyen est

essentielle dans la définition des projets cliniques mais également dans les échanges avec les professionnels.

En conclusion, l'Association des médecins de CLSC accueille favorablement le projet de loi n° 83 qui prévoit la mise en place de mesures permettant d'améliorer notre réseau de soins. Nous espérons que le législateur tiendra compte de nos observations, mais surtout que les décideurs mobilisés dans la foulée de l'adoption de cette loi maintiendront le cap sur la volonté exprimée dans ce projet de loi.

Je remercie à nouveau la Commission des affaires sociales de prendre acte de notre mémoire. Merci.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, merci, M. Bérubé, merci, M. Munger. La parole est au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Merci donc, MM. Munger et Bérubé, pour votre présentation fort intéressante. Dans des conversations avec des groupes de médecins qui vous ont précédés, j'ai fait appel à la nécessaire — je pense avoir fait un néologisme, là — resolidarisation entre les médecins, surtout des médecins de famille, et le réseau d'établissements publics. Dans votre cas, la démonstration n'est pas à faire, puisque vous êtes dans le réseau d'établissements publics avec un modèle de pratique qui, comme vous le dites, est très intéressant. Si on le résumait, je pense, c'est l'interdisciplinarité et la pratique mixte avec, d'une part, des soins généraux de première ligne et, d'autre part, des soins pour clientèles spécifiques à l'intérieur de programmes tels que jeunes en difficulté, santé mentale et ce genre d'activités là.

En vous écoutant, je me souvenais de mes cours en première année de médecine, en 1974. Ça commence à être un peu vieux. Et à l'époque on était à quatre ans de la création donc de ces CLSC, puis on nous expliquait l'organisation, la volonté, exactement ce que vous venez de nous dire là. Nous voici maintenant donc 30 ans plus tard, et je profiterais de votre présence pour faire une sorte de survol de l'état actuel des lieux. Ce qu'on peut certainement dire, c'est que l'expérience quant à la réalisation de l'objectif de porte d'entrée, de concentration des activités de première ligne qu'étaient les CLSC à l'époque varie beaucoup selon les régions. Je pense que, si on visite des régions, bon, je prends la Gaspésie, par exemple, on va constater que l'établissement d'accès ou la porte d'entrée au réseau de santé dans ce genre de région là, dans presque tous les cas, c'est le CLSC effectivement ou le centre de santé mais la version CLSC.

Je ne sais pas si l'un d'entre vous est de Montréal, mais, à Montréal, ce n'est pas comme ça que ça s'est produit. On sait qu'il y a eu un développement important des cabinet privés et qu'actuellement même on a un certain retard, un retard, je ne dirais pas un rejet, mais un retard dans le modèle des GMF. Et, quant à la pratique en CLSC, je ne sais pas dans quelle zone on est. Est-ce qu'on est dans une zone de progression, de stagnation ou de régression? Donc, quelle est la situation sur l'île de Montréal où vivent quand même un grand nombre de Québécois et à quoi attribuez-vous cette différence, là, en termes de résultats, 30 ans après la création des CLSC? On est un peu à l'écart de votre mémoire, mais je voulais profiter de votre présence.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Mais vous êtes vraiment en consultation gratuite, là, auprès du ministre.

**M. Munger (André):** Rassurez-vous. Je voudrais rassurer d'abord M. le ministre, moi, j'ai commencé en 1972 alors...

Le problème de Montréal est une chose particulière, vous savez. Ce qui est vrai par rapport aux GMF l'est tout autant par rapport au développement du projet médical en CLSC sur l'île. C'est une réalité avec laquelle il faut vivre, très certainement pas la contourner. Il faut l'affronter. On a fait plusieurs représentations sur l'île. Pas qu'on y est absent, on y est présent. Mais, par exemple, le CLSC des Faubourgs où il y avait, là, vous savez, une concentration particulière des clientèles vulnérables, l'itinérance, tout ça, il y a vraiment des projets médicaux qui se sont développés. Ailleurs sur l'île, ce n'est pas qu'il n'y a pas de médecins de CLSC, il y a des médecins qui pratiquent mais à l'intérieur de programmes. Par exemple, toute la question du maintien à domicile, les effectifs sont relativement importants.

Ce qu'on a toujours défendu, c'est ce que vous avez dit tout à l'heure, c'est qu'il fallait en même temps un tronc commun de services généraux à la population. Il est permis bien sûr de développer des pointes d'excellence ou des pointes de pratiques, de savoir-faire par rapport aux clientèles vulnérables, mais on a voulu maintenir un caractère très général dans notre pratique et on pense que c'est garant, ça, de la survie d'abord de la pratique médicale en CLSC. Mais vous avez tout à fait raison, pour toutes sortes de raisons, moi, je pense qu'il y a eu une résistance importante au développement des GMF et au développement des services médicaux en CLSC sur l'île de Montréal, qu'on a voulu contrer, mais on n'a pas trouvé les bons arguments très certainement, à l'heure actuelle, pour régler le problème ni sur le point des développements de ces services en CLSC ni sur le plan des GMF.

**M. Couillard:** Il y a quand même eu des, je dirais, diminutions des résistances. Notre sous-ministre en titre, Dr Iglesias, qui à l'époque était un médecin de famille qui a participé à la fondation d'un des premiers CLSC d'ailleurs en Estrie, à Farnham, me raconte encore avec émotion toute la tension par rapport à la communauté médicale qu'a évoquée la naissance de ces CLSC là. Je pense que quand même, heureusement, on a dépassé cet état de choses là.

• (10 h 40) •

Effectivement, la notion de l'offre de services médicaux de première ligne par rapport aux programmes, je pense, c'est important de la mentionner et de la répéter. D'ailleurs, vous avez probablement su l'orientation qu'on veut développer à Montréal justement devant la faible adhésion ou relative faible adhésion au concept de GMF qui sont les cliniques médicales associées. Et on a été très clair: les CLSC sont éligibles pour être des cliniques médicales associées. Il y a, par exemple, celui de la pointe de l'île, à Pointe-aux-Trembles, qui est intéressé à le devenir, là. Est-ce que vous ne pensez pas qu'il y a là une occasion de refaire cette promotion du CLSC comme endroit où se dispensent des services généraux de première ligne et non pas uniquement des clientèles spécifiques?

**Une voix: M. Munger.**

**M. Munger (André):** Oui. Quand vous faites référence à Pointe-aux-Trembles, c'est un milieu qu'on connaît relativement bien, qui est un milieu qui même va relativement... En fait, quand vous dites: Le point d'entrée dans le réseau, Pointe-aux-Trembles est un bel exemple sur l'île de Montréal où c'était beaucoup le point d'entrée dans le réseau. Il y a eu une fragmentation de l'équipe pour différentes raisons. La question des AMP n'a pas aidé nécessairement. Encore que c'est un mal nécessaire, les AMP, on en convient.

J'avoue, moi, une certaine... je suis aussi impliqué dans le développement des GMF, là, vous le savez, c'est une chose qui m'intéresse. Parce que, moi, je pratique à Sherbrooke. Puis on a réalisé une chose, là. C'est qu'on a pensé au départ à une chose qui était à mon sens juste, c'est que c'était aussi une occasion de réunir les médecins à l'intérieur du groupe de pratique, mais peu importe leur plateau d'exercice. Et, chez nous, on a voulu que ce soit vrai, donc on a inclus dans notre GMF, par exemple, deux petites cliniques pour désisoler les cliniques privées, les pratiques solo, par exemple, et, je pense, c'est encore une formule intéressante.

Ce n'est pas que les CMA ne sont pas intéressantes. Je pense que, si c'est une voie ou c'est un premier pas vers le développement d'une pratique à mon sens plus conforme, à définir un environnement de pratique plus favorable, moi, je pense qu'il faudra peut-être passer par cette étape-là. Est-ce que ça va consolider les services médicaux en CLSC? Écoutez, je pense que plusieurs des médecins qu'on connaît sur l'île sont intéressés, adhèrent d'ailleurs à ça, parce que cette mentalité de l'île de Montréal, des médecins, concerne l'ensemble des médecins, y compris les médecins de CLSC. Donc, moi, j'espère qu'ils vont en faire partie puis qu'ils vont être partie prenante de cette démarche-là, mais je la vois déjà comme une première étape, ce n'est pas une fin en soi.

**M. Couillard:** D'ailleurs, pour la question des AMP, je pense qu'on a été assez créatif au cours des derniers mois. On a vu qu'il est possible d'utiliser les AMP dans le cadre d'un réseau d'accessibilité de première ligne. Moi, ce que je me dis, c'est que si un CLSC, une équipe médicale de CLSC se présente avec un projet d'accessibilité de première ligne pour son territoire, il y a de très grandes chances que les AMP soient disponibles pour ça, non? Est-ce que ça ne doit pas venir, l'initiative, des équipes médicales également? Et on pense toujours que l'offre doit venir du ministre ou de l'agence régionale, mais, si les équipes de CLSC se concertent pour bâtir une offre de réseau d'accessibilité de première ligne pour un territoire défini, qui est maintenant celui du centre de santé et services sociaux, il n'y a pas de raison que les AMP ne puissent pas être attribuées pour ce type de mission là.

**M. Munger (André):** Sur ça, nous sommes tout à fait d'accord, puis on pense que c'est raisonnable, surtout qu'actuellement, là, on est dans le développement de l'offre de services AMP, je pense qu'on en est rendu là, parce que les services de deuxième ligne commencent à être pas mal couverts. Il s'agit de développer pour la population des services prioritaires. Puis, dans cet ordre-là,

en première ligne, il y a deux choses qui sont importantes: le réseau d'accessibilité médicale autour de pôles de pratique importants où vont se greffer différents médecins en périphérie, puis toute la question du maintien à domicile puis de la garde pour les gens en perte d'autonomie puis en soins palliatifs. Ça, c'est les deux aspects très importants qui concernent les équipes médicales de CLSC, mais pas que les équipes médicales de CLSC, les équipes médicales territoriales, parce qu'il faut faire une fusion de ces équipes-là pour rendre un service pour l'ensemble des populations desservies par le réseau de l'accessibilité et les gardes à domicile des gens en perte d'autonomie.

**M. Couillard:** Comme le dit notre président, j'ai eu recours un peu à une consultation gratuite avec votre présence ce matin. J'étais très intéressé d'entendre votre vision de l'état actuel des choses pour la pratique en CLSC.

Bien, allons maintenant plus précisément sur la question du projet de loi. D'abord, le projet clinique et organisationnel. Je pense que vous avez entendu ou vous avez vu les débats des derniers jours, dernières semaines. Moi, j'ai beaucoup insisté pour qu'on le présente, ce projet clinique, comme étant la façon dont on remet, comme je le dis, la pyramide du système de santé dans le bon sens: non pas une pyramide qui est sur la pointe, mais une pyramide sur la base. Donc, on veut que le projet clinique origine de l'endroit qui est le plus près de la population, des soins de première ligne, et que les milieux plus spécialisés soient en soutien et non pas l'inverse, comme ça a été historiquement, où les milieux spécialisés allaient unilatéralement offrir, offrir entre guillemets, ce qui était disponible pour les populations.

Mais qu'est-ce que vous pensez donc de cette question d'exclusivité? Ça a été discuté à plusieurs reprises, parfois positivement, souvent négativement, dépendant des intervenants qui étaient devant nous. Si c'étaient les CLSC, CHSLD, on insistait qu'il fallait conserver cette exclusivité. Si s'étaient les établissements spécialisés, on indiquait qu'il fallait être plus relatif. Et partout on nous demande de mieux statuer sur la question de l'arbitrage, le rôle de l'agence régionale. Pourriez-vous nous donner votre vision de ce projet-là en maintenant donc cet objectif que vous devez partager également d'avoir une pyramide bien assise sur sa base?

**M. Munger (André):** Par rapport au projet clinique, vous avez compris qu'une chose est importante, c'est que, nous, on veut préserver les services de première ligne. On pense que l'assise, pour une société, par rapport à santé générale... Là, services spécialisés, pour l'individu, c'est extraordinaire, puis c'est important. Je veux dire, on ne veut pas faire le procès de la médecine spécialisée, au contraire. Mais il nous apparaît important qu'on ait une base de services qui soit importante, puis je pense que ce que vous décriviez tout à l'heure est tout à fait juste.

On avait des craintes au départ par rapport au développement des projets cliniques. Parce que c'est une approche-programme. Dangereux, une approche-programme, en principe. En pratique, il va falloir y faire face. L'approche-programme propose un programme... Dans le fond, si vous ciblez des clientèles, donc, c'est

une approche-programme. On a vécu ça, on en a parlé tantôt, dans les CLSC. Vous n'êtes attaché qu'à une clientèle, que ce soient les itinérants, que ce soit la clinique jeunesse, que ce soit... C'est une pratique avec laquelle on a eu beaucoup de difficultés puis on a consacré beaucoup d'efforts pour se départir de cette étiquette-là d'approche-programme pour devenir un tronc général de services en médecine familiale et permettre aussi le développement d'excellents... des pointes de pratiques par rapport aux clientèles vulnérables.

Donc, le projet clinique repose la question de l'orientation par approche-programme. Je vais vous dire qu'on a cheminé par rapport à ça. D'abord, on croit au projet clinique, on est les médecins qui... par rapport à cette philosophie-là, on veut bien sûr intégrer puis on va être probablement vos plus fidèles partisans et partenaires de ça.

En fait, la crainte de voir, par exemple, pomper les ressources dans des programmes par les services de deuxième et troisième ligne n'est pas vraie. En fait, idéalement, dans le contexte d'une réorganisation puis d'une perspective de qualité de services puis une bonne organisation des services de première ligne, en fait on devrait voir — je vous dis ça en plaisanterie, bien sûr — peu ou pas de clients référés dans les programmes parce qu'on aura su prévenir, parce qu'on aura su avoir un niveau de résolution de problèmes en première ligne qui fait que, bien, on ne référera pas à un programme de MPOC une bronchite chronique ou les MPOC légers.

