



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

### Commissions parlementaires

---

---

Commission permanente des affaires sociales

Consultation générale dans le cadre de l'étude  
de l'avant-projet de loi sur les services  
de santé et les services sociaux (4)

Le vendredi 26 janvier 1990 - No 9

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

---

QUÉBEC

Table des matières

Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain	CAS-455
Hôpital Marie Enfant	CAS-466
Centre d'accueil Father Dowd	CAS-473
Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain et Comité régional des associations en déficience intellectuelle	CAS-479
Les Messagères de l'espoir	CAS-489
Comité de bénéficiaires du centre hospitalier Douglas	CAS-497

Intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Marc-Yvan Côté  
M. Guy Chevette  
M. Christos Sirros  
M. Rémy Trudel  
Mme Huguette Boucher-Bacon  
M. Henri-François Gautrin  
M. Russell Williams  
M. Richard Holden

- \* M. Jean Leblanc, Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain
  - \* M. Gérard Marcoux, idem
  - \* M. Raphaël Assor, idem
  - \* M. Fernand Baril, hôpital Marie Enfant
  - \* M. Michel Brunet, idem
  - \* M. Michel Vanasse, idem
  - \* M. Georges Simsons, centre d'accueil Father Dowd
  - \* M. Albert Eisenring, idem
  - \* M. Pierre Berger, Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain et Comité régional des associations en déficience intellectuelle
  - \* M. Pierre-Yves Lévesque, idem
  - \* M. Alain Hébert, idem
  - \* Mme Gaétane Grenier, Les Messagères de l'espoir
  - \* Mme Martha Bishop, Comité de bénéficiaires du centre hospitalier Douglas
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires  
70 \$ par année pour les débats de la Chambre  
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$  
(La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi  
disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$)

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:  
Assemblée nationale du Québec  
Distribution des documents parlementaires  
1080, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28  
Québec, (Québec)  
G1R 5E8 tél. 418-643-2754

Compter de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

Le vendredi 26 janvier 1990

**Consultation générale dans le cadre de l'étude de l'avant-projet  
de loi sur les services de santé et les services sociaux**

(Dix heures neuf minutes)

**Le Président (M. Joly):** J'aimerais rappeler le mandat qu'on s'est donné. C'est une consultation générale et des auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux. Je vois que nous avons quorum, Mme la Présidente. Est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. Atkinson (Notre-Dame-de-Grâce) est remplacé par M. Holden (Westmount); M. Marcil (Salaberry-Soulanges) est remplacé par M. Williams (Nelligan) et Mme Marois (Taillon) est remplacée par Mme Blackburn (Chicoutimi).

**Le Président (M. Joly):** Merci, madame.

**M. Chevette:** Mme Vermette est remplacée par M. Jacques Baril. Il s'en vient.

**Le Président (M. Joly):** Merci. J'aimerais, pour le bénéfice des membres de cette commission, rappeler qu'aujourd'hui, nous entendrons le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain, l'hôpital Marie-Enfant, le Centre d'accueil Father Dowd, le Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain, les Messagères de l'espoir et le Comité de bénéficiaires du centre hospitalier Douglas.

Je vois que, déjà, les membres du Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain se sont avancés. J'aimerais vous rappeler un peu les règles de procédure. Il vous est consenti une vingtaine de minutes, un peu plus, un peu moins, pour la présentation de votre mémoire. Par après, vingt minutes sont imparties à chacune des formations politiques pour poser des questions ou, des fois, peut-être répondre à des questions.

Alors, pour le bénéfice des membres de cette commission, j'aimerais que le représentant du Conseil de la santé s'identifie et identifie les membres qui l'accompagnent.

**Conseil de la santé et des services sociaux  
de la région du Montréal métropolitain**

**M. Leblanc (Jean):** M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, dès le début de nos échanges, permettez que je vous présente les personnes qui m'accompagnent. À mon extrême gauche, M. Raphaël Assor qui est élu par les groupes communautaires bénévoles. Dr. Marc Bois, élu par le Conseil des médecins,

dentistes et pharmaciens. À mon extrême droite, Mme Rolande Laurin Dorval, élue par les centres d'accueil. M. Yves Mongeau élu par les cégeps. M. Gérard Marcoux, notre directeur général et moi-même, Jean Leblanc, élu par les centres hospitaliers.

Nous tenons à remercier les membres de la commission des affaires sociales de donner l'occasion au Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain de présenter son mémoire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

Nous sommes mandatés par le conseil d'administration du conseil régional pour venir vous communiquer nos recommandations sur l'avant-projet et vous faire part de quelques considérations particulières qui touchent le fonctionnement du système de santé et des services sociaux.

Un bref survol, si vous permettez, pour débiter, de notre région qui compte quelque 2 000 000 d'habitants, soit près du tiers de la population québécoise. Le vieillissement de cette population est plus accentué dans le Montréal métropolitain que dans l'ensemble du Québec. Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus y est passé de 10,8 % à 14 % entre 1981 et 1990, alors que pour la même période, le taux est passé de 8,8 % à 10 % pour le Québec. Cet écart, selon les diverses prévisions, aura tendance à continuer de croître. Ceci se traduit, par exemple, par le fait que plus de 46 % des personnes âgées vivant seules au Québec se retrouvent dans l'une ou l'autre des 29 municipalités du Montréal métropolitain.

La région compte une forte représentation des groupes linguistiques et culturels diversifiés: 17 % des citoyens sont anglophones, 22 % allophones et 61 % francophones. Montréal est la principale région de la province concernée par l'accessibilité aux services pour les anglophones et les autres communautés culturelles.

Le problème des itinérants et des itinérantes est une dure réalité qui se retrouve surtout à Montréal. Nous avons dénombré 15 000 sans-abri. Ils s'entassent dans les salles d'urgence des hôpitaux, ensuite, en dernier recours, pour revenir dans les salles d'urgence. À titre d'exemple, on retrouve quotidiennement une dizaine de ces cas de misère sociale dans la salle d'urgence de l'hôpital Saint-Luc. Ce sont surtout de jeunes adultes, des femmes et des personnes âgées qui sont sans emploi. Pour tous ces marginaux, le Conseil régional tente, depuis des années, d'interpeller tous les établissements du réseau pour partager les recours appropriés à ces

membres de notre société.

Les personnes à faible revenu ou vivant sous le seuil de la pauvreté constituent 24,5 % de la population de Montréal et ce pourcentage est formé majoritairement de personnes de moins de 18 ans et de personnes âgées. Les femmes sont davantage affectées que les hommes, souvent en vertu de leur statut de chef de famille monoparentale. Je vous parle d'un problème majeur. Le taux de pauvreté, chez les femmes, est 10 % plus élevé que la moyenne provinciale et 23 % plus élevé que chez les hommes; 80 % des familles monoparentales ont une femme à leur tête. Tous les problèmes sociaux qu'engendre cette réalité quotidienne réclament une réponse régionale structurée et complémentaire par l'ensemble des établissements du territoire, particulièrement les trois CSS et les 34 CLSC. Cette description du portrait montréalais est une partie importante, mais incomplète de tous les problèmes que nous rencontrons dans notre région. Dans les 245 établissements de services de santé et de services sociaux, 161 publics et 84 privés conventionnés, 38 000 lits sont à la disposition de la population lorsqu'ils ne sont pas en partie fermés pour des raisons budgétaires, pour des raisons de vacance ou pour des raisons de pénurie de personnel. Pendant ce temps-là, les malades attendent et les établissements qui, par leur envergure ou leur prestige, échappent à la coordination régionale, se permettent de privilégier l'électif et, dans certains cas, de boudier l'urgent. Tant et aussi longtemps qu'ils ne seront pas tous associés à l'application des mesures régionales, la situation demeurera critique.

Je désire ici préciser qu'à mon avis les facteurs suivants devront être réévalués pour solutionner le problème des urgences, soit les champs cliniques en milieu hospitalier universitaire, le nombre de médecins par spécialité et par service, les cas électifs en regard des cas urgents et les malades à long terme occupant les lits d'aigus.

La situation d'ensemble, notre réalité, nous amène à vous affirmer clairement qu'une coordination régionale fortement appuyée par les orientations et par la volonté ministérielle et gouvernementale est absolument essentielle à la mise en place de services intégrés à toutes ces clientèles prioritaires. Pour répondre aux vrais besoins, pour déterminer les vraies priorités, pour rationaliser afin d'offrir les vrais services, pour rentabiliser les investissements qui sont faits dans les services de santé et les services sociaux, il faut à tout prix que les services soient tous complémentaires les uns les autres, sans doublement, sans duplication et prodigués, dispensés de façon efficace, dans un souci de partage, dans une approche de réseau de services intégrés pour les clientèles et non dans une approche de réseau d'établissements.

C'est pourquoi le Conseil régional de

Montréal demande à cette commission parlementaire de bien faire en sorte que, dans l'avant-projet, tous les établissements, sans exception, publics et privés, de l'ultraspécialisé, de l'universitaire, de l'institut jusqu'au CLSC, soient régis par les mêmes règlements, peu importe leur statut, d'ultra ou de général, qu'ils aient l'obligation de jouer les mêmes règles du jeu que tous les autres partenaires.

Le Conseil régional de Montréal existe depuis 1972. Pendant 17 ans, plusieurs conseils d'administration se sont succédés et notre expérience nous a amenés à conclure qu'un certain nombre, au niveau de l'équilibre, de représentants qui siègent au conseil d'administration méritent d'être considérés de façon très importante dans l'avant-projet de loi. Les collèges actuels ne doivent pas être totalement sacrifiés dans leurs représentations. À ce jour, non seulement nous avons préservé la représentativité de la population en général, mais aussi celle des communautés culturelles et linguistiques. Des représentants de la population, des municipalités, du milieu de l'enseignement, des administrateurs et administrateurs chevronnés, des professionnels, des médecins ont coordonné la mise en place de plusieurs pièces importantes du réseau montréalais de services de santé et de services sociaux.

Je vous cite les principales pièces d'importance: les réseaux de première ligne sur les 34 territoires de CLSC, les services de maintien à domicile, incluant les cas lourds, des programmes régionaux pour la personne âgée, les adultes en perte d'autonomie et les jeunes en difficulté, les programmes régionaux de santé mentale, de déficience intellectuelle et plusieurs spécialités en courte durée. Je dois vous signaler particulièrement les programmes d'accès aux services pour les communautés culturelles.

Une vingtaine de commissions administratives et de comités régionaux mobilisent quelque 250 représentants des établissements et organismes pour organiser le mieux possible les services à la population. Je pourrais vous énumérer plusieurs autres programmes régionaux touchant la toxicomanie, la violence, la protection des droits des usagers, le traitement des plaintes. Je veux souligner ici que, comme agent de concertation, comme entité responsable, le conseil régional a implanté un système d'urgence préhospitalière, Urgences-santé, et a mis sept ans d'efforts soutenus pour gérer le système. Il a amorcé, élaboré et, par la suite, après le lancement du programme par le ministère, géré la mise en place des mesures pour améliorer la situation dans les salles d'urgence.

Pour nous, les établissements ont toujours été des partenaires qui devaient dépasser leurs murs et se soucier, d'abord et avant tout, des besoins de la population et participer à l'effort régional collectif de bien identifier les priorités pour faire les bons choix sur les moyens. Voilà,

en gros, les activités dont nous sommes fiers concernant la clientèle. Ces activités doivent être valorisées et fortifiées dans le nouveau texte de loi.

Concernant les services aux établissements, particulièrement les services partagés, nous pourrions, là aussi, vous parler longuement des bienfaits de la régionalisation, spécialement au chapitre des approvisionnements, des immobilisations, des locations d'espaces, des programmes de rénovation, de construction, d'acquisition et de remplacement des équipements.

Environ 1000 projets sont analysés annuellement par les professionnels du conseil régional et leur réalisation se concrétise dans des délais satisfaisants. Les économies annuelles réalisées par les approvisionnements en commun sont très significatives: 15 000 000 \$ annuellement. À lui seul, ce dossier nous permet d'affirmer que le Conseil régional de Montréal, par ses activités, génère des économies beaucoup plus élevées que son budget total de dépenses qui s'élève à 10 000 000 \$ annuellement.

Nous avons réussi à vivre avec les représentants des établissements une mise en commun très bénéfique pour le réseau et pour sa clientèle. C'est ce partenariat que nous voulons maintenir dans notre région. J'invite maintenant M. Marcoux à poursuivre la présentation du mémoire.

**M. Marcoux (Gérard):** M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, je vais vous proposer de quitter le texte parce que ce que je veux vous dire, c'est ce que nous avons écrit entre les lignes. Dans le mémoire que le conseil d'administration vous a présenté, nous prôtons trois niveaux décisionnels d'autorité. Un premier qui est le véritable maître d'oeuvre du système, le ministre et le ministère. En aucune circonstance, nos propos ne devront vous laisser croire que nous mettons en cause l'imputabilité du ministre et de son ministère à l'Assemblée nationale. Nous croyons que le ministre et ses adjoints, son personnel, doivent définir les grandes orientations, déterminer les objectifs fondamentaux, déterminer les priorités nationales, décider du financement des enveloppes, autoriser ce financement et, enfin, contrôler les résultats obtenus. Au niveau régional, nous pensons qu'une véritable autorité doit être aussi présente pour planifier les programmes régionaux, organiser les services, allouer les ressources et contrôler les ressources et évaluer enfin les résultats. Le contenu des articles 234 à 254 dans l'avant-projet de loi répond à nos attentes quant aux fonctions qu'on vient de vous énumérer.

Le conseil régional de Montréal ne vient pas défendre une structure, encore moins une bureaucratie. Il vient devant vous redire son credo à la régionalisation, régionalisation qui, quant à nous, est l'élément moteur de l'égalité des chances et de l'égalité d'accès aux services

aux clientèles. Les régions veulent se prendre en charge. Les régions demandent qu'on leur accorde une autorité, donc une véritable capacité de décider dans un cadre général déterminé. Dans votre discours d'ouverture, M. le ministre, vous avez évoqué la création de niveaux d'arbitrage pour permettre d'éliminer le dédoublement interétablissements. Cette approche est, quant à nous, nouvelle, mais nous l'acceptons avec empressement en vous disant que ce n'est pas dans une structure nouvelle que l'arbitrage devrait se faire, à notre point de vue, mais qu'il pourrait très bien, en continuité, se localiser dans les instances régionales actuelles existantes qui ont acquis une expérience intéressante. Et quoi qu'en disent les personnes qui nous font la vie dure, les conseils régionaux ont quand même obtenu quelques bons résultats et M. le président vous en a cité quelques-uns pour autant que notre conseil régional est concerné. Cette régionalisation, nous ne voulons pas qu'elle se fasse sur le dos des établissements. Nous croyons que tous les établissements doivent jouir d'un degré maximum d'autonomie dans la gérance et dans la dispensation des soins et services à la population. La seule condition, c'est en autant qu'ils s'intègrent et qu'ils respectent les responsabilités nationales et régionales.

Les conseils d'administration des établissements. Je vous dirai très rapidement le point de vue de notre conseil d'administration. La formule des conseils d'administration unifiés dans la région de Montréal nous apparaît inapplicable pour trois raisons majeures. La première, c'est la multiplicité des établissements à vocation différente et à mission différente sur un même territoire de CLSC. La deuxième, ce sont les dimensions linguistiques et culturelles fort variables de territoires et de sous-région en sous-région dans le Montréal métropolitain. Et, enfin, la dernière particularité qui est importante pour tout le secteur social, ce sont les trois CSS qui existent dans la région de Montréal métropolitain plus sur une base culturelle et linguistique que sur une base territoriale.

Nous recommandons donc que l'instance régionale de Montréal soit mandatée pour proposer des modes de formation de conseil d'administration d'ici un an, c'est-à-dire un an après le projet de loi voté à l'Assemblée nationale, en tenant compte des critères majeurs suivants: le premier, vocation régionale et suprarégionale possible des différents centres; le deuxième critère: les dimensions linguistiques et culturelles et, enfin, la complémentarité et la continuité des services.

