



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 31 mai 2006 — Vol. 39 N° 36

Consultation générale sur le document concernant
les services de santé intitulé *Garantir l'accès:
un défi d'équité, d'efficience et de qualité* (15)

**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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 31 mai 2006 — Vol. 39 N° 36

Table des matières

Auditions (suite)

Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie (TROC-Montérégie)	1
FADOQ-Mouvement des aînés du Québec	10
Table régionale des organismes communautaires Centre-du-Québec—Mauricie (TROC-Centre-du-Québec—Mauricie)	19

Intervenants

M. Russell Copeman, président
M. Jean-Pierre Paquin, président suppléant

M. Philippe Couillard
M. Jonathan Valois
Mme Noëlla Champagne

- * Mme Johanne Nasstrom, TROC-Montérégie
- * Mme Connie Bleau, idem
- * Mme Martine Langlois, FADOQ-Mouvement des aînés du Québec
- * M. Renaud Beaudry, TROC-Centre-du-Québec—Mauricie
- * Mme Marie-Andrée Désilets, idem
- * M. Yves Blanchette, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 31 mai 2006 — Vol. 39 N° 36

**Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé
Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité (15)***(Quinze heures cinq minutes)*

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Nous sommes réunis afin de poursuivre... j'ai hâte de changer de verbe, mais là c'est de poursuivre notre consultation générale et les auditions publiques sur le document concernant les services de santé intitulé *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par M. Valois (Joliette).

Le Président (M. Copeman): Bien. Merci. L'ordre du jour modifié: nous allons débiter dans quelques instants avec les représentantes de la Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie; autour de 16 heures, ce sera le tour du FADOQ-Mouvement des aînés du Québec; terminer l'après-midi avec la Table régionale des organismes communautaires Centre-du-Québec—Mauricie. L'ajournement est prévu pour 18 heures. Alors, une journée un peu moins chargée aujourd'hui pour mieux nous permettre de travailler fort demain, jusqu'à 23 heures.

Alors, sans plus tarder, je souhaite la bienvenue aux représentantes de la Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie. Mme la présidente Bleau, bonjour. Bienvenue à cette commission. Comme je le fais pour chaque groupe, je vous avise que vous avez 20 minutes pour votre présentation et, par la suite, il y aura une période d'échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Est-ce que je présume que c'est Mme Nasstrom, à côté de vous? Bonjour, madame. Alors, sans plus tarder, la parole est à vous.

Auditions (suite)**Table régionale des organismes
communautaires et bénévoles de
la Montérégie (TROC-Montérégie)**

Mme Nasstrom (Johanne): D'abord, merci, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, de nous accueillir afin qu'on puisse vous faire part de nos commentaires sur les orientations gouvernementales en santé et services sociaux. Bon, il y a Mme Bleau, ici, qui m'accompagne, présidente de notre regroupement, qui pourra aussi répondre à vos questions, suite à la présentation.

D'abord, qui sommes-nous? La Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie est un regroupement d'organismes communautaires en santé

et services sociaux. Nous comptons plus de 200 organismes communautaires sur le territoire. Les organismes communautaires de la TROC-Montérégie offrent une multitude d'activités et de services dans leurs communautés respectives et portent tous une même préoccupation, à savoir préserver un système de santé public qui soit universel, gratuit, accessible et de qualité pour toutes et pour tous, sans discrimination aucune. Si cette idée est simple et justifiable à plusieurs égards, son application, elle, l'est beaucoup moins, puisque le courant actuellement priorisé quant à nous par le gouvernement suggère une remise en question de certains de ces principes fondamentaux.

Le jugement de la Cour suprême de juin 2005, dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis, a suscité d'ailleurs de vives réactions parmi les organismes membres de notre regroupement, inquiétudes et questionnements face aux conséquences d'un tel jugement sur le système de santé et de services sociaux québécois. Alors, dès l'automne 2005, notre regroupement a examiné de près le contenu du jugement et ses effets possibles dans nos communautés. Par ce mémoire, nous vous transmettons notre avis sur les orientations proposées.

À première vue, disons que la proposition gouvernementale nous semble intéressante, mais c'est en regardant d'un peu plus près qu'on constate que celle-ci constitue une menace à l'intégrité de notre système de santé public. Bon, comme vous le savez, pour réduire les délais d'attente, la proposition cible trois avenues: la garantie d'accès aux chirurgies dans des délais fixés, l'ouverture aux assurances privées pour certaines interventions et la réalisation de chirurgies dans des cliniques privées dites spécialisées affiliées. Alors, d'après nous, avec une proposition pareille, nous nous dirigeons droit vers la définition d'un système de santé à deux vitesses.

• (15 h 10) •

Par exemple, l'ouverture aux assurances privées permettra à certaines personnes d'accéder plus rapidement que d'autres à des soins de santé. En effet, dès l'obtention du diagnostic, une personne pourra se faire opérer dans une clinique privée, mais là encore faut-il réussir à contracter une telle assurance, car n'oublions pas que les assureurs privés peuvent faire de la discrimination en fonction du risque qu'une personne représente. Ainsi, une personne ayant une histoire médicale plus ou moins complexe sera jugée à haut risque par les assureurs et devra payer une prime souvent hors de prix, puisque la compagnie, elle, doit faire ses profits. Il va sans dire que les plus pauvres de la société sont des personnes considérées à haut risque.

Bon, selon l'OCDE, l'accès aux assurances privées est souvent inéquitable, du fait surtout que ce sont généralement les catégories de personnes à hauts revenus qui souscrivent à ce type d'assurance. J'aimerais vous citer l'OCDE, qui dit que, bon, «dans les systèmes duplicatifs, par exemple, l'assurance maladie privée offre à ceux qui peuvent se le permettre un niveau de soins, de choix et

de rapidité d'accès supérieur à ce qu'offre le système public. Les assurés d'un régime privé peuvent en particulier bénéficier de délais plus courts pour la chirurgie élective. Mais rien ne permet de dire que cela réduit du même coup les temps d'attente dans le secteur public, qui est le seul choix possible pour les catégories à faible revenu.»

Nous avons aussi une autre inquiétude majeure quant à l'ouverture à la possibilité d'avoir recours aux assurances privées. Le livre blanc précise que les assureurs privés ne pourront pour l'instant offrir une couverture que pour trois chirurgies. Toutefois, on constate que la situation pourrait se modifier rapidement par simple voie réglementaire et sans débat public. La liste des soins de santé privatisables pourrait donc s'allonger. Cela signifie que, chaque fois qu'une nouvelle garantie d'accès sera annoncée, les assureurs privés pourront élargir la couverture qu'ils offrent.

D'autre part, concernant les cliniques spécialisées privées affiliées à travers un financement public, on croit que ces cliniques se concentreront sur une gamme limitée de soins électifs, laissant au secteur privé la prise en charge des soins ou des catégories de population qui coûtent le plus cher.

Les menaces de privatisation n'ont nullement été dissipées donc par les orientations gouvernementales. L'analyse des véritables causes de la crise d'efficacité du système de santé reste quant à nous à faire. En réalité, le système de santé trouve sa cause d'abord dans la négation de la nécessité d'une véritable réforme en s'attaquant aux vrais problèmes. Et on va regarder un peu... On va vous présenter un peu pour nous ce que sont les vrais problèmes.

Par exemple, le livre blanc ne fait aucune mention des listes d'attente pour les services sociaux, et pourtant la situation est critique à bien des égards. Par exemple, la population... Si on prend l'exemple de la population de la Montérégie, les gens peuvent attendre jusqu'à 12 semaines pour obtenir des services d'aide à domicile, 26 semaines pour les services de consultation psychosociale et jusqu'à 52 semaines pour le placement d'une personne âgée.

La création des centres de santé et de services sociaux ne fait que diminuer significativement les actions de prévention et les budgets pour les services de première ligne. Force nous est de constater que la situation financière des hôpitaux mobilise la grande partie des ressources disponibles dans les réseaux locaux. Certes, le virage ambulatoire, les nouveaux médicaments et les nouvelles procédures liées à l'avancement des technologies médicales ont réduit considérablement la durée de séjour des patients en hôpital. Toutefois, bon nombre de personnes sont renvoyées chez elles sans les services de soutien à domicile appropriés. Les services à domicile sont sous-financés, et les mesures mises en place pour soulager la lourdeur des tâches quotidiennes des milliers de personnes aidantes, principalement des femmes, sont nettement insuffisantes. Alors, par ça, on voulait aussi aborder la question de la qualité des services sociaux offerts.

En ce qui concerne les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui hébergent nos citoyens et citoyennes âgés ou handicapés en perte d'autonomie, la situation n'est guère meilleure. Les manchettes en font d'ailleurs état de manière régulière.

Bon, à titre d'exemple, si on prend la Montérégie — et là on va vous citer des chiffres qui datent de 2000; malheureusement, la situation n'a guère changé et puis, avec le vieillissement de la population, on pourrait même penser que ça pourrait s'aggraver — à titre d'exemple, il y a certaines personnes dans les CHSLD à l'heure actuelle qui se voient limitées à un seul bain complet à la baignoire par semaine et à ne plus recevoir d'aide pour marcher, ce qui les confine à la chaise gériatrique. Le manque de soins personnels, d'assistance, de surveillance, de loisirs et d'écoute est pallié bien sûr par une surconsommation de médicaments.

De leurs côtés, eux, si on regarde plus les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, bon, ils souffrent encore de longues listes d'attente et de plusieurs problèmes. Quant aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle, ils ont aussi subi des changements radicaux au fil des années qui ont été marqués par le passage de l'hébergement en centre d'accueil à la création de résidences, de pavillons, foyers de groupes ou appartements supervisés dans la communauté, mais avec très, très peu de moyens et des ressources pour favoriser l'intégration sociale de ces personnes.

On pose ensuite la question: Bon, comment peut-on favoriser leur intégration en coupant dans les programmes sociaux? Alors, on constate que la liste des compressions budgétaires dans les services publics est longue et vaste. Il est vrai que les dépenses de l'État en santé et services sociaux sont imposantes, mais le véritable enjeu réside quant à nous plutôt dans les causes qui se cachent derrière l'augmentation des coûts de la santé. On doit absolument questionner et critiquer les profits records des compagnies pharmaceutiques, l'insuffisance et l'absence des services de première ligne et de soins à domicile, le recours à des technologies coûteuses de diagnostics et de traitement et bien sûr les impacts de la privatisation des services de santé sachant que l'apport du privé dans le système compte déjà autour de 30 % du total des dépenses en santé.

Maintenant, si on aborde un peu ce qu'on croit que sont les solutions dignes d'une société plus progressiste, plus juste et équitable, la prévention est à notre avis non seulement... On axe beaucoup sur la prévention. La prévention est à notre avis non seulement un facteur d'évolution du système de santé québécois, mais une condition obligatoire et essentielle à un système de santé en cohérence avec les valeurs de la société québécoise. L'histoire a d'ailleurs su nous démontrer et à maintes occasions, que ce soit ici ou ailleurs, que les conditions de vie et la qualité de vie de la population sont les meilleures garanties d'une société en santé.

La proposition gouvernementale en matière de prévention se limite à nous encourager et à nous inciter à améliorer notre mode de vie, à faire des choix éclairés pour notre santé. Parallèlement, les coupures budgétaires dans les programmes sociaux réduisent les services permettant de préserver notre santé et contribuent à maintenir des niveaux très élevés de pauvreté dans la population. Comment peut-on avoir une saine alimentation lorsque les moyens financiers ne nous le permettent pas? Comment maintenir une bonne santé dans des logements qui sont parfois insalubres?

En blâmant la population pour leurs problèmes de santé qui seraient dus à leur mode de vie — manque

d'exercice, mauvaise alimentation, tabagisme — on croit que le document masque les iniquités sociales qui contribuent à la maladie. On n'est pas contre une meilleure alimentation, on n'est pas contre la prescription d'un brocoli par semaine et d'une marche par jour, sauf qu'on croit que c'est important de s'attarder aux iniquités qui contribuent à faire en sorte qu'il y a certaines personnes qui ne mangent pas actuellement un brocoli par semaine. Pourtant, nous savons bien que c'est plutôt la façon dont une société redistribue sa richesse parmi la population qui est le premier déterminant de la santé. Malheureusement, on considère que les gouvernements... bien les gouvernements regardent très peu la redistribution de la richesse dans les réformes de santé.

● (15 h 20) ●

Si on regarde de plus près les déterminants, les fameux déterminants de la santé, comme vous le savez, la santé résulte de nombreux facteurs parmi lesquels figurent le logement, l'alimentation, l'éducation, l'aide sociale, le revenu, l'emploi, le respect des droits des personnes et les soins de santé et les services sociaux. Ces facteurs contribuent à façonner les valeurs des individus, leur choix de mode de vie ainsi que leur comportement en matière de santé. Si les individus ont les connaissances adéquates et s'ils bénéficient de l'accès nécessaire aux services et aux ressources, ils peuvent contribuer considérablement à produire leur propre santé et celle de leur famille. Alors, on croit que la promotion de la santé va au-delà des soins.

On revient sur la pauvreté, parce que, comme tous les pays du monde l'ont dit, comme toutes les études du monde l'ont dit, c'est la pauvreté d'une société qui détermine souvent la santé d'une société. La pauvreté est l'une des principales menaces qui agit sur la santé. Elle entraîne des stress majeurs, mine toute action visant à prendre soin de soi-même, tout en créant un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle sur sa propre vie et sur les facteurs déterminants de la santé. On pourrait vous en reparler un peu plus si on a un petit peu de temps, là. On le vit quotidiennement dans les organismes, rencontrer des gens qui sont plus pauvres, et ils sont déjà... leur santé est déjà handicapée par... dû à la pauvreté.

Les facteurs sociaux et comportementaux, tels que les modes de vie sédentaires, l'isolement et la violence, figurent également au titre de grandes menaces pour la santé et le bien-être. La dégradation de l'environnement est aussi quant à nous un désastre majeur. Puis on l'a vu, la semaine dernière, avec l'étude qui est sortie de l'agence de santé de Montréal, qui décriait la pollution de l'atmosphère à Montréal qui avait des effets très néfastes sur la santé des personnes. Ces constats sont des évidences, et pourtant notre système de santé dépense de plus en plus dans les médicaments et de moins en moins en prévention et promotion. À titre d'exemple, pour l'agence de la Montérégie, 2 % du budget va à la prévention-promotion.

Bon, les dépenses au titre des médicaments sur ordonnances représentent ce qui augmente le plus rapidement les coûts du système de santé. Cela s'explique en partie par une protection prolongée aux sociétés pharmaceutiques pour les brevets sur les médicaments de marque. Les principales sociétés pharmaceutiques ont maintenant des brevets d'un minimum de 20 ans sur chaque médicament. Selon les données de l'IMS Health Canada, les

dépenses en médicaments d'ordonnance du Québec sont passées de 1,6 milliard de dollars en 1997 à quelque 4 milliards de dollars en 2004. Cette tendance s'intensifie à mesure que la population vieillit, que de nouveaux médicaments coûteux remplacent ceux qui existent déjà et que les traitements pharmaceutiques représentent une part de plus en plus importante des soins aux malades. A notre avis, il y a là urgence de limiter la hausse des coûts des médicaments.

Concernant les pratiques médicales, la sur-spécialisation et la surconsommation de multiples tests diagnostics coûteux s'avèrent — et ça, ce n'est pas nous qui le dit, hein, c'est... beaucoup de médecins même l'affirment; s'avèrent — parfois inutiles. On n'en a que pour des études très pointues qui isolent souvent les objets d'études des sujets porteurs des problèmes. De l'autre côté, on cultive la pensée magique de la pilule contre tous les maux. La surconsommation de médicaments est un problème réel. Et ça, on le voit au quotidien, il y a plusieurs organismes qui peuvent nous le témoigner. Les patients et patientes doivent pouvoir compter tant qu'à nous sur des renseignements actualisés, précis, complets et impartiaux sur les pour et les contre de toutes les options thérapeutiques et médicamenteuses.

On croit aussi que la pratique médicale, afin d'être impartiale, doit être à l'abri de la publicité pharmaceutique. Aux États-Unis, par exemple — bon, c'est certain, on est au Québec — mais aux États-Unis, par exemple, les sociétés pharmaceutiques ont dépensé plus de 10 milliards de dollars chaque année pour la promotion de médicaments auprès de la population et des médecins. Ces promotions prennent plusieurs formes, là: déjeuners gratuits, voyages, cadeaux de tout acabit.

Le Président (M. Copeman): Mme Nasstrom, il vous reste trois minutes.

Mme Nasstrom (Johanne): Trois minutes. Alors — merci — selon nous, les pratiques médicales doivent absolument être conçues à travers une vision globale des problématiques, de leurs tenants et aboutissants.

On voudrait vous faire part, là, du rôle des organismes communautaires en santé et services sociaux. Tout d'abord, les organismes membres de notre regroupement ont été consternés par le manque de reconnaissance de ceux-ci dans le document de consultation. En effet, le document ne fait aucune mention du rôle des organismes communautaires autonomes dans le système de santé et des services sociaux. Pourtant, leur rôle n'est plus à démontrer.

La Montérégie compte plus de 400 organismes communautaires qui oeuvrent en santé et services sociaux. La grande majorité ont plus de 10 années d'existence et plusieurs près de 30 années. Tous ces organismes ont été mis sur pied par et pour les communautés où ils sont implantés. Depuis quelques années, ils ont été vivement interpellés par l'augmentation de la pauvreté et le désengagement de l'État des services publics. Bien malgré eux, étant aux premières loges des besoins des communautés, les groupes se voient obligés de répondre à de plus en plus de demandes d'aide d'urgence, ce qui les amène à un important degré d'essoufflement et les éloigne souvent de leur mission première.

Leurs actions, qui visent à agir sur les causes structurelles des maux sociaux, se manifestent quotidiennement dans la lutte contre la pauvreté et la discrimination, l'oppression, la marginalisation et l'exclusion sociale. Ils sont engagés dans un travail constant de conscientisation. Ils se soucient de la création d'espaces démocratiques.

On trouve ça très déplorable de ne pas trouver nulle part... de trouver, dans le document, le rôle des MRC, le rôle... mais on ne trouve pas le rôle des organismes. Alors, on pense que c'est très, très important d'en faire... de reconnaître.

On croit aussi que les orientations gouvernementales doivent absolument proposer des orientations afin d'améliorer les conditions de vie et les programmes sociaux.

Augmentation du revenu. Car, à 543 \$ par mois, une personne sur l'aide sociale ne peut avoir une bonne santé et entraînera des coûts sur le système, c'est certain, tout au long de sa vie.

Amélioration des conditions de travail. Les conditions de travail actuellement, on voit des personnes qui vivent... qui travaillent, qui ont deux, trois emplois, ne fournissent pas et n'arrivent pas à répondre aux besoins de la famille, alors...

Accessibilité au logement décent — je pense que ça, la preuve n'est plus à démontrer, là; il y a eu un scandale dans les journaux dernièrement — et amélioration de la sécurité alimentaire et du système d'éducation. Quant à nous, tous ces déterminants auront un impact direct sur la santé des Québécoises et Québécois.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président, merci, mesdames, pour votre visite aujourd'hui. Je dirais, en introduction, que vous dites... vous vous présentez devant nous dans le but de protéger le système de santé public universel gratuit. On est tous là pour ça puis c'est tout ce qu'on fait ici. Je ferais juste une correction: gratuit, oui et non, gratuit dans le sens qu'il n'y a pas de contribution par les usagers lors de l'obtention des services mais certainement pas gratuit sur le plan des finances publiques ou de la collectivité. Et ceci n'est absolument pas remis en question par le document qui est devant nous.

L'ouverture à l'assurance privée. La démonstration que vous faites, je l'ai moi-même faite à plusieurs reprises en commission. Donc, vous n'avez pas à nous convaincre, il n'y a aucune utilité systémique sur le plan du financement ou de l'accès à l'introduction à l'assurance privée. C'est un document de réponse à un jugement du tribunal pour lequel il fallait faire un geste, qui était d'abroger. On aurait pu abroger complètement l'article et ouvrir l'assurance privée à tout le système de santé, ce qui n'a bien sûr pas été ce qu'on a choisi de faire.

Il y a une chose que vous dites qui est également inexacte, là. C'est quand vous dites que l'ouverture à l'assurance privée, proposée et limitée dans ce document, ouvre la porte à un système à deux vitesses. C'est comme s'il n'existait pas, actuellement, le système à deux vitesses. Ça fait des années qu'il existe des cliniques de médecins non participants à Montréal puis je ne vois pas, dans votre document, que vous recommandiez leur fermeture, là.

Alors, ça, si on est contre la médecine à deux vitesses, on ne peut pas être juste contre l'assurance, il faut être contre les cliniques de médecins non participants. C'est la même chose, là. Quelqu'un qui a 12 000 \$ à Montréal aujourd'hui peut aller se faire opérer pour la hanche, puis quelqu'un qui n'a pas 12 000 \$, il ne peut pas aller se faire opérer pour la hanche par les cliniques. Puis ce n'est pas depuis le gouvernement actuel que ça existe, ça fait des années. Donc, il n'y a pas de nouveau système à deux vitesses dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Il y a une modification qu'on a faite en cours de débat, cependant, qui devrait répondre à une question que vous posiez. C'est que la possibilité d'augmenter le panier d'assurances privées dans le futur va être restreinte à des méthodes législatives et non pas réglementaires, de sorte qu'il va falloir, chaque fois... si un gouvernement... Puis ça risque d'être bien long avant que ça se produise encore, à mon avis, parce qu'on voudra faire le bilan de ce qu'on a fait ici, à très petite échelle, avant qu'un autre gouvernement veuille aller plus loin dans ce domaine-là. Il va falloir introduire un amendement législatif — projet de loi, commission parlementaire, etc. — et non pas uniquement un règlement. Il n'y a pas d'automatisme du tout entre le fait d'augmenter la garantie de services et l'assurance privée. Et ça, c'est une chose qu'on a clarifiée à de nombreuses reprises. Effectivement, ce n'est pas très clair dans le document, c'est pour ça qu'on l'a réexpliqué. De sorte que, si on ajoutait, dans un an, une autre procédure à la garantie de services, ce n'est pas par définition qu'il faut l'ajouter à l'assurance privée. Et, de toute façon, si c'était le cas, il faudrait le faire par voie législative.