Donc, on va consacrer les énergies auprès des gens qui le méritent, qui seront vus, à ce moment-là, rapidement, où l'accès aux services sera... Donc, il y a un méchant coup de barre à donner et, moi, j'idéalise un peu le projet clinique en disant que, si vraiment on a des objectifs communs puis on sait ce vers quoi on veut tendre, probablement que l'ensemble des médecins pourront travailler ensemble mieux, travailler à l'intérieur d'équipes multi ou interdisciplinaires sur des modèles de pratiques qui sont, par exemple, les GMF ou des pratiques intégrées puis qu'à ce moment-là l'approche clinique va permettre de mieux servir les clientèles.

Par exemple, moi, je travaille sur le territoire de Sherbrooke. Il est clair qu'au départ les priorités vont se mettre sur le PAPA, en fait le maintien à domicile des gens en perte d'autonomie, puis ça m'apparaît très logique parce que déjà le programme est relativement bien structuré. Mais la deuxième priorité, c'est les services généraux, qui est le moins bien défini. C'est: Quelles orientations, quels services de base à la population? C'est quoi, la préoccupation des patients de ne pas trouver un médecin de famille? Comment on va être capable de faire face à cette réalité-là pour être capable justement de voir l'introduction des autres programmes successifs en étant justement, en première ligne, capable de répondre à ces impératifs-là? C'est un peu notre point de vue par rapport à ça.

**M. Couillard:** Moi, je pense que l'approche-programme a des utilités, mais il faut, comme vous venez très bien de le faire, la dépasser aussi, là. L'approche-programme est utile parce qu'on cible des clientèles qui ont bien besoin d'être ciblées, disons-le, mais également on protège les enveloppes budgétaires, et ça, c'est particulièrement utile lorsqu'on parle de missions telles

que la jeunesse en difficulté ou la santé mentale, par exemple.

Autre modalité, c'est l'organisation médicale dans le CSSS. Je ne sais pas si vous avez suivi la proposition de l'Association des CMDP qui nous a été faite il y a deux ou trois semaines. Je vous la résume. Sur plusieurs points, ils sont tout à fait dans le même axe que ce que vous nous présentez actuellement. Ils saluent la naissance d'un CMDP unique, mais, sur la question de la structure pour la médecine générale, ils nous disent: Attention — et c'est un avertissement auquel, je dois dire, je suis sensible — ne faites pas en sorte, par préoccupation pour les soucis des groupes professionnels qui sont dans les CSSS, d'aller à l'encontre des objectifs que vous poursuivez, vous visez, nous disent-ils, l'intégration et que les murs soient un peu moins élevés qu'ils ont été historiquement.

Donc, eux nous suggèrent un département unique de médecine générale. Mais je suppose qu'avec un département de médecine générale on pourrait également avoir des services par installation, par établissement, et des privilèges également, lorsqu'ils sont donnés, qui sont attachés à telle ou telle mission ou tel ou tel établissement. Je suis un peu craintif, là, de conserver des départements séparés à l'intérieur d'une organisation qu'on veut unifier et intégrer, ce qui n'est pas le cas. Dans le projet de loi, on ne prévoit pas ça actuellement. Je vous transmets la proposition ou la recommandation que l'Association des CMDP nous faisait.

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Comme nous l'avons dit, le projet de loi ne prévoyait pas ça. Il ne prévoit pas ça actuellement, et nous étions en accord avec cette façon de faire.

**M. Couillard:** Aidez-moi à rester dans la même orientation.

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Bon. La crainte de l'association puis des médecins qui sont impliqués particulièrement en première ligne, c'est que l'intégration au sein d'un mégadépartement qui comprendrait tous les médecins en médecine générale de l'établissement, c'est de voir, comme on a l'occasion souvent de voir dans différentes discussions, l'emphase mise sur les préoccupations de deuxième et de troisième ligne qui rapidement, dans des discussions...

● (10 h 50) ●

Moi, je participe à une table territoriale dans le secteur de Chicoutimi depuis de nombreuses années et je dois vous avouer que, malgré tous nos efforts, dans nos réunions, quand on réussit à parler de première ligne puis de soins dans la population pendant cinq à 10 minutes à la fin d'une réunion, à la course, là, on se considère comme étant chanceux, parce qu'évidemment les problèmes de l'urgence, évidemment les problèmes sur les étages ont tendance à préoccuper davantage les gens qui sont réunis autour de ces tables-là, même si c'est tous des gens qui font de la médecine de première ligne. Ce qui urge, ce qui est pressant, c'est des préoccupations de ce genre-là.

Pour se donner une chance de réussir puis d'avoir un projet porteur, je pense que c'est nécessaire qu'un département, nommons-le comme ça, puisse avoir

comme préoccupation unique et principale l'organisation des services de première ligne dans un territoire. Ça n'empêche pas les liens au niveau des tables territoriales, au niveau des tables de département entre tous ces individus-là; il n'y a rien qui empêche. On discute, on jase, on fait des ententes comme telles, mais je ne crois pas que le fait d'avoir deux départements qui sont consacrés à la médecine générale dans un établissement de ces établissements-là qui, dans le cas du mien, moi, dans le secteur de Chicoutimi, est quand même énorme, là, je ne crois pas que ce soit superflu puis je ne crois pas que ce soit un blocage. Je crois plutôt que c'est quelque chose de positif pour en arriver à faire une réussite d'un projet que, nous, dans mon secteur, on trouvait un peu gros, un peu énorme, là. Se donner la chance de réussir.

**M. Couillard:** Je voudrais dire: Pour nous également, la priorité, c'est le projet, c'est ce qui ressort comme bénéfiques pour la population, mais mon souhait également est de ne pas faire en sorte d'avoir les structures qui gênent cet objectif-là. Mais je comprends très bien votre explication.

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Ça peut être plutôt évident, mais on peut avoir différents points de vue. Je veux dire, il y en a...

**M. Couillard:** Bien, vous pourriez peut-être lire le mémoire de l'Association des CMDP, parce qu'eux ont un argumentaire, puis peut-être on serait heureux... moi, je serais heureux de recevoir vos commentaires sur ce mémoire-là séparément puis, je suis certain également, les membres de l'opposition pourraient en bénéficier également.

**M. Bérubé (Jean-Denis):** On va s'y pencher et on vous fera parvenir des commentaires.

**M. Couillard:** Sur la question de la composition du conseil d'administration, effectivement, là, il y a plusieurs groupes qui nous demandent de rehausser le niveau de leur participation au conseil d'administration. Vous êtes un de ces groupes-là. Je dirais que je vois deux problèmes dont on pourrait discuter maintenant. Et il y a un problème général qui est le même pour tous les groupes qui nous demandent d'être ajoutés au conseil d'administration, qui est le gonflement progressif d'un conseil d'administration au-delà d'un nombre où il devient inefficace, là. On sait tous que, passé un certain nombre, ça fait des réunions assez difficiles à gérer, donc où il est difficile de faire ressortir des orientations concrètes et pratiques, un. Deuxièmement, puis c'était encore le cas hier, on nous reproche, à mon avis sans raison, de favoriser la dominance médicale — j'utilise les mots, là, qui sont employés — on m'a même qualifié moi-même de pur produit de l'organisation médicale, mais je n'ai pas compris si c'était un compliment ou un reproche.

Mais est-ce que vous pourriez nous... Donc, la question du nombre de personnes, là — parce que tout le monde veut, hein, «rajoutez-nous, rajoutez-nous, rajoutez-nous» — un, la question de la fonctionnalité du conseil d'administration; deux, cette perception. Et la perception, c'est aussi la réalité que surtout les groupes qui représentent

les missions sociales lisent dans toute l'organisation passée et proposée du système de santé, ce qu'ils appellent la main mise du pouvoir médical ou de l'organisation médicale. Alors, comment est-ce que vous voyez ça? Qu'est-ce que vous leur répondriez?

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, est-ce que vous pouvez rassurer le ministre?

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Bien, initialement, la position de l'Association des médecins de CLSC était de retrouver notre place au Collège électoral des médecins omnipraticiens, parce que, antérieurement, dans la loi, le médecin désigné par le DRMG, le Collège électoral était composé des médecins de cabinets privés puis des médecins de l'établissement qui faisaient de la médecine générale. Maintenant, nous avons été exclus de ce collège-là. Et, pour avoir eu certaines discussions avec différentes personnes, effectivement, pour l'intégration des cabinets puis des médecins de cabinets dans ce qui devra nécessairement être le réseau, là, d'avoir un médecin qui vient de cette entité-là, je pense que c'est très important, puis on reconnaît cette importance-là.

Par contre, c'est bien évident que, comme médecins qui sont à l'intérieur même de l'instance, d'être, dans beaucoup de cas, exclus d'emblée... Parce qu'on peut bien comprendre, puis je peux comprendre mes confrères spécialistes que, dans un contexte où on est dans un centre qui comprend, comme chez nous, 200 spécialistes puis une cinquantaine d'omnipraticiens puis qu'il y a déjà un omnipraticien à la table du conseil d'administration, ce serait fort étonnant que ce soit moi qui soit élu.

Et, nous, notre position, c'est qu'on a notre mot à dire dans l'organisation parce que, dans le travail de l'instance dans l'organisation d'un réseau sur le territoire, eh bien, nous, notre expertise en termes d'organisation des services médicaux de première ligne, au sein de la population, à partir d'un établissement, je pense que ça a son importance, puis il faut qu'on ait différents endroits pour le véhiculer.

En ce qui concerne la représentation proportionnelle entre les questions sociales, sociocommunautaires, tout ça, bon, bien, oui, certains peuvent se trouver défavorisés. Je ne crois pas que, dans un gros centre de santé et services sociaux, trois médecins, ce soit superflu, au sein du conseil d'administration. Ça demeurera quand même dans des dimensions raisonnables, à mon avis.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, merci. Je cède la parole maintenant à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

**Mme Harel:** Merci, M. le Président. Alors, je vous salue, Dr Bérubé et Dr Munger, au nom de l'opposition officielle. Alors, peut-être, d'entrée de jeu, vous dire que j'ai l'immense privilège, depuis 18 ans, de pouvoir compter sur un médecin de famille qui pratique en CLSC, le CLSC d'Hochelaga-Maisonneuve. Et je sais que je voudrais que ce privilège puisse être offert aussi à tous mes concitoyens.

Je lisais votre mémoire et je me posais la question si la croissance des effectifs médicaux en CLSC, que l'on retrouve à la page 5 de votre mémoire, s'était

poursuivie après l'an 2000, ce sont les derniers chiffres, là, que vous avez?

**M. Munger (André):** Je vais faire un commentaire aussi là-dessus. Je vais vous dire c'est quoi, nos prétentions. C'est sûr qu'on a développé un modèle à partir des années soixante-dix tranquillement, et puis nos prétentions sont modestes. Je pense qu'il y a une émulation respectueuse, des modes de rémunération différents, un plateau d'exercice différent, l'interdisciplinarité. Notre objectif est atteint, et on pense qu'il faut respecter infiniment le fait que la médecine en cabinets médicaux va rester développée et probablement le pôle de pratique le plus important au Québec, je pense. Encore que c'est là où le bât blesse le plus parce que c'est là où on a le plus de difficultés à recruter. Moi, je le sais, c'est parce qu'il y a un environnement professionnel dont les jeunes veulent moins. La question des GMF pourrait peut-être changer cet ordre des choses là.

Oui, ça a augmenté très légèrement, oui, ça a augmenté très légèrement. Je vous disais qu'on est autour de 1 800, quand on parle de membres d'association. C'est une organisation syndicale, là. Mais probablement qu'on est près de 2 000 médecins, en tout ou en partie. Ça veut dire qu'il y a des gens qui ont des avis de nomination spécifiques qui travaillent très peu mais qui sont impliqués dans un domaine d'exercice de pratique médicale en CLSC.

Je pense que c'est sain. Moi, je penserais que, dans un modèle idéal, que 30 % des médecins soient attachés à un établissement public de santé puis qu'il y ait un modèle de pratique qui... puis a une émulation respectueuse puis une intégration, je pense, ce serait un équilibre très sain, puis je pense que ça a été extrêmement intéressant pour la pratique médicale contemporaine au Québec, je pense ça, moi. Mais je ne pense pas que cet équilibre-là devrait être rompu, puis je pense qu'on a à peu près atteint cet équilibre-là actuellement.

Vous avez raison, cette répartition-là, le problème se fait de façon très inégale. Alors, c'est sûr, quand vous vous trouvez en périphérie, dans les zones rurales où il y a peu ou pas de médecins de famille qui vont développer des cliniques, c'est un problème. Mais c'est vrai aussi qu'en ville, vous parliez d'Hochelaga-Maisonneuve, on parle des Faubourgs, dans les quartiers plus défavorisés, plus peuplés, bien là c'est sûr qu'il y a eu des noyaux de CLSC puis d'équipes médicales qui se sont développés.

Je voudrais bien penser que ce serait possible pour l'ensemble du territoire de façon équitable, mais j'ai l'impression que le portrait actuel, le développement des services s'est fait selon une histoire qu'il nous faut à peu près respecter, puis là où on va être obligé de combler les vides, c'est là où il y a avoir une désertion des cabinets médicaux d'un secteur de population donné. Si, par exemple, dans un ville X, les cabinets médicaux pour des raisons économiques, ou qu'est-ce que vous voulez, vont désertir, c'est sûr... qui va prendre la relève? Ça va être le réseau public, ça va être les établissements et développer une équipe médicale en fonction des priorités qui seront définies par le ministère.