Quant aux centres hospitaliers universitaires et aux instituts, le libellé de l'article 48 nous convient très bien pour la composition des conseils d'administration. Nous voulons cependant attirer votre attention sur une question fort importante. Certains centres hospitaliers ultra-spécialisés et universitaires voudraient bien

échapper à l'application des règles de base de la régionalisation. Nous vous disons que tous les établissements doivent être soumis aux mêmes règles. Le motif principal qui fait que, pour Montréal, les mêmes règles doivent exister pour les ultrasécialisés. Je vous donne de façon très rapide des chiffres éloquentes: 72 % des lits à Montréal, soit 8000 lits sur 11 000 lits de courte durée, se retrouvent dans des centres hospitaliers ultraspecialisés et universitaires. Douze départements de psychiatrie sur dix-sept départements de psychiatrie active à Montréal se retrouvent dans les centres hospitaliers universitaires à Montréal. Six départements de pédopsychiatrie sur six sont dans les hôpitaux universitaires à Montréal. Les centres ultraspecialisés et spécialisés ont tous un pourcentage d'activités plus grand en services et en soins généraux qu'en ultraspecialité. Vous n'avez qu'à penser aux urgences et aux cliniques externes, à la médecine générale, à la chirurgie générale, aux soins aux personnes âgées, à la santé mentale. Comment organiser des programmes sur une base régionale si 75 % des activités échappent à l'application des règles de partenariat avec les autres établissements? Pour la continuité des soins, les CLSC, les centres d'accueil, les CSS ont besoin de l'ultraspecialité pour diriger la clientèle, mais n'allons pas oublier que les centres hospitaliers universitaires ont grandement besoin de toutes les autres catégories d'établissements aussi pour la continuité des soins et pensez à l'hébergement, pensez aux services à domicile, pensez aux programmes de santé mentale.

Mmes et MM. les parlementaires, je voudrais vous rendre un témoignage non émotif mais un vécu devant cette illustre Assemblée. J'oeuvre dans le réseau de la santé depuis 1956 comme cadre supérieur. J'ai vécu toutes les étapes décrites par M. Castonguay à l'ouverture de cette commission parlementaire. Dans l'évolution du système qu'il a décrit, il arrive que j'étais justement à la direction générale de différents types d'établissements au cours des 25 dernières années. J'ai constaté que, oui, le partage que, oui, la mise en commun sont des objectifs très difficiles à atteindre quand on est à la tête d'un établissement, mais ce n'est pas parce qu'ils sont difficiles à atteindre qu'il faut sacrifier le bénéficiaire au profit des établissements. Je n'ai pas perdu la foi dans la régionalisation. Depuis douze ans, j'oeuvre à la direction du Conseil régional de Montréal et je vous dis que le vécu, le constat, c'est que ceux qui, du revers de la main, balaient le concept de la régionalisation, c'est pour des intérêts strictement individuels et corporatifs.

(10 h 30)

Ce n'est pas comme ça qu'on va vraiment réaliser... La beauté de votre avant-projet de loi, M. le ministre, c'est que toutes les activités sont centrées sur le bénéficiaire et, pour centrer les activités sur le bénéficiaire, il faut être

capable de mesurer la qualité du contenu et d'enlever les velléités de trop de structures et de trop de bureaucratie. Ça se règle, ce problème-là. Mais conservons l'orientation sur le bénéficiaire et centrons les activités sur les résultats.

La régionalisation, Mmes et MM. les parlementaires, nous croyons qu'il faut l'épouser. Ce n'est pas une formule magique, mais elle a le mérite de réunir les partenaires au service du bénéficiaire et non pas l'inverse. C'est elle, M. le ministre, la régionalisation, votre dynamique nouvelle qui s'offre pour régler, avec la réforme, les problèmes d'iniquités interrégionales, les problèmes d'iniquités interétablissements et les problèmes de mauvaise distribution des ressources. Comme vous l'avez si bien dit dans votre introduction, s'il n'y a pas d'avis d'arbitrage, on pourrait parier fort que personne ne se fera hara-kiri pour se faire enlever des services, et ces services ne sont pas nécessairement la réponse aux besoins réels des citoyens.

**Le Président (M. Joly):** M. Marcoux, le temps qui vous était imparti est actuellement terminé. Est-ce que vous avez encore...

**M. Marcoux:** Une minute.

**Le Président (M. Joly):** Une minute, avec le consentement.

**M. Marcoux:** Si M. le ministre le permet.

**Une voix:** Une minute et demie.

**M. Marcoux:** Une minute et demie? C'est la partie la plus importante, finalement.

Vous excuserez peut-être un peu cette conviction que je veux vous manifester, mais on dit régionalisation, on dit instance régionale, mais pas avec un laisser-aller et à la va-comme-je-te-pousse. Une instance régionale, pour nous, c'est l'assemblée générale, la rencontre des bénéficiaires, des groupes organisés et des représentants des établissements. Cette instance doit avoir trois qualités. Elle a trois défis: elle doit être responsable, elle doit être rentable et elle doit être imputable.

Se responsabiliser par rapport au bénéficiaire, ça veut dire faire passer ses besoins à lui avant ceux des établissements. Donc, réseau intégré de services et non réseau d'établissements. Deuxièmement, se rentabiliser, c'est d'abord faire les bons choix dans l'utilisation des ressources et c'est avoir le courage de rationaliser par réaménagement et par réallocation. Cela ne peut pas se faire sans une autorité désignée pour arbitrer, comme vous l'a dit M. le ministre, dans son exposé préliminaire. Être imputable, être imputable, nous le souhaitons ardemment et, quant à nous, notre définition d'être imputable, c'est de devoir rendre compte.

Nous vous proposons de rendre les instances régionales imputables de la façon suivante. M. le ministre, associez les instances régionales à la défense des crédits en commission parlementaire pour venir vous supporter dans la défense des crédits, dans le résultat des dépenses effectuées et dans l'évaluation des résultats de la marchandise livrée. Ce procédé démocratique a déjà été vécu et je vous signale que nous l'avons fait comme élément de support à des ministres, pour le transport ambulancier, pour les urgences et pour les mesures d'urgence dans les hôpitaux.

Je conclus en vous disant qu'il y a deux éléments majeurs qu'on conteste dans l'avant-projet: d'abord, le conseil d'administration de la régie régionale. Nous acceptons totalement l'article 260 avec ses différents collèges. Cependant, notre conseil d'administration ne voit pas la création d'un collège régional. Nous proposons que les collèges qui sont prévus à l'article 260 élisent eux-mêmes leurs représentants à la régie régionale. Quant au collège régional, nous croyons que les objectifs de démocratisation, de participation et d'imputabilité peuvent quand même être atteints sans la création de cette nouvelle structure qui nécessiterait sûrement une nouvelle bureaucratisation et des ressources financières additionnelles. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Évidemment, vous l'aurez constaté, la première journée, notre première préoccupation a été celle des bénéficiaires, la deuxième a été celle de recevoir les dispensateurs de services et la troisième journée, on aborde un élément tout à fait particulier avec votre participation. Je pense que ce n'est pas par hasard que vous êtes là ce matin comme premier CRSSS, compte tenu de la diversité des problèmes et des gens représentés, que vous êtes les premiers à être entendus par la commission et qu'on fasse une journée régionale pour mieux connaître et mieux apprécier la problématique de la grande région de Montréal.

D'entrée de jeu, on va tenter d'aller à l'os parce que, évidemment, c'est la structure du corps qui est indispensable.

**Une voix:** L'ossature.

**M. Côté (Charlesbourg):** L'ossature. Je vais commencer par un énoncé que vous faites à la page 4 de votre mémoire que je veux reprendre en partie et on va échanger un peu là-dessus avant de revenir à certaines questions plus précises.

Vous dites dans le milieu du paragraphe: "Pour répondre aux vrais besoins, pour déterminer les vraies priorités, pour rationaliser afin d'offrir les vrais services, pour rentabiliser les

investissements qui sont faits dans les services de santé et les services sociaux, il faut à tout prix que les services soient tous complémentaires les uns les autres sans dédoublement, sans duplication et prodiguer, dispenser de façon efficace dans un souci de partage, dans une approche de réseau de services intégrés pour les clientèles et non dans une approche de réseau d'établissements." Est-ce que je dois conclure qu'aujourd'hui, nous avons une approche de réseau d'établissements?

**M. Marcoux:** Je pense que la parade élocuente qui se déroule devant vous est la réponse à votre question. Les différents organismes qui sont venus jusqu'à maintenant et ceux qui viendront plus tard, parce qu'il vous en reste énormément d'autres à revoir, je pense qu'ils sont la démonstration que oui, M. le ministre, nous sommes malheureusement dans un réseau qui s'est très fortement structuré autour des institutions plutôt qu'autour du bénéficiaire.

Le discours de tous ceux qui vont venir ici va être le même que le nôtre. On va tous vous dire qu'on est là pour le bénéficiaire, c'est la raison d'être. Ça, M. le ministre, c'est le discours. La réalité, c'est que vous allez avoir en parade devant vous, à tout le moins, six poids lourds d'associations d'établissements qui vont venir vous dire que c'est important que les services soient chez eux. Vous allez voir les contradictions entre le discours et la réalité quotidienne.

Vous savez, M. le ministre, quand vous avez parlé d'arbitrage au début de votre exposé, ça nous a tous frappés, ceux qui sont régionalistes convaincus comme vous. Ça nous a tous frappés. Cet objectif qui était la clé aussi de la réforme Castonguay-Nepveu n'a jamais pris naissance parce que les oppositions et la résistance ont toujours été trop fortes. Au lieu d'appliquer le concept, on a proliféré, après avoir catégorisé les établissements, on a créé des empires de plus en plus importants.

Je vous dirais avec beaucoup de franchise que même la plus petite association d'établissements aujourd'hui au Québec module son comportement - et ce n'est pas négatif en vous disant ça - à peu près sur le Conseil du patronat du Québec. Nous sommes dans une mission sociale de soins et de services, pas à n'importe quel prix, bien sûr, dans un cadre déterminé, mais le prix le plus fort qu'on paye actuellement, c'est sur cette multiplicité d'organismes de toutes sortes.

Vous avez raison de proclamer, M. le ministre, qu'il ne doit pas y avoir autant de structures, mais demandez à vos fonctionnaires les plus avertis de vous énumérer les quelques certaines d'associations et de regroupements que moi je qualifie d'illégitimes, mais qui vivent très bien, dans la société, du système de santé et de services sociaux. Qui plus est, c'est que quand

vient le temps de régler les vrais problèmes en commission parlementaire ou entre les commissions parlementaires, vous autres, qui répondez au peuple, M. le ministre et MM. les membres parlementaires, vous êtes obligés de créer toutes sortes de comités conjoints avec tous ces regroupements-là, du plus petit au plus grand, pour analyser comment on va passer... Ce n'est pas ça l'objectif, mais dans la réalité, souvent les représentants viennent analyser pour savoir comment ils vont échapper à la réglementation, à la directive et aux décisions. C'est une réponse qui était longue. Excusez.

**M. Côté (Charlesbourg):** En tout cas, ce que je comprends, c'est qu'on peut partager ou pas votre point de vue, mais ça vient des tripes et du vécu.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors, on parle de structures; évidemment, on est dans un système où il y a des structures. Moi-même, je suis toujours émerveillé de voir le nombre de structures et pour quelqu'un même dans l'appareil gouvernemental, qui est là depuis un certain temps, il n'est pas toujours évident qu'on connaît les limites ou les champs des CRSSS, des CSS, des départements de santé communautaire, des CLSC. Je vous le dis tout de suite: Moi, ce qui m'a frappé lorsque je me suis fait instruire - parce qu'on se fait toujours instruire, quand on arrive comme ministre - par toutes sortes de personnes bien intentionnées, y compris par ses fonctionnaires, quand on se fait instruire, on dit: il faut essayer de comprendre. Est-ce que vous ne croyez pas que dans la mesure où on veut avoir des objectifs, comme nous les aurons éventuellement, de vieillissement - ça me paraît évident dans votre texte, s'il y a une place où, effectivement, la population vieillit, pas toujours dans des conditions optimales, c'est bien sur 111e de Montréal - si on veut avoir des objectifs de jeunesse, parce que c'est ça nos principales lacunes du système au moment où on se parle, est-ce qu'on peut imaginer une structure régionale qui n'aura pas la responsabilité totale de l'ensemble de la politique de santé et de services sociaux? Est-ce que vous pensez que demain on va régler nos problèmes si on fait une structure régionale qui n'embrasse qu'une partie ou qui n'a une responsabilité de planification et de décision que pour une partie seulement de la fonction ou si elle est reliée directement à la nomenclature que j'ai faite tantôt de CRSSS, CSS, départements de santé communautaire, CLSC, parce que vous avez des liens avec les CLSC pour certains programmes spécifiques, comme le maintien à domicile? Ce n'est pas évident qu'il y a une jonction très claire partout. Est-ce qu'il n'y a pas un peu de travail à faire de ce côté-là aussi?

**M. Marcoux:** Je pense que votre approche est fort intéressante. Ce serait être bien malin de vouloir penser qu'un problème n'est pas soluble, quand on a une approche comme la vôtre, pour dire: Allons-y progressivement, par partie. C'est une possibilité. On ne peut pas la mesurer. L'inquiétude que je veux vous manifester, c'est qu'il n'y a à peu près pas de problématiques en santé et en services sociaux qui ne sont pas concernées par tous les types d'instances. Et le vieillissement de la population est un bel exemple. Ce qu'on a pu réussir comme bon coup pour la personne âgée et la personne en perte d'autonomie à Montréal, c'est chaque fois qu'on a pu véritablement concerter tous les réseaux autour d'une cause, même les choses aussi difficiles...

M. le ministre, je vous donne un exemple d'arbitrage dans l'allocation des ressources que les conseils régionaux ont réussi de peine et de misère l'an passé, à coups de bras: la distribution des enveloppes alourdissement de clientèle entre centres d'accueil et CLSC. Je ne serai pas dur non plus, même qu'à certains moments, il a fallu mettre ses pieds à terre pour dire: Ça fait assez longtemps qu'on fait l'étude; est-ce que notre recommandation qu'on fait au niveau central peut être acceptable, parce qu'on a créé le consensus dans la région? Et ça, c'est important aussi.

Je dois vous dire, M. le ministre, qu'on a à faire ensemble un grand bout de chemin pour aussi éliminer la duplication de la gestion répétée sur les mêmes dossiers. Nous, on demande rien de mieux que vous sortiez de la commission parlementaire avec un mandat bien clair puisqu'en même temps vous invitiez tous les intervenants à jouer dans leurs parterres, mais pas tout le monde jouer dans le même parterre en reprenant incessamment les mêmes analyses.

**M. Leblanc:** J'aimerais ajouter un élément d'information que je signalais tout à l'heure, par exemple, pour montrer jusqu'à quel point c'est fragile et je suis d'accord avec votre intervention, M. le ministre. Je signalais, par exemple, un dernier recours où, par une localisation physique d'une catégorie de population à Montréal qui se situe à deux pas d'un établissement, vous venez, à ce moment-là, perturber le fonctionnement. Mais comment l'éviter? C'est aussi fragile que ça. Et il m'apparaît que ce mécanisme de coordination au niveau régional devrait être amplifié pour permettre de redistribuer ce type de problème.  
(10 h 45)

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, quand on questionne une structure comme la vôtre, ne vous imaginez pas qu'on ne questionnera pas la structure chez nous non plus. Quand on parle de réforme, évidemment, on va se réformer tout le monde en même temps, on va se mettre au même diapason aussi et ça m'apparaît important de le dire à ce moment-ci pour ne pas qu'il y ait

d'équivoque. Je ne pense pas que c'est parfait chez nous. Il y a des problèmes ailleurs aussi, évidemment; ce sont des problèmes vécus. Mais on est obligés de parler de structures, parce que, au bout de la ligne, c'est le bénéficiaire. Et il n'y a personne qui va me faire la démonstration aujourd'hui que si on garde nos objectifs, si une structure disparaît, on ne rend pas service à la population. Je veux bien qu'on se comprenne.