• (15 h 30) •

Il y a plusieurs groupes qui ont mentionné comme vous regretter la non-présence des services sociaux — et vous rajoutez là-dessus les mouvements communautaires — dans le document. Ce n'est pas le sujet du document. Les groupes sociaux et les groupes communautaires sont amplement couverts dans beaucoup de documents du système de santé, dont tous les plans d'action que notre gouvernement a produit récemment, incluant celui en santé mentale. Ce n'est pas un document sur le système de santé. C'est un document de consultation sur la réponse au jugement Chaoulli qui porte sur l'assurabilité des soins médicaux hospitaliers. Alors, là-dedans, là, on n'a pas à couvrir tout l'horizon ou tout l'éventail du système de santé et de services sociaux, et ça aurait été hors sujet de le faire.

Je ferais une petite observation sur les budgets. Je dirais que les CSSS, au contraire, et ça avait été d'ailleurs démontré pour les CSSS qui existaient avant la loi n° 25, que c'est dans les regroupements qu'au contraire les missions de CLSC, sur le plan budgétaire, ont été les mieux protégées et qu'ils ont pu mieux se développer. Et d'ailleurs tous les développements budgétaires dans le système de santé ont été accordés dans les milieux extrahospitaliers, pas dans les hôpitaux. Les hôpitaux, ils n'ont pas eu de développement budgétaire autre que l'indexation. Tous les développements ont été faits en perte d'autonomie, en santé mentale, en protection de la jeunesse et ce genre de mission là.

Je voudrais également vous faire une remarque sur la question des... Vous avez mentionné à quelques reprises les coupures budgétaires dans le système de santé et de services sociaux. Il n'y a pas eu de coupures

budgétaires. Les coupures budgétaires, c'est si on donne 100 \$ une année puis que, l'année suivante, on donne 80 \$. Ça, c'est une coupure budgétaire de 20 \$. Maintenant, si quelqu'un demande 200 \$ puis qu'on passe de 100 \$ à 150 \$, ce n'est pas une coupure de 50 \$, c'est une augmentation de budget de 50 \$, qui n'est pas suffisante compte tenu des besoins. Puis il y a une grande révélation qu'il faut se faire entre nous, là, c'est que, dans 20 ans, les besoins seront encore inadéquats par rapport aux ressources. Ça va toujours être comme ça. Il y a toujours une inadéquation entre les besoins et les ressources. Il y a 4,2 milliards qui a été investi en santé et services sociaux. Tous les budgets de tous les programmes ont augmenté. Il n'y en a pas un seul qui a diminué. Alors, si vous avez un exemple à me donner de coupures budgétaires en santé et services sociaux depuis 2003, s'il vous plaît, signalez-le-nous rapidement parce que ce n'est pas normal, notamment en Montérégie qui est la région au Québec qui a bénéficié de près de 25 % des développements budgétaires, alors qu'ils représentent 18 % de la population. Alors, si vous avez un exemple, là, s'il vous plaît, dites-le-moi vite, parce qu'il y a quelque chose qui se passe de pas normal, là.

Mme Nasstrom (Johanne): Mais ce qu'on...

M. Couillard: Oui.

Mme Nasstrom (Johanne): Mais ce qu'on considère, c'est que présentement on augmente, oui, mais on n'augmente pas aux bonnes places.

M. Couillard: ...

Mme Nasstrom (Johanne): On n'augmente pas aux bonnes places. On parle de, bon, il y a eu 1,3 milliard d'ajouté, si on calcule, il reste 125 millions, hein, à peu près, pour le reste, c'est les coûts système. Mais, du 125 millions, on considère qu'en prévention, promotion, quand on dit: Il faut absolument s'attaquer aux causes, quand on dit que le parent pauvre présentement, c'est tout le volet prévention, promotion, ça, si on regarde les chiffres des cinq dernières années, il n'y a pas eu... il y a très, très peu d'augmentation dans le budget prévention, promotion. Tandis que, si... On a donné l'exemple du coût des médicaments, là, il y a eu de grandes, grandes, grandes dépenses du côté des médicaments.

M. Couillard: Mais, là-dessus, donc on est d'accord, il n'y a pas eu de coupures budgétaires. Vous pouvez dire que vous auriez aimé qu'on investisse plus dans certains secteurs que d'autres par rapport aux choix qui ont été faits, et ça, ce n'est pas des coupures budgétaires, c'est des augmentations qui ne sont pas à la hauteur des espoirs. Le terme est important à clarifier.

Et pour le reste que... des 125 millions sur le 1,3 milliard, vous dites que le coût de système... une grande partie, c'est la rémunération, l'augmentation de la rémunération des employés. Ça, écoutez, c'est les gens que vous connaissez qui sont les proches à vous.

Mme Nasstrom (Johanne): Tout à fait.

M. Couillard: Ils ont droit à des augmentations.

Mme Nasstrom (Johanne): Tout à fait.

M. Couillard: Puis ils auraient même aimé en avoir plus. Et puis il y a même 343 millions dans le budget de cette année qui est encore dans les caisses du Trésor en attendant que la question de l'équité salariale se règle. Et on va être d'accord que l'équité salariale, c'est important également. Et ce n'est pas des dépenses inutiles, et je pense qu'il fallait les faire non seulement par nécessité, là, sociale, mais pour respecter la loi.

Vous mentionnez la question des pratiques médicales. Ça tombe bien, c'est d'actualité, on est en train de négocier ou de tenter de négocier avec les fédérations médicales. Si vous aviez à faire des recommandations pour la question de la rémunération des médecins, qu'est-ce que vous nous diriez de leur dire ou qu'est-ce que vous leur dites à travers la commission parlementaire? C'est le temps de s'exprimer sur cette question-là. Évidemment, il y a, d'une part, le quantum, le niveau de rémunération puis il y a le mode de rémunération également. Il y a deux choses qu'on peut discuter. Mais comment vous aborderiez cette question-là, là? Vous voyez que c'est d'actualité, là, ces temps-ci.

Mme Nasstrom (Johanne): Je pense que, dans les 30 dernières années, hein, il y a eu plusieurs tentatives de remettre en question le mode de rémunération des médecins. Ce n'est pas d'hier. Il y a eu des tentatives pour... Puis je ne suis pas une spécialiste dans la question, mais ce qu'on sait, ce que la littérature nous dit, ce que l'histoire nous dit, c'est qu'il y a eu des tentatives qui voulaient remettre en question le statut d'entrepreneur autonome des médecins. Nous, ce qu'on a déjà témoigné, lors de la commission Clair, et qu'on redit aujourd'hui, on croit qu'il faut remettre en question le mode de rémunération des médecins, parce que, bon, c'est quelque chose qui demande beaucoup, beaucoup, qui prend une grande part du financement du système de santé, puis on croit qu'il y a une limite. Puis c'est par le travail de tous les acteurs sur le terrain qu'on va agir à améliorer la santé de la population. Le spécialiste doit absolument pouvoir compter sur des gens sur le terrain qui prennent bien soin de leurs enfants, qui s'assurent d'une qualité d'eau correcte pour ne pas avoir à corriger les effets d'un mauvais développement social. Alors, on croit que les intervenants sur le terrain sont tout aussi importants que les médecins. Voilà.

M. Couillard: Alors, effectivement, bien, c'est un sujet qui est discuté ces jours-ci, comme vous l'aurez remarqué. Les médicaments bien sûr ont augmenté, vous y passez quelque temps avec justesse, parce que c'est un des facteurs d'augmentation des coûts de la santé, c'est les médicaments, vous l'avez fort bien noté. Entre 1997-2004, cependant, il y a une chose qu'il faut noter, c'est le jour de la naissance du régime général d'assurance médicaments, 1997, donc c'est le jour où l'État a commencé à prendre en charge une grande partie des médicaments. Il faut se souvenir qu'il y avait près de 1,7 million de personnes qui n'avaient aucune couverture d'assurance médicaments avant cette date-là. Et vous voyez également l'actualité, vous y avez référé à quelques reprises: les pressions de la population de toutes les couches de la société, c'est non pas pour diminuer

l'accès aux médicaments ou le restreindre, mais l'augmenter. On a beaucoup plus de représentations parce qu'on tarde à accréditer un nouveau médicament ou une nouvelle technologie que le contraire.

Alors, comment est-ce qu'on concilie ce désir — puis c'est le problème qu'on vit à tous les jours, là; ce désir — de contrôler la croissance des coûts puis de satisfaire les citoyens qui, en Amérique du Nord, veulent avoir accès aux médicaments et aux technologies comme les autres citoyens ailleurs au Canada?

Mme Bleau (Connie): Peut-être... Moi, je travaille dans un tout petit organisme en santé mentale. Donc, je côtoie tous les jours des usagers et qui sont souvent les premiers à dire: On a besoin de médicaments pour aller mieux. Quand les gens arrivent au groupe, ils sont excessivement institutionnalisés et ne croient qu'à leurs médicaments puis à leur psychiatre, sauf que ça se fait, éduquer les gens, par exemple, et ça, moi, je trouve que ça manque, c'est une incohérence. C'est que les compagnies pharmaceutiques injectent des millions de dollars à faire de la pub, mais le gouvernement, il n'a pas le contre-discours, parce que dans le fond ce n'est pas vrai. Je veux dire, nous, on accompagne les gens au niveau de la gestion de leurs médicaments, ce n'est pas les médecins qui font ça, c'est nous autres. Quand ils arrivent, ils sont désinformés, ils ne savent pas vraiment pourquoi qu'ils prennent leurs pilules, ils n'ont pas accès aux informations, puis, quand on commence à travailler avec eux autres, là, au bout de deux, trois ans, là, il y en a qui ont quitté les médicaments, puis ils ont une dose minimale.

Donc, moi, je trouve que juste ça, là, c'est un bon d'exemple d'enjeu qu'on ne prend pas, un défi, comme société, de dire: Aïe, un instant! C'est beau, la pilule, mais il y a d'autre chose que ça. C'est sûr que les gens, c'est ce qu'ils vont demander, c'est ce qu'ils pensent, tu sais, c'est ce qu'ils font ingurgiter. Ils arrivent chez le médecin... On a eu, tu sais, on a eu *Le Journal de Montréal*, là, qui a fait une sortie. Il y a quelqu'un, un journaliste qui y avait été, anonyme, cinq médecins différents, cinq diagnostics, cinq pilules. Moi, je le vois à tous les jours. Il y a plein de gens que je vois qui reçoivent des médicaments, ils n'en ont pas de besoin, sauf que le médecin tout de suite, rendu dans le bureau... La femme, elle ne va pas bien, elle pleure, ta, ta, ta: Voici un antidépresseur. Et, malgré le fait que, dans notre milieu, on en fait, de l'éducation populaire, on va rencontrer les médecins, on dit aux médecins: On est là, au lieu de donner un médicament, donnez une référence chez nous, puis on va l'accompagner, quitte à l'accompagner dans vos bureaux pour qu'elle reçoive un médicament, mais avant on va essayer de voir avec la personne, ils ne le font pas. Ils ne le font pas.

M. Couillard: Vous avez entièrement raison. Puis j'ai moi-même vu des exemples de personnes qui avaient de la déficience intellectuelle qui étaient surmédiquées dans les institutions. Il y en avait une sous contention. J'en ai même vu un qui a fait les manchettes ici, à Québec, il y a trois ans environ, dans un grand hôpital près d'ici, qui était en isolement. Il y a eu toute une histoire, là, publique. Cette personne-là est dans un foyer supervisé maintenant, dans une autre région, plus de

médicament, plus de contention. Et là c'est les exemples qu'on voit, là, comme vous avez vus qui sont fréquents.

Mme Bleau (Connie): Exact.

● (15 h 40) ●

M. Couillard: Mais comment est-ce qu'on... Vous dites qu'il faut faire l'éducation. On estime normal que les médecins soient éduqués après six ans de faculté de médecine, là, mais bien sûr ils sont soumis à des pressions, ne l'ignorons pas, des pressions de marketing des compagnies pharmaceutiques. Comment est-ce qu'on fait le contrepois?

Le gouvernement essaie de le faire. Vous avez vu la Politique du médicament. Il y a une partie d'usage optimal. Mais c'est un monde où il y a beaucoup de pressions, là. Vous savez très bien, le monde des médicaments en général, c'est un monde où il y a énormément de pressions de toutes sortes, notamment les pressions de la population pour avoir accès aux nouveaux produits le plus rapidement possible. Alors, comment est-ce que vous aborderiez cette question?

Mme Bleau (Connie): Bien, si c'était mon moi...

M. Couillard: Oui. C'est pour ça qu'on est là. Donnez-nous des conseils.

Mme Bleau (Connie): Si c'était mon moi, c'est sûr que mon approche, ce serait de m'asseoir avec les médecins. Comment ça se fait que le médecin systématiquement va donner une pilule? Je sais qu'il y a la pression que vous venez d'exprimer, mais il y a à quelque part une responsabilité comme expert de dire à la personne: O.K., je comprends, tu veux la pilule, mais, avant, est-ce que tu as essayé telle et telle affaire? En ce moment, c'est nous autres qui le faisons, tu sais? Ça fait que je pense que je m'adresserais avant, d'abord et avant tout, à eux autres, et ça, ça risque de mettre un stop aux compagnies pharmaceutiques par la bande.

Mais je ne comprends que ça, ça ne fait pas partie d'une intervention, là, qui est faite à leur niveau parce que c'est eux autres qui poussent le crayon.

M. Couillard: Si vous regardez le projet de Politique du médicament qui a été déposé, il y a plusieurs suggestions pratiques, là, pour ce qu'on appelle les pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques avec la profession médicale. Puis la technologie, c'est la même chose. Vous mentionniez tantôt qu'il y a un recours trop fréquent aux technologies coûteuses, etc., mais les citoyens sont les premiers qui les demandent. Il y a beaucoup plus de questions posées à l'Assemblée nationale, tous partis confondus et toutes années, là, antérieures, pas parce qu'il y a trop de médicaments, mais parce qu'il n'y en a pas assez, pas parce qu'il y a trop de technologies, mais parce qu'il n'y en a pas assez, puis le plancher de l'Assemblée nationale, c'est un reflet direct de la pression populaire puis des demandes des gens. Alors, tout le monde doit s'inscrire dans ce mouvement d'éducation. Bien sûr, les médecins, mais peut-être également la population dans les attentes vis-à-vis ces technologies et médicaments.

Mme Bleau (Connie): Oui. Tout à fait.

M. Couillard: Mais comment en pratique... Parce que, là, il y a un environnement médiatique qui est très, très fort là-dessus, là. Les gens ont une vision très idéalisée de ce que la médecine maintenant peut obtenir. Elle peut faire des grandes choses, la médecine. Regardez l'Institut de cardiologie, elle vient de faire des opérations. Ça, c'est merveilleux, puis, si c'était moi, j'aimerais bien qu'on m'opère comme ça plutôt que... Par contre, ce n'est pas toutes les interventions de haute technologie qui nécessairement apportent une valeur ajoutée. Ce n'est pas tous les nouveaux médicaments qui nécessairement apportent une valeur ajoutée. Il y en a qui font des miracles, mais pas tous. Donc, comment est-ce qu'on s'éduque ensemble? Ce n'est pas évident.

Mme Nasstrom (Johanne): Mais il y a encore un grand travail, puis ça, on l'a dit, sur la prévention, promotion. Il y a encore un grand travail à faire à ce niveau-là. Pour éduquer les gens, il faut... Tantôt, vous disiez: Bon, notre document ne porte pas sur les services sociaux. Encore là, moi, j'ai une lecture différente parce que, si on dit garantir l'accès, on doit considérer également, là, les services sociaux, et il y a un problème là. Si on s'attarde sur garantir l'accès, il faut absolument quant à nous s'attarder aussi sur le problème... sur la question des services sociaux.

Sur la question de la prévention, promotion, si on investit... puis, à l'heure actuelle, c'est le parent pauvre. La prévention, promotion, c'est le parent pauvre, là, du système de santé. C'est là où on met moins d'énergie. C'est là où on met moins de... Puis il y a aussi un travail qui doit se faire avec les autres acteurs. Comme on peut dire: On aimerait bien que les pratiques médicales portent une vision un peu plus globale, c'est-à-dire, avant de prescrire le médicament, peut-être regarder cette personne-là. Est-ce qu'elle souffre d'isolement, d'exclusion sociale? Qu'est-ce qui fait qu'elle est rendue là? Qu'est-ce qui fait qu'elle est rendue à ce point — comment je pourrais dire, là — désœuvrée, là, puis que sa santé soit dans cet état-là?

Je pense qu'il y a un travail à faire, un travail... Et on va permettre plus d'accès si on travaille en amont des problèmes que toujours en aval puis... Alors, dans le sujet garantir l'accès, je pense que ça pourrait...

Le Président (M. Copeman): Mesdames, au sujet des cliniques spécialisées affiliées, à la page 8 du document, on décrivait un peu votre conception, et il y a peut-être quelques précisions à faire. Ma compréhension des choses est la suivante. Là, vous dites: «...à chaque fois qu'un soin de santé sujet à la garantie d'accès sera identifié. Les lobbyistes se feront entendre...»

Dans un premier temps, si je comprends bien, les cliniques spécialisées affiliées sont des médecins participants, c'est-à-dire, ils sont inscrits à l'intérieur du régime d'assurance maladie du Québec et le mot «privées» est un peu... pas injuste, mais porte confusion parce que les bureaux de médecins omnipraticiens sont également privés, dans le sens que ce sont des professionnels qui fournissent des services, qui sont rémunérés par la RAMQ.

Ma compréhension des choses, c'est exactement la même chose avec les cliniques spécialisées affiliées, c'est-à-dire: c'est des médecins participants rémunérés au même niveau que d'autres médecins, et la garantie

qu'il n'y aura pas une... non pas une éclosion, mais une explosion de ces cliniques-là, c'est qu'il faut y avoir un lien contractuel avec un hôpital. Autrement dit, il faut qu'un hôpital identifie, à l'intérieur de ses services, qu'ils ont besoin des services d'une telle clinique, qui vont être très limités à des chirurgies de jour, parce qu'il n'y aura pas de présence de chirurgies lourdes de la hanche, du genou, etc. Alors, vous dites: Les menaces de privatisation. Moi, j'ai un peu de misère à suivre cette crainte que vous avez qu'on ouvre la porte à la privatisation avec des cliniques spécialisées affiliées.

Mme Nasstrom (Johanne): Bien là, c'est qu'on est en train de dire qu'à travers un financement public on va favoriser... on ouvre la porte à ces cliniques-là à travers un financement public. Ce qu'on dit, c'est qu'on croit... et puis ça, on n'est pas les seuls à l'avoir dit, il y a plusieurs médecins qui ont dit: Pourquoi est-ce qu'on ne pourrait pas plutôt investir dans les infrastructures qui sont déjà là? Il y a des blocs opératoires qui ne servent pas actuellement parce qu'il n'y a pas le financement. Alors, au lieu de financer ces nouvelles cliniques là, pourquoi ne pas utiliser ce qui existe déjà? La question est plutôt celle-là à notre avis.

Le Président (M. Copeman): Sauf que, là encore une fois, la façon dans laquelle je le comprends, c'est qu'un CSSS ou un hôpital va déterminer, s'ils sont capables de rencontrer les délais d'attente, tels qu'ils sont indiqués dans le document, et s'ils le sont sans faire appel à des cliniques spécialisées affiliées, bien, tant mieux. Il n'y a pas d'orientation gouvernementale en faveur forcément des cliniques spécialisées affiliées. Si, à l'intérieur d'une communauté, un CSSS ou un hôpital estime qu'il est capable puis démontre qu'il est capable, de respecter les délais d'attente, tant mieux. S'ils ne le sont pas, faire appel à un regroupement de médecins qui sont participants dans notre régime par le financement public, à potentiellement un coût unitaire moins élevé, moi, je ne vois pas de problème à ça.

Mme Nasstrom (Johanne): Bien, on n'est pas... Ce qu'on a compris, ce qu'on a entendu de plusieurs spécialistes sur la question, c'est qu'il existe présentement des infrastructures et pourquoi ne pas investir plutôt dans ces infrastructures-là?

Le Président (M. Copeman): Très bien. Merci. M. le député de Joliette.

M. Valois: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, d'abord, vous saluer, Mme Bleau, Mme Nasstrom. Merci beaucoup de votre présentation. Merci de venir enrichir cette commission avec votre document. Vous arrivez directement, aujourd'hui, j'imagine, là, de... Moi, je veux dire Longueuil, là, mais je pourrais visiblement me tromper avec un paquet d'autres villes de ce coin-là.

Une voix: C'est grand, la Montérégie.

M. Valois: C'est énorme, la Montérégie, hein? Qu'on soit de Sorel ou de Valleyfield, on fait tous partie de la Montérégie. Bien, je vous souhaite la bienvenue dans... bien, chez vous finalement, ici, à l'Assemblée nationale.