● (11 heures) ●

**Mme Harel:** J'ai l'impression, Dr Munger, qu'on ne parle pas de la même réalité. Vous parliez tantôt

d'Hochelaga-Maisonneuve. S'il y a une réalité, c'est la désertion totale de la pratique médicale en CLSC pour Rosemont, pour Plateau Mont-Royal, pour Hochelaga-Maisonneuve, pour Olivier-Guimond, en fait pour une partie importante. On est, quoi, un demi-million de population dans l'est de la rue De Lorimier, et, à part le bout de l'île, dont on parlait pour Pointe-aux-Trembles, c'est une désertion de la pratique médicale en CLSC.

Alors, bon, revenons à l'évolution des effectifs médicaux, donc vous nous dites... Ce sont des salariés, j'imagine, hein, ces 1 700 que l'on retrouvait en 2000?

**M. Munger (André):** Mode de rémunération mixte, madame.

**Mme Harel:** Mode de rémunération mixte. Vous savez, la difficulté présentement... Bon. D'abord, vous pouvez compter sur nous. Tout ce qui va pouvoir renforcer la première ligne, ça fera l'objet de toutes nos attentions au moment de l'examen article par article du projet de loi. Et ça vaut certainement pour la représentation au sein des conseils d'administration, mais ça vaut aussi pour ce que vous mentionnez, à savoir les départements cliniques de médecine générale. Parce que je dois vous dire que l'intégration se fera ou pas au niveau du département régional, mais la plupart des organisations représentant le milieu médical sont venues dans le fond proposer l'abolition du DRMG, carrément, hein. Je pense que la plupart l'ont...

**M. Couillard:** ...

**Mme Harel:** La commission médicale régionale, pas le DRMG. Bon. Alors, le ministre me reprend, puis je l'accepte. Alors, revenons à la réalité. Pourquoi la désertion de la pratique médicale en CLSC dans une grande ville comme Montréal? Je suis très fière de comprendre qu'à Chicoutimi puis à Sherbrooke la population peut compter sur un GMF. Vous, vous êtes, Dr Munger, GMF en CLSC?

**M. Munger (André):** Intra-muros, oui, à Sherbrooke.

**Mme Harel:** À Sherbrooke. Bon. Là, nous, on nous offre des GMF à rabais. J'appelle les GMF à rabais les cliniques médicales affiliées, d'autres disent associées — là, le ministre dit associées. C'est des GMF à rabais. J'ai fait venir par accès à l'information l'ensemble du dossier des CMA. C'est nouveau, ça. On passait de la pratique médicale en CLSC, après de la pratique médicale en GMF, là on est rendu à la pratique en CMA, clinique médicale associée, où on demande à des cliniques privées 30 % de suivi. Alors, dans les quartiers plus défavorisés, en fait dans les quartiers où il y a des poches de pauvreté, il y a énormément de cliniques privées. Il n'y a pas de problème de recrutement en clinique privée, c'est des cliniques sans rendez-vous et puis c'est des cliniques sans suivi. Il y en a énormément.

Alors, comment on fait, est-ce qu'on va accepter de reconnaître des réalités particulières? Par exemple, je suis consciente que c'est mon parti qui a fait adopter la loi n° 142 dont vous parlez avec les AMP, mais il y a eu des effets pervers. Ça a fait désertir les médecins des

CLSC dans les quartiers défavorisés. La situation est différente en région, ça, je le comprends. Alors, comment on fait pour s'ajuster à des réalités différentes et pas appliquer la même médecine partout, vu qu'elle ne donne pas des résultats satisfaisants?

**M. Munger (André):** Vous parlez avec éloquence du problème de Montréal. On l'a souligné, il y a des particularités propres à ce milieu-là, mais ce n'est pas la seule raison. Vous parliez de désertion tantôt, on vous a dit: Il y a une désertion des cabinets médicaux aussi. Je regardais sur Sherbrooke les nouveaux facturants cette année: zéro prise en charge, des jeunes médecins qui ont fait une année supplémentaire en médecine d'urgence, qui vont faire de l'hospitalisation à temps plein. Donc, il y a cet élément-là aussi. Quand on parle de préserver la première ligne, on veut aussi des médecins engagés résolument, pas qu'ils ne feront pas une partie de leur pratique, mais il y a une sectorisation importante de la pratique médicale, ce que, nous autres, on s'est vraiment soulevés contre ça. C'est pour ça qu'on parle d'une pratique, un tronc commun d'exercice.

Donc, on est un peu victime de ça, à Montréal peut-être plus qu'ailleurs. Là, vous avez probablement raison. C'est vrai que nos effectifs sont très fragiles dans certains milieux. On a toujours pensé une chose, nous, puis ce pour quoi on défend les GMF: si vous avez un environnement professionnel qui est intéressant pour les médecins, si vous avez des équipes stables, résolument engagées sur une pratique polyvalente, avec un tronc commun d'exercice, une offre de services complète à la population, vous n'aurez pas de problème à recruter. Je ne veux pas parler pour moi, mais pourquoi on n'a pas de difficulté à recruter de médecins au CLSC de Sherbrooke? C'est parce qu'on a un modèle de pratique qui intéresse les jeunes médecins. Alors...

**Mme Harel:** Pourquoi il existe huit GMF sur un territoire de 2 millions de population à Montréal?

**M. Munger (André):** Il y a une résistance de l'ensemble de l'île, des médecins de l'île de Montréal sur ce modèle-là qui leur est proposé. Je pense quand même... Vous parliez d'un problème qui est absolument important, c'est la notion de la prise en charge du suivi, la notion de la qualité et la notion de l'accessibilité. Puis à mon sens l'accessibilité, ce n'est pas d'être capable de consulter rapidement dans une clinique sans rendez-vous, l'accessibilité, c'est d'avoir recours à un médecin ou à un médecin de l'équipe traitante qui vous connaît puis qui assure une continuité des soins. Il faudra faire un vrai débat un jour sur l'accessibilité, et c'est là où le bât... Je pense que le problème, il est de ce niveau-là. Moi, je suis d'accord. Si proportionnellement les médecins de l'île de Montréal font beaucoup plus de sans rendez-vous, je ne dis pas que ce n'est pas utile, c'est une forme de consommation de services qui peut avoir une certaine utilité, mais ça dessert à mon sens l'intérêt et les orientations fondamentales qu'on doit avoir dans un système de santé public: c'est de prendre en charge ces individus-là, de cheminer avec eux le temps d'avoir une approche qui est polyvalente, qui est intégrée et qui est multidisciplinaire, et ça, c'est un problème, et c'est un problème qui est surtout vrai d'ailleurs sur l'île de Montréal.

**Mme Harel:** Comment voyez-vous la présence accrue des infirmières praticiennes sur la première ligne?

**M. Munger (André):** On ne les appelle pas praticiennes, là. Moi, j'aime bien le terme «cliniciennes», encore qu'il faut faire attention au terme qu'on utilise. Moi, je suis dans un GMF et puis, il y a longtemps passé, dans les années soixante-dix, quand on travaillait avec une équipe multidisciplinaire dans les CLSC, là, c'était éclaté. Il y avait des intervenants communautaires, on les connaissait par leurs noms puis on savait ce qu'ils faisaient. On avait des interventions multipôles sur les clientèles. Ce n'est plus le cas. La rue Gordon à Sherbrooke, le CLSC est disparu de là il y a très longtemps.

Je redécouvre avec les GMF une forme beaucoup mieux intégrée de pratique interdisciplinaire, mais là aussi il y a des dangers puis il y a des enjeux importants. Moi, j'aime penser que... Parce qu'un des grands défis des projets cliniques, c'est comment on va être capable comme équipe de partager ces responsabilités-là, de définir un champ de pratique où on va demander à tout un chacun de faire ce qu'il est habilité à faire de mieux, demander un repositionnement professionnel.

Donc, moi, je vois la présence d'une infirmière clinicienne ou praticienne, là, comme quelqu'un qui vient nous seconder, qui va prendre en charge les clientèles, qui va travailler en complémentarité avec nous mais qui ne fera très certainement pas des choses, qui ne sera pas au service des médecins pour faire du triage, qui ne sera pas au service des médecins pour faire du «well-baby care», qui va faire partie comme professionnelle de façon intégrante de notre équipe. Et là il y a un enjeu extrêmement important, on est aux balbutiements de cette réalité-là en première ligne parce que l'infirmière clinicienne première ligne, c'est dans le contexte des GMF qu'elle se développe, et c'est une opportunité extraordinaire qu'on a. Je pense qu'on va être en mesure prochainement d'évaluer les bons et les moins bons aspects de ça. Moi, je pense que c'est extrêmement positif, mais il va falloir faire très attention sur justement ce repositionnement professionnel là dans le contexte des raretés des effectifs en santé, que ce soit en nursing, que ce soit en médical aussi.

**Mme Harel:** Pourquoi alors ne pas envisager des expériences pilotes en CLSC, par exemple, dans les quartiers ou milieux où la pratique médicale en CLSC est très difficile, en fait je ne dirais pas inexistante mais pas loin. C'est un fait d'évidence, là, surtout dans les populations urbaines, là, montréalaises. Pourquoi ne pas envisager des expériences pilotes d'infirmières cliniciennes, là, pour prendre votre expression, dans ces CLSC?

**M. Munger (André):** Bien, étant donné qu'on est en expérience, on est en développement déjà dans les GMF. Parlez-en aux Faubourgs, par exemple. Sollicitez, par exemple, quelques médecins pour se regrouper dans Hochelaga-Maisonneuve. Parce que peut-être que les médecins de la communauté médicale du CLSC d'Hochelaga-Maisonneuve ne sont pas comme tels capables de former un GMF. Mais on devra faire de la promotion de cet élément-là. Et je pense qu'actuellement on est en réflexion, il y a déjà quelque 100 et plus GMF.

Moi, j'espère voir des gens faire une réflexion nouvelle sur ce mode de pratique là parce qu'il faudra diffuser cette information-là par rapport... Mais ça, il y a des tracasseries administratives, il y a toutes sortes de choses qui sont liées à ça. Mais est-ce bien des tracasseries? Moi, je pense qu'on est dans un modèle extrêmement novateur qui est porteur, et, là où on pourra faire des expériences... Et c'est là qu'elles se font, les expériences, dans un encadrement sécuritaire, dans un partage de responsabilités, dans un cadre d'interdisciplinarité. C'est dans ce contexte-là, je pense, qu'il faut faire des expériences. Moi, je ne veux pas isoler les infirmières pour travailler en praticiennes dans la rue, je veux les intégrer dans des équipes de première ligne. C'est ça à mon sens qui est l'important.

**Mme Harel:** Mais là il y a comme un rendez-vous avec la croisée des chemins, là, si on me permet, parce que la direction qu'a prise actuellement l'agence régionale de Montréal d'intensifier les CMA, là, les cliniques médicales affiliées, là, ou associées, en fait, en ne demandant, malgré le financement public, que 30 % de suivi et en envisageant que ces cliniques médicales associées entrent dans les CLSC... Si je comprends bien, vous parliez tantôt d'une possibilité que... C'est aussi le ministre qui en parlait, en fait, que ces cliniques médicales associées soient associées avec la pratique médicale. Mais je vais peut-être laisser au ministre le soin de préciser.

**M. Couillard:** Ce que je disais, c'est qu'une clinique médicale associée peut être un CLSC. Dans les propositions qui sont venues, certaines sont venues de CLSC.

**Mme Harel:** Mais pourquoi ça ne pourrait pas être plutôt des GMF?

**M. Couillard:** Moi, je veux bien qu'on ait des GMF. Il faudrait que les médecins veuillent en avoir, eux, également.

**Mme Harel:** Dans les CLSC.

• (11 h 10) •

**M. Couillard:** Toutes les propositions seront accueillies avec joie.

**Mme Harel:** Mais chose certaine en tout cas, au niveau de la première ligne, il faut trouver un renforcement de la première ligne. Bon. Il y a aussi, et ça on y reviendra, toute la question du préhospitalier. Ce n'est pas vrai qu'on est les seuls à avoir le pas dans l'Amérique, compte tenu de nos voisins ontariens et américains, et il n'est pas vrai qu'on ne puisse pas aussi développer des services préhospitaliers de qualité encore plus grande que ce qui est offert présentement. Et ça va aussi, puisque vous êtes... Dans votre mémoire, on sent le souci du renforcement de la première ligne. Dans la première ligne, il y a des infirmières cliniciennes, il y a du préhospitalier, il y a des médecins étrangers, il y a finalement un ensemble de mesures qui peuvent renforcer, je pense, la première ligne. Je ne sais pas ce que vous en pensez.

**M. Munger (André):** Bien sûr, notre point de vue là-dessus, c'est de ne pas négliger les autres lignes

de services, parce qu'on n'a pas parlé de tout l'élément important d'intégration autour des projets cliniques, c'est ça qui est fondamental. Notre préoccupation, c'est de dire... Et là on est obligé de faire des calculs, des savants calculs. Par exemple, moi, j'estime que, dans la région de l'Estrie, compte tenu des effectifs que nous sommes, il y a encore des gens qui cherchent des médecins de famille, ce qui ne devrait pas exister. Et là, sur le plan de l'organisation des services, du repositionnement des activités des médecins et des changements de pratique que ça impose...

Le problème des GMF, ce que ça propose, là, c'est que fondamentalement les médecins sont obligés de réfléchir et de dire: Il faut changer les choses dans notre pratique. Le grand défi, il est là. Alors, la volonté d'adhérer à ça, c'est la volonté de dire: Est-ce que je suis prêt, moi, à me regrouper, à travailler avec d'autres, à partager et à changer ma pratique, donc à définir un champ de pratique élargi où je vais être obligé de faire du sans rendez-vous, être solidaire de mes partenaires, de faire une garde à domicile, parce que l'offre de services est complète? C'est dans ces changements-là que tout doit s'opérer.

Et la résistance de Montréal, parce qu'on sait que c'est la localité où il se fait le plus de pratiques en solo, par exemple, c'est un problème. Les gens sont éparpillés à travers le territoire, il y a un manque de cohésion puis un manque de planification et d'organisation. Pas que les services ne sont pas bons, probablement qu'ils sont excellents, heureusement qu'ils le sont, mais ils pourraient être tellement mieux dans une structure formalisée, organisée, structurée.