À la commission, effectivement, il y en a qui vont venir nous dire: Les départements de santé communautaire, écoutez une chose, ce n'est pas 22 qu'on veut, c'est 32. Ce qu'on comprend, c'est que ce sont les 32 qui sont bien plus importants que le service qu'on rend. Alors, il va falloir se rendre à l'évidence que c'est le service qu'on rend à une population, qu'on doit arrêter de dédoubler et qu'on doit mieux planifier. Dans ce sens-là, je suis profondément convaincu qu'une régie régionale, avec les pouvoirs, avec de l'imputabilité, peut faire un meilleur arbitrage que nous faisons, nous, au central. C'est ça le message, mais, inévitablement, il va falloir questionner nos structures existantes et voir s'il n'y a pas possibilité de fondre un certain nombre de ces structures pour les rendre plus opérationnelles.

Évidemment, il est clair que le gouvernement avec toute sa bonne volonté, qu'un CRSSS avec la meilleure volonté ne réussira pas, non plus, à régler tous les problèmes seul. On a entendu, la première journée, les gens du communautaire nous dire: On veut être des partenaires à part entière comme source alternative de solution aux problèmes. J'ai regardé dans le texte et votre texte, je l'ai trouvé bien habile parce que, évidemment, vous ne mettez pas les médecins contre vous autres. On dit: Bon, ils devraient être sur les conseils d'administration. Vous ne mettez pas le communautaire contre vous, vous dites: Il n'occupe pas assez de place, il devrait en occuper... C'est très habile, très très habile. Évidemment, pour qu'on puisse survivre, comme CRSSS, il faut être très habile.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que j'ai compris, c'est que sur le plan de la structure et des choses à réaménager, vous avez déjà commencé à faire votre travail de régie, en supposant que ce sera vous autres. Alors, à partir de ça, c'est clair qu'il faut une certaine unité dans l'action, mais il y a quand même un message très clair que sont venus nous poser, comme problème, les gens du communautaire quand ils sont venus ici. Ils ont dit: Nous autres, on est bénévoles, des initiatives partent de chez nous et se font littéralement aspirer par les CRSSS ou des institutions du réseau, faisant en sorte que le communautaire n'est plus du communautaire, mais est accaparé par un établissement qui va

mieux rémunérer pour le travail. J'aimerais vous entendre là-dessus. C'est où la frontière du communautaire? Vous pensez de bonnes choses du communautaire, j'en suis pleinement convaincu, mais comment fait-on pour calmer les craintes des gens du communautaire dont nous aurons besoin comme partenaires demain? Parce qu'il n'est pas vrai que l'État aura toujours l'argent qu'il faut pour être capable de régler tous les problèmes?

**M. Marcoux:** Je me ferai aider, avec votre permission aussi, par M. Assor, concernant les groupes communautaires. Les groupes communautaires qui sont venus devant vous, que nous connaissons bien aussi, acceptent très difficilement qu'on mette en doute quelque subvention qui est accordée, que ce soit par vous directement, l'autorité nationale ou provinciale, ou que ce soit par nous.

Cependant, même si ça soulève une critique, M. le ministre, on est capables de vivre avec ça parce que, quand on a été en désaccord, c'est parce qu'on a pris nos responsabilités d'administrateurs de fonds publics et on ne pense pas qu'on puisse, en votre nom, par délégation, garrocher des subventions, ne serait-ce qu'une subvention de 25 000 \$ ou 30 000 \$, et ne pas se soucier de savoir quelle va être l'utilisation de ce fonds. C'est seulement ça. Mais l'autonomie pour ces groupes, on la réclame autant que pour les gestionnaires du réseau, dans un cadre déterminé cependant. Quand il y a des accrochages ou des conflits, c'est justement parce qu'on a essayé de mettre en vigueur l'obligation de rendre compte et ça, ça ne fait pas plaisir. Les groupes nous disent: Subventionnez-nous, laissez-nous aller et on n'a pas de comptes à vous rendre. C'est ça. Alors, nous, quand on se responsabilise, on ne leur fait pas plaisir, M. le ministre, c'est tout ce que je peux vous répondre. Peut-être que monsieur...

**Une voix:** Ce serait intéressant d'entendre M. Assor qui participe...

**M. Assor (Raphaël):** C'est une question difficile...

**Le Président (M. Joly):** Excusez, monsieur...

**M. Assor:** Je vous en prie. C'est évident qu'il y a du chemin à faire. Si j'abandonne le chapeau du conseil d'administration comme représentant des organismes bénévoles, ça me met dans une situation difficile. Je pense que, effectivement, il y a du chemin à faire. On ne parle pas simplement de subventions, on parle de contrats de services, de partenariat, d'initiatives. C'est vrai que les organismes bénévoles et communautaires ont souvent amené des propositions de projets-pilotes ou autres qui, forcément, ne cadrent pas avec la loi et il y a un vacuum.

À quel niveau ce dynamisme communautaire peut-il se marier avec les règles du jeu du réseau? Mais je pense qu'on est dans la bonne direction, que les organismes communautaires participent maintenant davantage dans les comités aviseurs, les commissions administratives, au conseil d'administration du CRSSS. On ne parle pas simplement que d'une question de financement, mais de partenariat. C'est vrai que ça ne va pas être facile d'harmoniser, mais il y a un dynamisme extraordinaire dans les organismes bénévoles, communautaires et multiethniques, à Montréal, qu'il faudrait intégrer dans toute la programmation. Il faudrait qu'il y ait des budgets aussi, pour les plans d'action, pour l'accessibilité aux communautés culturelles, par exemple.

**Le Président (M. Joly):** Je vais maintenant reconnaître une dernière question à la formation ministérielle en reconnaissant M. Sirros, le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux.

**M. Sirros:** Merci, M. le Président. J'aimerais ne pas prendre trop de temps de ce qui nous reste, à ce moment-ci, mais revenir peut-être sur toute la question que vous avez soulevée de la diversité culturelle et linguistique sur 11<sup>e</sup> de Montréal, la particularité qu'on a à Montréal, et toute la problématique qu'elle peut soulever par rapport à la formation des conseils d'administration. Vous proposez, et je trouve ça intéressant, que le CRSSS ou l'instance régionale ait une période de temps durant laquelle elle pourra étudier la possibilité de former des conseils d'administration sur d'autres bases que celles qui sont proposées dans le document et que, par la suite, des recommandations soient faites au ministère pour une adoption par règlement.

Vous avez, à Montréal, et vous l'avez soulevé aussi, trois éléments, je pense, qui sont particuliers, l'existence de trois CSS, le CSS: Montréal métropolitain, surtout francophone; le CSSVM, qui s'adresse surtout à la clientèle anglophone; le CSS juif à la famille. Vous avez une multiplicité, en plus, de différentes communautés culturelles qui, en dehors du français et de l'anglais, parlent plusieurs autres langues également et, souvent, une partie de leur population, ne parle ni anglais ni français, mais est encore à un stade, si vous voulez, d'intégration dans la société québécoise et il y a aussi la situation, l'existence des établissements qui sont désignés comme ayant une responsabilité particulière par rapport aux services en langue anglaise par le biais, entre autres, de la loi 142.

Tenant compte de ces éléments-là et en particulier de l'existence des trois CSS, quelles sont les hypothèses que vous avez peut-être commencé à examiner par rapport à la formation des conseils d'administration et est-ce que ce qu'on a prévu dans l'avant-projet de loi au niveau de l'article 47, qui prévoit des exceptions

possibles pour la formation des conseils d'administration, ce semble être le genre de chose avec laquelle vous pourriez travailler? Quelles sont plus précisément les hypothèses que vous avez, si vous avez examiné la formation des conseils d'administration sur l'Ile de Montréal, en tenant compte de cette diversité linguistique et culturelle?

**M. Marcoux:** À ce jour, les hypothèses sont très fragiles et la raison en est assez simple. C'est que, même si on s'évertue à vouloir faire une consultation, chacun de ceux qui vont venir devant vous voudra garder son secret sur la proposition qu'ils vont faire pour les conseils d'administration, de telle sorte qu'on n'est pas très avancés. Mais on peut vous dire que les hypothèses, par exemple, pour autant que les CSS sont concernés, à ce jour, au lieu de livrer des batailles. Il s'agit plus de les envisager comme ayant chacun leur conseil d'administration. Pas nécessairement... La situation géographique, pour nous, de même que surtout la vocation des CSS et leur mission nous invitent à y penser deux fois avant de vouloir associer le conseil d'administration du CSS à n'importe quelle autre catégorie d'établissement. C'est une interrogation.

**M. Sirros:** Est-ce que, au niveau des CSS, à Montréal, vous voyez, dans un votre raisonnement, les CSS comme ayant une responsabilité régionale ou sous-régionale, chacun?

**M. Marcoux:** Écoutez, on a eu, là-dessus, des mandats différents qui ont évolué et ça dépend de l'orientation politique. Avant de vous faire une recommandation concernant l'orientation des CSS, nous aurons besoin de connaître l'orientation politique nationale, pour savoir si cette structure va être basée sur des notions de territoire ou si elle va être basée sur des notions socioculturelles. Après ça, on est capables de vous donner une réponse. Mais nous ne sommes pas décisionnels dans ce choix-là. On s'est essayés, mais on a été obligés d'arrêter.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Marcoux. Je vous remercie. Je vais maintenant reconnaître le porte-parole de l'Opposition en matière de santé et député de Joliette.

**M. Chevrette:** Merci, M. le Président. Je voudrais dire à M. Marcoux: Vous êtes meilleur sans texte. Je vous reconnais, dans les années 1984, où on signalait une entente avec la conférence des CRSSS au niveau de la régionalisation. Ceux qui veulent véritablement une régionalisation, il faut qu'ils le manifestent par l'accroissement de pouvoirs au niveau de la région, par une décentralisation et non pas par une déconcentration. À mon point de vue, l'erreur passée - on peut remonter loin en arrière - c'est qu'on a donné l'illusion que la région

avait un rôle à jouer. Chaque fois que ça ne marchait pas en région, on remontait en haut, précisément parce que les pouvoirs ne sont pas identifiés. Il n'y a pas d'arrêt après la région. On peut, si on est puissant, faire un lobby au niveau national et contrer tout le travail de concertation sur le plan régional. C'est ce qui arrive, malheureusement. De sorte que si on ne va pas vers une véritable décentralisation au niveau de la région, je pense que c'est utopique que de penser à de la complémentarité entre les établissements. Chacun, égoïstement, voudra, à tout moment, voir son propre dossier réglé et si ça ne fait pas au niveau régional, ils auront toujours, par l'intermédiaire d'une députation ou d'un ministre, ces orientations de changées.

Ça veut dire que si on décentralise, on donne l'entière des pouvoirs, ça comprend l'imputabilité. Ça veut dire qu'on doit changer la loi de la gestion financière. Ça a toujours été le fameux problème: pas capable de décentraliser parce qu'ils ne sont pas imputables devant qui que ce soit. Ça a toujours été la grande question et ça a permis de garder une centralisation, à mon point de vue, qui a desservi précisément le bénéficiaire. Je suis d'accord avec vous dans l'analyse que vous faites, ça dessert le bénéficiaire parce que, en bout de course, tout le monde se targue de placer l'individu en première ligne et, dans le fin fond, ce n'est qu'une défaite parce que c'est du corporatisme "au boutte, au boutte". On en a entendu toute la journée hier. Ça, c'est clair.

Donc, moi personnellement, je vous suis dans la régionalisation, mais une véritable régionalisation, une véritable décentralisation où les individus devront, précisément, faire faire leur arbitrage là, jouer du coude là et non pas se fier sur Dieu le père, à Québec. Ça n'enlève pas, cependant - je suis content que vous le souligniez - les pouvoirs ultimes ou la responsabilité ultime des grandes orientations en matière de santé. Et si le communautaire - je ne voudrais pas me porter à leur défense - craint précisément les arbitrages régionaux, c'est parce que le communautaire ne se sent pas de taille pour lutter sur le plan des lobbies avec le secteur santé. J'ai bien compris qu'ils préféreraient que le ministre fixe des balises, dire: Tant du budget que vous avez en région doit être consacré au communautaire. Si ce secteur-là n'est pas fait, ce sera l'éternelle chicane entre le social et la santé. Et, à mon point de vue, ils ont raison. C'est beaucoup plus pathétique de regarder quelqu'un saigner que de regarder quelqu'un qui veut empêcher que ça saigne, avant même qu'on se coupe; tu le crois après, que la prévention peut avoir un rôle à jouer, mais c'est aussi important. La preuve, c'est qu'on n'a jamais voulu, au niveau du ministère, quels que soient les gouvernements, on n'a jamais voulu scinder le social de la santé parce qu'il y avait une interdépendance et ça prévalait au niveau de

toutes les formations politiques à venir jusqu'à date. Donc, je voulais me porter, au moins temporairement, à la défense du communautaire parce que ça m'apparaissait important.

Il ne faudra pas non plus, si on vise la complémentarité, par exemple, sous prétexte qu'on veut faire plaisir à un groupe, venir chambarder les habitudes, les coutumes et les arbitrages qui ont déjà été faits. Je prends Montréal, le CRSSS - je connais assez bien votre CRSSS, pour y avoir séjourné quelques jours, vous vous rappellerez, dans des conditions où le Père Noël faisait de bons vœux à tout le monde - il ne faudra pas que le gouvernement non plus vienne fausser les règles du jeu, créer des monopoles aux mains d'un groupe qui prend à la merci et en otage les centres hospitaliers, les autorités des établissements, le bénéficiaire et les autorités en région.  
(11 heures)

Vous savez ce dont je veux parler: La réforme des ambulances là, ça n'a pas été un succès pour demander au milieu de faire sa part. Au contraire, on a passé par-dessus la tête de tout le monde, si bien que vous n'avez aucun contrôle. Vous le savez, le CRSSS, vous êtes sortis du décor. Et, à mon point de vue, ça aurait dû être à vous autres de régler votre problème avec le soutien gouvernemental. Mais là, ce n'est pas le cas. On vous a tassés pour régler le cas de certains individus. Et ça, ça m'apparaît une erreur monumentale que vous ayez à traîner pendant quelques années d'ailleurs sur l'île de Montréal.

Cela étant dit, je vous suis. Je trouve que c'est un excellent mémoire parmi tous ceux qui nous ont présenté des mémoires à date, surtout ce que vous avez dit en dehors de votre texte aussi. Parce que, à mon point de vue, vous n'avez pas parlé exclusivement de structures. Vous avez parlé du rôle fondamental que vous avez à jouer dans une région. Il y a un volet qui n'est pas mentionné et que je voudrais traiter avec vous, c'est le financement du réseau.

Il y a des problèmes, il y a de graves problèmes de financement du réseau, vous le savez. Vous avez vu des gens venir dire que ça prenait des tickets modérateurs, la très responsable Association des hôpitaux du Québec. Vous avez vu le Conseil du patronat qui parle d'impôt à rebours. Vous avez vu des médecins qui ont plus ou moins accepté de dire qu'il y avait des moyens de s'en sortir même par des contrôles plus rigoureux. Même Augustin Roy est venu dire que son monde était tout bon, tout parfait. Les abus étaient quasiment seulement au niveau du bénéficiaire. Ce n'est pas tout à fait ça qu'il a dit mais pour quelqu'un qui lisait entre les lignes, ça pouvait vouloir dire ça.

Face au financement, quelle est votre réaction? Comment peut-on s'en sortir pour avoir un réseau qui ne vit pas ce problème chronique de financement depuis quelques années?

**M. Marcoux:** Évidemment, nous n'avons pas traité dans notre mémoire de l'aspect financement intentionnellement parce que ce n'était pas le propos du conseil régional de le faire. Cependant, je vais vous dire qu'on a fait des recommandations. Il y a deux ans, notre conseil d'administration, de façon unanime, a fait des recommandations à la suite d'une étude exhaustive qui a été faite par des professionnels sur l'état du parc immobilier à Montréal. Plusieurs ont utilisé les données par la suite pour étaler les difficultés qui sont rencontrées pour l'équipement et la vétusté.

À la même occasion, le Conseil régional de Montréal a fait des propositions concrètes de financement. Basés sur le fait suivant, il nous apparaît impossible pour vous, les élus, et pour le gouvernement, de faire face, seuls, à tout le financement de tous ces besoins et à cette demande qui s'en va grandissante. Il faut trouver des améliorations au financement. On en avait proposé deux et on se propose de revenir à nouveau à la charge vis-à-vis de ça. C'est de trouver un moyen de financer par la voie de la consommation des produits dangereux une plus grande part des services à la clientèle. Vous avez tout de suite pensé au tabac, à l'alcool, etc. et même une partie de l'essence - même si ce n'est pas un produit dangereux - pourrait aussi contribuer à un financement.