D'abord, vous dire qu'évidemment lorsqu'on lit les documents, lorsqu'on voit quelques interrogations comme celles que vous avez, notamment de nous dire: S'il fallait que par simple voie réglementaire on puisse faire des ouvertures encore plus larges... je comprends ça. Nous, on est ici depuis déjà plusieurs jours, plusieurs semaines, où le ministre — et le dire, là — revient en disant: Écoutez, là, ce n'est pas il l'a dit tout à l'heure, il a très raison de comme ça que ça va fonctionner, ça va être par loi. Et je pense qu'il n'y a pas une journée qui passe sans qu'on ne le voit pas faire cet avis-là.

● (15 h 50) ●

Mais je trouve ça quand même bien que plusieurs personnes rapportent cette idée-là, quitte à ce qu'on ait à se répéter, à ce que le ministre ait à se répéter, juste pour qu'on comprenne à quel point il est important de bien réfléchir à cette question-là et que ce ne soit pas simplement justement par règlement, mais qu'il y ait tout un débat de société qui vienne avec ça, d'où là l'obligation de passer par une loi. Et ça, lorsque vous dites ça, moi, je suis totalement d'accord avec vous, c'est important. C'est important de le souligner, et le ministre se veut rassurant à chaque fois, et il en est bien ainsi.

Autrement... autre chose aussi qui est, il me semble, assez importante. Moi, je serais plus en faveur de votre première réflexion sur les cliniques affiliées. On sait qu'il y a des cliniques ambulatoires qui peut-être demanderaient qu'on donne une chance là aussi, mais, tant et aussi longtemps qu'on ne verra pas de façon très, très dogmatique et obligatoire le fait que, s'il y a quelque chose qui est déterminé par un centre hospitalier, bien, que la clinique affiliée soit nécessairement la réponse, il faut quand même garder nos esprits larges. Mais je comprends, moi aussi que, d'abord et avant tout, avant de trouver que la clinique affiliée doit être la solution qui semble la plus simple et la plus efficace, bien, qu'on discute aussi de toutes les ressources que nous avons déjà dans le réseau et de les faire fonctionner, surtout si le ministre et les élus, le gouvernement, pouvaient avoir des ressources supplémentaires à ajouter pour justement faire en sorte que pour une chirurgie d'un jour spécifique ou, bon, pour ces choses-là il puisse y avoir les ressources supplémentaires qui se joignent. Ce serait bien bête d'avoir des ressources supplémentaires pour développer des cliniques privées affiliées, alors que ces mêmes ressources là, à l'intérieur même du réseau public, pourraient tout à fait être servies. Et là-dessus, moi, d'entrée de jeu, je dois m'avouer plus sympathique à votre prise de position de base, qui est de dire: Écoutez, on a déjà un réseau qui est là, pourquoi ne pas regarder ce qu'on peut faire avec ce réseau-là?

Autrement, dans votre document, vous apportez une série de réflexions qui sont très intéressantes, notamment par rapport à l'apport de qui vous êtes, du travail que vous faites, de toute cette réflexion que nous devons avoir sur les services sociaux par rapport... lorsque nous discutons justement de santé, d'accessibilité à la santé. Parler d'accès aux soins de santé, c'est aussi parler justement de la santé d'une population, dans un premier temps aussi. Alors, lorsqu'on parle, et, je pense, vous le notez très bien, des déterminants sociaux de la santé, des déterminants de façon générale, les déterminants de la santé, je pense qu'il y a quelque chose qui est une expertise qui est importante aussi à prendre en ligne de

compte. Je le répète encore, si souvent ici, dans cette commission-là, la réponse... le livre blanc du gouvernement ne devait pas être une réflexion, ne se voulait pas une réflexion très générale sur tout le système de santé et des services sociaux, il reste que c'est avec vous, lorsque vous nous arrivez avec des réflexions comme celles que vous apportez, qui fait en sorte que, bien que, nous, on s'attaque à quelque chose qui est très précis, on doit aussi prendre en considération que de toucher à cette chose qui est très précise, qui est très pointue, peut avoir des impacts.

Et nous devons réfléchir aussi sur les impacts. À partir du moment où est-ce qu'on a des ressources professionnelles limitées, à partir du moment où est-ce qu'on a des ressources financières limitées, s'obliger à une réponse précise d'un côté, à aligner les ressources dans un sens peut avoir aussi des impacts, et on ne doit pas non plus se fermer les yeux sur l'importance de tout le reste à l'intérieur duquel nous nous situons. Et ça, les commissions parlementaires servent à ça, les gens comme vous ici et vos présentations nous alimentent dans ce sens. Et merci justement de... Et vous êtes très à propos d'ailleurs d'avoir ces commentaires-là. Ils ne sont pas hors d'ordre, loin de là. C'est justement de mettre, dans le très grand portrait, l'action très précise que nous sommes amenés... et la réflexion très précise que nous sommes amenés à faire.

Et d'ailleurs plusieurs heures de cette commission, plusieurs entretiens que nous avons sont souvent en parallèle ou en périphérie, je pourrais dire, du document et des actions très précises que nous devons faire, mais bien sur l'impact et sur la réflexion plus large qu'on doit avoir. Alors, en ce sens-là, merci d'avoir aussi cette contribution-là, parce qu'il est tout à fait important pour les parlementaires et les législateurs que nous sommes de saisir aussi l'ensemble du portrait avant d'agir.

Tout à l'heure, vous nous avez invités, lors de votre présentation, vous nous avez invités à vous questionner sur le rôle que vous aviez vous-même, je pense, même au niveau de la prévention, du travail terrain que vous faisiez tous les jours, par rapport justement à certains déterminants et à certains déterminants qu'on pourrait appeler sociaux de la santé, là, qui est vraiment lorsque, vous, vous travaillez par rapport au logement, lorsque, vous, vous travaillez par rapport avec des clientèles qui, au niveau de l'alimentation... même différents aspects qui touchent la pauvreté. Bien, j'aimerais bien vous entendre là-dessus élaborer parce qu'il me semble que, parler de prévention sans parler de la loi n° 112 ou de la Loi visant à lutter contre la pauvreté, sans parler justement de tout cet effort-là... à la pauvreté, bien, il me semble qu'on va jusque-là aussi, là, puis et tout à l'heure... Parce que, bon, évidemment, vous aviez 20 minutes, et c'est tout à fait compréhensible, là. Mais vous nous aviez dit: Et si vous voulez savoir tout ce qu'on fait, nous autres, de notre côté par rapport justement à cette lutte à la pauvreté, qui a des impacts justement puis qui... Au jour le jour, notre travail terrain en Montérégie peut finir par avoir, avec... Les 200 organismes membres et les 400 organismes, à ce que je comprends, de façon générale ont des impacts à l'intérieur de cette région. Vous nous avez ouvert la porte à vous laisser encore plus de temps pour élaborer là-dessus, bien, allez-y.

Mme Nasstrom (Johanne): Juste pour revenir sur le propos du document, là, sur... On dit que, bon... On touche aux services sociaux plus ou moins mais on parle plus de garantie d'accès pour les services plus hospitaliers. Alors, nous, comme on l'a vu... Puis même d'ailleurs, dans le document, comme je l'ai dit tantôt, il y a un chapitre sur la prévention, promotion. Ça veut dire que, là, on a pris pour... On s'est dit, bon: Alors, s'il y a un chapitre sur la prévention, promotion, hein, on ouvre un peu plus large.

Mais, si on prend, par exemple, les services, si on parle de garantie d'accès, accès à des services de maintien à domicile, par exemple, des services... On regarde, le dernier budget du ministre Audet a fait en sorte que, présentement, il y a une franchise de 300 \$ qui doit être déboursée par une personne pour avoir accès au service de maintien à domicile. Il y a d'abord la franchise de 300 \$. Ça, c'est une nouvelle mesure qu'on retrouve dans le dernier budget. C'est une façon de limiter la garantie d'accès. La personne a moins accès, à ce moment-là, à des services, à de l'aide à domicile.

Alors, on est dans le filon, là, de la garantie d'accès si on dit que... si on parle de santé, bien sûr, et services sociaux et si on dit que c'est aussi important d'avoir des services adéquats pour des services sociaux adéquats...

Pour répondre plus spécifiquement à votre question sur le rôle des organismes communautaires... Puis ce qu'on voit à tous les jours, c'est qu'on croit que finalement on a absolument... C'est nécessaire. Toutes les politiques sociales, économiques vont avoir un effet sur la population, sur la santé de la population. Et c'est là qu'on dit qu'on ne peut pas morceler, on ne peut pas regarder une personne seulement dans son... la maladie. Si une personne, au mois de septembre, a la grippe, arrive déjà hypothéquée, malade puis elle n'a même pas eu le temps de voir l'hiver passer qu'elle est déjà malade, c'est qu'à quelque part il y a des causes reliées à ça. Il y a des gens qui... Et certaines politiques sociales et économiques ont des impacts directs.

Alors, si on veut aussi... Le rôle des organismes communautaires dans les communautés présentement, c'est de s'assurer de faire en sorte que le tissu social soit plus solide, qu'on travaille plus ensemble. Et c'est là qu'on parlait des pratiques médicales. Les pratiques médicales sont importantes. Si on veut que le médecin puisse référer... pas qu'il puisse référer, mais on veut que les pratiques médicales aient une ouverture sur le rôle des organismes communautaires dans une communauté, puis ça, ça va prévenir, ça va avoir des effets sur la santé des populations.

Alors, pour ça, ça nécessite une reconnaissance, ça nécessite... Et, qui dit reconnaissance, bien sûr... on dit aussi un soutien adéquat. Déjà, il y a un travail intéressant qui est fait avec une politique de reconnaissance des organismes communautaires mais on croit qu'on peut aller encore plus loin, puis ça va juste nous servir, ça va juste servir à la société québécoise.

Peut-être que tu as plus d'exemples...

• (16 heures) •

Mme Bleau (Connie): Bien, moi, en terminant, peut-être que, sur ce point-là, je peux vous donner un exemple, un cycle complet, concret, là. Une personne qui vit une situation x va chercher de l'aide, n'a probablement ou souvent pas accès ou le réflexe d'aller voir un consultant, va se retrouver dans le bureau du médecin,

qui va lui donner une prescription. Si c'est d'ordre émotif, c'est un antidépresseur. Et là la personne commence à débouler, à débouler, à débouler, se retrouve... C'est sûr que, là, plus tu vas mal, bien moins tu manges bien. Là, t'as des problèmes avec ton patron, tu perds ton travail, etc., puis, avant longtemps, tu te retrouves peut-être sur l'aide sociale ou en tout cas, à ton travail, ça ne va pas très, très bien.

Ils viennent à l'organisme, puis ce n'est pas référé par le médecin, parce que je peux vous dire qu'en 13 ans que je travaille au même endroit il y a très, très peu de médecins... Il y a des listes d'attente en psychiatrie, là, qui vont jusqu'à des mois, et des mois, et des années d'attente, et ils ne réfèrent pas dans nos groupes. Donc, ça, c'est peut-être un autre endroit où il faudrait aller voir. Je ne trouve pas ça normal.

Et là les gens vont se retrouver... S'ils se retrouvent au groupe, c'est quand même une chance. Et là, nous, on va travailler avec la personne, on va faire un bilan. On va commencer par: Bon, tu vas voir ton médecin, un bilan de santé. On va dire... C'est nous autres qui va déterminer c'est quoi, le bilan de santé: Tu demandes tel examen à ton médecin. On commence par là, et, après ça, on regarde la nourriture, et après ça on regarde au niveau de l'exercice, puis c'est tout le cheminement qu'on fait avec la personne jusqu'à temps qu'elle se retrouve assez solide pour reprendre sa vie en main puis s'en retourner chez eux. Et on ne les revoit plus.

Et, malgré le fait qu'on a fait la démonstration qu'on est capables de faire ce travail-là, malgré le fait que — moi, c'est plus spécialisé en santé mentale — on a démontré... Les gens sont unanimes, ils disent que, quand ils arrivent dans un milieu de vie qui a les moyens financiers — on est un organisme qui a les moyens financiers pour actualiser un programme comme celui-là — ils sont unanimes à dire que rarement ils retournent en psychiatrie. Ça a un impact majeur sur les listes d'attente. Tu sais, tout le cycle que je vous ai fait, si la personne n'a pas trouvé la ressource dans son cycle, elle est retournée 25 fois, que ce soit à l'urgence, que ce soit chez son généraliste, parce qu'il y a beaucoup de généralistes qui vont prescrire sans psychiatre, que ce soit chez le psychiatre, bien ça va être... Et, nous, c'est ça qu'on défait.

Ça fait que c'est pour ça que c'est sûr que je comprends que le livre blanc ne fait pas partie de ça, mais en même temps c'est tellement important, ce travail-là — puis, nous, on voit l'impact à tous les jours — que, quand on lit ce qu'on lit, on se dit: Bien là il y a quelque chose qui ne marche pas, il faut aller parler au ministre, tu sais. Ça fait que c'est comme ça qu'on s'est retrouvées ici, aujourd'hui, finalement. Bien, parce qu'on se disait: On le voit, c'est une contagion dans notre milieu. Donc, vous voyez comment est-ce que ça peut influencer toutes les listes d'attente. Ça a un impact majeur.

M. Valois: Regardez, là, demandez aux personnes, dans le contexte dans lequel on se situe, qui vont voir un médecin puis qui sortent de chez le médecin sans aucune prescription comment ils vont se sentir déçus par rapport à ça. Ils vont aller voir un autre médecin.

Mme Bleau (Connie): Ça, c'est clair. Ça, c'est clair.

M. Valois: C'est une réalité. Non, mais, dans le travail que vous avez à faire, là, je veux dire...

Mme Bleau (Connie): Oui, c'est clair.

M. Valois: Tout le monde a un peu... Aïe! Je suis revenu, puis il m'a dit de manger plus de fer puis de prendre une marche tous les jours.

Mme Bleau (Connie): Oui.

M. Valois: Tu sais, c'est comme... Écoutez, là, j'ai un bobo, moi, tu sais, puis... Puis à la limite, là, on parle des médicaments, vous avez un enfant, vous allez voir un médecin, puis il vous dit: Pour ses problèmes d'oreilles, on pourrait lui enlever les adénoïdes, puis ça va régler ses problèmes d'otites. C'est une opération quand même qui est assez importante, quoique c'est assez mineur, là, mais, je veux dire, quand tu...

Une voix: Pour le parent, c'est important.

M. Valois: Bien, pour le parent, c'est important, voir son enfant, là, sous anesthésie, tout ça. Alors, on suggère ça. Évidemment, nous... Tout ça pour vous dire que ça pose aussi la question justement que vous posez à la page 14, notamment, sur *Oser remettre en question les pratiques médicales*. Il y a quelqu'un qui est venu ici, en cette commission, nous parler justement de... Même, on pourrait parler des actes médicaux et de la pertinence de certains actes médicaux. Mais ça, ça demande énormément de travail sur le terrain.

Vous dites que réellement, là, vous avez une... Bien, je veux dire... J'allais dire une expertise. Mais vous faites de l'accompagnement, vous autres, avec les gens, par rapport à lorsqu'on va dans une première rencontre, tout ça, avec des professionnels de la santé, là? Vous les accompagnez là-dedans?

Mme Bleau (Connie): On fait tout ça, puis vous... on paie pour ça. Tu sais, on fait partie du système de santé, on trouve qu'on fait beaucoup de prévention mais qu'il faut continuer à nourrir... Je ne veux pas venir ici prêcher pour le communautaire, mais je me dis: Le système de santé québécois s'est donné un moyen solide, et on l'utilise peu, voire même pas, parce que, là... Je parle du partenariat. Je veux dire, j'en ai fait, du partenariat, en 13 ans, là. Je fais partie des comités santé mentale, etc. Ce n'est pas le paradis, là, sur le terrain, ce qui est en train ni de se passer ni ce qui ne s'est jamais passé. Pourquoi? Parce qu'on garde nos clients. On ne travaille pas avec les gens, on garde nos clients. On ne croit pas à telle pratique, je ne crois pas à telle pratique, puis, bon, la chicane est poignée là-dedans. Mais on n'en parle pas, de ça, sauf que c'est un élément majeur au quotidien. Puis je ne suis pas une grande scientifique, mais je suis convaincue que ça a un impact certain parce que je le vois tous les jours. Il y a une centaine de personnes qui gravitent autour de l'organisme par année tout le temps. On est quatre employés tout le temps et on a cet impact-là, et c'est partout. Donc, je me dis: Pourquoi qu'on ne l'utilise pas mieux pour laisser le système de santé aux malades qui sont réellement malades?

Mme Nasstrom (Johanne): On peut dire: Les organismes communautaires, que ce soient femmes, jeunes, font ce genre de travail.

Mme Bleau (Connie): C'est ça qu'on fait.

Mme Nasstrom (Johanne): Ces familles, jeunes, on voit ce travail-là, là, dans le concret, là. C'est des pratiques, là, qui ne sont pas... Pour nous, ce n'est pas nouveau de commencer d'éduquer la personne, de supporter la personne, d'accompagner la personne, de faire un cheminement pour une meilleure santé.

Ce qu'on dit par contre, c'est qu'il y a des pays comme la Suède aussi qui ont remis en question leurs pratiques médicales, qui ne se sont pas gênés pour remettre en question leurs pratiques médicales. On a été... J'ai été en Suède il y a une couple... il y a quelques années, puis on a regardé un peu... on a rencontré des gens du ministère là-bas, puis ce qu'ils nous disaient, c'est qu'à un moment donné on s'est dit: Ça suffit, l'explosion des coûts, c'est assez, il faut que les médecins commencent à prescrire une marche par jour, qu'ils commencent à faire des bilans de santé avec les gens, qu'ils commencent... Il y a des choses comme ça, bon. Je pense que, sur le terrain, c'est clair que les organismes font, depuis des années, du travail dans ce sens-là, maintenant on croit aussi que c'est possible de le faire de la part du gouvernement.

M. Valois: Puis, moi, regardez, je vous remercie beaucoup de cette présentation, puis bravo du travail que vous faites tous les jours.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme Bleau, Mme Nasstrom, merci beaucoup au nom des membres de la commission pour votre participation au nom de la Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie. J'invite immédiatement les représentantes de la FADOQ-Mouvement des aînés du Québec à prendre place à la table. Je suspends les travaux de la commission quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 h 7)

(Reprise à 16 h 8)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission reprend ses travaux. Et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentantes de la FADOQ-Mouvement des aînés du Québec. Mme la directrice générale Langlois, bonjour.

FADOQ-Mouvement des aînés du Québec

Mme Langlois (Martine): Bonjour.

Le Président (M. Copeman): Comme je le fais pour chaque groupe... Je sais, vous n'êtes pas à votre première expérience vous non plus, mais je vous rappelle, pour fins de mémoire, que vous avez 20 minutes pour votre présentation. Je vais vous indiquer quand il vous reste trois minutes pour mieux vous aider à conclure. Il y aura par la suite un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la

table. Est-ce que je présume que c'est Mme Genest qui vous accompagne?

Une voix: Exact.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme Genest... Alors, étant donné que les présentations ont été déjà faites, la parole est à vous.

Mme Langlois (Martine): Alors, M. le Président, M. le ministre, je vous salue et je vous transmets également les salutations de notre président qui malheureusement a été retenu à d'autres affaires particulièrement internes. Ce sont nos assemblées régionales présentement.

Écoutez, je ne vous ferai pas lecture du mémoire. Je pense que vous en avez tous pris connaissance. Et d'ailleurs je tiens à vous féliciter de votre grande patience étant donné que de nombreux groupes se sont présentés devant vous, et sans doute beaucoup ont répété le même message. Alors, hélas, comme nous sommes de l'âge d'or, on va radoter également. Alors, ceci étant, et les membres de la fédération vont me pardonner cette petite boutade.

● (16 h 10) ●

Alors donc, peut-être un peu pour résumer, évidemment vous connaissez la FADOQ-Mouvement des aînés, nous sommes un organisme qui existe depuis 36 ans, et on peut se targuer effectivement d'avoir été un organisme de soutien pour les personnes âgées, particulièrement en des périodes de vie qui étaient mouvementées, c'est-à-dire les années soixante, où on avait l'éclatement des familles et particulièrement le départ des enfants des villes et villages, ce qui fait que les aînés restaient les seuls commettants de ces municipalités, et les clubs de l'âge d'or ont grandement permis effectivement que ces gens-là puissent maintenir effectivement leur autonomie. D'ailleurs, il est remarquable de constater que, dans notre mouvement, la composition de nos 281 000 membres, quand on les regarde, parce qu'on accumule quand même des statistiques... sont des gens qui sont majoritairement autonomes, demeurant chez eux, et donc c'est, je pense, aussi une preuve du fait qu'un organisme comme le nôtre peut aider au maintien de la qualité de vie, et qualité de vie, qualité de santé également.

Mais je ne m'entendrais pas plus avant sur notre organisme que vous connaissez fort bien. Cependant, je tiendrais quand même, même si ce n'était pas l'objet principal de ces audiences, à vous dire un mot sur la prévention. La prévention, M. le ministre tantôt disait au précédent présentateur que la prévention était une chose importante, mais il y avait aussi la responsabilité du client. Et ça, on en est profondément convaincus, c'est-à-dire que les messages de prévention, on peut bien demander à un médecin de faire des messages de prévention, on peut bien demander à d'autres intervenants, mais il est sûr et certain que la personne elle-même est la mieux à même de faire de la prévention enfin envers sa propre santé, et c'est une chose que nous encourageons fortement.

Donc, ça veut dire qu'on n'hésite pas à dire qu'effectivement les soins de santé et la prise de médicaments souvent chez les personnes âgées qui ont de multiples pathologies peuvent être essentiels à leur qualité de vie. Cependant, on dit également à ces

personnes-là: Avant de prendre... J'étais pour dire «avant de prendre la pilule», mais vous comprenez, n'est-ce pas, l'allusion? Avant de penser pilule, peut-être qu'il y aurait d'autres moyens également. Très souvent, c'est un fait assez remarquable, quand on regarde les statistiques et qu'on regarde la consommation de benzodiazépines qui sont tout valium et autres choses, que ce soit particulièrement des femmes, entre autres, à qui on prescrit ce genre de chose.