Et je regrette, moi, actuellement, le meilleur modèle qu'on a, c'est le GMF. Je vous disais tantôt: Les CMA sont peut-être une mesure transitoire, je pense que c'est peut-être une étape nécessaire, je connais mal la dynamique de Montréal — vous savez, je n'y vais pas, mais j'en entends parler énormément — mais j'espère que ça va conduire... peut-être que cette initiative-là, mais cette initiative-là n'est pas suffisante, mais peut-être qu'elle va servir les intérêts aussi du développement d'un modèle intégré. Mais ça, ça va être possible dans la stricte mesure, je pense, où les avantages liés à un modèle et à l'autre ne sont pas égaux. Si on voit les mêmes avantages dans une structure ou dans l'autre puis qu'on dit: Bien, à 30 % de suivi, moi, je fais mon travail, c'est sûr que, moi, je pense, on lance un message qu'on ne changera pas grand-chose dans l'offre de services sur l'île de Montréal. Ça m'apparaît être un problème.

**Mme Harel:** Peut-être en terminant, M. le Président, la question de la formation qui est donnée, là, aux nouvelles cohortes d'étudiants vous apparaît-elle satisfaire ce besoin de changement de comportement que vous décriviez tantôt?

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Quand on regarde la formation qui est donnée actuellement au Québec au niveau des UMF, moi, en tout cas, pour parler de l'UMF de ma région, à Chicoutimi, la formation, l'accent est mis sur une formation pour former les médecins polyvalents et qui oeuvrent dans tous les aspects de la réalité médicale. Nous aussi, dans mon secteur, l'an dernier, les nouveaux arrivants ont été des nouveaux arrivants qui

n'étaient pas dans le secteur de la prise en charge et du suivi. Entre la formation et la réalité terrain où vont aller travailler les jeunes médecins comme tels avec toutes les contraintes de la loi n° 142 et des choses comme ça, c'est sûr qu'il y a une... actuellement, je pense qu'il y a une... ces contraintes-là orientent les jeunes médecins vers des pratiques qui sont plus pointues, même si la formation générale était excellente au départ.

**Mme Harel:** Dans la pratique en milieu hospitalier?

**M. Bérubé (Jean-Denis):** Ce que je vois, là, ce que je vois, la pratique en milieu hospitalier, la pratique en urgence, il y a énormément de demandes pour ce type de pratique là, puis, lorsque, nous, on présente notre lieu de pratique qui est un lieu de pratique où il y a suivi, prise en charge, globalité et continuité, on n'est pas très populaires auprès des jeunes cohortes de médecins.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Je vous remercie beaucoup, M. Bérubé, M. Munger, de votre contribution à la réflexion de la commission.

J'invite maintenant les prochains intervenants à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, nous accueillons maintenant l'Association des établissements privés conventionnés et Santé services sociaux représentés par M. Vincent Simonetta, qui en est le président, et M. Jacques Renaud, vice-président exécutif. Alors, bienvenue, messieurs, à cette séance de la commission.

Nous vous entendrons pour les 20 prochaines minutes nous résumer l'essentiel de votre mémoire. Ensuite, nous procéderons à des échanges, deux blocs d'échange avec vous. Alors, qui de vous deux prendra la parole? M. Renaud?

**M. Renaud (Jacques):** Oui.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, M. Renaud, s'il vous plaît.

**Association des établissements privés  
conventionnés — Santé services  
sociaux (AEPC)**

**M. Renaud (Jacques):** Bonjour, messieurs dames. Dans un premier temps, on tient à vous remercier de nous fournir l'opportunité d'amener notre contribution au projet de loi qui est à l'étude actuellement.

Peut-être un bref rappel de notre réalité. Notre association représente 50 entrepreneurs indépendants qui, sur une base contractuelle, gèrent des établissements de santé totalisant 6 500 lits, et ce, à l'intérieur du réseau public. Notre relation avec l'État est essentiellement contractuelle, et nos membres sont présents dans 12 des 17 régions administratives du Québec. Pour la très grande majorité, nos membres opèrent des établissements de type CHSLD; en plus, deux centres hospitaliers de réadaptation physique, un centre de déficience intellectuelle et un centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté.

Nous hébergeons et soignons une clientèle en lourde perte d'autonomie. Les coûts d'hébergement pour nos clients et les services sont régis par les mêmes règles que les centres publics. Au plan de l'imputabilité, nos contrats prévoient que tout déficit est à la charge de l'entrepreneur. Les taxes et impôts que paient les établissements sont sources de revenus pour le gouvernement. Notre entente avec le gouvernement prévoit que notre capacité d'hébergement doit être à 99 %; autrement, il y a des pénalités.

Depuis 1998, le renouvellement de nos contrats est assujéti à l'obtention d'un certificat d'agrément pour assurer la qualité des services. Et l'État, par le biais du ministère de la Santé et des agences, assure la régulation, le contrôle des fonds qui sont confiés à nos établissements et la qualité des services.

Bien que le projet de loi qui est à l'étude contient un ensemble de mesures pour actualiser l'implantation, entre autres, des réseaux locaux, des RUIS, et de la loi n° 25, nos propos vont être ciblés davantage sur certaines particularités qui concernent les établissements que nous représentons. Et le projet véhicule des valeurs de transparence, de qualité, d'équité et d'efficacité pour les citoyens, et nous voulons vous signifier qu'on adhère à ces valeurs.

L'intégration des services au niveau local, pour devenir une réalité cependant, passe nécessairement par la communication entre les différents acteurs, la communication des informations cliniques, la communication entre les usagers et les responsables de services et la communication entre les paliers responsables d'assurer aux citoyens des services de qualité.

Le projet de loi précise que c'est par des processus telles les ententes de gestion, les ententes contractuelles, la reddition de comptes que la communication administrative se fera. Que ce soit au plan financier ou clinique, l'utilisation de ces ententes apportera une meilleure harmonisation entre les différents acteurs et permettra aux citoyens de bénéficier d'un apport maximal de chaque distributeur de services, et ce, d'une façon cohérente résultant de l'élaboration d'un projet clinique auquel tous auront participé.

● (11 h 20) ●

La capacité des administrateurs, des gestionnaires et des représentants de l'État de focaliser sur un même but, c'est-à-dire le client ou le patient, peu importe le nom qu'on lui donne, mais avant tout le citoyen, de lui donner des services continus, de qualité, accessibles dans le respect des différences des partenaires, est sans doute le plus gros défi que le projet de loi vient encadrer. Il va appartenir aux individus de l'actualiser, et ce, peu importe qu'ils soient dans une dimension communautaire, privée, publique, ce qui n'est pas, en soi, évident tout le temps.

La circulation de l'information clinique. Il est essentiel que les données cliniques soient accessibles de façon rapide pour permettre aux divers professionnels impliqués avec un usager de prendre des décisions éclairées puis compatibles avec l'état de santé. Qu'il s'agisse du type d'information qui sera disponible au professionnel ou encore des règles légales qui régiront l'utilisation des systèmes informatiques ou qui en permettront la transmission, nous estimons que cela doit se faire dans le plus grand respect de la vie privée des

citoyens, en s'assurant que ce dernier ait toujours accès facilement à l'information qui le concerne.

Concernant le système de plaintes, c'est important de spécifier que, dans un système de distribution de soins et de services qui mise sur la qualité en obligeant les différents acteurs à être agréés ou certifiés et à s'engager dans des processus d'amélioration continue, les plaintes doivent être vues comme une source d'information pour corriger les lacunes. C'est un système de rétroaction qui provient de l'utilisateur, de ses représentants ou encore des bénévoles ou des groupes qui les supportent. En ce sens, on regrette un peu que le titre du commissaire local aux plaintes est amputé de la notion de qualité.

Par ce projet de loi, on estime que le législateur fournit aux citoyens utilisateurs une structure hiérarchique de moyens légaux, la garantie de moyens financiers qui permettront, même aux plus démunis, de manifester leurs insatisfactions face à des services inadéquats, de rappeler à l'ordre des intervenants peu respectueux et finalement d'apporter des suggestions organisationnelles permettant d'améliorer la prestation de services. Dans ce sens-là, je pense qu'on va avoir du travail à faire pour amener les gens à voir positivement le fait qu'un citoyen se plaigne et que ça ne constitue pas toujours des scoops pour les médias ou encore ce qui a le plus de saveur dans le réseau.

Les établissements privés conventionnés, tout comme les établissements publics, auront à faciliter la mise en place des mesures prévues par le projet de loi. Le législateur a tenu compte des différences d'incorporation puis il a ajusté les mesures telles que le comité de vigilance à la réalité de nos établissements, entre autres. Puis ça, on l'a apprécié puis on tiens à vous remercier d'avoir fait ça. Mais on pense qu'il y a encore quelques petits ajustements à faire pour que ce soit bien arrimé à la réalité de gestion des établissements privés conventionnés.

Ainsi, le nouvel article 209.1 prévoit qu'un établissement qui opère plusieurs centres doit mettre sur pied un comité d'utilisateurs dans chaque et un comité central qui regroupe des représentants de ces comités d'utilisateurs là. C'est sûr que cet article-là a été pensé en fonction des réseaux locaux et tout particulièrement des instances locales. Il est tout à fait pertinent de regrouper les comités d'utilisateurs des centres qui composent une instance locale de façon à permettre une meilleure diffusion de l'information sur les problèmes rencontrés et puis de cette façon-là pouvoir les anticiper dans les centres qui ne les ont pas. Comme ces gens-là vivent dans un même contexte géographique, c'est relativement facile pour les présidents de comités d'utilisateurs de se réunir et d'échanger.

C'est différent pour un établissement qui opère des centres dans plusieurs régions du Québec. Les présidents de ces comités d'utilisateurs devraient faire des déplacements importants et très contraignants pour des personnes souvent en perte d'autonomie qui sont présidents des différents comités ou encore des bénévoles. Alors, on pense que... On a trois établissements qui comprennent 20 centres qui sont touchés par cette problématique, un peu dans le même contexte qu'on avait eu à vous sensibiliser lors de la commission parlementaire sur la loi n° 30 à cette problématique-là, mais c'est un peu la même problématique qui revient. Et puis on

anticipe que le nombre d'établissements qui vont avoir des installations dans plusieurs régions peut être appelé à croître. Alors, compte tenu du contexte géographique, nous croyons qu'un comité central est inapproprié pour eux et qu'ils devraient en être dispensés tout en gardant un comité d'utilisateurs dans chaque centre, ça va de soi.

Concernant le projet clinique, les établissements privés conventionnés saluent l'initiative du législateur d'avoir prévu que les partenaires de l'instance locale collaborent à l'élaboration du projet clinique. La mise à contribution des établissements, des nôtres entre autres, des partenaires communautaires, des partenaires privés, qu'on appelle souvent privés privés, dans l'élaboration des objectifs cliniques devrait aider à ouvrir un dialogue qui n'est pas toujours présent et sur lequel on devra travailler. On vous parlait tantôt des communications. On peut penser aux communications formelles, mais il y a également les communications au jour le jour qui doivent se faire pour faciliter peut-être... franchir les barrières souvent idéologiques soit du communautaire, du public ou du privé puis qu'on soit vraiment tous centrés sur le citoyen. Alors, on espère que la mise en place d'une pensée réseau basée sur un partenariat volontaire et équitable va être positive pour tout le monde.

Et un dernier point qu'on veut traiter, bien que le projet de loi ne contienne pas d'amendement qui nous affecte dans le domaine des immobilisations, on veut profiter de l'opportunité du remaniement de la Loi sur les services de santé pour vous suggérer une amélioration à l'article 260 de la Loi sur les services de santé et services sociaux. Notre propos concerne une problématique qui pénalise nos membres dans le cas de relocalisation, de désintéressement ou de fermeture d'établissements ou d'installations. Et on pense que ça peut être peut-être la même chose pour certains centres de santé ou de services sociaux ou d'autres établissements publics. Lorsque ces situations se produisent, les entrepreneurs doivent attendre l'autorisation du ministre et du Conseil du trésor pour pouvoir disposer de l'immeuble qui ne sert plus aux fins des services de santé et des services sociaux. On a pu constater des délais importants allant jusqu'à un an avant d'obtenir ces autorisations-là. Ça a eu pour effet d'obliger les entrepreneurs à assumer, sans compensation, notamment, des frais substantiels de chauffage, d'entretien, les coûts d'assurance et les hypothèques et les taxes sur le bâtiment.

Alors, compte tenu que des mouvements tels que les relocalisations, les fermetures ou encore le désintéressement sont des décisions irrévocables, nous, on vous suggère un ajout à l'article 260, après le troisième alinéa, qui pourrait se lire comme suit: «Nonobstant les dispositions des alinéas précédents, l'autorisation du ministre et du Conseil du trésor permettant à un établissement privé conventionné — dans le contexte — de relocaliser, de se désintéresser ou de fermer constitue en soi l'autorisation requise en vertu du premier alinéa.» Alors, ça ferait en sorte que les délais qui engendrent des coûts importants seraient éliminés.

Alors, globalement, c'est notre petit mémoire, notre petite contribution. Mais on tenait à venir signifier que le sens que... en tout cas la chair qu'apporte le projet de loi n° 83 à la loi n° 25 nous apparaît pertinente et bien ciblée.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, merci, M. Renaud. La parole est au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. M. Renaud, M. Simonetta, heureux de vous revoir. Je voudrais d'abord parler de la question de la représentation des usagers, parce que vous nous dites qu'il y a des organisations, dont la vôtre, je crois, qui ont plusieurs établissements, et cette nécessité de constituer un comité centralisé vous apparaît difficile à réaliser. Cependant, à l'inverse, on sait que ces chaînes d'établissements ont souvent des politiques communes. Bien, il faut quelque part que les représentations faites par les comités d'usagers de telle ou telle installation finissent par avoir une influence sur la prise de décision puis les politiques communes d'une entreprise comme la vôtre ou les autres.