**M. Chevette:** Surtout qu'elle est gelée au plafond.

**M. Marcoux:** Une deuxième recommandation que nous avons faite, c'est une espèce d'association avec les grands magnats de la finance, avec des formules de crédit-bail pour l'acquisition des équipements. Il y a des expériences-pilotes qui ont été faites à date avec profit. C'est une autre possibilité de financement. Pour nous il est certain, je pense - ce que disait hier notre collègue David Levine - qu'on est tous conscients, comme vous autres qui êtes des élus, qu'il faut préserver la gratuité. Mais en même temps, on est tous conscients, comme vous autres, à l'intérieur de vous-mêmes, vous le savez fort bien, que tous ces services-là sont payés par un financement qui vient quand même des poches des citoyens sous forme de taxes. Alors, on pense qu'il faut trouver un autre type de financement en laissant le "front" de la gratuité là pour ne pas qu'il y ait des impairs et que des démunis soient véritablement frustrés par le système et il faut être imaginatifs pour aller chercher une autre forme de taxation. Mais je m'arrête là parce qu'on n'a pas fait une analyse exhaustive.

**M. Chevette:** Merci. Vous avez été directs et carrés dans vos remarques concernant l'équité dans le traitement des établissements en faisant carrément allusion au fait que les milieux, dits

ultraspécialisés, ou encore certains établissements universitaires, pouvaient être traités différemment et que ça créait un problème au niveau des complémentarités, au niveau de l'agencement, en tout cas, de l'harmonie des services sur 11e de Montréal. J'aimerais que vous nous donniez certains exemples pour bien faire comprendre les difficultés que vous vivez à cause de l'iniquité dans ces traitements.

**M. Marcoux:** Je vais vous donner deux petits exemples. On pourrait en parler très longuement parce que ne sont pas des histoires faciles à vivre pour nous. On a un mandat précis dans la législation, depuis 1979, comme responsables de la planification des effectifs médicaux. On a fait face à des murs, à des cathédrales, à des monuments. Malgré toutes les difficultés, on a eu un mandat très précis du gouvernement, l'année passée, pour faire en sorte qu'on ne nomme pas à Montréal plus de 70 nouveaux spécialistes, et nous avons livré la marchandise au grand dam de toutes les organisations qui ont dit: Ce n'est pas l'affaire du conseil régional de venir contrôler les effectifs médicaux. Les premiers en tête, bien sûr - et je ne leur en veux pas, c'est leur rôle - ce sont les doyens des facultés de médecine. Les facultés de médecine, actuellement, quand on est en relation ou en communication, ont de la peine à accepter que ces établissements relèvent d'un autre ministère que celui de l'Éducation mais, pourtant, on est dans deux ministères différents.

Dans les établissements spécialisés universitaires, la difficulté qu'on vit, c'est justement le fait suivant: c'est qu'ils peuvent avoir la grande tentation de se faire "baquer" par l'assemblée universitaire et par les universités en mettant en priorité la fonction enseignement et recherche. Moi, depuis le milieu... Je vous ai parlé de 30 ans dans le milieu, j'ai dirigé des hôpitaux ultraspécialisés universitaires, j'ai toujours reconnu qu'il y a les trois fonctions: soins, enseignement, recherche, mais, d'abord et avant tout, un établissement est là pour donner des soins et il participe, après ça, comme laboratoire à l'enseignement et à la recherche, mais ce n'est pas le rôle du ministère des affaires sociales de faire la formation de médecins. L'université voit dans ces contrats d'affiliation, actuellement, beaucoup les établissements comme étant des activités secondaires à leur orientation. Et ça apporte des problèmes. Tout ça n'est pas facile à concilier.

**M. Chevette:** Étant donné que vous êtes assez direct, je vais vous en poser une très directe: La médecine au Québec, le salariat par rapport au paiement à l'acte, comment voyez-vous ça, vous? Hier, on a entendu des gens dire que le meilleur système était le paiement à l'acte. Dans les urgences, certains prétendent que ça devrait être le salariat; dans les régions

éloignées, certains prétendent que ça devrait être le salariat parce qu'il n'y a pas suffisamment d'actes à poser, donc il n'y a pas d'incitation pour certains spécialistes à aller en région éloignée. Sous prétexte qu'il n'y a pas assez d'actes, donc si c'était le salariat, on pourrait régler peut-être le problème de la répartition des effectifs médicaux dont on parle depuis fort longtemps. Mais au-delà même de...

Etant donné que c'est la seule profession dont on ne contrôle pas l'entrée sur le marché du travail - qu'on prenne les enseignants, c'est un ratio 1-12, s'il n'y a pas plus... s'il y a 11 enfants et pas 12, il n'y a pas d'enseignant. Tu le coupes. C'est de même que ça marche. Si on a besoin de 24 infirmières dans un centre hospitalier, la 25e n'entre pas. Si tu sors de l'université avec ton diplôme de médecin omnipraticien ou ton diplôme de médecin spécialiste, tu pratiques. Tu pratiques et on ne contrôle même pas la limite de ta pratique, si ce n'est que quand ton quota est atteint, tu es obligé d'attendre aux trois mois, là. Et ce système-là peut, à mon point de vue, développer à la longue - je ne dis pas qu'il développe chez tout le monde, ce n'est pas vrai, ce n'est pas ça, on ne me fera pas dire ce que je ne veux pas dire - chez plusieurs des vices du système.

Tu sais, quand tu n'as pas de rendez-vous le lendemain, le bobo que tu vois la veille est peut-être plus laid que d'habitude. On est portés, par exemple, à dire: Ha! Il y a des personnes âgées qui vont voir trois ou quatre médecins dans la même semaine; ça, c'est affreux. Mais celui qui convoque trois fois la même personne dans la même semaine, c'est aussi affreux, et il n'est pas contrôlé. On a la facilité de condamner le gagne-petit, par exemple, les assistés sociaux, il y a 4 % ou 5 % de voleurs, ce sont tous des voleurs! Est-ce qu'on pourrait regarder ces deux côtés et nous parler s'il n'y a pas des mesures de contrôle qui pourraient peut-être équilibrer le système un peu plus qu'il ne l'est présentement?

**M. Marcoux:** M. Chevrette, je pense que vous soulevez, vous le savez bien d'ailleurs, le problème de l'heure... On n'a pas évolué beaucoup sur l'analyse de la rémunération pour les médecins. C'est un "must", il faut trouver un moyen d'adapter des enveloppes budgétaires à des programmes déterminés. Je ne sais pas comment encore, mais il faut véritablement en arriver à pouvoir indiquer qu'on n'a pas une enveloppe budgétaire illimitée pour un nombre illimité d'actes. Après avoir cerné des enveloppes budgétaires pour des services, les modalités de rémunération viendront bien facilement. Pour l'instant, ce que je peux vous dire, c'est qu'il nous apparaît que la pratique en établissement devrait beaucoup plus ressembler au salariat qu'à la rémunération à l'acte, pour la pratique en établissement. Hors établissement, il y aurait des

moyens de contrôle d'enveloppes budgétaires aussi, et la détermination d'enveloppes par région peut en être une. Bon. Il serait très intéressant, à mon point de vue, pour répondre franchement à votre question, que les études qui avaient été faites sur les honoraires modulés reviennent sur la table pour être réanalysées. Avec l'évolution maintenant qui s'est faite chez les médecins aussi, il faut que vous pensiez qu'un grand nombre de médecins sont prêts à changer leur mode de rémunération.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Je vais maintenant reconnaître le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

**M. Trudel:** Je vais reconnaître aussi, à mon tour, la franchise de vos affirmations et de vos déclarations. Mon collègue soulignait les déclarations hors texte mais le texte aussi, quant à moi, est extrêmement intéressant, en particulier à la page 3 où vous nous décrivez très bien le type de population auquel vous avez à faire face en termes de services et de dispensation de services, ses caractéristiques particulières comme étant évidemment les causes fondamentales de la nature du service que vous devez dispenser. Nous l'avons fait de ce côté-ci, remarquez, à l'ouverture de la commission. Il nous apparaît qu'il va falloir tenir compte du type de clientèle dans telle ou telle région, dans tel ou tel secteur dans l'allocation des ressources. Je prends en exemple que vous nous ramenez très bien le problème de l'"itinérance" à Montréal, sur l'île, forcément et tout à fait différent comme défi de ce que ça peut être à Québec, en Beauce, en Abitibi, dans le Bas-du-Fleuve, etc. Et, à cet égard, est-ce qu'au niveau - on a parlé de financement - de la répartition, au niveau de l'allocation des ressources, est-ce qu'on ne devrait pas axer le système d'allocation des ressources en fonction, par exemple, de l'état de santé d'une population, du taux de "prévalence" de certaines maladies, du niveau de risques sur telle population concernée et là, nous retrouverions, je pense, et je voudrais avoir votre opinion là-dessus, nous pourrions répondre aux caractéristiques de la population qu'il y a à servir et ce sera probablement fort différent sur l'île, sur la rive sud dans la ceinture ou les environs de Montréal, et la même chose dans d'autres régions par rapport à d'autres situations? Est-ce qu'on devrait en tenir compte, plus qu'en tenir compte, est-ce qu'on ne devrait pas baser la répartition des allocations financières, les allocations de ressources sur ce critère fondamental?

**M. Marcoux:** Je pense que vous avez une analyse assez rigoureuse d'une projection qui doit venir, et les signes avant-coureurs des gestes posés actuellement par M. Côté nous laissent croire qu'on va se diriger rapidement vers des enveloppes sur des programmes prioritaires. Il

nous en a annoncé deux: La personne âgée, la jeunesse. Il arrive que dans "rétinérance", on retrouve les deux catégories. À notre goût, cependant, c'est que, comme on retrouve dans "rétinérance" beaucoup plus de jeunes, il faudra qu'on ait une ouverture plus grande sur ce programme-là, sur le financement de ce programme. Actuellement, n'eût été la décision de la ville de Montréal pour continuer de financer les 15 000 itinérants par certaines ressources, on serait dans une impasse terrible, au moment où on se parle.

(11 h 15)

**M. Trudel:** Très bien. Je ne sais pas si vous avez noté, cependant, qu'à la volonté manifestée par le ministre, comme vous venez de le souligner, on ne retrouve pas ça dans le projet de loi. Regardez l'article 1 du projet de loi qui nous parle du but. Le but: l'amélioration de la capacité physique et d'agir de l'individu. À l'article 2, on décrit très bien, au niveau des objectifs, que le système doit agir sur les déterminants pour la santé. Et là surtout, allez à l'article 3 au niveau des moyens, au cinquièmement des moyens, tout à coup, on ne retrouve plus, comme facteur de répartition, l'allocation des ressources basée sur la description. Là-dessus, on va être très précis. Regardez donc l'article 2, 3°, au niveau des objectifs. "Les objectifs répondent aux besoins de la population en tenant compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles et socio-économiques des régions." Article 3, 5°, "favoriser une répartition des ressources humaines et financières la plus juste et la plus rationnelle possible". On vient d'échapper les déterminants de la santé, on vient d'échapper les caractéristiques socioculturelles et socio-économiques des régions. Est-ce qu'on ne devrait pas retrouver ça là-dedans?

**M. Marcoux:** Oui.

**M. Trudel:** Également au niveau des moyens pour être sûr que celui qui agit au niveau de la répartition des ressources tient compte des éléments déterminants de la santé.

**M. Marcoux:** Oui. En effet...

**Le Président (M. Joly):** Je vous inviterais à conclure assez brièvement, s'il vous plaît. Notre temps est déjà dépassé.

**M. Marcoux:** Oui. Je ne peux que mentionner qu'il faut, bien sûr, trouver dans le texte de loi qui sera le texte de loi final, toutes les mesures suffisantes pour protéger les grands objectifs et les déterminants qui sont énoncés.

**M. Chevrette:** En d'autres mots, il faut que le ministre confirme maintenant par écrit ce qu'il dit verbalement.

**Le Président (M. Joly):** Malheureusement...

**M. Trudel:** C'est ça.

**Le Président (M. Joly):** ...nous avons déjà largement dépassé, alors je me dois de conclure et de remercier les membres du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.

**M. Côté (Charlesbourg):** Peut-être que vous me permettez...

**Le Président (M. Joly):** Je demanderais à M. le ministre de conclure.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Uniquement pour vous dire merci. Je pense que sur le plan des effectifs médicaux, et ça vaut la peine de le dire, vous avez joué un rôle tout à fait extraordinaire et responsable. Vous avez fait la démonstration qu'il y avait des possibilités et des espoirs de ce côté-là. Je tenais au moins à le souligner parce que ce n'était pas une situation facile de tirage de poignets, et vous en savez quelque chose. Vous avez joué votre rôle et je tenais à le dire. Évidemment, c'est prometteur pour l'avenir.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Merci, messieurs et mesdames.

**M. Leblanc:** M. le Président, je tiens à remercier la commission. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Pourriez-vous, s'il vous plaît, accélérer et libérer?

Je demanderais aux représentants de l'hôpital Marie Enfant de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît, afin que nous puissions débiter. Nous avons un petit peu de rattrapage de temps à faire.

Pour le bénéfice des membres de cette commission, j'aimerais demander au responsable du groupe de l'hôpital Marie Enfant de bien vouloir se présenter et présenter les personnes qui l'accompagnent.

#### Hôpital Marie Enfant

**M. Baril (Fernand):** M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés. Fernand Baril, hôpital Marie Enfant, président du conseil d'administration.

J'aimerais vous présenter les deux personnes qui m'accompagnent. Il s'agit, en l'occurrence, de Me Michel Brunet, directeur général, qui est immédiatement à ma droite, et du Dr Michel Vanasse, président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et chercheur principal à notre établissement.

**Le Président (M. Joly):** M. Baril, je vous

rappelle que nous avons une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire.

**M. Baril (Fernand):** Oui.

**Le Président (M. Joly):** Après, le temps est réparti en parts égales aux deux formations.

**M. Baril (Fernand):** En tout premier lieu, je voudrais vous remercier pour avoir permis à notre hôpital d'exposer sa position. C'est un établissement qui présente, croyons-nous, des particularités telles qu'il ne doit pas être intégré au moule uniforme tracé par les orientations ministérielles présentées au printemps dernier et par l'avant-projet de loi qui fait l'objet de votre examen.

Si on fait un peu l'historique, on peut dire que l'hôpital Marie Enfant est issu des travaux du Dr Armand Frappier sur la tuberculose infantile, il y a maintenant plus de 50 ans, et a été fondé par un groupes d'hommes et de femmes bénévoles soucieux d'enrayer ce fléau à Montréal et au Québec. L'hôpital Marie Enfant a progressivement traité, adapté et réadapté des enfants âgés de zéro à 18 ans affectés de pathologies graves, souvent évolutives, parfois multiples. Au long des années, au fil des progrès scientifiques remarquables, l'hôpital a accueilli des clientèles nouvelles provenant de régions de plus en plus lointaines de son emplacement montréalais et nécessitant des interventions toujours plus complexes et spécialisées.

Il a reçu en 1982 du ministère des Affaires sociales et du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain le mandat de ne traiter désormais que des clientèles présentant des déficiences motrices associées à des incapacités ou handicaps. Cette population, comme en fait foi le tableau présenté en page 4 du présent mémoire, provient, dans une proportion de 50 %, de l'extérieur de la région 06A.

En 1985, l'hôpital Marie Enfant voyait son statut juridique transformé de la classe "centre hospitalier de soins prolongés pour convalescents" à celle de "centre hospitalier de courte durée" avec mission unique en adaptation et réadaptation physique pédiatrique. Il était et est toujours aujourd'hui le seul centre hospitalier au Québec à remplir exclusivement cette mission spécifique. Par ce seul fait, il ne serait pas utile de poursuivre plus avant pour constater que l'hôpital Marie Enfant ne cadre d'aucune manière dans la logique qui sous-tend le regroupement d'établissements par territoires de centres locaux de services communautaires.