Alors, je pense qu'il y a quand même, dans l'étude de la prise de médicaments, de la façon dont ça se fait, il y aurait peut-être effectivement des éléments à identifier à l'intérieur de ça pour faire en sorte qu'on puisse interagir et agir aux bons endroits pour faire en sorte qu'effectivement il y ait une meilleure consommation des médicaments et une consommation beaucoup plus rationnelle.

On a présenté, la semaine dernière, un petit avis sur le nouveau code de déontologie qui est proposé par l'Ordre des pharmaciens, et une des choses qu'on trouvait... qu'on relevait, à cause de la loi n° 90, c'est maintenant les nouveaux actes dans le fond auxquels ces professionnels de la santé vont pouvoir... sur lesquels ils vont pouvoir agir. Et ce qu'on a fait remarquer également, c'est que, nous, on travaille dans ce dossier de la prise des médicaments, de l'utilisation rationnelle des médicaments depuis au moins, je vous dirais, là, une bonne vingtaine d'années, mais particulièrement les 10 dernières, pour constater effectivement combien — et d'ailleurs M. le ministre le soulignait tantôt; combien — les gens s'attendent, parce qu'ils vont voir un médecin, d'en ressortir avec nécessairement une prescription et le fait... Et ça, ça avait été souligné d'ailleurs dans un colloque sur l'utilisation rationnelle des médicaments que nous avions tenu en collaboration avec l'industrie pharmaceutique, les pharmaciens et les médecins en 1992. Donc, toute cette problématique était existante. Et malheureusement encore aujourd'hui, combien de fois entend-on les gens dire: Bien, j'ai amené mon enfant parce qu'il avait une grippe et je m'attendais qu'il donne une prescription, puis le médecin m'a dit: Bien non, ça va finir par passer. Hein, une grippe, après sept jours, habituellement ça passe, médicament ou pas.

Alors donc, je pense qu'il y a aussi de l'éducation à faire, mais de la responsabilisation de se dire: La santé... Et, nous, c'est le message qu'on transporte auprès des personnes qui sont membres chez nous. La santé, ça vous appartient à vous autres et, si vous n'en prenez pas soin en premier lieu, il est évident que n'importe quelle pilule ou n'importe quelle intervention ne vous sauvera pas nécessairement d'un manque de qualité de vie.

Alors, dans cet effort de prévention, je vous entendais tantôt déclarer qu'il y avait... que cet élément n'était pas nécessairement dans l'approche de cette commission, mais je pense qu'il y aurait une reconnaissance, une certaine reconnaissance au fait de dire: Oui, la population doit être éduquée. On doit continuellement répéter ces messages parce qu'il est toujours plus difficile de faire de la prévention que d'aller consulter son médecin pour se faire prescrire un médicament. Donc, nous, on est tout à fait, je pense, convaincus de l'apport de cet élément de prévention et surtout du fait que plusieurs organismes s'y préparent et en font. Et, dans ce sens-là, les instances du réseau de la santé auraient tout avantage à faire des partenariats beaucoup plus

étroits avec des organismes de ce type, qui font de la prévention directement auprès de la population, et même quand c'est ne serait-ce que de transporter l'information.

Je voudrais aborder maintenant toute la question de l'amélioration et l'organisation des modes de prestation de services. D'ailleurs, le député tantôt avait énoncé le fait des cliniques ambulatoires qui n'étaient pas encore utilisées à leur pleine efficacité. Je pense qu'il y aurait de ce côté-là effectivement... Et bien sûr cela va demander des montants d'argent supplémentaires à investir. Mais je sais que, les finances publiques étant ce qu'elles sont, il y a des limites, effectivement. Mais je pense qu'il y a des choix effectivement. Si on met en place des... Comme, par exemple, les cliniques ambulatoires ont été mises en place. Quand on met ce genre d'organisme, il faudrait être sûr qu'il y ait un aboutissement et un complément de prestation qui soit offert dans le cadre de ces prestations de services.

Un volet également important qui a été soulevé dans le document, qui n'en est peut-être pas l'essentiel mais sur lequel on voudrait quand même revenir, c'est aussi d'améliorer les ressources humaines et financières pour le Protecteur des usagers qui va avoir dorénavant à répondre des plaintes provenant des résidents de résidences privées avec services et qui sont offerts pour les aînés. Je pense que — et d'ailleurs on vous l'avait déjà dit en commission — on est parfaitement d'accord avec ce genre d'intervention. Seulement, il faut bien compter qu'il y a 2 400 résidences privées au Québec, donc ça augmente énormément le volume d'interventions éventuelles. Et je vous dirais que ce pourquoi on a particulièrement pointé cet élément-là, c'est tout simplement parce qu'on se rend compte, depuis les derniers mois, qu'il y a certaines pratiques un petit peu douteuses qui se passent dans les résidences privées où le propriétaire de résidence prend un peu les résidents en otages en incluant dans le bail et évidemment en faisant payer différents services qui ne s'y trouvaient pas, sans nécessairement avertir le résident. On a su également... Bon, vous avez tous vu, hein, ce qui s'est passé dans la région de Trois-Rivières avec l'utilisation d'un seul pharmacien. Je pense que ça aussi, c'est une pratique et ça démontre encore une fois la pratique un petit peu bizarre de la part de certains propriétaires, et probablement que ceci va entraîner sans doute l'augmentation des plaintes provenant des résidents de ces résidences.

Je pense que les mécanismes aussi... Puis M. Couillard va comprendre que c'est encore notre sujet de prédilection, la certification des résidences privées. Alors donc, je ne ferai pas la nomenclature de tous les éléments constituant le programme Roses d'or, mais cependant je tiens à assurer le ministre, dès lors, que nous avons fait, de notre côté, notre travail et que, bientôt, nous pourrions vous présenter une offre de service qui pourrait effectivement rallier heureusement et la certification des résidences privées et également l'aspect qualification des résidences, qui était un des points forts de notre programme Roses d'or. Je pense que les partenaires... Et je terminerais sur ce point-là en soulignant ceci. Quand on a mis ce programme en place, nous avons fait des efforts pour faire des partenariats, que ce soit avec des membres du réseau de la santé, CLSC, agences de santé, mais également avec d'autres acteurs qui sont particulièrement interpellés par toute la question de

la qualité et de la sécurité de ces résidences. Et je pense qu'après 10 ans d'existence nous sommes à même de démontrer le bénéfice que nous avons retiré mais également que nos partenaires ont également pu bénéficier.

Évidemment, dans le document, il y avait toute la question de l'informatisation du réseau. Pour nous, c'était un sujet crucial, d'autant plus qu'on représente une population particulièrement parmi les plus âgées où effectivement, comme je le soulignais, ces gens-là souffrent quelquefois de plusieurs pathologies, ne se rappellent pas nécessairement de tous les médicaments qu'ils consomment ni nécessairement d'en parler à leurs médecins traitants, d'autant plus qu'ils visitent plusieurs spécialistes. Alors, pour nous, l'informatisation des dossiers-patients était absolument essentielle pour préserver effectivement la qualité des soins et des services qui pouvaient être offerts à ces personnes. Nous avons d'ailleurs participé très activement, par la présence de notre vice-président, qui est un ancien membre également d'une compagnie de haute technologie, dans les travaux du comité avisé sur les ressources informationnelles de la santé et des services sociaux où effectivement toutes ces questions d'informatisation du réseau... est intéressante et fort à propos.

● (16 h 20) ●

Je pense qu'il y a également et probablement, dans l'informatisation des dossiers... parce qu'on avait travaillé également sur des comités avec le Dr Tamblin, de l'Université McGill, sur effectivement qu'est-ce qui achoppait dans ce domaine-là, et c'était assez curieux de voir que c'étaient les médecins qui étaient les plus réticents à utiliser les nouvelles technologies pour effectivement l'aide au diagnostic, par exemple, ou encore pour repérer quels étaient les médicaments consommés par leurs patients.

Il faut dire — peut-être une parenthèse que nous n'évoquons pas, et tantôt vous avez parlé de la pratique médicale — il est sûr et certain que de devoir consulter un écran, bon, quelquefois ça peut ajouter à la longueur du... à la durée dans le fond de la réception du patient, mais je pense qu'il y aurait beaucoup, entre autres, d'interactions médicamenteuses qui malheureusement entraînent pour le réseau de la santé d'énormes frais d'hospitalisation. Je pense qu'il y aurait des coûts qui pourraient être mieux utilisés. Et, même si ça prend un petit peu plus de temps, bien je pense que le patient aurait... et le réseau de la santé et le patient auraient de meilleurs services à cet effet-là.

Ce qui nous a aussi interpellés, dans le document, c'étaient les délais d'attente et la façon dont le calcul avait été fait. Pour nous, vous le savez, nous sommes un réseau où effectivement, entre autres, des blessures à la hanche peuvent être dramatiques, et il y a également le fait que les nouvelles médecines maintenant, les nouveaux moyens d'intervention puissent permettre aux personnes qui avancent en âge et qui ont des problèmes de hanche sans en avoir eu une blessure... peuvent se faire remplacer la hanche et ainsi poursuivre une vie autonome et de bonne qualité.

Cependant, tous les cas qui nous ont été rapportés démontraient que le délai d'attente était bien au-delà du délai d'attente qui est identifié ici, puisque c'est tout le préalable qui est très long. J'ai le père d'une collègue qui a attendu un an et demi avant même d'entrer sur la liste d'attente, et là, à partir de cette liste, doit attendre encore pour se faire opérer. Alors, vous

comprenez bien que d'une hanche qui était handicapée, bien tout ce temps d'attente a fait en sorte que son autre hanche s'est handicapée aussi, alors ce qui fait qu'on se retrouve avec deux problèmes sur les bras au lieu d'un seul. Alors, je pense que c'est dramatique.

Les médecins spécialistes ont soulevé, cette semaine, toute la question des blocs opératoires et de leur utilisation. Je pense que ce serait peut-être une voie effectivement d'intervention plus rapide, et ce qui m'amène au sujet de toute la question des cliniques affiliées.

Le président tantôt a souligné que le mot «privé» était peut-être inapproprié, et effectivement je pense que ça a jeté la confusion, avec tout ce faux débat qui est la présence du public et du privé, médecine à deux vitesses, bon, qu'on n'aura pas la même accessibilité pour les soins. Nous, nous n'en sommes pas là. On constate — et de toute façon notre clientèle utilise ces services-là; on constate — fort bien que les gens vont en clinique privée, qu'il existe au Québec beaucoup de cliniques privées, et ce, non seulement par des médecins non participants, mais également par des médecins participants. Alors donc... Et je pense que c'est peut-être une voie.

Ce que nous disons, pour notre part, ce n'est peut-être pas la solution, la seule qui puisse exister. Il y a peut-être, quand je donnais l'exemple des blocs opératoires, il y a peut-être cet aspect-là également qu'on pourrait mieux voir, l'efficacité effectivement de tous ces services de santé, le fait effectivement que le client... Comment chemine-t-il à l'intérieur du réseau? Est-ce qu'il va au bon service? Est-ce qu'il l'utilise effectivement? Et le seul fait, par exemple... parce que tout ça se tient, si l'informatisation ne serait-ce que des rapports et des examens que les patients subissent était connue, peut-être qu'on enlèverait également beaucoup de listes d'attente pour l'utilisation encore d'autres examens et de services qui sont à peu près semblables, et je pense que c'est une question d'efficacité qui pourrait peut-être rapporter son lot de bénéfices.

Dans la pratique, évidemment sur toute la question... parce que nous avons parlé du jugement Chaoulli, bon, et des effets de l'assurance privée. Bon, on ne grimpera pas aux rideaux pour donner cette accessibilité-là. La seule chose, c'est qu'il faut bien comprendre que pour notre clientèle... Puis je vais vous faire le parallèle avec l'assurance voyage.

Vous savez que, si vous allez aux États-Unis, par exemple, et vous voulez vous prémunir d'une assurance voyage, donc effectivement, s'il vous arrive un quelconque pépin de santé aux États-Unis, vous allez pouvoir couvrir vos frais. Or, vous savez que les questions d'âge sont effectivement... Plus vous avancez en âge, plus ça devient coûteux, et lorsque vous avez atteint un certain seuil, si ma mémoire est bonne, c'est 89 ans, ensuite de ça, vous n'êtes plus assurable.

Vous allez me dire: 89 ans est un âge honorable et peut-être qu'à ce moment-là vous allez moins avoir besoin de voyager, cependant, je connais, dans mon réseau, des gens qui désirent quand même le faire, qui sont parfaitement autonomes, qui sont capables de le faire. Et avec un vieillissement, entre autres, de la portion des plus âgés, je pense qu'il faudrait penser à ce type de... à cet aspect-là dans une assurance privée, ici, au Québec. Et d'autant plus que, nous, on a de nombreux... comment pourrais-je dire? Nous sommes très sceptiques

à l'acceptation de la part des assureurs privés à mettre en place une telle assurance.

D'ailleurs, on voit une tendance aux États-Unis à abandonner de plus en plus l'assurance santé, parce que les produits... Vous savez qu'en assurance chaque plan doit être rentable. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'un produit n'est pas rentable qu'il y a un autre plan qui va absorber les coûts du plan qui n'est pas rentable. Or, ils se rendent compte, aux États-Unis, que de plus en plus le coût qu'ils doivent payer pour justement payer les frais, ce pourquoi les gens se sont assurés, est hors de limite et ils sont en train peu à peu d'abandonner, et probablement que l'effet également du vieillissement de la population a fait en sorte que ça a donné un sens à cette orientation.

Alors donc, moi en tout cas, il faudrait me prouver bien réellement — puis on n'a pas entendu beaucoup d'assureurs se prononcer sur la question — qu'ils seraient intéressés effectivement à investir ce terrain, d'autant plus que le coût des médicaments, vous le savez, demeure toujours en hausse, le coût des technologies également, et vous donnez par-dessus ça ou vous additionnez à ça le vieillissement de la population. Alors, vous avez là trois éléments qui probablement, en tout cas à notre avis, est peu attirant pour un assureur, qui, faut-il le dire ou le répéter, est un entrepreneur privé qui veut faire en sorte de rendre heureux ses actionnaires. Alors donc, c'est sur la question de l'assurance privée.

Le Président (M. Paquin): Permettez-moi de vous signaler qu'il reste deux minutes pour votre présentation.

Mme Langlois (Martine): Ce n'est pas très grave. Je vais terminer. Alors donc, toute cette question également... Bon, un dernier mot peut-être... et avec l'échange qui va suivre, peut-être pourrions-nous aborder les autres points, toute la question du fonds en cas de perte d'autonomie. Bon. Ça aussi, on est très sceptiques. Déjà le gouvernement a mis en place un fonds des générations. Là, il y aurait un fonds pour les personnes en perte d'autonomie. Ça fait beaucoup de fonds pour une population, elle, qui demeure la même, qui sont toujours les mêmes payeurs. Et, quant à nous, je pense qu'il y aurait peut-être moyen de trouver d'autres solutions, d'autant plus qu'il n'est pas sûr que pour les liens inter-générationnels et le bon échange social dans le fond... parce qu'on le sait fort bien, les personnes en perte d'autonomie, vous en retrouvez beaucoup plus dans la population plus âgée que dans les 40 ans ou dans les 20 ans. Et je ne suis pas sûre que les autres générations, devant effectivement les coûts qui augmentent sans cesse dans d'autres domaines, seraient très... j'étais pour dire «réceptacles», mais réceptifs à cette situation.

Alors donc, là-dessus aussi on a de profonds doutes et on a des doutes également à la façon dont les choses seraient gérées pour faire en sorte que ce fonds soit rentable et qu'on puisse y investir en toute quiétude. Alors, pour nous, en gros, ce sont les éléments sur lesquels nous voulions donner notre avis. Évidemment, nous sommes là aussi tout ouverts à vos questions.

Le Président (M. Paquin): Bien, merci, Mme Langlois. Puis, vu que vous êtes tout ouvertes à ces questions-là, on va débiter tout de suite, immédiatement

la période d'échange. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Genest, Mme Langlois. Je vais commencer par une question un peu gênante, là: Il paraît qu'à 50 ans on a droit à être membre de votre fédération?

Mme Langlois (Martine): Bienvenue, M. Couillard.

M. Couillard: 50 ans? Mais là, là, entre nous, là, il n'y a personne qui écoute, là: Comment ça se passe? Moi, je vais avoir 50 ans en juin 2007, je vais-tu recevoir une carte par la poste? Qu'est-ce qui va arriver?

Mme Langlois (Martine): En autant que vous ne la receviez pas par la tête.

M. Couillard: Mais faut-u appliquer ou...

Mme Langlois (Martine): Non, non. Mais, étant donné que vous m'avez fait signe, là, un signe du pied, ça va me faire un plaisir de vous l'envoyer.

M. Couillard: Parce que ça donne des réductions, il paraît, hein?

Mme Langlois (Martine): Ah! ça donne des réductions, mais ça donne aussi plein d'avantages. Pour les réductions, je doute que vous en ayez besoin.

M. Couillard: Ah! c'est encore drôle, vous seriez surpris.

Mme Langlois (Martine): On a un excellent magazine alors, au moins.

M. Couillard: On retirera ça des galées, M. le Président.

Le Président (M. Paquin): M. le ministre, je veux vous signaler que je suis membre de la FADOQ.

M. Couillard: Vous êtes membre?

Le Président (M. Paquin): C'est une référence, vous pouvez le constater.

M. Couillard: Et vous renouvelez régulièrement?

Le Président (M. Paquin): Régulièrement.

M. Couillard: Donc, vous en êtes heureux et satisfait?

Le Président (M. Paquin): Absolument.

M. Couillard: Bon, c'est bien. L'informatisation. Vous avez parlé de l'informatisation du réseau de la santé dans le plan... D'ailleurs, vous avez vu, les investissements ont été annoncés. Il y a la liste de médicaments; il y a les résultats de laboratoire; il y a les résultats de radiologie et des données d'urgence. Donc, plusieurs des

éléments d'inquiétude ou de préoccupation que vous avez soulevés vont être concrétisés.

● (16 h 30) ●

Pour ce qui est de la certification des résidences privées, on est en phase, j'espère bientôt, finale, là, de préparation du règlement des critères sociosanitaires, mais il y a une différence — et vous l'avez bien souligné — entre la qualification des résidences, qui veut dire qu'une résidence est meilleure qu'une autre en termes de gradation, versus la certification, qui est des critères qu'on remplit ou qu'on ne remplit pas; il n'y a pas de zone grise entre les deux. Et plusieurs des critères qui sont intégrés dans notre liste d'éléments sociosanitaires sont inspirés fortement du programme Roses d'or, qu'on a décidé de continuer, là. On n'arrête pas de soutenir le programme Roses d'or parce qu'on fait la certification, parce que c'est quelque chose de différent, la qualification par rapport à la certification. Donc, est-ce qu'il n'y a pas... Il n'y a pas de problème que ça continue à coexister, autant la certification que la qualification?

Mme Langlois (Martine): Bien, à vrai dire, ce que nous allons vous proposer, comme nous allons le proposer aussi à nos agences, c'est de faire en sorte... une offre de service où effectivement les deux volets pourraient être tenus, en respectant effectivement tout l'aspect des critères sociosanitaires qui serait fait effectivement par un professionnel, mais d'avoir une valeur ajoutée sur la satisfaction de la clientèle, tout en maintenant également des aspects pour l'instant qui ne sont pas couverts, on le sait fort bien, et que les municipalités — parce que nous avons eu des échanges avec l'Union des municipalités du Québec... s'apprennent effectivement à faire une espèce de boîte à outils pour les municipalités, pour faire en sorte de pouvoir mettre en place les permis ou... malheureusement beaucoup de municipalités.

Et, nous, dans l'offre de service, ce qu'on va vous expliquer, c'est effectivement de pouvoir maintenir au moins ces choses-là jusqu'à ce que les permis effectivement soient émis par les municipalités et que celles-ci puissent effectivement agir avec les rôles qui leur sont dévolus depuis la mise en place des modifications à la loi.

M. Couillard: D'ailleurs, dans le processus de certification qu'on a illustré ici, en commission parlementaire, le préalable à la certification, c'est d'avoir d'abord satisfait aux critères municipaux: incendies, etc. Donc, votre offre de collaboration aux agences est bienvenue, d'autant plus que ce sont les agences régionales, comme vous le savez, qui vont émettre ces certificats et qu'elles peuvent avoir recours à un organisme de leur choix si l'offre est jugée satisfaisante.

Mme Langlois (Martine): En autant que vous nous reconnaissiez.

M. Couillard: Pardon?

Mme Langlois (Martine): En autant que vous nous reconnaissiez.

M. Couillard: En autant que je le reconnais. Mais, vu que vous allez m'envoyer ma carte gratuite...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Langlois (Martine): Non, mais remarquez, si vous voulez qu'on fasse un deal, je n'ai pas de problème: vous reconnaissez le programme, je vous envoie votre carte tous les ans gratuitement.

M. Couillard: Vous avez raison de mentionner que l'attente, ce n'est pas uniquement les chirurgiens qui sont mentionnés dans le document de consultation. En fait, je l'ai répété plusieurs fois, si vous demandiez aux Québécois et Québécoises, au hasard, quel est leur principal problème concret d'attente, ils ne vous parleront pas de prothèses de hanche, de genou puis d'opérations de cataracte, heureusement; ils vont vous dire: Bien, j'aimerais ça avoir un médecin de famille. Bon, on le sait, ça, puis on l'a affirmé. Cependant, le problème essentiel, c'est un problème de pénurie. Tous les outils sont en place. On ne peut pas former plus de médecins qu'on en forme actuellement. Ils vont tous sortir, ces médecins-là, on espère le plus rapidement possible, de sorte que les correctifs, là, il n'y en a pas d'autres, là. Former plus de médecins, attirer plus de médecins étrangers, ouvrir la porte aux infirmières praticiennes, toutes ces choses-là sont en évolution.