Alors, quelle est, à votre idée, la façon dont on pourrait aborder cette question sans alourdir la situation pour les usagers? On comprend, les déplacements, c'est difficile, mais également on veut qu'il y ait quelque part une centralisation, une unification de toutes ces remarques que les usagers font à gauche et à droite.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** M. Simonetta.

**M. Simonetta (Vincent):** Merci. La façon dans laquelle on fonctionne actuellement au niveau des commentaires, des suggestions ou des plaintes que les comités des résidents peuvent apporter, elles se font via l'aide du commissaire local qui transmet au conseil d'administration et qui assure un suivi par après des suggestions qui sont faites. Au niveau des rapports de plaintes, on a un rapport par installation, et ces rapports par installation sont regroupés dans un seul et unique rapport avec des suggestions d'amélioration au cours de l'année. Et de toute façon on n'attend pas la fin de l'année pour venir corriger des lacunes qui peuvent subvenir en cours d'année. Le commissaire communique immédiatement avec le directeur concerné pour que les changements soient faits. C'est la façon dans laquelle on a actuellement essayé de répondre à cet impératif-là.

● (11 h 30) ●

Le but qu'on poursuit tout le temps, c'est de donner le maximum de satisfaction aux résidents. Peu importe l'installation où il est, dès qu'il y a une problématique qui surgit dans une installation, on s'organise, si la même problématique peut subsister dans d'autres, de venir la corriger via une politique centralisée qui est utilisée dans l'ensemble ou via des correctifs particuliers au cas où la politique ne serait pas respectée, ou la procédure interne.

**M. Couillard:** Pour ce qui est de la circulation de renseignements, là, comment vous voyez la question? Vous y avez fait allusion, là. Vous voyez ça comme étant de nature à bonifier le travail que vous faites et à améliorer les services à vos usagers?

**M. Simonetta (Vincent):** Pourriez-vous être plus spécifique, pour être sûr que je comprene la question?

**M. Couillard:** Comment est-ce qu'on transmet l'information? Vous êtes un établissement privé conventionné?

**M. Simonetta (Vincent):** Oui.

**M. Couillard:** Est-ce que vous avez besoin donc d'avoir une circulation libre d'informations pour améliorer vos services entre l'établissement public, par exemple, et votre installation à tel ou tel endroit?

**M. Simonetta (Vincent):** Je pense que la façon la plus simple, c'est par l'implication des différents acteurs, en les voyant comme de vrais partenaires, c'est ça que Jacques faisait référence tantôt. Malheureusement, ce réflexe n'est pas acquis dans l'ensemble des régions ou dans l'ensemble des territoires de CSSS. Il y a des CSSS où le processus est enclenché et où on est invité à participer à l'ensemble des tables, des rencontres et des réunions, pour essayer d'obtenir... de donner notre participation au niveau du projet clinique, entre autres.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** M. le ministre?

**M. Couillard:** Ça va, M. le Président.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Très bien. Il y a des questions supplémentaires du côté ministériel? Non? Alors, merci. Je passe du côté de l'opposition. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, s'il vous plaît.

**Mme Harel:** Alors, merci, M. le Président. Je voudrais saluer les représentants de l'Association des établissements privés conventionnés, M. Simonetta et M. Renaud. J'ai eu l'occasion de vous entendre, l'an dernier, au moment de l'examen du projet de loi n° 30, je crois, où vous étiez en commission également. Alors, je ne sais pas si l'Hôpital Notre-Dame-de-Lourdes est un de vos membres?

**M. Simonetta (Vincent):** Malheureusement ou heureusement, il y a trois établissements qui portent le même nom: il y en a un dans la région de Québec, il y en a un dans Montréal sur Pie IX, je crois, et il y en a un autre dans Chaudière-Appalaches. Celui de Chaudière-Appalaches, il est membre de l'association, les deux autres ne le sont pas.

**Mme Harel:** C'est donc dire que... Ceux des établissements qui sont membres sont-ils plus des établissements laïcs que propriétés de communautés religieuses?

**M. Simonetta (Vincent):** On a les deux types d'établissements: on a des établissements qui appartiennent à des communautés religieuses, entre autres Angelica à Montréal, Ma Maison Saint-Joseph à Montréal...

**Une voix:** Saint-Joseph de Lévis.

**M. Simonetta (Vincent):** Saint-Joseph de Lévis aussi.

**Mme Harel:** En vertu de la loi générale de santé et de services sociaux, lorsqu'un établissement privé est conventionné, c'est donc dire qu'il a un per diem. Est-il l'équivalent, ce per diem, du coût que ça peut représenter, l'hébergement, dans un établissement public?

**M. Simonetta (Vincent):** À toutes fins pratiques, les différences majeures entre un établissement privé conventionné et un établissement public, c'est surtout au niveau de la composition de son conseil d'administration, parce que, pour ce qui est des conventions, c'est les mêmes conventions qui s'appliquent, c'est les mêmes lois, c'est les mêmes processus d'admission qui gèrent les admissions, et le client, lui, il ne voit pas la différence de quelque façon que ce soit, de façon pratique.

**Mme Harel:** En tout cas, je peux témoigner de la qualité des services à Notre-Dame-de-Lourdes sur Pic IX, qui est un CHSLD privé conventionné d'une communauté religieuse. Est-ce que, quand vous dites: C'est les mêmes conditions à fournir, c'est les mêmes règlements, en vaut-il aussi pour les CHSLD privés qui ne sont pas conventionnés?

**M. Simonetta (Vincent):** Non, les CHSLD privés non conventionnés, c'est des règles différentes qui s'appliquent, c'est une gestion beaucoup plus privée. On est plus du parapublic, si vous voulez, au niveau des privés conventionnés, que du privé.

**Mme Harel:** Et la différence est essentiellement au niveau de la gestion ou des conditions sociosanitaires pour les personnes?

**M. Simonetta (Vincent):** C'est au niveau de la gestion. Il n'y a pas un contrat avec le ministère comme, nous, on a, qui régit chacune de nos actions. Au niveau des directives, il y a certaines directives spécifiques auxquelles ils doivent s'appliquer mais pas l'ensemble des directives, comme c'est le cas dans les établissements privés conventionnés.

**Mme Harel:** Le ministre avait déclaré, au moment du dépôt du projet de loi, le 10 décembre dernier, que la commission pourrait bénéficier des critères sociosanitaires. On comprend qu'il circule actuellement ceux qui seront utilisés pour la certification des résidences privées d'hébergement de personnes âgées avec services. Alors, un intervenant nous disait, hier, qu'ils avaient été consultés sur les critères sociosanitaires. Je pense, M. le Président, qu'il serait judicieux que, durant cet examen que nous faisons du projet de loi n° 83, le secrétariat de la commission parlementaire puisse obtenir également le projet de critères sociosanitaires qui est en consultation.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, c'est une demande que vous faites, j'imagine, au ministre à travers moi.

**Mme Harel:** Oui.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Très bien. Alors, M. le ministre, vous avez entendu cette demande à travers moi.

**M. Couillard:** J'ai entendu la demande.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Très bien.

**Mme Harel:** Est-ce qu'on répond à la demande?

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Ça n'a pas l'air.

**M. Couillard:** On la considère.

**Mme Harel:** On la considère.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Voilà.

**Mme Harel:** Oh! Ça, c'est mal, disons, c'est mal engagé.

**Une voix:** ...

**Mme Harel:** C'est mal engagé. Mais là il faut savoir qu'on nous avait promis l'avis de la CAI, de la Commission d'accès à l'information, on ne l'a pas, on nous l'a refusé malgré que le ministre avait annoncé qu'on l'aurait. Les critères sociosanitaires pour les résidences privées, le ministre a dit qu'on les aurait, on ne les a pas. Et, encore hier, les procédures claires, là, envoyées dans le réseau, dans les établissements, sur l'équilibre à maintenir entre le social et le médical... Alors, il annonce beaucoup, mais finalement on reçoit peu. C'est une remarque, en passant, messieurs, M. Simonetta, qui ne vous concernent pas, et j'en profite. J'en profite. Parce qu'à chaque fois c'est un peu la crédibilité, quand on annonce quelque chose, il faut pouvoir s'engager à le faire, pas juste à le dire.

Alors, je reviens donc aux règles qui prescrivent... en fait, vous nous dites, vous êtes du parapublic, en fait. À tout...

**M. Simonetta (Vincent):** Oui. Alors, moi, c'est les mêmes conditions qui s'appliquent. Comme on faisait mention tantôt, c'est la notion de déficit qu'on doit assumer si jamais l'établissement est déficitaire. Pour le reste, on doit respecter exactement les mêmes règles que les établissements publics.

**Mme Harel:** Et, concernant le souhait, là, ou la recommandation que vous formulez sur les immobilisations, pourquoi est-ce que ce dispositif avait été introduit? Le fait est que, si le conseil d'administration décide d'une relocalisation ou d'une fermeture, comme vous mentionnez, ou encore d'un désintéressement, c'est-à-dire d'un changement de vocation, peut-être, je ne sais, est-ce que le conseil d'administration, en vertu des ententes que vous avez avec le ministère, peut, le conseil d'administration d'un CHSLD privé conventionné peut décider la chose sans avoir besoin de permission?

**M. Simonetta (Vincent):** Non. Ça prend toujours, compte tenu des modalités, que ce soit pour effectuer des travaux de réaménagement ou des améliorations même au niveau de l'immeuble, ça prend toujours l'autorisation anciennement de conseils régionaux, régies régionales, agences régionales et du ministère afin de procéder aux travaux. Et, pour cette partie-là, il n'y a absolument aucun problème d'obtenir ces permissions, ces autorisations.

Où le problème s'est présenté, c'est à partir de 1998, où il y a eu un certain nombre d'établissements qui ont soit été relocalisés dans des édifices appartenant à Corporation d'hébergement du Québec ou qui ont été

carrément fermés ou il y a eu une clientèle qui était désinstitutionnalisée et qu'il n'y avait plus un besoin pour l'établissement. Et, à ce moment-là, la loi prévoyait déjà... Ce n'est pas quelque chose de nouveau, ça existe depuis... je ne pourrais pas vous dire exactement depuis quelle refonte des lois, mais ça existe depuis une belle lurette, mais ça n'apportait pas de problèmes parce qu'il n'y avait pas de conséquences pratiques.

À partir de 1998, où il y a eu 12 établissements, à ce moment-là, qui ont été relocalisés et qui impliquaient beaucoup plus d'installations que 12 et en même temps avec un certain nombre d'établissements qui avaient été fermés à ce moment-là, c'est de là qu'on a vécu la problématique pour la première fois où, avant de passer à travers les différents méandres pour obtenir l'autorisation, ça pouvait prendre jusqu'à un an et ça amenait des coûts au... On avait demandé à des fonctionnaires du ministère de voir à des modifications. Ils nous ont dit: Bon, quand il y aura une prochaine modification de la loi, ça va être le moment de présenter votre demande. C'est ça qu'on a fait.

**Mme Harel:** Mais il n'y a aucun argument contraire qui vous aurait été transmis en disant: Non, ce dispositif est nécessaire pour telle, telle, telle raison?

**M. Simonetta (Vincent):** Non, c'est parce que la bâtisse, quand elle est fermée, elle n'est plus utilisable pour les fins pour lesquelles elle a été construite. C'est soit qu'elle était vétuste, soit qu'elle ne répondait plus aux besoins ou qu'elle ne répondait plus aux nouvelles normes. Et, comme je vous dis, jusqu'en 1998, la situation ne s'est pas produite et, depuis ce temps-là, bien il n'y a pas eu d'autre amendement au niveau de la loi. Et c'est la première fois qu'il y a des amendements qui vont être apportés à la loi, c'est pour ça qu'on en profite. Mais il n'y a pas de raison pratique pour dire oui ou non. C'est pour ça qu'on dit: À partir du moment où le ministère donne l'autorisation ou le ministre... ou le ministère via le ministre donne l'autorisation de fermer l'établissement, ça devrait constituer en même temps une autorisation à pouvoir disposer de la bâtisse.

**Mme Harel:** Je comprends alors que de toute façon il y avait déjà eu des décisions soit des agences régionales et du ministère pour une relocalisation à cause de la vétusté, par exemple, dans des édifices de la Corporation d'hébergement du Québec ou encore une fermeture à cause de la désinstitutionnalisation. Donc, ça n'est pas qu'une décision unilatérale du conseil d'administration, ça ne l'est jamais, si je comprends bien.

**M. Simonetta (Vincent):** ...jamais.

**Mme Harel:** Très bien, merci.

**M. Simonetta (Vincent):** Je vous en prie.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, ceci met fin à votre contribution, on vous remercie beaucoup, M. Simonetta, M. Renaud.

La Commission des affaires sociales suspend ses travaux jusqu'à cet après-midi, 16 heures, dans cette même salle du Conseil législatif qui sera verrouillée d'ici

ce temps, donc les membres peuvent laisser leur matériel en place. Merci.

*(Suspension de la séance à 11 h 40)*

*(Reprise à 16 h 11)*

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, si vous permettez. La commission poursuit ses travaux sur le projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

Nous sommes heureux d'accueillir les représentants du Réseau des résidences Allegro. Je reconnais devant moi M. Jean Bourcier, qui est le président, et qui sera le porte-parole, et qui nous présentera les gens qui l'accompagnent.

Alors, M. Bourcier, vous savez que vous avez 20 minutes, votre groupe, pour nous présenter l'essentiel de votre mémoire, suite à quoi nous aurons quelques minutes d'échange de chaque côté de ce pupitre. Alors, la parole est à vous à compter de maintenant.