Nous démontrerons tantôt, par la voix du directeur général, que notre centre, non pas tant pour sa survie en tant qu'entité juridique et administrative autonome, mais pour préserver la qualité des services ultra spécialisés qu'il rend, doit maintenir son identité et son autonomie en accédant au statut d'institut universitaire en

réadaptation physique pédiatrique. Sans cela, l'ensemble du territoire du Québec sera totalement dépourvu de ce type d'établissements et le sera pour de nombreuses années à venir, selon le dossier des "Orientations" intitulé "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec", déposé au printemps 1989, qui ne fait état d'aucun établissement universitaire de ce genre.

J'invite maintenant Me Michel Brunet à présenter le dossier.

**M. Brunet (Michel):** Merci, M. le Président. M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, merci à mon tour de nous recevoir. Je ne pense pas que la présentation du conseil régional, qui a précédé, nous ait tellement facilité la tâche. Je vous avoue que nous étions déjà, en nous en venant tout à l'heure, un peu petits à la pensée de suivre un organisme aussi prestigieux. Je me demande si les commentaires de M. Marcoux concernant les hôpitaux universitaires vont tellement nous rendre service. Mais, en tout cas, nous allons continuer, puisque nous sommes venus.

**M. Chevette:** Qui ne risque rien n'a rien.

**M. Brunet:** Et vous êtes vraiment très indulgents.

Justement, ce que nous voudrions tenter de démontrer au cours des quelques minutes qui nous sont accordées... En passant, M. le ministre, si notre président, M. Baril, parle de moi comme étant Me Brunet - je vous avoue que ça lui arrive extrêmement rarement - je voudrais absolument vous rassurer: la loi 97 s'applique à l'hôpital Marie Enfant et je n'ai pas deux professions. Il se produit toutefois que je suis avocat et encore membre du Barreau.

Nous voudrions précisément, M. le ministre, tenter de démontrer qu'un petit établissement, quoique nous n'ayons pas le complexe du misérabilisme, que je voudrais situer pour les personnes qui ne le connaissent pas... On a la mauvaise habitude de le désigner comme étant le voisin immédiat de l'Institut de cardiologie sur la rue Bélanger, à Montréal. Quand je dis: mauvaise habitude, c'est évidemment en blaguant. Alors, voilà où nous sommes. Notre établissement a 100 lits. Il a un foyer de groupe de neuf lits et nous administrons également un centre d'accueil de 125 lits.

Je vais revenir à mon propos d'origine. Nous essayons par ce mémoire modeste, M. le ministre, de démontrer qu'un petit établissement comme le nôtre ne cadre en rien, en bon français ne "fit" d'aucune manière dans un moule qui a, par ailleurs, ses vertus. Il peut avoir ses vertus dans telle ou telle région du Québec. Certains de mes collègues à la Direction des établissements de santé de Montréal admettent tout à fait que le principe de l'unification et non de la fusion, comme il est dit dans notre tex-

te - je tiens à le corriger immédiatement car notre utilisation du mot "fusion" est sur le plan juridique un peu abusive donc il est très probable et très possible que dans certaines régions et dans certains quartiers l'amalgame des conseils d'administration, sans la disparition toutefois des entités juridiques, soit tout à fait souhaitable. On a même vu des exemples semblables se réaliser à travers le Québec et, ma foi, de plus en plus, et particulièrement ici, dans la région de la ville de Québec, sans qu'il ne soit nécessaire, M. le ministre, de l'imposer par voie législative.

Pour l'hôpital Marie-Enfant, il y a là, dans cette perspective - et c'est ce qui nous amène ici - une réelle possibilité que le Québec se dispense malheureusement de ce qui est aujourd'hui, avons-nous dit, le seul centre hospitalier en réadaptation pédiatrique. Nous ne faisons aucune forme d'ostentation, M. le ministre, en insistant sur le fait que nous sommes le seul centre hospitalier avec ce statut juridique, qui a cette mission unique et spécifique en réadaptation d'enfants physiquement handicapés. Ce n'est pas par ostentation, mais pour vous rappeler que les officiers de votre ministère nous ont confié cette mission et qu'ils ont gardé à un CH cette mission, avec une priorité en rééducation ou en réadaptation fonctionnelle, et nous démontrons, ma foi, tous les jours que nous nous impliquons également énormément dans la réinsertion sociale des enfants handicapés.

Pourquoi y a-t-il danger? Il y a danger pour toutes les raisons que vous avez sans doute entendues et que vous entendrez probablement dans les mémoires ultérieurs. La population, nous semble-t-il, quant à moi, depuis plusieurs années à la direction de cet hôpital, n'a pas toujours été la mieux servie. Nous diluons, diluons l'effort des membres du conseil d'administration actuel dont notre président est lui-même - et il ne m'en voudra pas de le rappeler - parent d'un enfant handicapé, un vrai citoyen... Les vrais citoyens ne sont pas qu'ailleurs du réseau. Nous croyons que tous les efforts de ces membres de conseil d'administration, des 150 gouverneurs de l'hôpital Marie-Enfant, tel est le nom de notre fondation, l'implication des membres de la corporation, M. le ministre - quoi qu'on en pense, quoi qu'on en dise, toutes les corporations ne sont pas aussi inefficaces que ce qu'on entend dire - que tous ces efforts, donc, seront indûment dilués dans un ensemble qui n'a strictement rien à voir avec notre réalité.

Alors, nous sommes coincés. C'est vous, M. le ministre, qui, en vertu de l'article 37, désignez et désignerez les établissements qui seront instituts universitaires et ceux qui ne le seront pas. Dans le dossier des orientations de votre prédécesseur, le nom de l'hôpital Marie-Enfant est absent. Celui de l'institut François-Charron ici, à Québec, est présent et nous n'avons rien contre cela, c'est un excellent établissement. L'Institut de réadaptation de Montréal, avec

lequel nous entretenons d'étroites collaborations, est un institut universitaire depuis longtemps et il nous semble qu'en réadaptation pédiatrique, M. le ministre, il n'y a pas de CH au Québec qui pourra conserver - oui, oui, c'est une partie de nos motifs - son identité et son dynamisme. (11 h 30)

Je vais laisser le Dr Michel Variasse, neurologue, vous exposer, pour les quelques minutes qui nous restent - et, ensuite, nous répondrons à vos questions - l'état d'avancement du dossier scientifique chez nous et en particulier, et malgré ce que nous venons juste d'entendre, l'état d'avancement de la recherche et des technologies.

**Le Président (M. Joly):** M. Vanasse.

**M. Variasse (Michel):** M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs, malgré sa taille relativement modeste, l'hôpital Marie-Enfant est un hôpital qui possède des particularités. M. Brunet vient d'insister sur les particularités de sa vocation de réadaptation pédiatrique qui fait que notre hôpital est différent des centres hospitaliers pour enfants comme l'hôpital Sainte-Justine ou l'hôpital de Montréal pour enfants, du fait de sa vocation de réadaptation et, en même temps, différent des centres d'accueil ou centres hospitaliers de réadaptation adulte du fait, bien sûr, de sa vocation pédiatrique.

C'est un hôpital qui est particulier aussi par sa clientèle. Nous traitons des enfants ou des adolescents qui présentent une incapacité physique et les handicaps qui en découlent. Mais cette clientèle n'est prise en charge par aucun autre centre hospitalier. Comme exemple, on peut penser à nos 515 enfants ou adolescents qui sont atteints de maladies neuromusculaires, c'est-à-dire de maladies progressives et héréditaires, qui sont suivis chez nous et qui, malheureusement, ne peuvent pas être suivis ailleurs.

On peut donner aussi comme exemple les enfants qui ont subi un traumatisme crâniocérébral et qui sont suivis en réadaptation dans notre milieu. C'est aussi un hôpital qui a des particularités du fait de son approche que je qualifierai de multidisciplinaire obligatoire puisque nous traitons des enfants qui présentent une incapacité et un handicap. L'aspect psychosocial nous semble important et ce, tant au niveau des soins - et je le mentionnerai tout à l'heure - qu'au niveau de la recherche.

Bien sûr, l'approche multidisciplinaire existe dans d'autres centres hospitaliers. Mais, chez nous, elle est obligatoire, puisqu'on doit prendre en considération aussi bien les besoins physiques, psychologiques, psychosociaux d'intégration et de réinsertion sociale. Donc, on doit travailler avec des équipes qui comportent aussi bien des médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, mais aussi des travailleurs sociaux et des psychologues.

Par contre, l'hôpital Marie Enfant n'est pas un hôpital isolé. Ce n'est pas un élément isolé dans le réseau. Mais c'est un hôpital qui a un rôle de complémentarité à jouer, complémentarité au niveau des soins, que ce soit avec les centres hospitaliers de courte durée, que ce soit avec les centres d'accueil, que ce soit avec les CLSC. Je pense que nous avons joué ce rôle. Mais c'est aussi un hôpital qui a un rôle à jouer au niveau de la recherche et de la prévention, là aussi en soi, mais dans un élément de complémentarité. Au cours des dernières années - une vocation qui est, somme toute, assez récente - on a tenté de développer la recherche à l'hôpital Marie Enfant. Cette recherche est faite d'abord à l'hôpital mais aussi, le plus souvent, en collaboration soit avec un autre centre hospitalier. Je peux donner comme exemple des projets de traitement expérimentaux de la dystrophie musculaire que nous faisons avec l'Hôpital de Montréal pour enfants, des projets de génétique moléculaire que nous faisons avec l'hôpital Sainte-Justine.

Plus, nous avons tenté de nous intégrer et je pense que nous avons contribué à former un réseau de recherche en réadaptation au niveau de la région montréalaise, réseau de recherche qui, bien sûr, a été suggéré ou formé d'abord par le Fonds de la recherche en santé du Québec. Nous faisons aussi partie du réseau provincial de médecine génétique à titre de membre du sous-comité de maladies neuromusculaires et l'hôpital Marie Enfant, par son programme de maladies neuromusculaires a été un élément déterminant dans la formation d'un réseau de dépistage des porteurs de la dystrophie musculaire de Duchenne et de Becker, de même que d'un réseau de diagnostics anténatals.

Ce réseau regroupe les hôpitaux de Chicoutimi, le Centre Cardinal-Villeneuve à Québec, l'hôpital de Sherbrooke, l'Hôpital de Montréal pour enfants, ainsi que les hôpitaux Marie Enfant et Sainte-Justine.

Actuellement, on tente de former un réseau canadien de maladies neuromusculaires et on tente aussi de faire une collaboration internationale au niveau de la génétique moléculaire qui est certainement une approche extrêmement importante au niveau de la recherche en général et de la recherche en réadaptation, puisque nous voulons traiter les causes. Nous voulons trouver des moyens préventifs à ces maladies et, éventuellement, en aboutir à amener des soins de meilleure qualité.

Je pense que l'obtention d'un statut universitaire est extrêmement important pour l'hôpital Marie Enfant. Je pense que la recherche n'est certainement pas contradictoire à la qualité des soins et qu'une recherche de bonne qualité ne peut qu'amener des soins de meilleure qualité.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Vanasse. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre délégué à la Santé, M. Sirros.

**M. Sirros:** Merci beaucoup, M. le Président. J'aimerais, à mon tour, remercier les personnes qui sont ici, de l'hôpital Marie Enfant, pour leur présentation, en particulier, peut-être, Me Brunet. Finalement, ce qu'on a, c'est un plaidoyer - c'est peut-être par formation - un plaidoyer éloquent, je devrais dire aussi, par rapport à la reconnaissance de l'hôpital Marie Enfant comme institut universitaire, comme établissement universitaire. Je comprends que vous pointiez un peu le document d'orientation qui ne nomme pas l'hôpital Marie Enfant comme un des établissements universitaires possibles. Je tenais simplement à souligner que ce choix n'est pas fait. Ce n'est pas encore déterminé quels seront les instituts universitaires comme tels. C'est aussi dans les intentions du ministère - et je pense qu'on pourra le dire - de nommer des instituts universitaires en dehors du secteur traditionnel médical, mais peut-être plus particulièrement par rapport aux personnes âgées et à la réadaptation. Il y aura, évidemment, à un moment donné, des choix à faire dans ce sens-là, mais je ne pense pas qu'on soit en mesure, aujourd'hui, de répondre à cette requête que vous faites. On en prend note, effectivement.

Mais j'aimerais, peut-être, réaligner en quelque sorte votre présence ici en vous posant la question à l'inverse. Si, par exemple, on garantissait l'autonomie de votre conseil d'administration, donc l'autonomie ou la désignation d'un conseil d'administration par rapport à votre hôpital, est-ce que le désir serait si intense d'être nommé centre universitaire?

**M. Brunet:** Oui, monsieur, et très sincèrement. Évidemment, vous le savez très bien, vous allez entendre des gens trouver - j'imagine, et je les respecte - toutes sortes de prétextes pour échapper à ce changement majeur et pour conserver les habitudes, bien sûr. Mais je vous réponds: Très sincèrement, oui, parce que ce n'est pas d'hier et ce n'est pas du printemps dernier, M. le député, que nous avons amorcé ces démarches avec l'Université de Montréal, en particulier. Curieusement, dans de petits secteurs d'activité, outre ce que le Dr Vanasse vient de rappeler concernant nos liens assez étroits avec l'hôpital Sainte-Justine dont l'immense majorité des médecins spécialistes de l'hôpital Marie Enfant proviennent, outre cela, curieusement, nous avons des affiliations ponctuelles avec l'Université McGill, en dentisterie, par exemple, en chirurgie dentaire pour les enfants handicapés, parce que nous avons une salle de chirurgie chez nous.

Je vous répondrai que oui, il y a bien des années que nous souhaitons obtenir ce qui est important pour le développement de cet hôpital, un hôpital, encore une fois, que votre ministère a soutenu depuis des années alors qu'il aurait pu, à une certaine époque de son existence, laisser tomber. Je vous répondrai que oui.

**M. Sirros:** Je pourrais aussi poser la question à l'inverse: Si vous étiez nommé institut universitaire, à un moment donné, est-ce que vous pourriez envisager plus facilement la participation à un conseil d'administration unifié?

**M. Brunet:** Pas vraiment plus et pour les raisons ou l'envers des raisons que j'ai exprimées tantôt. Nous avons le sentiment très net que la particularité de cet établissement, le fait, comme nous tentons de le démontrer dans ce document, que sa population, que sa clientèle qui habite le territoire du CLSC - puisqu'il s'agit de cela dans l'avant-projet de loi comme délimitation - est de 4 %, nous avons le sentiment très net qu'il n'y a pas de résonnance à faire administrer cet établissement et d'autres du territoire du CLSC Rosemont dans l'est de la ville de Montréal par une autre entité que celle du conseil d'administration actuel, je veux bien dire actuel ou remodelé. Je ne parle par des individus qui le composent, bien sûr.

Nous ne nous objectons pas, et d'ailleurs quel serait donc notre pouvoir? nous ne nous objectons nullement à ce qu'il y ait une modification du "membership" des conseils d'administration, mais - j'allais dire par pitié - ne sombrons pas dans d'autres choses. S'il vous plaît, considérez qu'il y a une implication considérable, extrêmement importante de citoyens, malgré les apparences. Ce n'est pas un centre hospitalier comme les autres. Beaucoup vont vous dire la même chose, j'en conviens. Ce n'est pas la cause des autres que nous défendons ici aujourd'hui. Il y a des conséquences majeures pour les enfants physiquement handicapés, à long terme. Elles sont tout à fait imprévisibles lorsqu'on lit le dossier des orientations, lorsqu'on épluche aussi les objectifs de l'avant-projet de loi qui vous occupe. Mais je vous affirme qu'à long terme il y a des conséquences importantes à ne pas décider, entendons-nous bien, avec le Conseil régional, comme cela vient d'être exprimé - comme d'ailleurs le Conseil régional, en ce moment, dans l'état actuel des choses et depuis des années, a le pouvoir de le faire - en concertation avec Sainte-Justine, en concertation avec MacKay Center, en concertation avec l'Hôpital de Montréal pour enfants. Vous avez une petite série, dans ce document, d'exemples de concertation qui, M. le ministre, ne nous placent nullement, nous semble-t-il, dans la catégorie des établissements qui se sont cloisonnés les uns par rapport aux autres.