Vos propositions sur le... Votre position, pardon, sur la proposition de M. Ménard, qui est l'assurance pour la perte d'autonomie, elle n'est pas tout à fait définie. Dans votre présentation verbale, vous dites: Bon, il y a déjà un fonds de générations. Est-ce qu'on doit conclure de ça que vous recommandez qu'on aborde le financement du système de santé d'abord par le contrôle de la dette et la génération de marges de manoeuvre — suite à la diminution de la dette, il y a des marges de manoeuvre qui vont apparaître, qui pourraient nous permettre de mieux soutenir le réseau de la santé — ou est-ce que vous écarteriez complètement la proposition d'un fonds dédié avec des contributions de type assurance, là, comme M. Ménard le propose, pour les soins entourant la perte d'autonomie?

Mme Langlois (Martine): Bien, écoutez, comme je le disais tantôt, c'est plus un scepticisme que nous avons à cet effet-là parce qu'on regarde tout ça avec l'oeil du consommateur, et évidemment du payeur de taxes, cela va de soi. À un moment donné, les portefeuilles, hein, ça ne s'étire pas au fil des projets qu'on pourrait avoir.

Donc, à un moment donné, je pense qu'il faut aussi... Pourquoi baisse-t-on la dette? Justement pour mettre moins de poids sur les autres générations à venir. Or, là, on est en train de parler d'un fonds en cas de perte d'autonomie puis on se dit: Oui, mais en même temps qui va en bénéficier présentement le plus? Ça va être effectivement beaucoup les aînés, c'est sûr et certain. Ça n'enlève pas aux autres générations le fait de pouvoir utiliser ce genre de services, mais c'est sûr et certain que c'est beaucoup les aînés.

Or, il y a également le fait... Bon, tantôt, je parlais de lien intergénérationnel, mais aussi le fait de se dire... Je regardais, il viennent de sortir une étude, aux États-Unis, qu'ils ont fait sur je ne sais pas trop combien de personnes, une étude pour savoir effectivement quel était le portrait des aînés d'aujourd'hui, qui correspond

effectivement à un discours que, nous, on tient depuis un certain temps déjà, de dire que les aînés et ceux des générations qui s'en viennent, donc vous-même, M. Couillard, et quand vous allez arriver à 90 et à 100 ans et que vous aurez encore votre carte de la fédération...

M. Couillard: Renouvelée chaque année par votre organisation.

Mme Langlois (Martine): Je pense que les gens, d'abord parce que les gens utilisent plus les moyens de prévention, qu'il y a avoir des interventions aussi beaucoup plus pointues, que ce soit sur le plan technologique et médicamenteux, et que les gens arrivent aussi dans une meilleure forme. Et la perte d'autonomie telle qu'on la connaît aujourd'hui, de très grandes pertes d'autonomie qu'on voit, entre autres, dans les CHSLD, je pense, vont peut-être avoir tendance à diminuer, en tout cas c'est à espérer, et, ma foi, d'avoir un fonds dédié dans ce cadre-là, d'autant plus qu'aussi notre scepticisme est nourri par le fait de... à un moment donné, les fonds, hein, c'est tentant d'y aller chercher l'argent — je ne dirais pas pomper mais je vais le penser — quand on en a besoin dans d'autres secteurs.

Et, quant à nous, je pense qu'il y a l'efficacité effectivement de l'utilisation des équipements que nous avons actuellement, de la bonification de ces équipements, d'une meilleure utilisation aussi de ces équipements, et peut-être aussi des pratiques médicales autres. Vous l'avez vous-même noté, l'intervention maintenant des infirmières spécialisées, je pense que ça va alléger, ne serait-ce que maintenant les patients vont pouvoir avoir recours au moins à quelques services professionnels qui n'alourdiront pas justement la pratique médicale.

On a suggéré également à l'Ordre des pharmaciens, la semaine dernière, sur le fait d'avoir plus d'actions concertées autour de... parce que le pharmacien, lui aussi, peut devenir un intervenant. Et d'ailleurs, quand on regarde, la population aînée probablement consulte plus son pharmacien qu'elle ne consulte son médecin très souvent parce qu'effectivement le pharmacien est très près. C'est quelqu'un qui en même temps fait de la prévention, va donner des conférences, mais aussi qui est plus accessible, pourrais-je dire, que le médecin. Et, moi, je pense que tous ces gens-là, toutes ces corporations ont avantage à travailler ensemble, ce qui ne ferait que l'amélioration effectivement de l'utilisation des services du réseau.

M. Couillard: Vous avez mentionné le cas médiatisé, avec justesse d'ailleurs, d'une résidence. Vous avez dit que c'était en Mauricie, je ne me souvenais plus que c'était en Mauricie, mais effectivement d'une résidence où il y avait une sorte d'exclusivité du pharmacien par rapport aux clients, hein, et l'Ordre des pharmaciens est venu, l'autre jour, puis ils ont abordé cette question et ils recommandaient que leur ordre puisse aller faire des visites dans les résidences privées ou qu'on puisse vérifier toute cette question-là de façon un peu plus intrusive qu'on le fait actuellement. Le problème potentiel, c'est qu'une résidence privée, le mot le dit, par définition, c'est la résidence personnelle et privée de la personne qui y habite. Jusqu'où on peut aller dans la vérification? Parce qu'en pratique, là, il y a

ce cas-là qui semble avoir été vraiment extrême, mais en pratique je suppose que la majorité des personnes âgées auxquelles le propriétaire de résidence privée viendrait dire: Écoutez, ça tombe bien, on a un pharmacien à côté, vos prescriptions vont être remplies immédiatement, je suppose, là, sans faire de procès d'intention à qui que ce soit, que, la plupart du temps, ça fait l'affaire de tout le monde, y compris la personne âgée, non?

Mme Langlois (Martine): De toute façon, ce que nous avons expliqué au président de l'ordre, c'est que la portée de cet élément dans leur code de déontologie a une portée très restreinte, ne serait-ce que parce que, très souvent, ils n'ont pas de contrôle sur les propriétaires de résidence, et quand le propriétaire — et très souvent ça se passe dans les grosses résidences privées, quand le propriétaire — de résidence effectivement dit à ses clients: Bien, c'est un nouveau service qu'on vous offre, vous n'avez même plus besoin de vous déplacer, le pharmacien va se présenter, et tout ça...

Ce qu'ils nous ont rapporté, et ça, c'est l'élément qui, nous, nous agace le plus, ce n'est pas parce qu'il y a un meilleur service à la clientèle. On peut très bien dire: Bien oui, maintenant le résident n'a plus à aller courir à sa pharmacie à un kilomètre pour avoir accès, par exemple, à son médicament. La chose que, nous, par exemple, on a reçue, et Karine qui, très souvent, est au service des plaintes et reçoit beaucoup de téléphones à ce sujet, c'est que c'est des résidents qui téléphonent pour dire: Écoutez, ils m'obligent à utiliser les services du pharmacien qu'ils me recommandent, alors que, lui, par exemple, ça faisait 25 ans qu'il utilisait les services d'un autre pharmacien. C'est dans ces cas-là qu'on trouve navrant que ce soit comme inclus comme un service à l'intérieur du bail pour lequel effectivement le résident signe et comme si c'était une obligation de sa part de se servir des services du pharmacien.

D'autre part, je vous dirais que, sur le plan éthique, je trouve un peu regrettable... parce que probablement qu'on promet au pharmacien d'avoir un niveau d'utilisation de ses services qui soit intéressant pour qu'il accepte de jouer le jeu. Alors, vous voyez, moi, je pense que, sur le plan éthique aussi, le pharmacien a quand même... et il me semble que, dans le cas des pharmaciens, ce n'est pas nouveau, cet aspect-là, ça existe depuis des années dans le code, le fait que la personne demeure quand même maître de son propre choix de professionnel de la santé, y compris du pharmacien.

● (16 h 40) ●

M. Couillard: M. le Président, je vais céder la parole à mon collègue qui, étant beaucoup plus jeune, est à des années d'obtenir sa carte. Mais, vu qu'il est dans l'opposition, vous n'avez pas à vous engager, comme vous l'avez fait avec moi, à lui donner gratuitement.

Mme Langlois (Martine): Non. Mais, remarquez, si vous voulez négocier pour deux, moi, je n'ai pas de problème non plus.

Le Président (M. Paquin): O.K. Donc, M. le député de Joliette, on vous cède la parole.

M. Valois: Je vous remercie. J'ai bien aimé votre présentation. Ce sera cependant Mme la députée de

Champlain qui fera l'intervention avec vous étant donné qu'elle est la porte-parole de l'opposition officielle en matière de... notamment pour ce qui est de la condition des aînés.

Mme Champagne: Et de l'hébergement.

M. Valois: Et de l'hébergement, bien sûr. Mais je compte bien avoir un jour ma carte. Qui sait, peut-être que ce sera le ministre qui me la vendra lui-même étant donné qu'il sera dans l'organisation. C'est ça. Et, si justement tous les fonds, que ce soient des générations ou tout autre fonds auront fonctionné, peut-être que j'aurai encore un petit peu de sous dans mes poches pour la payer moi-même. Je vais céder la parole à...

Mme Langlois (Martine): Savoir que de venir à cette commission me permettrait d'avoir un club émérite à l'Assemblée nationale, c'était trop demander.

Le Président (M. Paquin): Donc, Mme la députée de Champlain, on vous écoute.

Mme Champagne: Alors, bienvenue, Mme Langlois, Mme Genest, que j'ai eu l'occasion de rencontrer heureusement, et pas plus tard que la semaine dernière, à l'occasion de l'assemblée générale annuelle dans Trois-Rivières. Au lieu de faire une assemblée générale annuelle, je dirais, ordinaire et plate, ils ont décidé d'ajouter à leur rencontre un avant-midi d'information. Et les gens ont adoré, j'ai cru comprendre. J'ai même, samedi dernier, vu d'autres personnes, c'est-à-dire les mêmes personnes à une autre occasion, qui ont souligné l'importance du travail fait par la Fédération de l'âge d'or du Québec. Et là je parle particulièrement de la section Mauricie. C'est mon après-midi Mauricie parce que le groupe qui vous suit également vient de la Mauricie.

Et je sais à quel point c'est important, le rôle joué par les fédérations d'âge d'or. J'ai une mère, qui aurait un peu plus de 100 ans maintenant, qui a participé jusqu'à l'âge de 90 ans, et c'était comme sa soupape. Après avoir élevé des enfants, elle se donnait la chance d'aller rencontrer d'autres personnes — d'abord, ça brise l'isolement — et, en plus, d'être énormément informée sur toutes sortes de sujets.

Alors, autant le rôle que vous jouez, autant le rôle que peuvent jouer les tables régionales des organismes communautaires, autant chacun de vos organismes a un impact majeur sur la population. Et on sait très bien que c'est une façon d'aider les gens, même médicalement parlant. Alors, votre présence aujourd'hui est tout autant pertinente.

Alors, moi, j'aimerais échanger avec vous davantage sur tout le rôle que vous avez joué au niveau de, je dirais, la qualification des résidences pour personnes âgées. Vous savez, grâce à vous autres et grâce aux pressions que vous avez faites, grâce également à l'appui... parce qu'autant notre parti politique que le gouvernement ont appuyé le projet de loi et la certification obligatoire pour les résidences, petites résidences qu'on nous dit privées, et avec raison on l'a fait parce que, regardant ce qui se passait sur le terrain, regardant l'importance que prenaient ces petites résidences là, il fallait lui donner une

force, une force de reconnaissance puis en même temps baliser certains critères.

Il y avait un danger à cela, et je pense que Mme Langlois comme Mme Genest m'ont peut-être entendue là-dessus, c'était que la certification devienne le moyen de s'assurer, comme je le disais hier, avec la table de concertation des aînés, s'assurer que la sécurité au niveau des incendies était là, que tout était conforme au niveau effectivement de la sécurité, que, je disais, les portes étaient conformes, les fenêtres étaient conformes, tout était conforme au niveau du physique seulement. Or, il y a plus que ça, et le rôle que vous avez joué avec le programme Roses d'or, c'était de s'assurer également de la qualité, de la qualité des soins donnés à l'intérieur, et ça, ça doit continuer.

Et la demande que vous faites d'être reconnus dans le rôle que vous avez joué, vous avez, je pense, l'appui de nombreux parlementaires pour ne pas dire peut-être de tous les parlementaires. C'est un rôle important, puis il ne faut pas le mettre de côté parce que le danger est toujours grand, quand on met des choses dans des lois, c'est que ça devienne la loi suprême, exemple, et je n'ai rien contre la Société d'habitation du Québec pas plus que j'en ai contre le Code du bâtiment, mais c'est sûr que, si le Code du bâtiment débarque, demain matin, en bon québécois, dans certaines petites résidences dites privées, bien, c'est de valeur, mais il va y avoir un paquet d'ajustements qui vont devoir être faits. Parfois, il n'y a qu'une porte, parfois les gens sont dans un sous-sol. Il va y avoir plein de surprises, là, auxquelles on s'attend. Il n'y a personne qui va être surpris démesurément. Alors, vous pouvez avoir notre appui sur le rôle important que vous avez eu à jour comme qualification, comme rôle sur la qualification des résidences privées.

Or, en ce sens-là, j'aimerais savoir si, au moment où on se parle, maintenant, parce que la loi date de décembre dernier... Est-ce qu'il y a déjà eu un début de rencontre, de contact au niveau du Québec — je pourrais parler de ma région, mais je vais vous laisser parler au niveau du Québec — sur la possibilité de travail que vous auriez à faire? Avez-vous eu vent d'une ouverture très grande de la part des agences de santé sur le rôle que vous pourriez jouer comme Fédération de l'âge d'or du Québec?

Mme Langlois (Martine): D'abord, je tiens à spécifier que, quand on travaille dans le programme Roses d'or, la Régie du bâtiment siège dans nos travaux, donc elle nous a même aidés à faire une formation pour les personnes qui vont faire l'appréciation dans les résidences pour faire en sorte que certains de leurs critères soient reconnus.

Quand vous dites: Quelle est la réception des agences, nous avons effectivement interpellé les agences avec lesquelles nous faisons affaire dans le cadre du programme Roses d'or. Il s'agit de 13 agences au Québec. Et, bon, autant les agences, la première réaction a été une réaction d'incertitude parce qu'ils attendaient toujours que le ministre responsable puisse leur émettre dans quelle direction le vent tournait, et pour certaines régions, ça a été comme effet de dire: Bien, attendez, avant qu'on continue dans le programme, on n'est pas sûrs d'où est-ce que s'en va le ministre, bon, et quelle voie on devra prendre.

Par ailleurs, dois-je vous dire que, depuis un ou deux mois, les choses ont repris parce que les agences ont dit: Bien, oui, on va continuer avec ça. De toute façon, quand les critères sociosanitaires... on ajustera les choses puis on verra à conserver certains des secteurs. Il y a d'autres régies — pardon, ancien mot... D'autres agences ont carrément signifié, dans leur avis sur la question, qu'ils voulaient conserver le programme Roses d'or pour faire en sorte effectivement de ne pas faire de multiples démarches auprès des résidences, parce qu'il y avait aussi ce danger de multiplier les visites. Vous le savez fort bien, pour les grosses résidences, ça ne pose pas de problème, il y a des gestionnaires, il y a du personnel; pour la petite et la moyenne résidence, malheureusement ça pose un problème parce que, très souvent, les gens sont une, deux personnes, quatre, maximum, dans la moyenne résidence. Et tous ces gens-là sont appelés effectivement à donner des services à la clientèle et non pas à répondre nécessairement aux services de visiteurs qui viendraient contrôler comment les choses se passent.

Alors, nous, c'était une de nos préoccupations également de faire en sorte de rendre le processus le plus souple et le plus simple possible pour faire en sorte de ne pas heurter non plus les résidences. Parce que ce qui nous inquiétait... On s'est dit: Si, à un moment donné, toute cette opération devenait tellement lourde, des propriétaires de résidences, surtout les petites, vont se décourager, vont fermer. Puis on sait fort bien que c'est un genre de produit qui est recherché par un type de clientèle qui y trouve un aspect plus convivial de milieu de vie. Alors donc, il y avait tous ces aspects, à la fois la clientèle, à la fois les propriétaires de résidences puis à la fois aussi le fait des partenariats qu'on a développés au fil des ans et qui pour nous est absolument un gage effectivement que tous les gens qui sont associés là... Après tout, la qualité de l'hébergement au Québec qui s'adresse pour les aînés, ça regarde tout le monde. Et je pense que les gens qui y travaillent autour sont convaincus effectivement de l'apport qu'ils y apportent.

Mme Champagne: Et je peux vous dire, Mme Langlois, que, quand on va dans une résidence, parce qu'on a à le faire en campagne électorale, autant le ministre que mon collègue qui a sa carte de l'âge d'or... Et j'ai la mienne, en passant, et c'est très, très facile, M. le ministre.

Mme Langlois (Martine): ...

Mme Champagne: C'est très facile. On nous sollicite relativement facilement. Il y a des avantages, effectivement. Alors, ce que je disais, c'est que, quand on arrive dans une résidence pour personnes âgées et qu'on voit à la porte l'accréditation, la reconnaissance de Roses d'or, c'est devenu tellement dans les moeurs des gens que tu as comme une impression... Tu n'as pas rien qu'une impression, mais, quand tu ne connais pas les gens à l'intérieur, tu es à peu près certaine que ça doit être bien parce que vous avez développé avec le temps cette expertise et cette crédibilité qui s'est développée, et c'est important de le maintenir.

● (16 h 50) ●

Ce que je disais également, c'est que, dans ces résidences-là, et je le disais hier, à la table de concertation,

dans ces résidences-là où on dit que les personnes sont autonomes, elles le sont, mais, comme elles y sont parfois longtemps parce qu'elles y sont bien, elles deviennent non autonomes parfois avec le temps. Et, oui, effectivement, dans la région de Trois-Rivières, et pas juste là, est arrivé ce qui devait arriver, avec le temps, on prend tout en charge, et j'appelle ça parfois malheureusement de l'infantilisation où on enlève doucement l'autonomie à la personne en se substituant à sa possibilité. Je vous donne un exemple concret. La personne est encore capable d'appeler son pharmacien et de dire ce qu'elle veut, il y en a beaucoup qui sont encore capables de le faire, et, dans la résidence où c'est arrivé, c'est possiblement une résidence où, l'autonomie étant moins grande, ils ont tout pris en charge. Mais il ne faut jamais exclure qu'à l'intérieur de ça ces personnes-là, âgées, ont pour la plupart des enfants ou du moins de la parenté et là l'importance qu'ils demeurent vigilants dans les soins qui sont donnés aux leurs parce qu'on ne peut pas... on ne confie pas ses parents ou les parents ne se confient pas à ces résidences-là en s'excluant de leurs propres familles, et ça aussi c'est important. Donc, le programme Rose d'or, comme la certification qu'on va faire pour ces résidences-là, vont prendre toute leur importance parce qu'il va y avoir une forme de surveillance nécessaire et utile.

Alors, ceci étant dit sur ce sujet-là, je vais passer au sujet suivant qui est le sujet de votre mémoire. Et, dans votre mémoire, vous disiez, et ça m'a questionné parce que vous parliez du régime d'assurance contre la perte d'autonomie, vous parliez bien sûr des transferts fédéraux et vous disiez: «Sans tomber — en page 11 sur 13; sans tomber — dans le mythe que les aînés de demain vieilliront en bonne santé et seront beaucoup plus riches que les générations précédentes...» Est-ce que pour vous le fait... Parce que, moi-même, je le dis avec peut-être certains bémols mais je le dis quand même régulièrement puis je l'ai même dit, je pense, vendredi dernier, dans mon comté, à l'occasion de l'assemblée générale de l'âge d'or, de la FADOQ, c'est-à-dire. Je disais que les aînés effectivement normalement demain, et je ferai partie de ceux-là, nous allons vieillir à mon avis en meilleure santé, définitivement peut-être un peu mieux nantis parce qu'on a une clientèle qui va avoir été au travail plus longtemps, donc avec des fonds de pension meilleurs que ce que nos parents ont vécu. Mais, est-ce que pour vous c'est vraiment un mythe que de dire cela?

Mme Langlois (Martine): C'est-à-dire que, quand on exprime ça, c'est que de ne pas tomber non plus dans l'excès contraire. Autant on a travaillé pendant des années à défaire cette image de la personne pauvre, seule puis qui engorge les couloirs des urgences, autant on a fait ça, qu'il ne faudrait pas non plus tomber dans l'autre excès de dire: Bien, oui, on vous assure que vous allez mourir en santé, hein? Alors donc, il faudrait... il faut faire attention à ça, d'autant plus que la population des 75 ans et plus est le type... c'est la tranche de la population qui effectivement augmente le plus. Or, il ne faut pas se le cacher, même si maintenant l'espérance de vie et l'espérance d'une bonne qualité de vie a augmenté, c'est grâce effectivement aux efforts de notre société, mais il y a aussi le danger qu'effectivement plus vous avancez en âge, plus vous probablement souffrirez de plusieurs pathologies, et les années de mauvaise qualité de

vie risquent encore d'être là. Alors, il ne faut pas non plus se voiler le visage en disant: Oui, oui, oui, maintenant les aînés vont être tellement en forme que, vous allez voir, ils ne seront plus tuables.

Mme Champagne: Ça peut être tentant. Alors...