#### **Réseau de résidences Allegro**

**M. Bourcier (Jean):** Merci, M. le Président. Tout d'abord, laissez-moi vous présenter les personnes qui sont avec moi aujourd'hui: à ma droite, M. Jean-Yves Plouffe, vice-président, Opérations du Réseau Allegro; à ma gauche, Me Paul Fernet, qui est conseiller juridique; et, à mon extrême droite, Mme Julie Gauthier, qui est conseillère en affaires publiques.

Donc, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, le Réseau de résidences Allegro remercie la Commission des affaires sociales de l'opportunité de pouvoir vous présenter, aujourd'hui, nos commentaires concernant le projet de loi n° 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Allegro constitue le plus important réseau de résidences privées pour personnes âgées au Québec. Il a été lancé en novembre 2003, et ses principaux investisseurs sont des grandes caisses de retraite québécoises. Notre réseau compte 20 résidences réparties dans toutes les régions du Québec avec plus de 1 100 employés au service de 4 600 résidents dont la moyenne d'âge est de 82 ans. Nous sommes également en Ontario où nous comptons sept résidences.

La qualité des établissements et des services qui sont rendus dans nos résidences en font la référence actuelle. Toutes nos résidences s'appuient sur un personnel des plus qualifiés, qu'il s'agisse de services de cuisine, d'aménagement, d'entretien ou de soins infirmiers. Allegro est un réseau de résidences avec services pour personnes âgées autonomes. Quelques-unes de nos résidences, soit neuf, comprennent des unités de soins légers pouvant répondre aux besoins d'un nombre restreint de résidents en perte d'autonomie.

D'entrée de jeu, nous tenons à indiquer que nous croyons fermement que les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier d'un environnement de vie décent et respectueux ainsi qu'avoir accès à des services de haute qualité. Allegro appuie ainsi sans réserve l'objectif général du projet de loi n° 83, soit celui d'assurer

aux personnes âgées un milieu de vie et des services sécuritaires et de qualité. Nous croyons en effet qu'il faut protéger les personnes âgées contre toute forme d'abus. Il est donc important que le gouvernement intervienne par le biais de la législation pour mettre en place une forme d'encadrement pour les résidences privées pour personnes âgées afin de garantir un minimum de qualité. Il faut en effet protéger les personnes âgées et éviter que des résidences qui ne fournissent pas un milieu de vie adéquat et sécuritaire puissent être exploitées. Nous souhaitons que la forme d'encadrement choisie soit la plus efficace possible, qu'elle permette l'atteinte des objectifs mais qu'elle respecte en même temps le caractère privé de nos résidences pour personnes âgées.

Le système de certification des résidences privées pour personnes âgées prévu au projet de loi nous semble un outil intéressant et utile. Il permettra d'assurer que les établissements publics dirigent les personnes âgées vers des résidences privées ayant un niveau de qualité acceptable. De plus, il constituera sans nul doute un incitatif pour les plus petites résidences qui dépendent des références des établissements publics afin qu'elles se conforment à des critères de qualité et que les personnes âgées qui y résident puissent recevoir les services requis.

Le projet de loi est toutefois muet quant aux critères sociosanitaires qui doivent être respectés pour obtenir un certificat de conformité. La détermination de ces critères est primordiale et pourrait avoir un impact majeur sur les résidences. Il est donc difficile de se prononcer sur le projet de loi sans connaître les critères sociosanitaires qui seront utilisés, ceux-ci étant essentiels pour évaluer la portée réelle de la certification sur la gestion de nos résidences. Nous craignons l'établissement de critères sociosanitaires qui forceraient l'élargissement de l'offre de services d'une résidence donnée. Nous croyons que les critères ne devraient servir qu'à assurer que les services, lorsqu'ils sont offerts, le soient en respect des normes de qualité tenant compte des besoins de nos aînés.

La mise en place de critères trop contraignants, qui obligeraient la dispensation de services non offerts dans une résidence ou qui formuleraient, pour des services déjà en place, des exigences bien au-delà des besoins réels des résidents, engendrerait des coûts significatifs. Ces coûts additionnels se répercuteraient inévitablement sur nos résidents. Ceux-ci doivent acquitter un loyer qui prend en compte une partie ou la totalité des coûts des services auxquels ils ont accès. Avec des coûts additionnels, la capacité de payer de nos résidents, qui est souvent fragile, s'en trouverait affectée.

C'est pourquoi nous croyons que ces critères sociosanitaires et leur application devraient permettre un encadrement raisonnable des résidences privées du Québec, tout en respectant l'étendue et le niveau de services qui sont offerts dans chacune d'entre elles. Nous espérons d'ailleurs pouvoir participer à l'élaboration de ces critères en raison notamment de notre expertise particulière en la matière. La Loi sur les services de santé et les services sociaux a déjà prévu la création d'un registre de résidences privées pour personnes âgées par chacune des agences. Nous souhaitons que les mesures nécessaires soient prises afin que l'inscription des résidences privées au registre soit respectée. Le ministre a d'ailleurs mentionné que des mécanismes visant à faire

respecter l'inscription obligatoire des résidences privées seraient mis en place. Nous souscrivons pleinement à cette proposition du ministre.

Nous croyons qu'avec des règles resserrées le registre pourrait devenir un réel instrument de connaissance et de contrôle des ressources disponibles sur un territoire donné. Nous suggérons aussi qu'un système de classement soit élaboré en fonction de l'étendue et du niveau de l'offre de services des résidences. Chacune de ces résidences serait donc répertoriée selon ce classement. Ce système de classement pourrait également s'appliquer aux critères sociosanitaires, c'est-à-dire que les critères varieraient selon l'offre de services des résidences. Ce classement permettrait à notre avis une application mieux modulée et plus souple des critères sociosanitaires.

Une question plus large demeure cependant: Le système de certification volontaire sera-t-il réellement efficace pour atteindre l'objectif souhaité, soit d'assurer aux personnes âgées un milieu de vie acceptable et des services de qualité? À notre avis, les résidences qui ne reçoivent pas de références de clientèles de la part des établissements publics et qui ne rencontrent pas un standard minimal de qualité ne seront peut-être pas incitées à réclamer un certificat de conformité. Ainsi, il y a lieu de se demander si ce système de certification permettra de régler tous les cas problèmes et s'il ne fera qu'ajouter des contraintes à des organisations qui offrent déjà un environnement et des services de qualité. Si, à l'application, on se rend compte que la certification volontaire ne permet pas de répondre adéquatement aux objectifs et si les critères sociosanitaires respectent le panier de services offerts dans les résidences et demeurent raisonnables quant à leur application, nous croyons qu'il y aurait alors lieu de considérer la possibilité d'une certification obligatoire.

Le Réseau Allegro est une bonne illustration du dynamisme du secteur privé qui a développé un milieu de vie et des services répondant aux besoins particuliers de sa clientèle. Tout en étant autonomes, les résidents du Réseau Allegro ont accès à une gamme de services plus ou moins étendue selon chacune des résidences, répondant ainsi à leurs besoins variables. Ces services permettent donc aux personnes âgées de demeurer à domicile le plus longtemps possible. Clairement, le développement de nos résidences offrant différents types de services est complémentaire au réseau public. Les services offerts dans nos résidences permettent d'alléger la pression sur le réseau public, notamment par les services de santé qui y sont disponibles. Afin de pouvoir continuer à développer des projets répondant aux besoins des diverses clientèles, le secteur privé doit pouvoir conserver son dynamisme. Le respect et le maintien du caractère privé de notre secteur sont au coeur de nos préoccupations.

Bien que nous appuyions les principes du projet de loi, notamment la certification, il est important que, par celle-ci, le gouvernement n'en vienne pas à considérer les personnes qui habitent dans nos résidences comme des usagers du secteur public. Ces personnes sont des résidents qui ont signé un bail avec nous, qui demeurent dans un logement et qui ont accès à un certain nombre de services. Le fait que la résidence privée détienne un certificat ne doit rien changer au statut de la personne qui y habite ni à celui de son milieu de vie. Un glissement dans le statut de la résidence privée vers celui d'un

établissement public entraînerait des conséquences extrêmement significatives sur les coûts d'opération de ces résidences.

● (16 h 20) ●

Au-delà du statut des résidents et des résidences privées, nous craignons que, par l'établissement de critères sociosanitaires qui transformeraient l'offre de services ou qui seraient trop contraignants, le projet de loi entraîne une certaine forme d'étatisation des résidences privées. Les critères ne doivent pas en effet obliger les résidences privées à se transformer graduellement en établissements du secteur public et à remplir leur mandat. En effet, si les mandats et l'offre de services des secteurs privé et public devenaient similaires, rien ne justifierait des coûts d'exploitation inférieurs au sein des résidences. La pression sur le coût des loyers se traduirait par une sévère limitation à l'accessibilité des unités de logement du secteur privé. Nous assisterions alors à une dénaturation progressive du réseau des résidences privées du Québec.

Le projet de loi prévoit que le mandat du Protecteur des usagers sera étendu aux résidences privées détentrices d'un certificat de conformité. Les agences auront également un pouvoir d'inspection. Nous acceptons de collaborer avec le Protecteur des usagers et les agences. Nous souhaitons toutefois que le caractère privé des résidences soit pris en compte. Nous craignons en effet qu'il puisse y avoir un glissement et que les résidences privées soient considérées par les deux organisations au même titre que les établissements du secteur public. Tel que je le mentionnais, les mandats et les clientèles des deux secteurs sont fort différents. Nous ne voulons aucunement limiter les pouvoirs d'inspection ou d'enquête de ces organisations. Nous souhaitons tout simplement que l'exercice des compétences de ces organisations au sein des résidences privées se fasse en tenant compte de la réalité spécifique du secteur privé et selon des règles adaptées à celui-ci. Il est important de se rappeler que nos résidences sont les demeures de personnes qui y résident et non pas des institutions dans lesquelles elles sont admises. En ce sens, je préférerais que l'on parle dans notre cas d'un protecteur des résidents qui agit avec des règles et des processus adaptés aux milieux privés que sont les domiciles de ces résidents.

Tel que je le mentionnais, les mandats des résidences du secteur privé diffèrent des responsabilités qui incombent au secteur public. Ainsi, une étroite collaboration entre les résidences privées et le secteur public doit exister. L'état de santé d'une personne âgée peut changer rapidement. Dans ces cas, le soutien des ressources du secteur public à la résidence privée est primordial afin que les soins nécessaires soient donnés aux résidents, par exemple par les CLSC. Cependant, les ressources limitées du réseau public nous amènent souvent à faire face à des situations difficiles.

De façon générale, nous croyons qu'il est primordial que les intervenants clés concernés par les modifications apportées par ce projet de loi soient partie prenante à sa mise en application. Nous appuyons donc les recommandations formulées par l'Association des résidences et CHSLD privés du Québec visant la création d'un forum ou d'une table de concertation où se retrouveraient l'ensemble des intervenants de ces groupes directement touchés par la mise en place de la certification

des résidences privées pour personnes âgées, auquel nous souhaitons participer.

Nous profitons de l'occasion de cette commission parlementaire pour souligner l'importance de lever toute ambiguïté touchant la juridiction du Conseil des services essentiels dans le contexte d'un conflit de travail dans une résidence privée pour personnes âgées. L'ancien ministre du Travail, M. Michel Després, a annoncé, l'automne dernier, sa volonté de présenter un projet de loi à ce sujet lors de la session parlementaire du printemps. Nous nous sommes réjouis de cette annonce et souhaitons que ces modifications législatives soient apportées le plus rapidement possible. Il est en effet essentiel que, lors d'une grève, les résidents, notamment ceux dont l'autonomie n'est pas complète, puissent continuer à avoir accès à un minimum de services auxquels ils ont droit. Nous espérons donc que le nouveau ministre du Travail, M. Laurent Lessard, poursuive dans cette voie.

En terminant, nous souhaitons indiquer que, dans le contexte où les besoins de services pour personnes âgées se font de plus en plus grands et variés, nous croyons qu'il faut laisser aux entreprises privées la possibilité de continuer à développer de plus en plus de projets novateurs et modulés à ces différents besoins. Nous sommes convaincus que la complémentarité des secteurs privé et public sera un gage de succès qui permettra de pouvoir maintenir à domicile les personnes âgées le plus longtemps possible dans un environnement de qualité. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, je vous remercie beaucoup, M. Bourcier. Je cède la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Mme Gauthier, M. Fernet, M. Plouffe, merci, et M. Bourcier, je crois, merci de votre présentation. Je vais vous apporter une nouvelle immédiatement, un scoop: le gouvernement n'entend pas procéder à la nationalisation des résidences privées, je vous rassure immédiatement.

**M. Bourcier (Jean):** C'est une bonne nouvelle.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Et c'est une nouvelle sur laquelle ils ne reviendront pas.

**M. Couillard:** Bon. Maintenant, parlons d'abord des critères sociosanitaires. Ce qu'on discute actuellement, et votre association des résidences privées va être bien sûr, ou l'a déjà été, ou l'est actuellement consultée, on parle de critères qui s'apparentent beaucoup à ce qui existe déjà dans le programme Roses d'or, avec de petites modifications, mais on ne parle pas de quelque chose qui est très très loin de ça, disons, en termes de critères sociosanitaires. Il y a également tous les autres éléments que vous connaissez, vis-à-vis de la Régie du bâtiment, du ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, du ministère de la Sécurité, pour les dispositifs d'incendie, ça, vous êtes familier déjà avec ça, donc on est dans cette zone-là.

Qu'est-ce que vous pensez de la suggestion qui a été faite d'un partenariat avec le programme Roses d'or? Même dans l'éventualité... C'est le Conseil des aînés qui

était avec nous, je crois, hier, qui nous disait également souhaiter un programme obligatoire — je vois que vous-même y faites allusion, à la nécessité potentielle de ce programme obligatoire — mais nous encourageait fortement à aller dans la direction d'un genre de programme Roses d'or un peu bonifié, comme première étape, dans le but, comme ils le disaient eux-mêmes, représentants des aînés, de ne pas être trop ambitieux et de pas trop demander par rapport à ce qu'on est capable de faire initialement. Qu'est-ce que vous pensez de cette suggestion?