Permettez-moi d'ajouter, en terminant, à cette question... Assez curieusement, nous venons d'entendre certains exemples de cloisonnement au niveau des hôpitaux universitaires, je veux dire des centres hospitaliers universitaires - ce n'est pas notre cas - qui offrent la gamme complète de services de santé. Assez curieusement, si la matière reprochée est vraie, si elle était vraie,

ce sont les hôpitaux universitaires, ceux-là, les grands hôpitaux universitaires, qui échapperaient au conseil d'administration unifié. Je trouve qu'il y a là comme une ambiguïté. Mais ce n'est pas vraiment le propos de l'hôpital Marie-Enfant, aujourd'hui. Ce que je veux dire, c'est qu'il me semble qu'il y a encore des choses à explorer. J'apprécie et je vous remercie pour la précision que vous faisiez au début. Nous savons que nous sommes presque techniquement hors du sujet, ici; nous le savons, mais nous sommes coincés et sans ressources pour procéder autrement. Si notre conseil disparaît demain matin ou après l'adoption d'une loi qui serait identique à celle-ci, il sera trop tard pour devenir un institut.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Brunet. Je vais maintenant reconnaître la députée de Bourget, Mme Boucher-Bacon.

**Mme Boucher-Bacon:** Je vous remercie beaucoup d'avoir présenté votre mémoire, ce matin, devant nous. Je reconnais aussi que votre hôpital est un établissement qui déborde du moule. Je le connais pour l'avoir fréquenté par mes enfants et aussi parce que vous êtes en complémentarité avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Maintenant, je reconnais votre vocation et je vous en félicite.

J'aimerais bien, au-delà de mon ministre, que vous soyez reconnus comme institut, bien que les pouvoirs de l'avant-projet ne vous le permettent pas. Ça ne veut pas dire que la porte est fermée. Il faut être un petit peu optimiste, dans le domaine de la santé, pour savoir que ça prend du temps avant d'être reconnu. Alors, moi, j'aimerais savoir comment vous voyez votre rôle de complémentarité face à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.

**M. Brunet:** Je risquerais une réponse parce que j'ai un certain nombre d'idées là-dessus. Je préfère probablement laisser au Dr Vanasse, qui est du secteur scientifique, le soin de vous répondre.

**M. Vanasse:** Je pense que la complémentarité est une complémentarité qui est, somme toute, la même qu'avec l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'hôpital Sainte-Justine, dans le sens où une partie de la clientèle que l'on dessert vient de Maisonneuve-Rosemont. Je pense, par exemple, aux enfants qui ont un traumatisme crânio-cérébral; on en a plusieurs qui viennent de Maisonneuve-Rosemont. Par ailleurs, c'est sûr qu'il y a une complémentarité, jusqu'à un certain point, un peu plus physique. Mais comme notre vocation est très spécifiquement la réadaptation pédiatrique, ce sont vraiment les cas de réadaptation pédiatrique, c'est-à-dire les enfants présentant un handicap physique, que l'on suit, que l'on voit à Marie-Enfant, à l'exclusion de tout autre. On n'est pas un hôpital

de pédiatrie générale, je pense qu'il faut le reconnaître. Et le conseil d'administration, aussi bien les médecins et les autres professionnels de la santé, on s'est vraiment cantonnés, depuis les six dernières années, à la réadaptation pédiatrique, dans ce sens-là.

**Mme Boucher-Bacon:** Si je comprends bien, vous avez des cas de pathologie bien spécifiques.

**M. Vanasse:** Oui.

**Une voix:** Absolument.

**Mme Boucher-Bacon:** Est-ce que vous pourriez en déterminer quelques-uns pour la commission?

**Une voix:** Oui, absolument.

**M. Vanasse:** Je pense que j'ai peut-être parlé tout à l'heure du programme qui me tient le plus à coeur puisque je le dirige depuis onze ans maintenant, c'est-à-dire le programme de maladies neuromusculaires. Ce sont vraiment des enfants qui sont atteints de dystrophie musculaire, d'Ataxie de Friedreich, qui sont, comme je le mentionnais, des maladies héréditaires évolutives. C'est pour ça que j'ai peut-être beaucoup insisté sur l'élément de génétique moléculaire, pour des raisons, là aussi, qui me tiennent à coeur, parce que ce sont des éléments de prévention. C'est vraiment là où on pense qu'on pourra trouver la cause de ces maladies-là et le traitement.

Je mentionnais aussi que nous commençons dans quelques semaines un traitement expérimental en collaboration avec l'Hôpital de Montréal pour enfants. À côté de ça, le programme le plus important, numériquement, ce sont les enfants qui présentent un déficit moteur cérébral qu'on connaît parfois sous le terme de paralysie cérébrale. Nous avons deux programmes de DMC ou de déficit moteur cérébral qui regroupent 600 cas actifs. Quand je dis "cas actifs", ce sont des gens qui sont pris en charge par une équipe multidisciplinaire. Un programme plus jeune, mais qui est extrêmement important pour nous aussi - je le mentionnais - est le programme pour enfants ayant subi un traumatisme crânio-cérébral, qui est un programme fait en collaboration avec la Régie de l'assurance automobile du Québec. C'est vraiment un programme qui est fait - les autres aussi, je dois dire, mais vraiment celui-là - pour essayer de minimiser les séquelles d'une atteinte cérébrale comme celle-là et faire une réintégration sociale.

(11 h 45)

Il y a, après ça, le programme de développement, qui est un programme de surveillance des enfants qui présentent un retard de développement, des programmes plus spécifiques de

scoliose, des problèmes musculo-squelettiques. Enfin, je pense que tout ce qu'on peut concevoir comme handicaps physiques, je dirais, comme déficiences et handicaps physiques chez l'enfant, on le retrouve à Marie-Enfant. Je mentionnais aussi notre intérêt... Les soins qu'on tente de prodiguer ne sont pas uniquement physiques - je n'ai peut-être pas suffisamment insisté sur l'élément psychosocial - mais on travaille... On a, actuellement, trois étudiants qui font leur doctorat à l'Université de Montréal, dans le Département de psychologie, qui étudient les impacts des handicaps ou des incapacités physiques, devrais-je dire, les impacts psychosociaux, les processus d'adaptation. Je pense que cet élément-là est un élément extrêmement important pour nous.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Vanasse. Je vais maintenant reconnaître le député de Verdun, M. Gauthrin.

**M. Gauthrin:** Vous n'avez pas besoin de me convaincre, au départ, de l'importance de la recherche en milieu hospitalier, ni de l'importance des hôpitaux d'enseignement. Mais, pour bien comprendre la demande que vous faites, j'aurais besoin de deux informations. La première, c'est: Quelle est votre implication, à l'heure actuelle, dans la formation universitaire? Vous avez dit, à la page 11, que vous avez un contrat par le biais de l'hôpital Sainte-Justine, un contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal et un autre avec le Département d'administration de la santé. Qu'est-ce que vous faites, exactement, dans la formation universitaire? Le deuxième élément de ma question, donc je vais vous dire mes deux questions tout de suite, c'est: Vous donnez la liste de vos projets de recherche actifs. Je comprends, monsieur, que vous êtes le chercheur principal; le principal des projets de recherche, c'est vous qui les assumez. Qui est impliqué dans les activités de recherche à l'intérieur de votre groupe? Combien de personnes sont impliquées dans les activités de recherche à l'intérieur de vos hôpitaux? Vos projets de recherche sont financés par le FRQS, j'aurais aimé voir quel est le montant... Pour chacun de vos projets de recherche, combien obtiennent-ils en termes de financement? Sont-ils financés par le CRM? C'est-à-dire, est-ce que... Ce sont les trois volets d'une même question, c'est-à-dire avoir une idée de votre implication dans l'enseignement et la recherche universitaires.

**M. Brunet:** Si vous permettez, je vais amorcer la réponse et laisser le Dr Vanasse donner les précisions qui s'imposent à cette excellente question.

Le protocole avec l'hôpital Sainte-Justine dit, en substance, ceci, à l'article 1 ou à l'article 2, je crois: L'hôpital Marie-Enfant et l'hôpital

Sainte-Justine s'associent pour des fins d'enseignement universitaire et de recherche seulement. Suivent d'autres articles moins pertinents, moins essentiels. Cela était une tentative afin d'obtenir que des stagiaires, que des résidents en médecine, dans les disciplines médicales qui touchent à la réadaptation - évidemment, la psychiatrie et l'orthopédie notamment, la neurologie - fassent des stages suffisamment substantiels à l'hôpital Marie-Enfant pour que l'on puisse considérer qu'il y a un noyau assez consistant pour que ce soit incitatif, et développer également, chez les futurs médecins, un attrait pour la pratique de cette médecine difficile et pas la plus rémunératrice.

Ce n'est pas un échec complet, c'est bien loin d'être un succès. Et, dans mes propos, il n'y a rien qui soit agressif à l'endroit de l'hôpital Sainte-Justine ou de son administration, c'est tout à fait le contraire. C'est complètement insuffisant, M. le député, parce qu'il n'y a pas cette identité très nette. Nous devons constamment - et je le dis, encore une fois, avec déférence pour Sainte-Justine - être à la remorque des volontés et des horaires, d'une part, de l'université, bien sûr, mais par le transit de l'hôpital Sainte-Justine, et ça nous paraît totalement insuffisant.

En ce qui concerne le nombre de chercheurs, je cède la parole à M. Vanasse.

**M. Vanasse:** Disons qu'actuellement, au point de vue du nombre de chercheurs, je pense qu'il faut peut-être se resituer. Je disais que la vocation de recherche de l'hôpital Marie-Enfant est une vocation relativement récente et une des raisons est assez évidente, c'est que, n'étant pas un hôpital où un institut universitaire, il est difficile de faire directement des demandes. Vous savez, pour faire une demande auprès de quelque organisme que ce soit, il faut avoir un titre universitaire, professeur agrégé, adjoint, etc. Donc, ça devient un petit peu difficile, quand tu travailles dans un hôpital qui n'est pas universitaire comme tel, de faire une demande à partir de là. Le nombre de chercheurs, actuellement - je pourrais les appeler cliniciens - ou de cliniciens qui contribuent à la recherche, il y en a quatre qui travaillent dans ce domaine. Ce que nous avons tenté de faire au cours des deux dernières années, c'est de nous adjoindre des méthodologistes, pour justement améliorer la qualité de nos travaux de recherche, et une épidémiologiste, le Dr Nancy Mayo, un professeur de statistiques, le Dr Lambert, et aussi un neurophysiologiste qui est professeur à l'école de réadaptation.

Source de financement. Actuellement - je faisais les comptes rapidement - on a, pour l'an dernier, 150 000 \$ de subvention de recherche pour l'hôpital Marie-Enfant, directement ou avec des projets conjoints avec Sainte-Justine, qui viennent de l'Association canadienne de l'Ataxie

de Friedreich, de l'Association canadienne de la dystrophie musculaire et l'Association de la paralysie cérébrale du Québec. Pour l'année prochaine, donc à partir de juillet 1990, on a fait des demandes d'un ordre de grandeur de 300 000 \$ de subvention, dont une bonne partie auprès du Fonds de la recherche en santé du Québec et une majeure, c'est vraiment sur le thème d'une équipe de recherche en émergence, puisque, outre les méthodologistes dont je vous parlais tantôt, on veut s'adjoindre deux professeurs du Département de psychologie de l'Université de Montréal. Donc, c'est vraiment la majeure. On essaie de mettre le pied dans l'étrier, si je peux dire, à partir de là tout en continuant avec les autres organismes que je vous ai mentionnés tantôt.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Vanasse, je vais maintenant reconnaître le responsable des dossiers de la santé pour l'Opposition, M. Chevette.

**M. Chevette:** Je vous concède, d'entrée de jeu, que c'est très différent des hôpitaux universitaires qui ont l'ensemble des services. Donc, c'était là-dessus qu'auraient porté mes questions mais je pense que vous l'avez très bien plaidé.

Deuxièmement, je pense que c'est une excellente plaidoirie en faveur de la reconnaissance, puisque vous traitez des critères qui, normalement, aboutissent à une reconnaissance d'un institut universitaire. C'est très bien développé et les questions que j'aurais eues à vous poser l'ont été par le côté ministériel. Donc, je voudrais vous souhaiter une excellente chance, en espérant que votre plaidoirie sera prise en considération au moment où le ministre reconnaîtra les instituts de niveau universitaire. Et je pense que même si vous étiez hors d'ordre - ce que vous aviez compris - je dois vous dire, à votre décharge, que c'était habile de le faire.

**Le Président (M. Joly):** Je tiens à remercier le responsable de l'hôpital Marie-Enfant et je vais maintenant demander au Centre d'accueil Father Dowd de s'avancer.

**M. Brunet:** Je veux vous remercier également, M. le ministre. Je vous remercie infiniment, ce fut intéressant.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Brunet. Je vous souhaite la bienvenue et j'aimerais vous rappeler les règles établies, à savoir que vous avez plus ou moins 15, 20 minutes pour présenter votre mémoire. Et, par après, nous laissons, autant le côté ministériel que le côté de l'Opposition, vous poser les questions qui peuvent susciter de l'intérêt. Alors, pour le bénéfice des membres de la commission, pourriez-vous vous identifier, s'il vous plaît?

### Centre d'accueil Father Dowd

**M. Simsons (George):** M. le Président... Excuse me. Je suis George Simsons, président du conseil d'administration de Father Dowd. À ma gauche c'est M. Albert Eisenring, directeur général.

Je vous remercie de nous avoir invités ici, ce matin, pour présenter nos mémoires. Le centre d'accueil Father Dowd est un centre d'hébergement pour 135 bénéficiaires. Cette année, il célébrera son 125<sup>e</sup> anniversaire. Il a été fondé le 17 mars 1865 par la communauté catholique irlandaise de Montréal. Depuis, et sans interruption, il a desservi la communauté catholique anglophone, contribuant généreusement de ses ressources financières et humaines afin de prendre soin des personnes âgées de la communauté.

Bien que Father Dowd soit devenue une institution publique, le sentiment d'appartenance demeure bien présent parmi la communauté anglophone et plus précisément auprès de la communauté catholique anglophone. Le centre reçoit toujours un bon appui de sa communauté du côté financier et plus particulièrement du côté bénévolat. Les auxiliaires de Father Dowd comptent 350 membres dont 135 bénévoles sont très actifs. Ils sont recrutés parmi toutes les paroisses catholiques anglophones de l'île de Montréal, ce qui ajoute au rôle unique du centre d'accueil Father Dowd dans la communauté d'aujourd'hui. Son rôle sera accru avec la construction du centre d'accueil Agnes Higgins qui sera administré par le centre d'accueil Father Dowd.

Étant donné nos antécédents et notre participation active dans la communauté, nous sommes vraiment préoccupés par certains aspects de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Plusieurs changements seront accueillis favorablement. Pour n'en nommer que quelques-uns: premièrement, la création d'une seule catégorie d'établissement, soit un centre d'hébergement et de soins de longue durée beaucoup plus représentatif de la clientèle actuelle dans les institutions de santé; deuxièmement, les efforts dirigés vers une meilleure coopération entre les différents établissements; troisièmement, l'accent sur la formation du personnel afin de dispenser des soins de qualité supérieure.

Toutefois, nous sommes vraiment inquiets par la réorganisation du réseau qui, en réalité, élimine complètement l'autonomie de chaque établissement. En un seul geste législatif, nos antécédents de 125 ans, notre identité, nos liens étroits avec la communauté s'en trouvent terminés avec une administration qui est remise à un nouveau superconseil d'administration.

Au nom de la décentralisation et d'une meilleure coordination des services, l'article 43, en réalité, prive notre établissement d'éléments essentiels qui sont garantis sous la loi actuelle:

l'identité, la philosophie et le mandat basé sur 125 ans de service à notre communauté, ses valeurs et ses traditions. Tel que proposé par l'article 86, son rôle est réduit à présenter des recommandations et à soumettre des opinions à un superconseil sur lequel nous n'aurions qu'une représentation minime. La nouvelle loi propose d'augmenter les pouvoirs et de renforcer le comité de bénéficiaires. En réalité, les comités de bénéficiaires qui possèdent présentement deux représentants au conseil d'administration auront moins d'autorité en n'ayant qu'un seul représentant de tous les comités de bénéficiaires des établissements dans le territoire d'un centre local de services communautaires.