Mme Langlois (Martine): Mais, ceci étant, je pense qu'au bout du compte il y a la mort qui nous attend tous et à moins d'un accident, j'ai rarement vu quelqu'un qui n'était pas malade décéder.

Mme Champagne: C'est bien. Alors, écoutez, c'est dit avec une forme d'humour, mais une réalité, vous avez raison. Tomber dans le panneau contraire ou dans l'excès contraire, ce serait une erreur, et comme on va être plus nombreux à atteindre ces grands âges là, il y aura des problèmes de genoux, puis il y aura des problèmes de hanches, puis il y aura des problèmes de cataractes, là, et je pense qu'il faut aussi se préparer, là, correctement, alors j'en suis convaincue.

Vous avez parlé également, vous avez eu un propos sur les cliniques affiliées. Vous émettez beaucoup de réserve. Je ne suis pas en désaccord avec ça, je vous le dis tout de suite, sur la pertinence d'aller vers ça. J'aimerais vous entendre sur votre... peut-être bien camper, là, pour les gens qui nous écoutent, parce qu'il y a beaucoup plus de gens qu'on ne le croit qui nous écoutent à toutes sortes d'heures et bien souvent les fins de semaine, et je sais que la Fédération de l'âge d'or du Québec s'est penchée là-dessus, comme nos tables de concertation des aînés également s'y sont penchées, sur la venue ou l'intérêt de s'associer à ces cliniques-là affiliées. Alors, j'aimerais vous entendre sur votre vision là-dessus.

Mme Langlois (Martine): Bien, je pense que, dans le mémoire, ce qu'on indique, c'est qu'on dit que ce n'est pas nécessairement la solution parce qu'on associe à ça, parce qu'on se dit: Regardez, la proposition, c'est de dire: Bien oui, les hôpitaux ou les CSSS, ils vont pouvoir faire affaire avec des cliniques qui vont être reconnues, et tout ça. D'une part, je ne suis pas sûre que les médecins de ces cliniques-là qui ont à gérer — c'est des entreprises privées, hein, ne nous le cachons pas — soient nécessairement intéressés à s'affilier, avec toutes les normes que le ministère pourrait édicter dans le cadre de leur tâche, la première des choses.

La seconde des choses, si tant est qu'ils seraient intéressés à le faire, je pense que l'encadrement de la façon dont les prestations de services vont être livrées va être suffisamment encadré par le ministère qu'on n'ait pas à s'inquiéter de se dire: Bien, la population... dans le fond, c'est des cliniques privées. Comme je l'ai dit au tout départ, les cliniques privées, ça a toujours... et de plus en plus ça existe au Québec. Il ne faut pas se le cacher, il y a des gens effectivement qui paient pour des services de santé et même auprès de médecins participant au régime. Et ça, je pense qu'au lieu de continuellement s'arrêter à se confronter à une réalité qu'on ne veut pas voir, il faudrait peut-être au contraire dire: Voilà une façon d'encadrer. Mais, une fois qu'on a dit tout cela, il est important aussi de dire: Il ne faut pas s'arrêter là. Il faut effectivement rendre le réseau plus traditionnel de santé, de services de santé, le rendre plus

efficent en utilisant mieux ses équipements, en les modernisant au besoin pour faire en sorte qu'il y ait plus d'utilisateurs.

Donc, pour nous, c'est des choses complémentaires. Et ce n'est pas d'y mettre tout l'accent là-dessus, c'est qu'il faut, à un moment donné, faire en sorte que ce ne soit qu'un élément ajouté à la solution.

Mme Champagne: Alors, j'irais même peut-être jusqu'à dire, sans vous prêter des... vous mettre des paroles dans la bouche, c'est qu'il y a une question de gestion importante, là, hein? Parce qu'on sait très bien que, si on fouille le moindrement — et puis ça prend du courage pour le faire, peu importe le gouvernement qui est en place, revoir les façons de faire, revoir les façons d'agir — il va peut-être nous faire découvrir que notre système en fait, il n'est pas si mauvais que ça. Il y a peut-être de gros avantages, mais il y a peut-être une utilisation qui n'est pas optimale, comme vous dites. Ce n'est pas utilisé avec efficence. Il faut regarder dans ce sens-là, et ça, là, dans votre mémoire, vous en parlez, et je pense que beaucoup de gens dans la population, plus on parle d'un dossier, plus les gens sont allumés face à ce dossier-là et plus les gens sont peut-être conscients qu'il y a des abus un peu de toutes parts.

Tout à l'heure, on nous parlait de la surenchère au niveau des coûts de médicaments, mais c'est évident que, depuis 1997, à partir du moment où plus de gens ont accès à de la médication, bien il y a possiblement, sans faire de procès à qui que ce soit, eu abus dans la façon d'utiliser les médicaments. Et allez dans les résidences pour personnes âgées, vous autres qui les fréquentez avec toute la formule d'accréditation, vous allez vous apercevoir que ça fait partie du menu quotidien, pour ne pas dire, hein, trois fois par jour. Et ça, c'est dangereux évidemment d'aller dans ce sens-là.

Un dernier petit point, parce qu'il ne nous reste que deux minutes, c'est concernant peut-être une différence que vous faites entre un régime d'assurance contre la perte d'autonomie et un fonds lié à la perte d'autonomie. Entre les deux, parce que vous dites que, dans les deux cas, vous dites qu'il faudrait peut-être circonscrire les modalités de prestations reliées à un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, et ce... c'est dans vos 15 recommandations. Vous dites également regarder peut-être la création d'un fonds de perte d'autonomie. Je vous ai entendues un petit peu avec le ministre tout à l'heure parler que la création de nombreux fonds, à un moment donné on va tout prendre ça dans la même caisse, hein, c'est-à-dire dans les poches de chacun d'entre nous. Il va peut-être manquer de clients, comme vous dites. On a une fin tout le monde un jour et, la démographie étant ce qu'elle est, on ne se retrouvera pas avec une grosse quantité de gens appelés à payer là-dessus, là. Alors, même si je voulais que mon fils ou que tes deux petites-filles, un jour, paient pour ta caisse santé, si tu veux à un moment donné être soigné dans une résidence pour personnes âgées, bien je sais que mon jeune collègue est assez fin pour comprendre qu'il va y avoir peu de gens pour payer à cette caisse-là. Faites-vous une grosse différence entre ces deux fonds-là? Le fonds ou l'assurance? Pas vraiment?

Mme Langlois (Martine): C'est tout simplement parce que le rapport Ménard effectivement évoquait un

fonds, et donc on a fait le lien avec les deux aspects, mais pour nous les interrogations qu'on avait pour l'un demeurent pour l'autre.

Mme Champagne: ...pour l'autre. Bien je vous remercie infiniment.

Mme Langlois (Martine): Mais c'est moi qui vous remercie.

Le Président (M. Paquin): Très bien. Mme Langlois et Mme Genest, représentantes de la FADOQ, merci pour votre présence cet après-midi. C'était très agréable.

J'invite maintenant les représentants de la Table régionale des organismes communautaires Centre-du-Québec—Mauricie à prendre place, s'il vous plaît. Je suspends les travaux de la commission pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 h 59)

(Reprise à 17 heures)

Le Président (M. Paquin): La commission reprend ses travaux. À l'ordre, s'il vous plaît! Nous recevons la représentante et les représentants de Table régionale des organismes communautaires du Centre-du-Québec—Mauricie. Je vous invite donc à vous présenter et à nous faire part de votre mémoire, mais, auparavant, permettez-moi de vous indiquer un peu la façon que ça se déroule: 20 minutes pour la présentation de votre mémoire, par la suite 20 minutes de discussion, d'échange avec le ministre et les députés ministériels, et on termine le tout avec un 20 minutes du côté de l'opposition. Donc, on vous écoute. Si vous voulez bien vous présenter, présenter les personnes qui vous accompagnent et nous faire part de votre mémoire.

**Table régionale des organismes
communautaires Centre-du-Québec—Mauricie
(TROC-Centre-du-Québec—Mauricie)**

M. Beaudry (Renaud): Alors, bonjour, merci pour l'accueil. Alors, je me présente: Renaud Beaudry. Je suis le coordonnateur à la Table régionale, communément appelée la TROC. Je vous présente ma collègue: Marie-Andrée Désilets. Marie-Andrée est membre du conseil d'administration et aussi est responsable de la Corporation de développement communautaire de Bécancour. Et, à ma droite, Yves Blanchette, membre toujours du conseil, et Yves est responsable du Regroupement des organismes de base en santé mentale Mauricie—Centre-du-Québec. Alors, je vais commencer la présentation du mémoire, et puis Marie-Andrée et Yves vont vous soumettre, vous proposer et nos recommandations et faire la conclusion.

Notre mémoire, en copiant un peu, en plagiant un peu sur votre document de consultation, M. le ministre, on a utilisé le titre *Garantir*, nous avons remplacé ça par la *solidarité*. Alors, nous vous proposons d'abord de parler, selon nous, de l'absence d'un important débat public. Les enjeux soulevés par le gouvernement du

Québec, à savoir la pérennité, le financement et le caractère public du système de santé et de services sociaux, sont plus que mal desservis par le processus de consultation établi. Le laps de temps entre la publication du document *Garantir l'accès* et la tenue de la commission parlementaire, l'absence selon nous d'activités suffisantes d'information et d'éducation de la population, le choix de tenir — et là c'est à l'époque, quand on a rédigé le mémoire, il y a plus de deux mois — une consultation aussi courte, mais il y avait un laps de temps très, très court entre la diffusion du document gouvernemental et le temps pour produire un mémoire alors et nous... et les biais du gouvernement nous obligent à déplorer le processus. Sans changements — et, pour nous, c'est de l'ajout de temps, des activités d'information et d'éducation — la consultation présente ne peut être qualifiée d'important débat public. C'est évident que c'est une consultation, mais on considère qu'elle aurait dû être d'une ampleur plus grande, compte tenu des enjeux.

Pour ce qui est du recours au privé, selon nous, c'est un recours suggéré qui est inutile. L'ouverture aux assurances privées que propose le gouvernement nous apparaît un recul, malgré les apparences de modération, et inutile sur le fond de la question. Nous ne partageons pas l'opinion du gouvernement du Québec, qui considère que le jugement Chaoulli l'oblige à lever l'interdiction du recours aux assurances privées. Nous partageons plutôt l'avis notamment de la Coalition Solidarité Santé, et de nombreux spécialistes québécois du droit de la santé, et des spécialistes aussi en administration de la santé, dont un certain nombre ont déposé leur mémoire ici, à l'effet que la Cour suprême du Canada oblige le gouvernement effectivement mais à améliorer l'accès à certains services de chirurgie, point à la ligne. Le gouvernement propose d'ailleurs d'agir en ce sens: d'en garantir l'accès en recourant uniquement au réseau public soit pour la prestation du service ou encore en coordonnant la prestation mais par la livraison par un tiers.

La proposition gouvernementale de limiter les délais par exemple à 60 jours pour certaines chirurgies et de s'en engager formellement auprès de la population rend inutile d'un point de vue des besoins la levée de l'interdiction du recours aux assurances privées pour ces mêmes traitements. À ce chapitre, nous demandons d'ailleurs au gouvernement de répondre et de recevoir les pertinentes questions qui ont été soulevées par 300 citoyens et experts suite à un colloque organisé et tenu par l'Institut du Nouveau Monde les 24 et 25 février dernier.

Garantir l'attente, maintenant. Je vais faire ici une citation de M. Michel Simard, coordonnateur du Centre Le Havre à Trois-Rivières. C'est un organisme communautaire qui travaille à l'inclusion dans la société de personnes qui vivent l'exclusion. Alors, Michel nous disait il y a quelque temps: «Je ne crois pas que le principal danger qui nous guette soit la récupération du communautaire par le réseau public — dans l'actuelle réforme, devrais-je dire. Ma crainte, et elle est grande et forte, c'est que les gens qui vivent l'exclusion soient ignorés. C'est le danger qui nous guette.» Il y a 1 600 000 personnes pauvres au Québec. Parmi elles, on retrouve 350 000 enfants, 210 000 personnes âgées. La majorité de toutes ces personnes sont des femmes.

Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, les personnes pauvres ont davantage de

problèmes de santé et de problèmes sociaux que les personnes ne vivant pas la pauvreté. Je me permets une citation d'un document du ministère de la Santé qui s'intitule *Santé au Québec: quelques indicateurs*, qui nous dit, par exemple, que les personnes les plus pauvres ont deux fois plus de journées d'incapacité que les mieux nantis: un ratio de 29 jours d'incapacité, souvent d'hospitalisation, par rapport aux gens qui ne vivent pas la pauvreté pour les mêmes pathologies, de 12 jours en moyenne. Donc, on voit que les gens pauvres sont de grands consommateurs à leurs dépens des systèmes lourds publics de santé.

Nous considérons que le projet du gouvernement et du MESS aura pour effet de maintenir et dans certains cas d'augmenter l'ignorance du réseau public et de certains professionnels de la santé envers les problèmes de santé et les problèmes sociaux vécus par une partie de la population. *Garantir l'accès* ne propose aucune mesure d'envergure — il en propose mais selon nous pas d'envergure — pour soutenir les gens des milieux défavorisés aux prises avec des problèmes de santé et de bien-être ou à risque de l'être.

Garantir l'accès propose donc selon nous d'attendre d'être dans l'obligation soit de guérir les problèmes de santé, soit d'exercer un contrôle sur les difficultés d'ordre social, soit de tenter de réadapter les citoyens et citoyennes pris jusqu'au cou dans d'importantes problématiques. Ainsi, le gouvernement se positionne dans l'attente que les gens développent des problèmes et se condamne selon nous à subir un accroissement incontrôlé des coûts de la santé et des services sociaux.

Alors, maintenant: *Produire la santé*. Alors, nous demandons au ministère de la Santé et des Services sociaux d'ajouter à sa réforme en cours un vaste plan visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, particulièrement évidemment celle vivant en milieu défavorisé.

Nous proposons que ce plan s'appuie sur les éléments suivants: les communautés comme territoires d'intervention; le recours à l'ensemble des organismes communautaires en santé et services sociaux comme levier pour produire la santé et le bien-être; une convention pour actualiser un tel plan liant le ministère et le mouvement communautaire dans le respect de la politique de reconnaissance de l'action communautaire; la mobilisation des citoyens et de leurs ressources locales; et la mise en application de stratégies et de concepts qui ont déjà fait leurs preuves ou qui font l'objet de recherche et qui priorisent la prise en main — elles se rejoignent toutes là-dessus; la prise en main — par les citoyens de leurs besoins et la solidarité entre eux. On donne des exemples.

Il y a, au Québec, des démarches de revitalisation de quartiers — il y en a à Trois-Rivières, il y en a dans certains quartiers à Montréal — avec des populations démunies mais avec aussi les ressources locales sur le terrain, qu'elles soient communautaires, qu'elles soient publiques, que ce soit le monde municipal, le réseautage des ressources communautaires, un plus grand réseautage selon nous ou/et, par exemple, le concept du document du ministère de la Santé *Produire la santé* et qui propose finalement d'articuler des réponses et du soutien des communautés. On appelle ça les communautés solidaires et en santé, et c'est produit par la Direction de la santé publique.

Le secret le mieux gardé de la société québécoise maintenant: les 3 100 organismes communautaires en santé et services sociaux présents partout sur le territoire québécois, leurs 20 000 travailleuses et travailleurs, leurs 100 000 personnes engagées bénévolement et les 1 million de Québécois qui les fréquentent et, pour un certain nombre, y militent, constituent un formidable réseau de solidarité et de prévention et de réponse à des besoins. Ce réseau devrait selon nous être mis davantage à contribution.

Les actuels travaux du ministère consistant à une mise en place laborieuse des réseaux locaux de services par les CSSS ne constituent pas la voie recherchée pour une plus grande implication du mouvement communautaire dans l'amélioration de la santé et du bien-être. En ce sens, le ministère doit sérieusement convenir que le mouvement communautaire, notamment la coalition des TROC... d'un plan pour mieux supporter et solidariser les populations.

En terminant, pour ma part, je vous souligne que nous avons tenu, avec des groupes communautaires et des représentants de différents organismes gouvernementaux, ministères, bailleurs de fonds, grandes fondations, nous avons tenu un colloque, 2, 3 mars 2006, et ce que nous vous soumettons — nous avons d'ailleurs transmis la synthèse du colloque au ministère; ce que nous soumettons — c'est qu'il y a plusieurs contenus et propositions issus de ce colloque-là qui pourraient servir de matière première à un plan pour davantage produire la santé et réduire la prévalence de problèmes de santé et de problèmes sociaux. Maintenant, Marie-Andrée.

• (17 h 10) •

Mme Désilets (Marie-Andrée): Oui. Alors, nous faisons les recommandations suivantes. Alors, nous demandons au gouvernement de prolonger la durée de la consultation sur ces propositions contenues dans le document *Garantir l'accès*.

Nous demandons au gouvernement de tenir des activités d'information et d'éducation destinées à la population au sujet des enjeux de pérennité, le financement et le caractère public de notre système de santé et de services sociaux. Il faut sortir du débat réservé seulement aux experts et aux élus.

Nous demandons au gouvernement de continuer ses efforts pour réduire les délais de certaines chirurgies et nous demandons le maintien de l'interdiction d'assurances privées pour des services assurés par le régime public.

Nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux l'élaboration d'un nouveau plan de concert avec le mouvement communautaire pour améliorer la santé et le bien-être de la population vivant en milieu défavorisé.

M. Blanchette (Yves): Alors, en conclusion, ce mémoire a été écrit dans l'urgence à cause des délais trop courts de la consultation gouvernementale. Il ne faut pas modifier dans l'urgence le plus important programme social, avec l'éducation, dont s'est dotée la société québécoise.

Une des solutions au problème du réseau de soins et celle qui n'a jamais vraiment été actualisée à son plein potentiel au Québec consiste à travailler de concert avec les populations dans leurs communautés à

partir de leurs besoins et de leurs forces. Le système public court à sa perte en se campant pour l'essentiel dans l'attente de guérir. Une réforme basée sur la prévention et la solidarité peut améliorer la santé, diminuer le recours aux soins et contribuer à maintenir un système public équitable et adéquat. Est-ce qu'un jour un gouvernement, un ministre aura cette vision et ce courage de produire la santé et le bien-être? Voilà.

Le Président (M. Copeman): Merci. Excusez-moi. Un moment d'inattention. Merci beaucoup, messieurs, madame. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président, Merci, M. Blanchette, M. Beaudry, Mme Désilets. Bon. Écoutez, je vais vous dire, pour ce qui est de prolonger la consultation, je vais être obligé de vous décevoir, là. Ça fait quoi? 125... Ça va faire 125 groupes au total.

Le Président (M. Copeman): C'était ça que je... Le moment d'inattention. J'étais en discussion avec la secrétaire de la commission parce que nous avons reçu à peu près 130 mémoires. Et nous allons entendre à peu près 115, 120 groupes, là.

M. Couillard: Il n'y a pas beaucoup d'exemples semblables dans les procédures parlementaires. Il y a eu des débats. Vous avez parlé de l'Institut du Nouveau Monde. Il y a eu des débats dans la société civile, il y a eu des débats dans les médias, et je pense qu'on a bien rempli ce rôle-là, d'autant plus qu'on a un petit problème d'échéancier, là.

Quelle que soit l'interprétation que les juristes, qui par ailleurs ne sont pas unanimes sur la question que vous avez mentionnée, là... C'est comme les économistes, les juristes, puis parfois même les médecins, ils ne sont pas toujours d'accord sur les diagnostics, hein? Le 9 juin — ça, là-dessus tout le monde est d'accord — le 9 juin, les deux articles deviennent inopérants.

Alors, si le gouvernement n'indique pas clairement son intention et la façon dont il répond à cette question, s'il y a un vide, là, il y a un grand danger pour le système de santé. Là, c'est vrai que l'assurance peut rentrer directement là, même des hôpitaux privés. En théorie, le jour où les articles deviennent inopérants, on pourrait ouvrir un hôpital privé à Montréal. On ne veut pas ça. Donc, il faut qu'on manifeste clairement l'intention, la façon dont on répond au jugement tout en protégeant — puis c'est la volonté qu'on poursuit — le système public de santé.

Je pose cette question-là souvent parce que pour moi elle est assez fondamentale — même si certains trouvent que c'est un détail, moi, je ne trouve pas: Clairement, vous vous opposez à l'introduction, même limitée, de l'assurance privée qu'on préconise, puis ça, c'est correct. Chacun a droit à ses opinions. Mais pourquoi ne pas demander à ce moment-là l'interdiction des cliniques de médecins non participants? Parce que, là, d'après moi ce n'est pas cohérent, là. Parce que, si vous ne voulez pas d'assurance privée, c'est parce que vous ne voulez pas que les gens qui ont les moyens d'avoir l'assurance soient traités avant les autres? Mais

comment est-ce qu'on peut accepter à ce moment-là que, depuis plusieurs années, le monde qui ont les moyens d'être opérés à Montréal dans des cliniques non participantes puissent le faire puis pas les autres? C'est comme une double lecture sur laquelle je m'interroge beaucoup.

M. Beaudry (Renaud): Alors, je comprends que c'est la question. Évidemment, on n'a pas regardé cet aspect-là, puis je voudrais resituer. On a écrit évidemment le mémoire au mois de mars. Nous sommes bien conscients que nous sommes aujourd'hui le 31 mai, deux mois plus tard.

Mais, je vous dirais, écoutez là, pourquoi ne pas avoir songé à vous dire qu'il fallait aller plus loin? Je vous dirais, pour connaître un peu le réseau pour avoir siégé sur des conseils d'administration, notamment de régies régionales, bien, nous savons tous — et vous mieux que moi — même que l'État québécois a participé à la création d'un certain nombre de ces cliniques privées, notamment par ses grandes compagnies d'assurance, la Société de l'assurance automobile du Québec, la CSST. Donc, ça remplit un rôle.