**M. Bourcier (Jean):** Bien, tout d'abord, le programme Roses d'or couvre des éléments, des concepts de base que l'on retrouve dans la très grande majorité des résidences privées du Québec. Par contre, si les critères sociosanitaires — et je crois que c'est votre intention — ils seront plus élaborés que ce qu'on a dans le programme de base du programme Roses d'or, à partir de ce moment-là, il faudrait s'assurer que ce programme-là soit supporté par des experts, des gens qui ont des expertises solides sur les différents critères qui sont mentionnés. C'est difficile pour moi d'aller plus à fond, qu'on parle de soins de santé et ce qui n'est à peu près pas couvert dans le programme Roses d'or — puis Jean-Yves, tu pourras rajouter à ça si tu le veux bien — le programme Roses d'or ne touche à peu près pas les soins de santé. Donc, à ce moment-là, le programme Roses d'or devrait être bonifié mais également supporté par une expertise supplémentaire, une expertise complémentaire qui actuellement n'est pas couverte au travers du programme Roses d'or.

**M. Couillard:** M. le président, vous connaissez des critères actuels bien sûr: la nutrition, l'assistance physique, certains services spécifiques, la médication, distribution de la médication, sécurité physique des lieux, respect des droits et libertés, environnement sécuritaire, ça me semble être un ensemble d'éléments dont on s'attend qu'ils soient de toute façon présents pour une résidence, pour un entrepreneur digne de ce nom. Je n'ai pas de doute que, dans vos institutions, ces critères-là sont satisfaits. Le but de la certification — et encore une fois je présume de l'excellence du travail que vous faites dans vos établissements — le but de la certification n'est pas de certifier des résidences dans le fond comme les vôtres, c'est d'aller également régler, comme vous dites, les cas problèmes, ceux qui ont tendance à ne pas se déclarer et où les abus peuvent survenir.

Un deuxième — et c'est quelque chose qu'on a discuté à plusieurs reprises dans la commission, et vous pourriez nous éclairer à ce niveau-là — vous dites: La majorité de nos pensionnaires ou de nos résidents sont des personnes autonomes, mais on sait qu'à un certain âge de façon inévitable se produit une détérioration — on espère la plus lente possible — de l'autonomie. Dans vos résidences, où se situe la frontière où vous recommandez à quelqu'un de devoir malheureusement quitter la résidence, d'être dirigé, par exemple, vers un établissement d'hébergement public, un, ou, deux, quand la perte d'autonomie commence, est-ce que vous avez recours, dans certaines de vos résidences, à un partenariat avec le CLSC local pour obtenir des soins au domicile?

Vous avez dit avec justesse qu'il s'agit du domicile des personnes, donc est-ce que vous utilisez ce partenariat-là au cours du début du processus évolutif de perte d'autonomie? J'ai beaucoup aimé le terme qui a été inauguré par ma consœur d'Hochelaga-Maisonneuve, et je pense que je vais le reprendre souvent, donc, parce que ça change, hein, de mois en mois et d'année en année. Donc, un, le partenariat avec les CLSC, tel qu'il existe déjà, et, deux, où se situe pour vous cette frontière? Parce qu'on nous a dit que c'est une zone grise, hein, le moment où on est candidat au CHSLD, on ne devrait plus être en résidence.

**M. Bourcier (Jean):** Vous avez un bon point. Je donnais la moyenne d'âge de nos résidents tantôt, qui était de 82 ans. Donc, à 82 ans, on a une autonomie que j'appellerais relative. Nous, on appelle nos résidents des gens autonomes, donc qui sont aptes à faire beaucoup de choses par eux-mêmes mais qui ont accès à une gamme de services. Et, à 82 ans, M. le ministre — et vous être docteur, vous êtes médecin — vous savez que ça change vite, vous l'avez vous-même mentionné, ça change vite et, du jour au lendemain, on peut se retrouver dans une situation où on était autonome une journée, on ne l'est plus le lendemain.

● (16 h 30) ●

Nous, on couvre une certaine palette de services, ce qui nous amène à donner jusqu'à environ deux heures de soins par jour. À partir de ce moment-là — et là je vous fais grâce du processus d'évaluation du résident — à partir du moment où il se révèle être en perte d'autonomie, nous, on signale à la famille, on signale au résident que nous ne sommes plus aptes à assumer la responsabilité du résident en question et on fait évaluer le patient par le CLSC qui, à ce moment-là, amène tranquillement le résident à cheminer vers les CHSLD.

Je dois admettre par contre qu'il y a une zone grise qui se crée à ce moment-là parce qu'à partir du moment où le résident est jugé comme n'étant plus apte à être à notre résidence et apte à aller dans un CHSLD bien il y a une période de flottement entre les deux où les soins sont plus difficiles à donner à la personne. On tente, dans la plupart du temps, d'aller, de concert avec les CLSC, couvrir ce continuum de soins là manquants, ce que j'appelle le continuum de soins manquants durant la période de flottement, et ça, ce n'est pas toujours évident. On est en partenariat, dans plusieurs résidences, avec des CLSC, mais je soulignais que les ressources sont limitées dans le réseau public, et, nous, à un moment donné, on vient au bout des ressources qu'on peut offrir. Donc, il s'est créé des situations qui sont parfois difficiles à l'intérieur de nos résidences. Jean-Yves, je ne sais pas si tu veux compléter par rapport à la fin.

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Je pourrais vous dire: D'un établissement à un autre, c'est très différent. Il y a des endroits où on travaille avec les CLSC et ils sont très présents. Vous savez, dans une résidence où on a peut-être 150 personnes et où la santé des gens se détériore rapidement, ce n'est pas évident, même pour le CLSC. Mais on parvient toujours à voir cette zone grise là que, nous, on en fait un bout, le CLSC fait l'autre bout. Mais je peux vous dire que, parce que vous avez posé la question: Où ça se situe, la personne qui est

autonome, non autonome?, c'est le déplacement de la personne. Vous savez, quand la personne peut se déplacer elle-même si elle a besoin d'assistance, le matin, pour se lever, s'habiller, tout ça, on est capable de le faire. Le point culminant, c'est quand la personne n'est plus capable de se lever puis qu'elle n'est plus capable de se déplacer elle-même. On peut l'aider, on l'aide à se lever, mais elle ne continue pas. Donc, c'est là que votre service, le service public, vient nous aider. Et là ce n'est pas évident parce que la personne souvent est au lit, le CLSC est au courant, on travaille avec eux, et c'est là que la zone grise, elle est.

**M. Couillard:** Puis ça, ça se modifie parce qu'on peut être moins atteint sur le plan de la mobilité mais, en raison de troubles cognitifs, avoir une perte d'autonomie qui est aussi grande que si on a une réduction de la mobilité. Donc, c'est le CLSC qui fait l'évaluation de la lourdeur ou du besoin en heures-soins.

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Oui. Bien, il faut comprendre que, nous, la façon qu'on fonctionne, c'est qu'on va demander à la famille, parce que c'est la famille ou le tuteur de notre résident, de travailler avec le CLSC et, nous, on travaille avec la famille et le CLSC. Je vous dirais qu'à 90 % des fois c'est comme ça que ça fonctionne.

**M. Couillard:** Est-ce que votre entreprise s'est inscrite à ce programme de nouveaux projets, là, qu'on veut mettre sur pied? Vous avez certainement ou peut-être entendu parler de ce programme où on veut justement aller toucher cette zone grise et déployer des services beaucoup plus intensifs à partir du CLSC dans le but de garder la personne dans son milieu de domicile plus longtemps. Est-ce que votre entreprise est intéressée à ce genre de partenariat là?

**M. Bourcier (Jean):** Oui, on est intéressé à ce genre de partenariat. Je dois admettre par contre que, jusqu'à présent, on a soumis quelques projets aux agences qui n'ont pas été acceptés. Il faut dire aussi que, nous, quand on soumet un projet à des agences par rapport à ça, on les soumet dans nos environnements où on a ce qu'on appelle des unités de soins, donc des emplacements un peu plus élaborés pour donner des soins avec des ressources beaucoup plus étendues qu'une résidence sans unité de soins, qui n'a pas une unité de soins.

**M. Couillard:** La question du rôle du Protecteur des usagers, vous y avez fait allusion et c'est bien. Pourquoi vous dites: Ces gens-là ne sont pas des usagers, ce sont des résidents? Vous avez raison, mais le problème qu'on discute, ici, depuis plusieurs semaines, c'est le suivant, c'est que, lorsqu'on arrive à cette zone grise, c'est là que théoriquement cette personne devient un usager du service de santé et services sociaux. Donc, la raison est là pour justifier l'implication éventuelle du Protecteur des usagers dans ces résidences-là. D'autres groupes nous ont mentionné, quant à la possibilité d'intervention du Protecteur des usagers qui, dans le projet de loi, n'est réservé qu'aux résidences certifiées, de donner cet accès de façon beaucoup plus large s'il y

a, un, lieu de soupçonner — l'agence a déjà ce pouvoir-là — qu'il y a des activités de type CHSLD ou de type lourde perte d'autonomie qui sont faites ou s'il y a lieu de soupçonner, également, qu'il y a des atteintes aux droits et libertés des gens. Est-ce que vous seriez favorables à une extension du rôle du Protecteur des usagers dans ce type de situation là?

**M. Bourcier (Jean):** Je vais revenir sur peut-être le premier volet. La zone grise entre le moment où la personne cesse d'être un résident et devient un usager est une zone grise qui est réelle. Il faut en être conscient. Puis ce qui se fait sur le plancher des vaches actuellement — excusez-moi l'expression — c'est que l'individu demeure un résident sous la responsabilité de la résidence tout en étant ciblé comme étant un futur usager du système public. Et ça, je dois admettre que ça nous pose, à tous les jours, des cas que je qualifierais d'éthique parce qu'on doit faire face à quelqu'un à qui on ne peut plus donner certains services, mais qu'on doit conserver à l'intérieur des résidences et pour qui souvent on a de la difficulté à aller chercher les services de support dont on a besoin. Donc, c'est comme: il est un quasi-usager tout en demeurant un résident complet. Et ça, c'est une problématique. Je voulais le souligner, c'est une problématique qu'on vit tous les jours. Donc, on conserve la responsabilité tout en ayant des ressources limitées pour supporter la personne. Et ça, c'est une question d'éthique. On ne met personne à la rue, vous le savez. On a une responsabilité sociale et morale, et on la prend. Mais ça demeure, ça demeure une problématique.

Dans un deuxième temps, l'application des critères que le Protecteur des usagers mettra de l'avant et la démarche et le processus qui seront mis de l'avant dans ces enquêtes et dans le traitement des plaintes feront foi de la nécessité, à ce moment-là, aussi et de l'ouverture qu'on pourrait avoir à accepter que ce soit ouvert à tout le monde, à toutes les résidences, certifiées et non certifiées. Actuellement, on travaille avec des si et des peut-être. On ne connaît pas les critères, on ne connaît pas les démarches, on ne connaît pas les processus. Par contre, on ne peut sûrement pas être opposé aux enquêtes de la Protectrice des usagers au travers des résidences privées au Québec. Je pense que ça va de soi dans l'esprit de protection des personnes âgées, qui sont des personnes fragiles par définition et qui se fragilisent de plus en plus lorsqu'elles vieillissent. Donc, pour répondre à votre question, ça dépend. Mais, en soit, je vous dirai bien: On ne peut être contre. On ne peut être contre le pouvoir d'enquête de la Protectrice des usagers au travers de l'ensemble des résidences privées du Québec.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Très bien. Alors, je constate qu'il n'y a pas d'autre question du côté ministériel? Ça va? Je passe maintenant la parole à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

**Mme Harel:** Merci, M. le Président. Alors, je voudrais vous souhaiter la bienvenue, M. Bourcier, M. Plouffe, Me Fernet et Mme Gauthier. Votre mémoire nous fait état de l'importance du Réseau Allego en matière de résidences privées pour personnes âgées au

Québec. Alors, vous nous dites que c'est quand même assez récent, en 2003, en fait en moins de deux ans. Donc, Allegro compte maintenant 20 résidences dans toutes les régions du Québec avec 1 100 employés et 4 600 résidents. Alors, combien de ces résidents se trouvent dans les unités de soins? Combien y a-t-il d'unités de soins dont vous nous parliez?

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Au moment où on se parle, on en a neuf au Québec qui sont vraiment organisées... Comme, nous, on définit unité de soins, unité d'assistance. C'est sûr que, dans chacune des résidences, on donne de l'assistance aux gens, que ce soit à la médication, que ce soit l'assistance pour se lever, s'habiller, tout ça. Mais unité de soins, assistance: neuf.

**Mme Harel:** ...de lits, vous voulez dire, ou...

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Non, non. Neuf, vraiment des établissements où, par exemple, on a 200 unités puis on peut avoir 25 ou 50 unités vraiment dédiées pour des soins. Donc, on a des endroits avec des infirmières, des auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires, vraiment une organisation pour répondre plus adéquatement aux demandes des clients.

**Mme Harel:** Tantôt, M. Bourcier, vous parliez d'une moyenne de deux heures-soins par jour. Non, je me trompe, là. Mais ce que j'aimerais voir, c'est: Quelle est la moyenne d'heures-soins dans les unités et quelle est l'assistance, quelle est la moyenne d'heures d'assistance?

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Encore là, d'une résidence à une autre, ça varie, O.K. On peut avoir des unités de soins où vous allez avoir 1 h 30 min de soins et puis vous avez d'autres établissements où vous pouvez aller jusqu'à deux heures, 2 h 30 min.