Les "Orientations" parlent avec éloquence de la nécessité de renforcer l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés: "La personne vit et agit dans un réseau composé de parents, d'amis et de voisins... Le renforcement de l'autonomie des personnes signifie que le système de services doit mettre l'accent sur la personne et privilégier les interventions qui respectent le plus possible le dynamisme du milieu naturel."

Nous désirons combattre l'éloignement de notre établissement de son milieu traditionnel, de notre communauté dont les frontières excèdent largement le territoire du CLSC, car cette situation va nous priver rapidement de notre héritage et plus particulièrement de notre ressource la plus précieuse, soit l'armée de bénévoles qui, par l'entremise du réseau des paroisses, sont associés au Centre d'accueil Father Dowd comme étant une institution distincte, hautement respectée et aimée de ses concitoyens. Ils vont perdre leur voix au conseil d'administration; on leur demandera de servir un établissement qui, à son mieux, sera une filiale d'un superconseil éloigné, composé de citoyens du CLSC qui ne représentent nullement ce que nous sommes maintenant ou ce que nous étions.

En résumé, l'article 43 qui vise l'amélioration des services aurait l'effet contraire dans le cas de notre institution. Les bénéficiaires et la communauté de leur origine vont perdre ce qui a toujours ajouté fortement à la qualité de la vie du Centre d'accueil Father Dowd: respect de leurs traditions, culture et implication dans "leur institution".  
(12 heures)

L'article 92, "Nomination du directeur général", confirme davantage notre affirmation que les établissements locaux conserveront à peine leur nom. Le superconseil élira le directeur général et l'imposera à l'établissement qui n'aura aucun pouvoir sur la sélection de ses administrateurs seniors, selon le projet de loi. Le directeur général deviendra un directeur de succursale.

Dans la même ligne de pensée, il est permis de se demander pourquoi la législation ne poursuit pas avec la suite logique qui serait

d'intégrer tous les établissements d'un territoire de CLSC sous une superadministration. Du point de vue administratif, il serait plus plausible d'avoir une seule administration avec un directeur général et un certain nombre de directeurs de succursales plutôt que d'avoir, pour la forme, une préservation des établissements locaux qui, sous un superconseil, possèdent peu ou pas de représentation.

The unrealistic organisational structure, as envisaged in article 43, strengthens to impede the objectives of the law rather than making it more efficient and effective.

La coordination des services et des programmes avec le CLSC peut sûrement être améliorée. Il existe déjà un système efficace entre les tables de concertation et le DSC qui coordonne le placement de personnes âgées en perte d'autonomie. En établissant certains mécanismes qui mandateraient les directeurs généraux d'établissements de santé compris dans le territoire d'un CLSC de travailler ensemble, d'orienter les opérations, de partager les services et de promouvoir des projets innovateurs qui profiteraient à plusieurs groupes de patients... Cela comprend le regroupement des directeurs et directrices de nursing, les directeurs de services administratifs, les groupes communautaires, etc. Cela répondrait aux objectifs de la nouvelle loi tout en conservant l'autonomie des établissements et de leurs communautés.

The Board of directors is convinced that there are ways to improve the system other than destroying it. The proposed reorganization throws the baby out with the bathwater rather than preserving what is proved invaluable in service of our community.

The Board of directors of Centre d'accueil Father Dowd unanimously opposes article 43 based on the above reasons.

The Board of directors strongly feels it has responsibilities not only to the residents but to the community it represents. We all will lose if, through the reorganization, our identity and our autonomy are taken away.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Simons. Je vais maintenant reconnaître, M. le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, M. Sirros.

**M. Sirros:** Merci beaucoup, M. le Président. J'aimerais en premier lieu peut-être remercier les représentants de Father Dowd pour leur présentation. Je constate que vous exprimez, en fait, certaines inquiétudes qui ont été aussi exprimées et reprises dans les journaux récemment par l'ensemble des établissements qui desservent une clientèle anglophone. Je pense que ça vaut la peine qu'on s'attarde quelques minutes sur ces inquiétudes, telles que vous les avez présentées, parce que je pense que vous en résumez assez bien le fond.

Vos préoccupations se retrouvent surtout au niveau de la possibilité, avec la réorganisation qui est proposée dans le document d'orientation et dans l'avant-projet de loi, que la spécificité des établissements de la communauté anglophone soit perdue en quelque sorte, qu'ils perdent leur autonomie et, par la suite, qu'ils puissent aussi subir une perte de l'implication des bénévoles, des membres de la communauté anglophone qui, depuis nombre d'années, participent activement. Vous donnez l'exemple de votre institution qui a été fondée il y a 125 ans, donc bien avant la réforme de 1972-1973. Vous envisagez évidemment, j'imagine, la possibilité d'être ici dans 125 ans. Nous, on n'y sera pas, mais...

Face à ça, moi je pense qu'il y a une façon d'aborder ces auditions qui peut être un esprit de confiance qui devrait régner, parce qu'il me semble que - et je le dirai peut-être en anglais également pour le bénéfice de ceux à l'extérieur de nos murs qui nous écoutent - ça a été prouvé, je pense bien, que la spécificité culturelle et linguistique est un facteur qu'on reconnaît en tant que gouvernement comme étant déterminant dans la distribution des services dans le réseau de santé et des services sociaux. And that, in that sense, it is an obvious truth that language and culture are determining factors in the field of health and social services, that we have proven our commitment to this truth with the adoption of Bill 142, and that, in the present reorganization, we must reconcile what we see as the cultural and linguistic diversities that are there with the need to reinvigorate and reorganize a system that many people and all of us find as having perhaps come to a point where there is this need for reinvigoration.

C'est un réseau unique que nous avons. Nous n'avons pas deux réseaux parallèles. Il y a un besoin donc d'intégrer la spécificité sociale et culturelle et non pas d'assimiler et d'homogénéiser tout le monde dans un réseau unique, mais de garder cette spécificité, et c'est dans cette optique que nous abordons ces consultations. Nous allons, pendant les longues semaines à venir, entendre les points de vue de nombreux groupes. Je souhaite et je pense qu'on exprime tous, ici, le souhait qu'on puisse aborder ces consultations dans l'esprit d'une réforme d'un système qui appartient à l'ensemble de la collectivité québécoise, y inclus ces éléments spécifiques sociaux et culturels.

Nous avons fait, je pense, des progrès énormes par rapport aux derniers quatre ou cinq ans, par rapport à cette reconnaissance de la place qu'occupe la spécificité linguistique et culturelle dans la dispensation des services sociaux et de santé. Je pense que c'est un acquis sur lequel il faut qu'on bâtisse, mais c'est un acquis qui doit aussi nous permettre de réorganiser nos structures en fonction de la néces-

site d'avoir un réseau de services à une population de plus en plus efficace, dynamique, capable de répondre aux véritables besoins, et c'est dans le contexte de réponse à des besoins que nous devons tenir compte de la spécificité sociale, culturelle et linguistique.

Je tenais à faire ces quelques précisions dans ce sens-là parce que je ne voudrais pas que s'installe une atmosphère de méfiance par rapport à cette réorganisation. J'aimerais plutôt que la communauté anglophone, comme tous les autres éléments de la société québécoise, voie qu'elle a aussi un intérêt à participer activement à cette réorganisation parce qu'elle a l'assurance, par les gestes du passé et non pas par les paroles, que la reconnaissance des institutions de sa communauté, c'est un acquis par la désignation des établissements dans la loi 142, entre autres, et par cette volonté de suivre de près cette réforme et les impacts qu'elle peut avoir sur les institutions et sur cette spécificité que vous avez mise si éloquemment de l'avant.

Cela étant dit, il me semble que ce serait intéressant de discuter un peu de cette réforme dans son ensemble et de vous demander comment vous voyez la possibilité d'envisager cette réorganisation de notre système sans retourner, ce qui, je pense, est impossible. I do not believe it is possible and, even less, I do not believe that we should return to the situation of two solitudes in the sense of Québec. I think that we have made enormous progress, especially in health and social services of the two major linguistic groups working together in one unified network, et c'est dans ce sens-là que je pense qu'il faut qu'on poursuive. Alors, c'est dans ce sens-là que j'aimerais vous poser une question: Est-ce que, d'une part, vous ne constatez pas, vous aussi... parce que, depuis 1972, c'est la première fois que les établissements anglophones et francophones travaillent ensemble dans un réseau unique; avant, c'étaient véritablement les deux solitudes, en quelque sorte. Est-ce que vous ne constatez pas, vous aussi, qu'il est nécessaire d'introduire une nouvelle dynamique dans le système, pour mieux répondre justement aux besoins des bénéficiaires?

**Le Président (M. Joly):** M. Eisenring.

**M. Eisenring (Albert):** Je vais répondre un peu. Oui, on est d'accord sur ce que ça veut dire. Ce n'est pas une question de retourner dans le passé. J'ai travaillé dans ce secteur. Avant la loi 65, on a vu beaucoup de réorganisations et de changements. Chaque année, il y avait des changements. On a toujours coopéré avec les services sociaux et les centres d'accueil parce qu'on fait partie du système; on travaille ensemble dans les conseils régionaux, dans les DSC, Sainte-Justine, aussi... On a une collaboration assez excellente avec les établissements, par exemple, dans notre DSC Côte-des-Neiges,

avec l'hôpital St. Mary's, l'hôpital des convalescents, le CLSC Côte-des-Neiges et nous-mêmes. Nous avons commencé à nous rencontrer régulièrement, les directeurs généraux. Nous avons déjà commencé à avoir des rencontres avec les cadres supérieurs pour voir où on peut collaborer ou coordonner les services encore mieux. On peut partager les services parce que nous sommes relativement petits, on peut bénéficier, nous en sommes très conscients, d'autres ressources qu'on peut partager, qu'on peut avoir.

Jusqu'à maintenant, ça remet en question de perdre notre identité. C'est ce qui nous concerne. Qu'on adapte, qu'on trouve des changements mais qu'on ne perde pas... Pour nous, le plus important, c'est le bénéficiaire. La coordination, la coopération... Par exemple, je travaille, je suis directeur général de deux centres d'accueil. Je travaille pour deux conseils d'administration - c'est par intérim - depuis déjà quatre ans. Les deux sont assez différents, ils sont dans des régions différentes. Ce n'est pas une question de ne pas collaborer. C'est de trouver des solutions, comme on dit dans notre mémoire: "To find solutions without throwing the baby over with the bath water."

Le fusionnement des conseils, je pense que ce n'est pas nécessaire pour trouver ces solutions. J'ai trouvé dans notre secteur - je ne sais pas dans les autres secteurs - hébergement, où on se rencontre régulièrement dans notre district avec les services sociaux, les CLSC, les établissements juifs, les établissements francophones, les établissements anglophones, pour discuter non pas des différences mais on a des problèmes de ressources, par exemple. Il n'y a pas de compétition entre les quatre parce qu'on n'a pas de lits suffisants, mais de trouver des solutions ensemble tout en respectant les caractères différents du réseau juif, de notre réseau... Pour moi, il y a des moyens qui sont assez efficaces pour améliorer le système.

**M. Sirros:** Vous dites, finalement: Faisons attention de ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain.

**M. Eisenring:...**

**M. Sirros:** You do not want to throw the baby over the bath water. Je voulais vous dire: We want to keep the baby.

**ML Eisenring:** C'est ça.

**M. Sirros:** It is obvious, because it is a fundamental truth that I was saying earlier...

**M. Eisenring:** C'est ça.

**M. Sirros:** ...que la langue est nécessairement un élément important, déterminant même

dans la dispensation des services. Par ce fait, le lien qu'on peut avoir avec la communauté d'origine - et ça pourrait s'appliquer à d'autres communautés culturelles aussi - mais la communauté anglophone ayant une histoire particulière ici au Québec, il est évident qu'on veuille garder le bébé et on l'a prouvé, en quelque sorte, en disant: On va désigner des établissements qui sont historiquement liés à la communauté anglophone.

**M. Eisenring:** C'est ça.

**M. Sirros:** On va leur dire qu'ils ont une responsabilité pour que leurs services soient disponibles en langue anglaise.

J'aimerais poursuivre dans ce sens. Par exemple, est-ce qu'il y a d'autres genres de choses qui peuvent être faites? Comme je le disais tout à l'heure, vous proposez dans votre mémoire, par exemple, des tables de directeurs généraux comme mécanisme de coordination. Vous êtes, vous aussi donc, à la recherche d'autres dynamiques ou d'autres éléments ou d'autres façons pour qu'on puisse mieux concerner nos efforts, mieux desservir la population.

Dans la proposition que vous faites, en particulier par rapport aux directeurs généraux, pouvez-vous élaborer un peu? D'où est-ce qu'ils auraient leur mandat? À qui répondraient-ils? Comment est-ce que ça assurerait une meilleure concertation? Et, une dernière question, et je laisserai peut-être le temps à d'autres de notre formation politique de poser une question, il y a, dans l'avant-projet de loi, un article qui prévoit des exceptions...

**M. Eisenring:** Oui.

**M. Sirros:** ...quant à la formation des conseils d'administration...

**M. Eisenring:** Oui, c'est ça.  
(12 h 15)

**M. Sirros:** ...c'était... Comment évaluez-vous ça? Ce n'est pas assez? C'est trop limité? Et, quelle est votre réaction par rapport à la proposition qui a été faite par le Conseil régional, ce matin, qui, lui aussi, reconnaît ces diversités culturelles et linguistiques, qui dit finalement: Regardons la situation, en particulier de Montréal, de façon spécifique et faisons des propositions au gouvernement par la suite quant à l'organisation de nos conseils d'administration. Comment réagissez-vous au conseil régional? Décrivez-moi un petit peu plus vos mécanismes de coordination et que pensez-vous de l'exception qui est prévue dans l'avant-projet de loi?

**M. Eisenring:** Je pense que le conseil régional a un rôle important à jouer, parce que c'est lui qui connaît la région, les différences, mais sur les gestes, je ne suis pas sûr, parce que

si on parle de gestion, de coordination, on touche toujours le conseil d'administration. À mon avis, les conseils d'administration ont peu de pouvoirs aujourd'hui, parce le budget vient de Québec, les règlements, tout ça vient de Québec, et on se conforme, parce que c'est nécessaire pour les services, mais les conseils d'un établissement ont un rôle important dans ce cas: ils sont les protecteurs des bénéficiaires. Ils les connaissent. Ils sont familiers avec l'esprit de ça.

Je trouve que ce n'est pas le fusionnement des conseils qui répond aux besoins ici, mais d'avoir des règlements, des modalités de faire travailler les établissements ensemble. Je pense que ça doit être réglé par le gouvernement, par les conseils régionaux, tout en respectant les autres, que j'ai mentionnés.

**Le Président (M. Joly):** Merci, monsieur. Je vais maintenant reconnaître le député de Nelligan, M. Russ Williams.

**M. Williams:** Merci, M. le Président. Je voudrais souligner un peu la même piste de questions que le ministre délégué a déjà commencé. C'est plus une question, et ce n'est pas la première fois que nous avons discuté de ça. Je pense que nous avons eu une bonne discussion dans les années passées sur les questions de partage et de responsabilités CSS-CLSC. Nous avons eu le même type de discussions quand la loi 142 a été adoptée. Comment sommes-nous capables de mélanger une approche des services et des institutions qui répond à une communauté linguistique ou culturelle et, en même temps, entrer, pas créer un réseau parallèle, mais bien impliqué dans le système unique qui existe et basé sur un aspect régional?

I would like to go to the comments made by the Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain this morning which talked about the problems they saw within institutions and, in fact, talked a bit of franchising of services. As much as the minister "délégué" mentioned that language's part of services, I think institutions are part of services in which we cannot "McDonall/e" in fact the delivery of services.

So, what I would like you to do is again to go back and to talk about the particular role of the English-speaking Father Dowd institution, how it gets its clients, what is its base and also make comments about its private sector involvement and how the effected law would change that. As you respond it out, I would ask you to reflect on: Are the institutions based on CRSSS 06-A different des autres? Est-ce qu'il faut que nous ayons un système pour le Montréal métropolitain, qui est peut-être un peu différent des autres régions de Montréal?