Notre crainte par rapport à ce que le gouvernement propose, c'est que... Nous, ce qu'on dit, l'incompréhension, c'est... Vous avez déposé un projet, et il nous semble pour cette partie-là tout à fait adéquat. Nous pouvons... Il faudra que les ressources soient au rendez-vous, il faudra que le personnel soit au rendez-vous, il faudra que ça s'articule bien, mais nous pouvons donner une garantie d'accès plus rapide que maintenant, compte tenu du jugement Chaoulli qui portait sur le cas... Je m'excuse, j'ai oublié le nom finalement du monsieur. Ce n'était pas le...

Une voix: ...

M. Beaudry (Renaud): Merci. Alors, nous, ce qu'on dit, c'est: Vous allez de l'avant avec des mesures à l'intérieur du réseau public où, comme on dit, la livraison sera rendue par le réseau ou par un tiers, et ça existe, ça, déjà, mais à l'intérieur du réseau public, selon les normes du réseau public, avec toujours ce dont on tient à coeur: l'universalité, la gratuité, l'accessibilité. Alors, on dit: Pourquoi cette étape suivante là? On ne la comprend pas puis on la considère inutile.

M. Couillard: ...je vais tenter de vous l'expliquer, là, à part la question des cliniques affiliées, qui sont la prestation pour nous publique, là, et non pas privée, du financement public plutôt, sans aucune barrière d'accès pour la population. Évidemment, là, on est dans les interprétations juridiques de la signification profonde du jugement. Puis on ne tranchera pas ici. Je ne pense pas qu'on a aucun... peut-être... Non, vous êtes, ah, sociologue, non, ça ne marchera pas.

Une voix: Notaire, notaire.

M. Couillard: Notaire, peut-être, on aura de la misère à...

Une voix: ...nous autres.

M. Couillard: On a de la misère à trancher ça. Mais ce que, moi, je retiens après cette longue consultation,

c'est qu'il y a des gens qui sont venus dans les chaises que vous occupez actuellement puis qui ont dit au gouvernement: Là, c'est scandaleux, le gouvernement, vous ne remplissez absolument pas le jugement de la Cour suprême, vous auriez dû ouvrir l'assurance privée, là, pour tout le système de santé, c'est inacceptable, vous brimez la liberté des gens. Bon, bon, les gens, encore une fois, des deux extrémités ont droit à leur opinion.

Mais ce qui est certain, c'est qu'une fois qu'on aura introduit cette petite permission d'assurance privée pour uniquement les soins par les médecins non participants, puis c'est vraiment petit, puis on a ajusté pendant la commission en disant que, si on le modifiait dans l'avenir, nous ou un autre gouvernement, ce serait par voie législative, donc très barrée, là, une fois qu'on a fait ça, moi, ce que je dis, c'est que la Cour suprême n'a jamais dit qu'on était obligés d'ouvrir tout le système de santé à l'assurance privée. Donc, on n'a pas besoin de faire ça. Personne ne peut dire qu'on n'a pas levé la prohibition d'assurance privée, hein, parce que la Cour suprême n'a pas dit le degré où il fallait que ce soit levé.

Alors, est-ce que ça nous prémunit contre des recours légaux? Non. De toute façon, dans la société, il y a toujours des recours légaux. La Loi du tabac, aujourd'hui, c'est probable qu'elle va être contestée devant les tribunaux, même si la vaste majorité de la population la soutient. Alors, ça risque d'être la même chose. Mais à mon avis, et c'est paradoxal peut-être pour un groupe comme vous, c'est que c'est la meilleure protection pour le système de santé d'avoir fait ça. Parce que tant que le vide existe, d'abord le débat est éternel: on aurait dû faire l'assurance, ça aurait été tellement extraordinaire l'assurance, on aurait tout réglé avec l'assurance. Il y a même un parti politique qui dit ça, ici, à l'Assemblée nationale, qui n'est pas présent ici, aujourd'hui devant nous. Mais, une fois qu'on a fait cette petite ouverture puis qu'on dit que la prochaine fois qu'on veut changer ça, c'est par voie législative, à mon avis il n'y a pas un gouvernement qui va retoucher à ça pour des années et des années avant d'être capable de faire le bilan de ce que ça aura eu comme effet, cette petite ouverture là. On ferme le débat pour de nombreuses années, parce que personne ne pourra nous dire: Bien, vous auriez dû dans le fond au moins donner suite au jugement puis ouvrir l'assurance privée.

Moi, d'après moi, là, il n'y en aura pas, d'impact. L'assurance privée, je l'ai dit à je ne sais pas combien de reprises pendant la commission, ça ne change rien au problème de financement du système de santé puis ça ne change rien aux listes d'attente. C'est une question de droits. Les gens disent: Bien, vous n'avez pas le droit, au gouvernement, vous n'auriez pas dû conserver cette prohibition d'assurance parce qu'il y a d'autres provinces, même des provinces canadiennes qui n'ont aucune prohibition d'assurance, mais qui ont d'autres méthodes pour empêcher l'émergence d'un réseau privé, etc.

Alors, on a volontairement restreint la réponse de façon majeure. D'ailleurs, je me suis fait autant de fois, sinon plus, reprocher de ne pas avoir fait assez que de faire trop. Ça, en général, c'est bon signe, ça, c'est à-dire qu'on est quelque part dans l'équilibre.

Alors, je pensais important de clarifier ça parce que pour nous, pour moi, l'assurance privée, ce n'est pas

la réponse du gouvernement au problème d'accès. Le problème fondamental qui est soulevé dans le jugement Chaoulli, c'est l'accès aux services, l'attente. Mais on le dit à plusieurs reprises, et verbalement et dans le document, ce n'est pas d'ouvrir l'assurance privée aux trois chirurgies déjà faites par les médecins non participants où le monde peut payer cash, là, ce qui est en soi un problème fondamental pour quelqu'un qui ne veut aucune deux-vitesses dans le système de santé, parce que ça existe, ce n'est pas ça qui va changer quoi que ce soit à l'accès, même pour les trois chirurgies en question.

Puis vous savez ça encore mieux que moi parce que vous êtes avec le monde sur le terrain. Le monde, au Québec, si par hasard les compagnies d'assurance offrent un produit — ce qui est loin d'être sûr, elles vont venir en fin de commission, puis je vais leur demander, puis honnêtement je ne me suis pas demandé s'il y avait un marché — mais, quand le monde vont voir le prix des primes pour ça, là, 80 % des Québécois gagnent moins de 50 000 \$ par année, vous savez ça au moins aussi bien que moi, il n'y en aura pas, là, écoutez, le nombre de personnes... Ça fait que probablement que les personnes qui vont peut-être vouloir avoir une assurance collective dans des très hauts salariés, c'est les mêmes personnes qui, de toute façon, sont déjà capables d'aller chercher le 12 000 \$ en clinique.

● (17 h 20) ●

Alors, tu sais, je pense qu'il ne faut pas dramatiser ça outre mesure, là, et je ne vois pas là l'ouverture d'un système de santé à deux vitesses. Le système de santé à deux vitesses, il existe déjà. Est-ce qu'on aurait dû l'autoriser quand il a commencé? Ça, c'est une autre question. Puis ce n'est pas nous autres, c'est un mélange des deux gouvernements. Ça s'est fait pendant des années, ça a émergé progressivement puis ça a été toléré, autant les cliniques de résonnance magnétique, autant les cliniques de chirurgie orthopédique à Montréal.

Donc, moi, je dis qu'on n'ajoute pas un facteur de discrimination ou de double vitesse dans le système de santé, qu'on respecte autant qu'on juge nécessaire de le faire — et je pense qu'il n'est pas nécessaire de faire plus — le jugement de la Cour suprême et qu'on axe la réponse sur le problème fondamental que le jugement soulève, qui est l'accessibilité aux services, uniquement sur le réseau public, que ce soit dans les établissements publics ou parfois dans les rares cliniques affiliées.

Alors, présenté comme ça, moi, je ne trouve pas ça si pire encore après près de 115 mémoires, tu sais. Mais je pensais important d'avoir cette explication avec vous parce qu'on voit... Ceux qui nous disent qu'on fait trop, ils voient un sombre dessein, là: Le gouvernement est en train de privatiser le système de santé, ça va être effrayant, ça va être une double vitesse. Ceux qui disent qu'on ne fait pas assez, ils voient le sombre dessein opposé: Le gouvernement veut empêcher le privé, c'est-u pas effrayant! Il y en a même un, groupe, qui m'a reproché qu'actuellement on investissait trop dans le réseau public, parce que ça empêcherait le réseau privé de prendre son essor, tu sais. C'est pas pire, ça, hein?

M. Beaudry (Renaud): Ce n'est sûrement pas une centrale syndicale.

M. Couillard: Ce n'est pas une centrale syndicale.

M. Beaudry (Renaud): Sûrement pas.

M. Couillard: Ce n'est pas une centrale. Mais il n'y a pas juste les centrales syndicales qui ont le droit de parole dans la société, hein?

M. Beaudry (Renaud): Non, non, tout à fait. Tout le monde a...

M. Couillard: Alors, bon, ceci étant dit, je pense que je vais y aller... On parle, là, mais on n'est pas obligés d'être d'accord à la fin de la journée, là. On donne nos opinions, puis on les exprime, puis c'est comme ça que la société fonctionne.

Je voulais vous parler un peu du financement parce que... Je ne me souviens plus, dans votre présentation verbale, si vous y avez... si vous portez votre attention sur le problème du financement à long terme. Qu'est-ce que vous préconisez, comme solution?

M. Beaudry (Renaud): Il y a un biais évidemment, dans notre mémoire, notre cours mémoire, sur le financement. Évidemment, le gouvernement met de l'avant des possibilités pour aller chercher de nouvelles sources de financement. C'est évidemment une des voies qu'il faut regarder.

Nous, ce qu'on vous propose dans le mémoire, puis ce qui était prévu depuis d'ailleurs... Finalement, on est dans une séquence de réforme qui a vraiment commencé en 1991, avec le dépôt d'un avant-projet de loi par Mme Thérèse Lavoie-Roux... en partie de régionaliser le système de santé, de le rapprocher du citoyen. Il était associé avec ça une politique santé et bien-être. Un certain nombre d'entre vous, vous la connaissez. Et une partie de la politique santé et bien-être mettait l'emphase sur: Il faut évidemment améliorer les services publics, les services de santé physique, mais il faut en même temps faire un effort important, au Québec, parce qu'on l'a peu fait par rapport à d'autres sociétés — j'entendais les gens de la TROC-Montérégie en parler — notamment dans les pays scandinaves. Il faut mettre aussi l'emphase sur des activités de prévention et de promotion, qui est beaucoup le dada du milieu communautaire, mais le dada aussi et des gens en santé publique et du ministère de la Santé.

Alors, nous, ce qu'on vous dit, en regardant aussi des recherches qui se font, en citant aussi des gens de la santé publique de notre région et d'ailleurs, en regardant des recherches internationales aussi, c'est: On peut diminuer la prévalence de problèmes de santé et de problèmes sociaux chez les personnes qui sont les plus grands consommateurs de ces services-là, et ce sont les personnes pauvres, et ils sont nombreux au Québec.

Alors, on peut aussi voir comment on peut mieux accroître le financement du réseau, mais on peut aussi regarder comment on peut en diminuer les coûts avec un ajout important, en récupérant les citoyennes et les citoyens qui vont s'impliquer, qui vont sortir de leur pauvreté et qui vont moins consommer.

Écoutez, même vos propres statistiques le démontrent: peu, dans le domaine social... Parce que même le ministère dit: J'ai tout un travail à faire là-dessus. Mais je vous donnerais les statistiques qui étaient bonnes il y a quelques années: 50 % des signalements retenus à la

DPJ provenaient de familles pauvres, alors que le gouvernement disait: Ces familles pauvres là composent 15 % de la population. Il y a surreprésentation. Et, dans des pathologies, des problèmes de santé physique, des cancers, hein, des problèmes de hanche, les personnes pauvres sont surreprésentées. Et là on imagine un peu les conditions dans lesquelles elles vivent.

Ce qu'on dit, c'est que les groupes communautaires peuvent faire une meilleure job, hein, au niveau des communautés. Mais, avec l'idée aussi de politique santé et bien-être, c'est: Supportons les communautés avec leurs ressources, laissons-les travailler parce qu'elles sont les mieux équipées pour connaître les besoins, comment on peut raccrocher les gens et les sortir de leurs problèmes, qui va passer, à un moment donné, par de la création d'emplois, qui va passer par l'économie sociale, mais qui va aussi passer par: les réseaux communautaires vont mieux travailler ensemble. Je vous donne... Et ça, c'est important de vous livrer ce message-là.

Là, on a, entre autres, si on... On a une expérience terrain, mais aussi on s'est basés sur une étude qui s'intitule *L'institutionnalisation des nouveaux rapports entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes communautaires*. Puis on dit: «Une forme institutionnelle structurante du développement social.» Ça couvre les 30 ans de relations, de 1971 à 2001 et 30 ans de relations entre le milieu communautaire et le ministère de la Santé. Recul, reconnaissance, préjugés, intérêts par rapport aux différentes problématiques.

Ce qu'on remarque là-dedans dans les trois décennies, c'est que le ministère de la Santé, à travers les trois décennies, a surtout supporté trois types de groupes communautaires sur l'ensemble des groupes, ce qui représente à peu près 30 % des groupes. Deux qui correspondent très intimement aux fonctions puis au mandat public du ministère de la Santé, les groupes communautaires en santé mentale qui sont encore de nos jours — et c'est tout à fait correct, mon collègue est ici, il apprécie — et tous les groupes communautaires qui tournent autour et qui supportent les gens au niveau du maintien à domicile, notamment les centres d'action bénévole et les autres.

Le seul groupe... donc c'est des groupes finalement qui correspondaient au mandat public, et le ministère, les établissements ont dit: Bon, il y a moyen de et il y a un temps. Les autres groupes, c'est les groupes de femmes et on peut dire que, dans ce cas-ci, c'est les groupes de femmes, le milieu communautaire, les citoyens qui ont réussi à convaincre le ministère de la Santé, le gouvernement et les établissements de l'importance de certaines problématiques, notamment la violence conjugale. Tous les autres types de groupes, historiquement parlant... Et dans la documentation, on a les documents, les statistiques, le financement et des entrevues avec vos prédécesseurs ou les sous-ministres en titre de l'époque et ce qu'on s'aperçoit, c'est, à un moment donné, wouh, les maisons de jeunes intéressent un sous-ministre en titre ou un ministre. Ça dure deux, trois ans. Wouh! Tantôt c'est le groupe en alcootxicomanie. Et c'est comme ça depuis trois décennies.

Nous, ce qu'on dit, c'est, et quand on regarde les chiffres aussi, mis à part l'intermédiaire de la régionalisation,

où à peu près toutes les agences, anciennement les régions régionales, ont supporté plus largement les groupes communautaires — puis, moi, je pense que c'est l'effet de la proximité; ils étaient mieux à même de se rendre compte de l'importance et de toute l'intervention de toutes les problématiques — on dit: En plus du système actuel, qui est le programme SOC, en plus de la réforme actuelle qui invite les groupes communautaires, mais de façon restreinte, théoriquement large mais restreinte, à s'impliquer dans les réseaux locaux de services, nous, on dit: Il y a une troisième voie, n'excluons pas les deux premières, mais il y a une troisième voie où on supporterait les communautés qui se prennent en main par rapport à leurs besoins puis les leviers qu'ils veulent mettre en place et les organisations qu'ils veulent mettre en place et les activités pour sortir les gens de la pauvreté, qu'elle soit économique, qu'elle soit culturelle, qu'elle soit sociale. Il va y avoir un gain économique...

M. Couillard: Je suis d'accord avec vous. Cependant...

M. Beaudry (Renaud): Mais on n'en est pas là, dans...

M. Couillard: Mais, M. Beaudry, j'aurais peut-être juste une remarque à vous faire, c'est que c'est vrai, vous avez raison, depuis des années puis c'est encore le cas maintenant, les groupes communautaires les mieux financés sont les groupes dans les missions identifiées comme prioritaires par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Mais là je m'excuse de ma question simple, là: C'est quoi qu'il y a de pas correct là-dedans? Les élus sont là pour allouer les fonds publics selon les priorités qu'ils ont ou qu'elles ont. C'est ça, le travail de l' élu puis des responsables gouvernementaux: c'est de faire des choix de priorité, puis que le financement public suive les choix de priorité. Puis j'avais souvent cette discussion, autour de tables, avec des gens de votre mouvement, que j'ai compris, hein? C'est quelque chose qui ne m'était pas familier au début parce que je n'étais pas dans une sphère qui avait des contacts très souvent avec le milieu communautaire, mais j'ai compris la philosophie d'autonomie du mouvement, puis sa nécessité d'autonomie également, et Dieu sait si ça m'a été rappelé souvent dans le débat sur les centres de santé et de services sociaux.

D'ailleurs, j'ai pris des précautions considérables pour que de façon explicite, et répétitive presque, et presque obsessionnelles qu'on rappelle, au niveau de nos agences et de nos centres de santé, la nécessité de l'autonomie des groupes.

Mais, moi, je disais: Si les groupes communautaires sont autonomes, quelque part l'autorité publique aussi est autonome, là, dans le choix de ses priorités puis de ses investissements. Il y a une double... Il ne peut pas y avoir un double principe, là, non?

M. Beaudry (Renaud): Nous, ce qu'on vous dit, c'est: Il y a, selon nous et selon les groupes communautaires, une importante opportunité de part et d'autre, mais surtout pour la population québécoise.

Pour l'imager, prenons les groupes communautaires priorités, je dirais, traditionnellement et à travers

les décennies de relations: une maison d'hébergement pour femmes victimes de violence. Alors, il faut savoir — et c'est leurs statistiques — que la majorité des femmes et des enfants qui fréquentent les maisons d'hébergement, hein, sont des personnes pauvres. La majorité des femmes violentées ne sont pas nécessairement des personnes pauvres, mais la majorité des femmes violentées qui fréquentent les maisons d'hébergement au Québec sont pauvres.

Alors, il faut savoir, entre autres, que, si on veut rien que supporter ça vraiment, moi, je dirais, il faudrait aussi supporter les banques alimentaires. Pourquoi? Les banques alimentaires, pour la plupart, au Québec, fournissent en aliments. Donc, le budget dont dispose... qui a été bonifié, et c'est tant mieux, bien, ça coûterait beaucoup plus cher si on le mettait dans un autre réseau, et tout ça, mais il faut savoir qu'il y a des groupes communautaires qui y participent. Alors, on soutient les maisons d'hébergement, mais on ne soutient pas ça.

● (17 h 30) ●

Il faut savoir aussi que ces femmes-là et leurs enfants, comme ils sont de milieux pauvres, ont une forte tendance à fréquenter des groupes de défense de droits sociaux, à fréquenter des maisons de jeunes. Moi, je suis un ancien animateur de maison de jeunes. La majorité des jeunes qui fréquentent des maisons de jeunes, même s'ils ne sont pas tous pauvres, mais la majorité le sont. Pourquoi? Il y a gratuité d'activités, il y a possibilité de socialisation, il y a possibilité de se former un réseau social. Donc, l'adolescent peut être l'adolescent d'une mère qui a été violentée. Et, vous regardez ça, les tabléés populaires qui servent des repas essentiellement aux gens pauvres effectivement, et, à la fin du mois, bien je retrouve des femmes qui ont fréquenté...

Là, je pourrais prendre toutes les problématiques. Nous, il y a... En 1998, on avait interrogé nos groupes communautaires membres sur un certain nombre de questions. Ce qui nous avait frappés, c'est... Il y avait deux choses très majeures maintenant, dans les groupes communautaires, comme évaluation, c'est: la pauvreté était une ligne conductrice transversale dans tous les groupes communautaires, même si tantôt, la problématique, c'est la violence conjugale, c'est les agressions à caractère sexuel, mais c'est des personnes pauvres qui fréquentent les groupes communautaires. L'autre chose, c'est l'augmentation des problèmes de santé mentale, alors les dépressions, les mésestimes de soi, oui, les crises suicidaires, oui, les gens qui ont des diagnostics sévères et persistants, mais les gens qui ont des grandes difficultés et qui finissent par abandonner, qui finissent par lâcher. Alors, ça, tu retrouvais ça dans tous les groupes communautaires, que ce soient des maisons de jeunes, hein, que ce soient des CALACS, que ce soient des maisons de la famille, etc.

Alors, nous, on dit: On peut s'attaquer puis améliorer ça, et améliorer surtout le sort des gens, hein, en réseautant davantage. Dans la vraie vie, puis vous ne l'entendrez, celle-là, pas souvent, la structure que choisit le gouvernement, puis effectivement il a le droit de choisir, c'est une structure qui ressemble... de soutien des groupes communautaires, qui ressemble un peu à la structure choisie, mais pas avec ces biais-là au départ, on l'a vu par la suite, une structure qui a fait que... Pourquoi

vous avez fait une réforme avec un certain nombre de fusions? Pourquoi d'autres réformes ont fait la même chose? Moi qui a été quand même dans le réseau public, c'est: il y a, et c'est peu su de la population, une forte compétition entre les établissements, et vous le savez, vous y avez sûrement même été confrontés, une forte compétition. Ça fait qu'une des idées des fusions, c'est de dire: On va les asseoir ensemble, on va mettre une organisation, ils vont arrêter de se compétitionner... et les trous pour les citoyens et citoyennes, et le travail en silo. Bien, le système de financement des groupes communautaires à la longue, et ce n'est sûrement pas l'intention des gens, le programme SOC, on y tient tous, mais à la longue, puis vous n'avez qu'à regarder les gens qui fréquentent votre cabinet pour faire des demandes pour les groupes communautaires, ils en sont tous à dire: Ma problématique est la plus grave de la planète terre, tous les jours.