● (16 h 40) ●

Il faut bien comprendre que, quand on parle d'assistance... Vous savez, nous, quand on dit: 2 h 30 min, ça peut être 2 h 30 min pour prendre la personne, encore là s'habiller, la déplacer à la salle à manger. Ce n'est pas nécessairement des soins qu'on lui donne, ce n'est pas nécessairement de la médication, ce n'est pas ce qu'on appelle, dans le monde public, des soins. C'est deux heures, 2 h 30 min, 1 h 30 min, ça peut être surtout de l'assistance. C'est beaucoup plus de l'assistance que... Vous savez, parce que, un, c'est limité parce qu'on n'a pas le personnel, vous savez, que ce soit des infirmières, des auxiliaires. Donc, il faut aller dans la loi de ce qu'on peut faire. Puis on se limite.

**Mme Harel:** Oui, parce que la loi, ce qu'elle prévoit, c'est que, si ce sont des services de longue durée, il faut aller chercher un permis et puis répondre aux critères du CHSLD public mais, à ce moment-là, en établissement privé. Alors, c'est autre chose. En fait, vous n'êtes pas des CHSLD privés.

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Et ce que je peux vous dire, Mme Harel, c'est que, dans les années, ça a changé énormément: si on recule voilà 15 ans, on parlait d'assistance d'une demi-heure, une heure; aujourd'hui, on parle

de 1 h 30 min, deux heures. On évolue avec le temps et avec le système qui est en place.

**Mme Harel:** Quel est le coût moyen, disons, mensuel pour, disons, une résidence qui offre seulement de l'assistance, là, sans unité de soins?

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Vous voulez dire le taux qu'on charge à nos clients?

**Mme Harel:** Oui.

**M. Plouffe (Jean-Yves):** O.K. Vous savez, nous, ce qu'on a essayé d'établir parce que, quand on parle d'argent avec les clients, c'est toujours sensible, la famille, ce qu'on a essayé de déterminer, c'est des blocs, de dire: O.K., si c'est 20 minutes-soins par jour, bon, je vais vous donner un exemple là qu'il ne faudra pas prendre exactement parce que ça varie d'une ville à l'autre, ça pourrait varier, exemple, de 400 \$, ensuite de ça, à toutes les 20 minutes, bien on augmente, à mesure que l'assistance est requise par notre résident. Donc, ça peut partir de 400, ça peut aller jusqu'à 1 500 \$ par mois. Ça dépend de ce que la personne nous demande. Vous savez, la capacité de payer... Et aussi, à un moment donné, c'est que, nous, comme M. Bourcier disait, c'est qu'on travaille avec le CLSC et là on dit: Bien, je pense que c'est le temps de passer au public. Parce que la capacité de payer, bien on a une limite à ce qu'ils peuvent fournir.

**Mme Harel:** En fait, dans les CHSLD publics, le coût est entre 48 000 et 58 000 par année. La contribution de la personne est jusqu'à 1 400 ou, pour une chambre privée, je pense, du moins, 1 400 \$ par mois. Alors, on voit que c'est quoi? 16 000 à peu près par année, la contribution qui est chargée. J'imagine que, dans vos résidences, le coût moyen... Est-ce que vous l'avez établi? Il est...

**M. Bourcier (Jean):** Le coût moyen dans les résidences dépend de plusieurs facteurs, dépend du style d'appartement évidemment. Nous, on a le continuum du studio, qui est sur une unité de soins, à des cinq et demie, donc des cinq pièces et demie. Donc, vous voyez, je pourrais vous donner un ordre de grandeur qui varie entre 800 \$ et 2 500 \$ par mois, dépendamment du style d'appartement, de la région, du style de forfait qui est acheté par le client, par le résident. Il y a plusieurs facteurs qui viennent se greffer à ça. Puis je voudrais faire un aparté, Mme Harel, le deux heures n'est pas une moyenne, le deux heures est un maximum. Nous, le deux heures, c'est: on lève un drapeau, là. On lève un drapeau en disant: On n'est pas mal rendus au bout de notre rouleau de ce qu'on peut faire. Puis on pourrait dire que... on serait tenté de dire: Oui, mais ce serait plus payant pour vous. Non, non, non, la question n'est même pas là, rendu là. La question, nous, on lève le drapeau, on a besoin du public.

**Mme Harel:** Oui, parce que, pour, en fait, ne pas l'avoir vécu personnellement mais avoir eu écho de familles qui se font appeler en disant: Venez chercher votre parent, il est soit incontinent ou encore il fait de

l'errance nocturne, etc., alors là le problème, c'est l'évaluation. Parce qu'il peut y avoir plusieurs mois d'attente, me dit-on. A Montréal, on me signalait, surtout dans l'ouest: C'est presque sept à huit mois d'attente pour l'évaluation par le CLSC. Qu'arrive-t-il durant cette période-là? Ils sont encore chez vous à ce moment-là?

**M. Bourcier (Jean):** Ils sont encore chez nous à ce moment-là, et c'est là que je vous parlais de situations difficiles où, nous, on le dit, nous, en termes d'opération, on tient le fort. On tient le fort. On travaille avec la famille, on travaille avec les CLSC, on travaille avec le résident aussi, d'une certaine façon. Il faut bien penser, hein, et la notion de «domicile» ici prend toute sa force, qu'une personne âgée qui réside dans nos établissements, dans nos résidences depuis quatre, cinq, six ans, c'est vraiment son domicile, hein? Et c'est malheureux à dire, mais elle ne veut pas quitter, hein? Elle ne veut pas s'en aller en CHSLD, ce n'est pas ça du tout, hein? Puis les familles non plus ne veulent pas que leur père, leur mère s'en aillent vers le CHSLD. Donc, on a énormément de pression, nous. Et je ne veux pas avoir l'air du gars qui se plaint ici, là, nullement, mais on subit quand même une pression de la part de notre environnement, même quand ces gens-là sont en attente d'une place dans un CHSLD. Et ça, c'est la vérité de tous les jours.

**Mme Harel:** Mais vous n'avez pas de projet pour offrir des soins, disons, comme au CHSLD, 3 h 30 min, trois heures d'assistance et de soins?

**M. Bourcier (Jean):** Non, pas pour l'instant. Nous, ce que nous comptons développer au cours des prochaines années, c'est d'augmenter notre capacité au niveau des unités de soins, c'est-à-dire être capables d'offrir un continuum de milieu de vie plus étendu, donc de l'appartement à l'unité de soins, donc qui nous amène à pouvoir donner deux heures, 2 h 30 min de soins. Et ça, comme je dirais, on fait l'intervalle avant de se rendre au CHSLD. C'est vers ça qu'on tend, de façon graduelle et constante.

**Mme Harel:** À combien vous l'évaluez, le coût, pour que je mette l'argent de côté, là?

**M. Bourcier (Jean):** Réservez tôt.

**Mme Harel:** Non, mais, sérieusement, deux heures, 2 h 30 min de soins, dans une unité de soins, ça peut coûter combien?

**M. Bourcier (Jean):** Je vais répondre vaguement, là, je m'excuse.

**Mme Harel:** En moyenne?

**M. Bourcier (Jean):** Ça peut aller autour de 600 \$ et un peu plus même, mais je vous parle de... autour de 600 \$.

**Mme Harel:** 600 \$ par mois?

**M. Bourcier (Jean):** 600 \$ par mois.

**Mme Harel:** 600 \$.

**M. Bourcier (Jean):** Puis, même, tu peux répondre là, tu peux compléter.

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Oui. Ça a bien... oui, c'est ça.

**Mme Harel:** Oui, je pense que... Je vais en envoyer chez vous, moi, là.

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Oui, oui, c'est ça, effectivement. Non, vous savez, ça varie encore là d'une résidence à une autre, parce que... Vous savez, on a des résidences où... Il y a des endroits que le prix de base, je vais vous donner un exemple, c'est 995 \$. Le prix de base pour on va appeler ça un gîte et couvert. Il y a d'autres endroits, notre prix de base, c'est 1 400 \$.

**Mme Harel:** Attendez. Pour 995 \$, vous avez le gîte et couvert, les trois repas?

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Oui, puis ça comprend l'entretien ménager. On appelle ça gîte et couvert. C'est de moins en moins en demande parce que les gens veulent plus de services, parce qu'ils s'en viennent dans un milieu de vie. Donc, ils disent: Qu'est-ce que vous m'offrez pour...

**Mme Harel:** Où est-ce que c'est, ça, à 995 \$ par mois avec gîte et couvert? À Montréal?

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Vous viendrez me voir, je vais vous donner quelques endroits de préférence.

**Mme Harel:** À Montréal? Parce que les coûts même...

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Non, je vous dirais plus en banlieue.

**Mme Harel:** Parce que les coûts à Montréal, gîte et couvert, ce n'est rien en bas de 1 200 \$, 1 300 \$.

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Montréal, c'est un autre... c'est un marché qui est particulier quand même, puis encore là il faut faire attention. Dans le gîte et couvert, est-ce que, bon, on fait l'entretien ménager une fois par semaine? Est-ce qu'on le fait deux fois par semaine, bi-hebdomaire? Vous savez, ça dépend. Mais, pour répondre à votre question pour les soins, encore là ça peut varier entre 400 \$ puis ça peut aller jusqu'à 1 000 \$. Tu sais, ça varie, mais la moyenne de 600 \$, c'est une moyenne, ce qu'on essaie. Vous savez, quand on... On se pose toujours des questions dans le réseau. À chaque fois qu'on tend vers le 1 000 \$, il faut se poser la question: La personne, là, est rendue où dans son cheminement, dans sa santé? C'est ça qui est... Nous, c'est là que la lumière s'allume. Ça fait que, quand M. Bourcier disait une moyenne, bien, vous voyez, O.K., on est capables de vivre avec ça. Quand on tend trop vers le 1 000 \$, il faut se poser des questions, parce que les...

**Mme Harel:** C'est en sus du gîte et couvert.

**M. Plouffe (Jean-Yves):** Du gîte et couvert, parce que, nous, quand... vous savez, les gens, c'est un choix qu'ils viennent vivre chez nous, c'est une base. On leur dit: Le gîte et couvert, quand c'est le gîte et couvert. Après ça, les soins... Vous savez, beaucoup des gens qui viennent vivre chez nous ne nous posent jamais la question: C'est quoi, les soins que vous pouvez me donner, hein? Parce qu'ils arrivent chez nous, ils sont en forme, ils n'ont aucun problème, donc c'est après que ça se complique un peu plus.

● (16 h 50) ●

**Mme Harel:** En fait, la majorité des personnes de plus de 65 ans n'ont pas de revenu autre souvent que la pension de vieillesse, le supplément de revenu garanti, surtout les femmes de plus de 65 ans, me dit-on, supplément de revenu garanti, parfois une régie de rentes de veuve ou de conjoint... en fait, comme conjoint survivant, on ne dit plus «veuve», là, et puis quelque autre. Mais tout ça est quand même assez, disons, près du 1 400 \$ maximum par mois, là, hein? Même 1 500 \$, c'est déjà... je pense qu'on... Alors, on voit bien que c'est à la limite, là, de ce que... Dès qu'elles sont, disons, en problème cognitif ou autre, elles ne peuvent plus habiter dans des résidences de gîte et couvert en fait, habituellement, hein? Deux minutes? Ah! Mon Dieu! Ça va.

Je vous pose ces questions-là parce qu'on va avoir à se poser la question d'une politique de protection des personnes vulnérables. Dans la mesure où les critères sociosanitaires, une fois qu'ils seront publiés, devront toucher à la fois la qualité du bâtiment, la qualité des soins, la qualité de vie, Roses d'or nous a dit avoir une expertise en matière de qualité de vie, mais pas en matière de qualité de bâtiment ni en matière de qualité de soins. Alors, ce sera presque impensable qu'il n'y ait pas, dans les conditions sociosanitaires, cette qualité de soins qui devra être évaluée, certainement. Mais la grande question va demeurer: Quel va être le système de protection des personnes vulnérables? Auront-elles les moyens d'avoir des conditions de vie en vieillissant qui soient décentes? Je crois que c'est un incontournable.

Alors, est-ce que j'ai terminé ou je peux continuer?

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Bien...

**Mme Harel:** Je voudrais connaître vos projets, où est-ce que vous pensez ouvrir de nouvelles résidences.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Ce sera a dernière question. Ce sera la dernière question.

**M. Bourcier (Jean):** Actuellement, le réseau s'est attaché, au cours des deux dernières années, à développer les résidences qui faisaient partie actuellement de son réseau. Donc, on a procédé à des agrandissements importants au cours des deux dernières années. On a rajouté, et je vais dire un chiffre rond, là, autour de 650 unités de logement à nos résidences existantes, des investissements majeurs. Actuellement, on se tourne vers l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta pour faire des acquisitions, ce qui n'est pas sans dire qu'on ne regarde pas au Québec, c'est qu'avec la masse critique de résidences qu'on a actuellement au Québec on commence à être plus limités dans les emplacements où on

peut procéder soit à des acquisitions, soit à des agrandissements, ou des développements de résidences.

**Mme Harel:** Parce que vous ne l'envisagez que sur des grands ensembles, hein?

**M. Bourcier (Jean):** On l'envisage sur de grands ensembles qui nous permettent honnêtement d'avoir des économies d'échelle. Il y a des questions de gestion, de saine gestion, ici.

**Le Président (M. Bouchard, Vachon):** Alors, M. Bourcier, vous avez compris que la clarté de votre propos concernant la certification et votre position là-dessus a permis aux députés d'aborder d'autres sujets que celui-là, qui vous était, je pense, le plus important. La commission a bien entendu votre positionnement là-dessus, n'avez crainte. Alors, nous vous remercions de votre contribution, vous, M. Bourcier, M. Plouffe, M. Fernet et Mme Gauthier. Merci bien.

Et la commission ajourne ses travaux au mardi 22 mars, 9 h 30, à la salle Louis-Joseph-Papineau. Merci de votre collaboration.

(Fin de la séance à 16 h 53)