C'est insensé, mais c'est un système dans lequel... Même les gens sont tellement habitués, quand on en parle entre nous: Non, non, ce n'est pas ça. Mais, oui, c'est la santé mentale. Et des fois, comme coordonnateur de groupes communautaires de différents secteurs, je me fais poser la question: Comment voulez-vous que nous puissions, et qui que ce soit, dire: La femme violentée, c'est plus grave que l'homme qui s'est suicidé? Comment voulez-vous me faire dire que nourrir les enfants est plus ou moins important que de faire la prévention avec des adolescents pour ne pas qu'ils tombent dans la criminalité? Personne. Alors, vous voyez, le système de soutien aux groupes communautaires a des biais négatifs. Il faudrait les corriger. Merci de votre compréhension, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): C'est moi qui vous remercie pour votre collaboration. Alors, Mme la députée de Champlain, qui est, je crois, dans la région de la Mauricie.

Mme Champagne: Tout à fait, depuis au moins, au moins des lunes. Messieurs, madame, bienvenue. Bienvenue chez vous, comme disait tout à l'heure mon collègue. L'Assemblée nationale, c'est votre maison, et c'est la maison où vous êtes les bienvenus. Et effectivement, comme le disait le ministre, nous allons avoir reçu ou du moins lu de nombreux mémoires, tous aussi diversifiés les uns que les autres, avec des approches selon les missions que vous occupez.

Or, on connaît tous, comme députés, à moins d'être tout à fait ignorants — et je regarde autour de la table, ce n'est pas le cas, là — on connaît tous nos organismes communautaires plus que moins, parce que vous nous fréquentez beaucoup, parce que les besoins sont énormes. Venir intervenir sur un dossier comme de garantir l'accès aux soins de santé suite au rapport Chaoulli, puis tout ça, il est évident que s'intégrer à l'intérieur de ça, je comprends que ce n'était pas simple, et vous ne pouviez pas faire autrement que de déborder. On le voit depuis le début, là, de la commission, les gens arrivent en présentant leur situation à eux à l'intérieur de tout ce système-là, et je suis convaincue personnellement plus que d'autres que les groupes communautaires ont un rôle de plus en plus important à jouer, et c'est là-dessus que je vais vouloir vous

entendre, parce qu'on ne se parle peut-être pas aussi souvent qu'on le voudrait, et l'occasion est rêvée, aujourd'hui, en peu de temps, puis on aura l'occasion de se reprendre.

Le fait de voir... Le système de santé a subi de nombreuses modifications pendant qu'on était au gouvernement, avec l'arrivée du gouvernement également. On a regroupé des gens entre eux. On a parfois fait du forcing de part et d'autre, parfois on a eu raison de le faire, peut-être parfois moins raison de le faire. Mais, aujourd'hui, avec les centres de santé et services sociaux qui ont comme mission de donner, sur un territoire donné, un territoire significatif, donner des services à toute la population, que ce soient enfance, aînés, familles et mettez-en, est-ce que pour vous autres la mise en place de cette nouvelle structure là — puis là je vais sortir carrément, là, de l'accès à la santé; votre opinion, vous l'avez bien campé — est-ce que pour vous autres, les groupes communautaires, vous sentez que votre rôle est encore plus important? Parce que, moi, dans ma tête à moi, c'est ça, l'objectif, là, c'est de faire que tous ensemble, on ait des interliens et que l'efficacité sur le terrain — comme disait madame tantôt de la FADOQ — l'efficacité soit meilleure. Si on n'a pas plus de résultats et que nos gens ne sont pas mieux desservis, bien, on vatu se dire: On a manqué notre coup?

Alors, l'objectif, même si on n'est pas le gouvernement, à l'intérieur de ça, on a une opinion à donner, on la partage, pas seulement en commission parlementaire mais dans tous nos dossiers de tous les jours. Et est-ce que vraiment on est en train d'atteindre l'objectif d'une meilleure, une meilleure desserte de services que ce soit en santé mentale ou dans tous autres services sur la Rive-Sud, Centre-du-Québec ou Mauricie?

Alors, je vous pose la question puis j'aimerais que vous me fassiez un topo de ce qui se passe. et la Mauricie peut être une image, c'est-à-dire un symbole ou un modèle de peut-être... modèle semblable de ce qui se passe ailleurs au Québec, là. On n'est pas, là, sur une planète autre que la terre, n'est-ce pas? Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Beaudry (Renaud): On va faire une tentative pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, puisque c'est une seule région sociosanitaire puis c'est aussi... et le territoire qu'on couvre avec notre membership. Écoutez, situons un peu les choses. C'est la loi n° 25, adoptée en décembre 2003, qui implantait ce que, nous, on appelle une réforme puis on donne le nom évidemment du ministre à la réforme comme c'est de tradition, donc qui amenait entre autres la création des centres de santé et de services sociaux.

Donc, ça fait quoi? On est à deux ans et quelques? Nous, ce qu'on remarque pour commencer... On ne peut pas répondre de façon très affirmative d'un côté ou de l'autre à votre question. Même le ministère a changé ses délais, ses échéanciers et sur la mise en opération des centres de santé et de services sociaux. Ce qu'on remarque, ce qu'on a constaté, c'est que la mise en place des CSSS prend beaucoup plus de temps que prévu. Il y a encore des CSSS, au moment où on se parle, qui n'ont pas terminé leur réorganisation. Ça a été des événements très importants à l'intérieur de ces

organisations. Alors, il y a eu beaucoup d'interne. Les établissements se sont repliés un peu sur eux-mêmes à tout le moins au niveau administratif gestionnaire.

Alors, ils n'étaient pas à même d'être, si vous me permettez l'expression, nous, ce qu'on comprend... Puis je vais citer une directrice générale d'un CSSS de la région de Chaudière-Appalaches qui a participé à une activité puis disait: Ce qu'on nous demande, au gouvernement du Québec, c'est un changement de culture fondamental puis ce n'est pas évident du tout. Vous savez, on nous demande de devenir... et d'avoir été formés comme gestionnaires, de devenir des animateurs de la communauté. Alors, on n'a pas été formés pour ça. À ma connaissance, l'ENAP n'a pas beaucoup de cours sur l'animation. On est loin de la génagogie ou de la communication sociale, alors il y a un énorme défi.

Ce qui fait que les travaux chez nous... Il y a huit centres de santé et de services sociaux en Mauricie, Centre-du-Québec. Mais écoutez, il y en a, dans la vraie vie — puis Yves pourra prendre la parole pour la partie santé mentale importante — il y en a deux véritablement puis les deux sont situés en Mauricie, alors peut-être c'est le biais que vous avez. Ils sont rendus relativement loin dans leurs travaux avec les ressources identifiées pour la réforme réseaux locaux. Les six autres commencent, démarrent ou vont démarrer deux ans plus tard.

Il y a la théorie, moi, je dirais pour l'avoir étudiée, la théorie de la réforme en cours puis il y a l'actualisation terrain. L'idée théorique de base, d'abord, c'est de s'occuper de regarder l'ensemble des besoins, de les scanner, de dresser un portrait, de regarder les trous puis dire comment on répond et qui va répondre, qui va donner les services, améliorer la situation entre les partenaires puis l'établissement? Alors, ça, c'est la théorie.

La pratique: lettre du ministère, lettre des agents aux établissements. C'est: Bon, c'est bien beau, les projets cliniques — je le dis dans mes mots, ce n'est pas écrit comme ça — mais il y a quelques priorités, vous devez accélérer là-dessus, c'est les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, c'est la santé mentale et c'est les effectifs médicaux. Alors, la théorie ou... peut-être qu'un jour on va y arriver. Même le ministère, depuis un an, je dirais, dit aux établissements: Écoutez, c'est un «work in progress» — si vous me permettez la mauvaise formule — les projets cliniques, c'est un travail continu, c'est un plan, puis il pourrait y avoir une durée de première existence de trois à six ans. Donc, là, on est dans autre chose, là, par rapport à la théorie de la réforme.

Je vous dirais, il y a très peu de groupes communautaires, dans la vraie vie, qui ont modifié leurs relations ou modifié leurs activités de services suite aux premiers travaux de mise en place des réseaux locaux ou de création des projets cliniques. Voilà. Mais, la santé mentale, comme c'est une priorité, c'est rendu plus loin.

• (17 h 40) •

M. Blanchette (Yves): Oui. De notre côté, nous, c'est certain que les groupes sont intéressés partout à travailler dans ces structures-là. Notre peur, je vous dirais, ce qu'on est en train de se dire, c'est que, si ça n'avance pas plus vite, il y aura possiblement rapidement un désengagement des groupes communautaires, groupes communautaires qui vont là sur leurs propres

bases, avec leurs propres moyens, qui ajoutent des rencontres. Ils veulent bien participer aux projets cliniques, ils veulent bien développer des services en santé mentale et pour le reste de la population, sauf que, s'il ne se passe pas quelque chose rapidement, il va y avoir un désengagement, et c'est dommage parce que ça aurait pu démarrer beaucoup mieux. C'est dans cet angle-là que, nous, présentement on fait une analyse. Il faut vraiment que cette réforme-là s'ancre quelque part, autrement on va se retrouver encore une fois un petit peu partout dans nos silos.

Mme Champagne: Mais là vous anticipez quoi? Parce que c'est important, ce que vous dites là, là. Je suis certaine que le ministre écoute ça attentivement, puisque la région de la Mauricie—Centre-du-Québec... J'en suis certaine. C'est que la Mauricie et le Centre-du-Québec sont effectivement deux régions dans une sociosanitaire importante, et puis on est toujours entre Montréal et Québec, alors toujours un peu, là, en porte-à-faux sur les deux grandes régions. On s'est doté d'une centre hospitalier régional d'importance. On a mis la table. Je dois même admettre en toute sincérité, humilité et confiance qu'il y a d'autres étapes qui se font présentement pour donner encore à notre centre des forces plus grandes, que ce soit au niveau de la formation des médecins, que ce soit au niveau de la santé mentale, parce qu'on est les enfants pauvres, hein, pas rien qu'à peu près là-dessus. On ne sait pas aussi où les mettre, les gens qui ont des problèmes en santé mentale. On a des cas de parents, là, complètement désespérés, parce que c'est souvent des multi-problématiques qu'on a, là, ce n'est pas nécessairement seulement une personne qui est suicidaire ou une personne qui est schizophrène, c'est souvent beaucoup multiple que ça.

Et, moi, je faisais confiance et je fais toujours confiance au fait que ces centres de santé là regroupés se doivent d'aller chercher les ressources de nos analyses communautaires pour les aider à avancer. Ne pas réinventer la roue, ne pas vouloir recréer un organisme qui existe déjà, au contraire l'utiliser, s'en servir intelligemment, et c'est ça que j'entends aujourd'hui. Un petit bout de fait, mais tellement petit que c'est peut-être à se questionner. Et c'est quoi que vous souhaiteriez pour que ça aille de l'avant puis c'est quoi qui est nécessaire? Parce que, quand j'entends, venant de M. Blanchette, au niveau de la santé mentale: Il y a danger que nos gens sur le terrain, là, se désengagent carrément, ce n'est quand même pas peu comme propos, ce que j'entends, là. Alors, c'est là-dessus. Puis je pense que notre amie de Bécancour a quelque chose à dire.

Mme Désilets (Marie-Andrée): C'est sûr que c'est difficile de généraliser, parce que, comme Renaud le disait, on est huit centres de santé qui ont une dynamique différente. Mais, moi, je pense qu'effectivement les organismes communautaires ont beaucoup d'expertise dans les différentes tables de concertation, tables de travail, les différentes problématiques, etc. Oui, c'est des acteurs incontournables. Le problème, c'est que, vous le savez, dû au manque de financement, les organismes sont présentement en survie. On parle souvent des organismes qui ont quelques employés, ça

peut être deux, trois employés. Alors, présentement, ce que, nous, on vit sur le territoire de la MRC de Bécancour, c'est beaucoup une surcharge de travail, c'est beaucoup une sursollicitation. Alors, les organismes, bien qu'ils sont intéressés, doivent bien sûr prioriser au quotidien dans leur milieu et on leur demande beaucoup.

M. Blanchette (Yves): Au niveau, par exemple... Il y a beaucoup de travail à faire au niveau de l'accessibilité. On a une étude, chez nous, qui note que 66 % des personnes qui ont des problématiques en santé mentale arrivent dans nos organismes sans avoir transité par le réseau. Alors, il faut qu'il se crée des arrimages rapides avec le réseau, avec les CSSS. L'autre problématique qu'on peut lire aussi... On sait très bien... Nous, on appelle ça le «parti pris réseau». On peut faire une lecture rapide que, oui, le CSSS doit être celui qui doit guider la réalisation d'un réseau local de service, mais c'est aussi un dispensateur de services. À ce moment donné là, la tendance est facile à prendre de dire: Écoutez, nous allons créer un service qui existe déjà dans le communautaire. Alors, nous, on a peur un petit peu, même beaucoup dans certains endroits, si je parle, entre autres, du suivi communautaire, carrément de voir nos services parce que pas reconnus, mais qui sont là quand même sur le terrain, pris en charge par un CSSS quelque part, alors qu'il serait beaucoup plus facile de créer des arrimages avec les gens qui le font sur le terrain.

Mme Champagne: C'était l'objectif, je me rappelle une époque pas si lointaine, il y a trois ans, quand on se rencontrait pour parler des mêmes problématiques: l'importance de travailler en réseau et non pas en silo. Si on ne l'a pas entendu 2 000 fois ici, on ne l'a pas entendu une fois. Et je pense que, comme ministre et comme gouvernement, autant ceux qui sont ici, maintenant, devant nous, que nous, quand on était, si on n'arrive pas à réaliser ça, on est tous un peu moribonds, chacun tire après la couverture. Et, quand j'entends qu'encore en 2006, au niveau de nos centres de santé et services sociaux, on aime mieux créer la ressource pour se donner peut-être l'importance de l'avoir créée plutôt que d'utiliser... je parle de ressources qui fonctionnent bien, ça m'inquiète d'entendre ça, puis il faut que tout de suite on se le dise. Parce qu'une ressource qui va bien, qui fonctionne bien, qui est subventionnée, jamais de façon assez élevée, mais à une certaine hauteur, qui a donné pendant des années et développé pendant des années une expertise, se doit d'être, je pense, dans la nouvelle fonction des centres de santé, les CSSS comme on les appelle, qui ont une mission de donner, sur le territoire, un service x, se doit d'aller chercher cette expertise-là. Et j'aimerais entendre aujourd'hui ce que je n'entendrai peut-être pas: qu'on s'est déjà assis autour d'une table, que déjà une évaluation de terrain a été faite formellement. Et, si, un jour, effectivement il y a un organisme qui n'a pas livré la marchandise, qui le fait mal, bien on passera à un autre organisme. Ça, je ne suis pas en désaccord avec ça. Mais c'est parce qu'on n'est pas rendus là, et je pense qu'il est temps qu'on le fasse. Je ne sais pas ce que vous en pensez, mais...

M. Beaudry (Renaud): Un, il y a du retard terrain sur la mise en application des projets cliniques, des réseaux locaux et, comme je vous dis, l'immense majorité des CSSS de notre région sont au tout début. Donc, on n'est pas en train de finaliser le projet clinique, puis de convenir avec les partenaires comment on améliore les choses, puis qui prend des parts là-dedans ou qui soutient l'autre. On n'est pas là du tout.

Je vous dirais, théoriquement aussi, c'est oui et non à votre réponse. Il faut faire attention, c'est-à-dire, il y a un choc des cultures, il y a toujours un choc des cultures puis il devra toujours y en avoir un. Le fait que des gens travaillent... des personnes appauvries sur leur terrain, dans leur quartier, c'est fort différent, et les gens sont aussi bien intentionnés qu'une travailleuse sociale dans son bureau qui reçoit les gens. Ce n'est pas la même dynamique, ce n'est pas la même compréhension, mais ce n'est pas aussi les mêmes structures, les mêmes organisations, mais, je peux comprendre, la travailleuse sociale a des obligations qui font qu'elle va avoir une pratique qui est de cette façon-là et l'intervenante ou l'intervenant communautaire, ça va être différent, et, des fois, ces deux cultures-là vont se confronter.

L'idée théorique toujours des projets cliniques, c'est qu'on va se respecter, puis on va se comprendre, puis on va se connaître dans les cultures. Je vous le dis dans mes mots, mais c'est ça sur papier. La pratique peut faire en sorte que, oui, un centre d'action bénévole pourra, comme... Là, je vous donne un exemple à Victoriaville — vous allez quand même le permettre — au Centre-du-Québec, le centre d'action bénévole, en lien avec le CSSS, en lien avec l'Office municipal d'habitation sur un projet expérimental depuis deux ans sur des solutions alternatives de médecins à domicile pour les personnes pauvres qui vivent dans les HLM. Intéressant. Et là ça fonctionne bien.

Par ailleurs, un exemple patent: les centres jeunesse qui... soit qu'ils invitent les groupes famille, les groupes jeunesse à venir les rencontrer, puis dire: Regardez, nous, là, on voudrait diminuer la liste de signalement, hein? Puis on pense qu'entre autres, si on peut dépister les parents, hein, qui font en sorte qu'il y a des signalements, on pourrait peut-être les accompagner. Alors, eux, leur point de vue, c'est: j'ai une liste, puis j'ai tant de gens, puis il faut diminuer ça. Et que pouvez-vous faire pour nous, les centres jeunesse et les autres groupes communautaires? Que pouvez-vous faire pour nous? Puis la réponse est venue de quelqu'un dans un groupe communautaire. C'est: Si nous n'existions pas, si nous n'étions déjà pas en intervention auprès des gens, votre liste serait déjà plus longue.

Je le sais, les cultures le montrent. Les centres jeunesse voyaient, c'est: la liste, c'est ça. Vous faites des choix intéressants, mais finalement, dans la vraie vie, je ne sais pas trop ce que vous faites, je ne connais pas l'impact, mais aidez-moi à diminuer la problématique dans la société. Et les groupes communautaires, c'est: Nous la diminuons déjà. Alors, qui a besoin de l'autre, là?

Alors, la reconnaissance des pratiques, la reconnaissance de l'impact n'est pas évidente. Donc, il y a des situations où l'interaction pourra se faire. Il y a d'autres situations où ce n'est pas évident parce que l'établissement souhaiterait même à la rigueur que tel groupe communautaire supporte toujours ses actions, mais qu'il en fasse

de plus en plus avec lui nonobstant que ça pourrait avoir un impact négatif, compte tenu des ressources limitées, sur ses propres interventions. Donc, là, il y a un problème de reconnaissance de ce que fait l'autre.

Ceci étant dit, il n'y a rien d'imparfait. Nous, ce qu'on regarde, entre autres, suite au colloque... Mais ça se fait déjà un peu. Le ministère a donné un mandat, entre autres à des professionnels de recherche de la région, pour mesurer les impacts sur le développement social, la réduction de la pauvreté, la réduction des problèmes sociaux à une équipe dont fait partie, entre autres, pour ne pas le nommer parce qu'il fait partie de notre équipe aussi, Réal Boisvert, qui est un professionnel de recherche qui a fait beaucoup de travaux sur les inégalités de santé. Puis là je vous ramène à ce qu'on dit au mémoire parce qu'il faut aussi... et chacun a à produire à sa façon une meilleure santé et bien-être... Mais, nous, ce qu'on dit, c'est: Il y a vraiment... Et on n'a jamais pris ce virage-là au Québec, mais souvent on l'a dit, qu'on le prendrait et dans le réseau public et dans le milieu communautaire. Il y a moyen de faire les choses autrement, hein, et on va réduire des problèmes de santé physique qui sont souvent vus par le réseau public comme inévitables.

● (17 h 50) ●

Autre analogie: un collègue à vous, chirurgien, sympathique bonhomme que je connais, qui me disait... On siégeait tous les deux au C.A. de la région régionale. À l'époque, il me disait: C'est intéressant, vos interventions, ceux d'autres; c'est le fun, la répartition de la richesse, soutenir les jeunes. Puis il nous disait: Mais on peut-u s'entendre qu'on ne peut pas arrêter la pluie? Et la pluie, pour lui, c'étaient les problèmes qui finissaient par devenir pour lui des problèmes de santé physique qui recouraient ses interventions. Il dit: On peut-u, avec les ressources qu'on a, s'assurer de se construire un toit pour se mettre à l'abri de la pluie? Alors, tout aussi formé soit-il, dans le réseau et pratiquement à la retraite, ce n'est pas là le cas, lui, il le voyait comme c'est inévitable, les problèmes de santé physique, peu importe ce qu'on va faire.

Notre prétention et d'autres, c'est: Oui, c'est évident pour un certain nombre de personnes. On a des statistiques qui nous le démontrent, puis il y a des réussites qui se font aussi. Pourquoi on n'investit pas dans ça pour dire: On va réduire... Parce qu'investir dans la prévention, tout le monde le dit, ça va coûter pas mal moins cher, hein, que la pression sans cesse croissante, depuis 1970, depuis qu'on a créé ce système-là, un, sur l'augmentation des coûts en santé physique, principalement.

Mme Champagne: Alors, je vous remercie infiniment. C'est intéressant et ça donne de grands messages qu'il faudrait entendre plus souvent. Merci beaucoup à vous trois, merci.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Beaudry, M. Blanchette, Mme Désilets, merci pour votre participation à cette commission parlementaire au nom de la Table régionale des organismes communautaires Centre-du-Québec—Mauricie. Et, sur ce, j'ajourne les travaux de la commission sine die. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 51)