**M. Eisenring:** Je pense qu'on a un système partout dans la région de Montréal. On a un

système d'admission; on a un système pour tous les règlements. Nos bénéficiaires, 60 % ou 70 % de nos bénéficiaires, leur origine n'est pas dans la région du DSC Sainte-Justine, c'est de partout dans la ville. On eh a toujours été conscients, le conseil régional a accepté ça.

Nos bénéficiaires ne sont pas de notre région. Ils sont de partout, même de l'ouest de l'île. C'est peut-être un peu spécial, parce qu'ils étaient toujours... Le succès de Father Dowd, je pense, c'était d'être un établissement public et, en même temps, avec l'aide de la communauté, de préserver les mêmes traditions. Ce n'est pas seulement une question de langue, c'est une question de valeurs, de philosophie, la question qu'on a des Irlandais qui étaient à l'origine. Aujourd'hui, on a des Irlandais, des Anglais, des allophones. Mais c'est quand même l'ensemble de ces traits qui sont importants. Et pour avoir seulement un territoire... Par exemple, si on passe de l'autre côté, les enfants qui doivent placer quelqu'un dans un centre d'accueil, les enquêtes ne sont pas sur la politique gouvernementale, sur la gestion, mais pour trouver quelqu'un, avec difficulté, une place, un environnement où les membres de la famille peuvent se sentir chez eux parce qu'il y a l'art, la tradition, la religion. Pour moi, ça, c'est l'essentiel si on parle des personnes âgées parce qu'on ne peut pas demander de changer quelqu'un à 80, 90 ans. Si on reconnaît le nom "centre d'accueil", si c'est un foyer, vraiment, où ils se sentent chez eux, c'est important de préserver ça pour nos clients. Et nos clients sont de partout. C'est notre réponse à ça.

**M. Williams:** If I can. If we continue to respect the principles of Bill 142 and all the articles reappeared in the "avant-projet de loi", how would you suggest, if we accept - and I understood that you, in your brief, accept the concept of regional planning - how do we merge the two, how do we keep linguistically and culturally response of institutions like Father Dowd, in a coordinated way into regional planning process, a territorial planning process. Have you been able to reflect on that, given that that has been the direction that we have tried to do in the last four years? How do we continue that with a new planning model for regions?

**M. Eisenring:** Well, we have, you know, because of the regional council, we have had long discussions and long negotiations with other regional council to recognize or establish a number of orders that we can be partners "des partenaires", you know, and take part in everything and still maintain our identity.

Pour moi, ce n'est pas un conflit. D'une part, on parle de gestion, d'administration et, d'autre part, on parle d'un organisme vivant et vibrant. Pour moi, il faut s'assurer que ce n'est pas un conflit entre les deux. On peut présumer

de l'un en même temps qu'on peut suivre la loi de la province.

**Le Président (M. Joly):** Merci, monsieur. Le temps dévolu à la formation ministérielle est terminé. Maintenant, je vais reconnaître le responsable en matière de santé et affaires sociales, le député de Joliette, M. Chevette.

**M. Chevette:** M. le Président, je reconnais que vous avez raison d'être inquiets puisque l'avant-projet, tel que rédigé, dit exactement ce que vous prétendez. Vous allez disparaître comme conseil d'administration, donc, votre identité, vous ne l'avez plus. D'ailleurs, je suis un peu surpris des propos du ministre délégué parce que l'avant-projet... C'est évident qu'il y a une disparition du conseil d'administration. Donc, s'il y a une disparition du conseil d'administration qui parle de vos propres méthodologies, de vos propres fonctionnements, avec vos propres structures de consultation, de concertation avec le milieu, c'est en danger avec l'avant-projet. Vous avez absolument raison.

La deuxième chose, c'est que je crois que vous avez une double raison. À mon point de vue, ce n'est pas parti sur une base exclusivement linguistique. C'est parti aussi sur une base religieuse et, qui plus est, répondait à des besoins extraterritoriaux parce que vous ne pouviez pas - à l'époque, sans doute - regrouper exclusivement des gens d'un territoire délimité, comme un CLSC ou comme un territoire de département de santé communautaire à l'époque, ou je ne sais trop quoi; on appelait ça les dispensaires, en tout cas, on peut remonter très loin. Effectivement, un organisme comme le vôtre, par ce type de réforme, est en danger. J'ai passé par là et je sais ce que c'est que de faire une réforme quand on frappe ces dimensions-là. Je pense au CSS juif, par exemple. Quand on a parlé d'intégration des CSS, j'ai, personnellement, demandé aux fonctionnaires de ne pas procéder au niveau du CSS juif parce que ça dépassait largement la notion linguistique, qu'il y avait aussi une question de culture, une question de fonctionnement très très propre, très interne. Je ne crois pas que ce soit... En tout cas, si ça peut vous rassurer, je suis de ceux qui prétendent que, pour des cas spécifiques, toute règle générale a des exceptions. D'accord? Je ne serais pas scandalisé de voir quelques exceptions à la règle générale, moi, personnellement. Je le soutiens parce que je crois, fondamentalement, que ce sont des valeurs autres.

Il y a des choses différentes, d'autre part. Quand on oeuvre sur un ensemble de territoires, comme, par exemple... Si on parlait du CSSVM qui est dans une position, me direz-vous, Identique, je dirais non, parce qu'il y en a qui pourrait s'attacher du fait... Du fait que je me prononce ainsi pour une institution comme la vôtre, vous pourriez dire: Vous allez avoir la

même logique, mon Chevette, par rapport à notre CSSVM. C'est faux. Là, c'est différent. Quand il n'y a que l'aspect linguistique, je pense que tu peux véritablement, au niveau des intégrations de personnels, y aller différemment et sur des territoires..., s'organiser sur le découpage des territoires, parce qu'il y a des territoires... Si on parle de CLSC, il y a des territoires où déjà on dispense des soins, des services en plusieurs langues. Donc, ce n'est pas seulement une question linguistique.

Dans votre cas, je reconnais que vos inquiétudes sont bel et bien fondées, que vous avez raison d'être inquiets, mais que de la manière dont le ministre délégué à la Santé a parlé, ça devrait être de nature à vous rassurer et, surtout, de la manière dont l'Opposition vient de parler, vous devriez retourner chez vous en paix.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Chevette. Je vais maintenant reconnaître le député de Westmount, M. Holden.

**M. Holden:** Gentlemen, I would be very very nervous if I were you because the junior Minister told us that we should really judge the Government by its past actions. Of course, he failed to mention the Bill 178, which is one of the trampling of fundamental rights in this Province and which is one of the best examples we have of the Government's past actions. The gentlemen from the Government party, who did not question you, who lectured you, keep coming back to Bill 142. Well, I would not use Bill 142 as a great justification for having faith in this Government, because we waited for two years for access plans under Bill 142 and they only finally came in, in Montreal, under the pressure of the election campaign. Now, we are still waiting for nominations under Bill 142 and the junior Minister is telling us that he is going to have them done in two weeks. I wish him well, but if the past is any guarantee of the future, we are going to be waiting for sometime for those.

The Member for Nelligan says: "Well, they repeat in the "avant-projet" the terms of Bill 142" and it is true. They make these grand declarations in section 13: "Every English speaking person has a right to receive health services in the English language." And it sounds wonderful, except that they refer you to section 241. And section 241 says: "They are going to have more access plans." And the programme of access must be approved by the Government. So, it comes back to a question of whether you trust this Government or you do not. I do not. And, as I said in my opening statement, this draft legislation attempts, according to its own definition, to meet the needs of the population.

Well, what is really going to happen under

these regional boards, as far as minority groups are concerned, is that they continue to insist upon this territorial model. And it is another indication, really, of the lack of concern that the Government has for the needs and the importance of the English speaking and multicultural presence in Québec. Because, what is really going to happen is, ultimately, the English and multicultural institutions are going to be absorbed; they are going to disappear. And I do not care how the twisting and turning of the Government tries to pretend that they are not. If this regional territorial board concept is adopted, there will be one token representative on a board of ten or twelve or fifteen and the needs of the community will be totally ignored. And that is why I would like to ask you, gentlemen, if, in your submission, it would be best to scrap the idea of the territorial boards and go back to the drawing board.

**Le Président (M. Joly):** M. Simsons.

**M. Simsons:** Mr. Holden, the fact that whether we trust or do not trust the present government, I do not think is relevant at this point.

**M. Holden:** It is only relevant for me.

**M. Simsons:** I figure it. No, it is the Government in power and we must respect their views. In our brief, we were very strongly against superboards because it will deteriorate our input into our institution. As the chairman of the board, I have two interests: that is the residents, primarily, and our tradition. We do things - you know the Coliseum and the Irish Mafia - we do things our own way. We would like to protect that. If we became a member of a superboard, we would have nothing to say about what the input into our home is, what our residents would be. And if superboards become a fact, then I think we would see the loss of people who work for the health and social service network, who form a very strong and very, very good part of our board, we would lose all that expertise and professionalism. These are people who know what they are doing. They know the network. They know how to relate to our clientele. And without them, it would be very difficult and we would never get that sort of thing from a superboard.

**M. Holden:** Mr. Castonguay was telling us, at the opening of the hearings, about his experience with foundations and he was saying how important they were and how he is in favour of continuing the institution of a foundation and keeping it the particular véhicule or one of the many véhicules for adding to the financing of all the institutions. Could you give your views on the question of the foundation?

And how in this drafted bill it seems that over a period of time, all foundations will be integrated into the government funds and there will be no more funding from foundations?

**M. Simsons:** Well, I think I can understand any Finance minister wanting to get his hands on foundations. Our foundation, which is not ours, it is just called the Father Dowd Foundation, was formed about eight years ago and it contributes greatly to the needs of our residents. And if it did not exist, there are certain services that we would not be able to offer because they do not come under our budget. And so we rely on them for that. Now, the Father Dowd Foundation is not strictly a foundation created to care for the Father Dowd but it is to care for the elderly of the community despite their cultural backgrounds or anything. If there is a problem, a need for help to the elderly, they can apply to our foundation. But they do help us to a large extent.

**M. Holder:** Do you think, if your donor is new, that, ultimately, the Government would have control over those funds, that they would be as generous as they are now?

**M. Simsons:** No, they would not.

**M. Holden:** Thank you, very much.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Holden. Je pense que le député de Joliette avait quelque chose à ajouter.

**M. Chevette:** Je vais laisser faire. On va remercier.

**Le Président (M. Joly):** Bon, parfait. En conclusion, M...

**M. Sirros:** De notre part aussi, je tiens à vous remercier. Merci pour votre présentation. Je pense que c'était très sain qu'on soulève ce genre de questionnement ici. C'est pour ça qu'on a des commissions parlementaires. J'apprécie votre objectivité, le fait que vous veniez mettre sur la place publique ici ces craintes et je vous assure de l'attention particulière qu'on portera, comme gouvernement, à toutes vos inquiétudes. Je pense que c'est dans cet esprit de confiance qu'on devrait aborder le reste des audiences. Merci beaucoup.

**M. Chevette:** On vous remercie, messieurs.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Simsons, merci, M. Eisenring. Nous allons maintenant suspendre nos travaux pour les reprendre à 15 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 36)

(Reprise à 15 h 10)

**Le Président (M. Joly):** Nous allons reprendre nos travaux. J'inviterais donc le Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain à s'avancer et à prendre place. On a déjà quelques minutes de retard. On va essayer de coopérer au maximum, tout le monde ensemble. Alors, c'est sûr qu'on vous laisse le temps de livrer votre mémoire et son contenu, et tant le parti ministériel que le parti de l'Opposition auront à leur loisir le choix de vous poser des questions.

Alors, on vous laisse aller, mais, avant de débiter, j'apprécierais si vous pouviez vous présenter de façon à ce qu'on puisse enregistrer ça dans les galées. Merci.

#### **Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain et Comité régional des associations en déficience Intellectuelle**

**M. Berger (Pierre):** Pierre Berger, Comité régional des associations en déficience intellectuelle.

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Pierre-Yves Lévesque, du Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain.

**Le Président (M. Joly):** Merci.

**M. Hébert (Alain):** Alain Hébert, travaillant au Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain.

**Le Président (M. Joly):** Merci, monsieur. Alors, allez.

**M. Hébert:** Nous allons débiter en faisant l'identification et la présentation de qui nous sommes et, pour ce faire, pour le Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain, M. Pierre-Yves Lévesque va faire la présentation et M. Pierre Berger fera la présentation concernant le Comité régional des associations en déficience intellectuelle. Je voudrais préciser immédiatement que le mémoire a été fait conjointement, le Comité régional des associations et le Regroupement. Je laisse la parole à M. Pierre-Yves Lévesque.

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Bonjour, tout le monde. Merci de nous avoir invités à cette commission. Avant d'aller plus loin, si vous ne comprenez pas, vous me faites répéter. Vous pouvez me faire répéter si vous n'avez pas compris. Avez-vous compris ce que j'ai dit?

**Une voix:** Oui.

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Qu'est-ce que

j'ai dit?

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

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Qu'est-ce que j'ai dit?

**Une voix:** As-tu compris, toi?

**Le Président (M. Joly):** On va demander les galées immédiatement.

**M. Trudel:** Oui, oui, ce n'est pas pire. On pourrait le faire répéter, en plus.

**Une voix:** Oui.

**M. Trudel:** On pourrait vous faire répéter si on ne vous comprend pas?

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Oh! Il y en a qui ont compris.

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

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Pour la sécurité, si vous ne comprenez pas, vous avez rien qu'à...

**Une voix:** Répétez.

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** ...téléphoner, oui ou non. Ce matin, je lis des remarques d'un des deux "dépôts" qui regroupent seize organismes de défense des personnes handicapées et ont toujours favorisé la consultation entre les organismes pour pouvoir faire des représentations au niveau des gouvernements municipal, provincial et fédéral. Donc, on travaille ensemble, tous les organismes, à préparer des dossiers soit sur les services à l'individu, sur l'aspect de l'accessibilité et d'autres dossiers qui concernent la personne handicapée dans la vie quotidienne.

Donc, au début, on a travaillé à un mémoire avec le regroupement des associations de personnes handicapées intellectuelles et on vous présente nos commentaires et des recommandations concernant la Loi sur la santé et les services sociaux. J'espère que vous avez compris le plus possible et, si la secrétaire a des problèmes, elle a seulement à me téléphoner; ça va me faire plaisir de résumer au téléphone, si elle n'a pas compris.

Merci beaucoup. Je passe la parole à mes collègues.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Lévesque.

**Une voix:** C'est un bel effort.

**Le Président (M. Joly):** M. Berger.

**M. Berger:** Pour faire suite à ce que Pierre-Yves disait, le Comité régional des associations

en déficience intellectuelle s'est rallié au Regroupement des organismes de promotion qui regroupe des associations en déficience physique pour présenter ce mémoire. Le Comité régional, c'est une association, une table de concertation régionale des organismes en déficience intellectuelle de la région de Montréal. Ça fait une dizaine d'années qu'il se fait de la concertation et l'organisme est incorporé depuis à peu près un an. On a donc fait une démarche conjointe avec le ROPMM.

Notre mémoire se présente en quatre parties. On va commencer par des remarques spécifiques sur la place des personnes handicapées physiques par rapport à l'avant-projet de loi - quand je parle de l'avant-projet de loi, ce sont aussi les orientations qui l'ont précédé - la place des personnes handicapées au niveau de la composition des comités: le comité consultatif à la direction générale, le comité des bénéficiaires, l'organisme communautaire mandaté pour aider les usagers à porter des plaintes. La troisième partie va porter sur les organismes communautaires: reconnaissance et financement. Et, enfin, une quatrième partie sur les modalités de la représentation dans les établissements et les institutions régionales.

Je vais passer la parole à Alain Hébert.

**M. Hébert:** Je voudrais vérifier auparavant si les gens ont bien en main le mémoire révisé parce que nous avons envoyé deux documents, dont le deuxième qui a été envoyé. Donc, tout le monde a le mémoire révisé. D'accord.

Donc, on va immédiatement aborder le premier point qui concernait les remarques spécifiques sur la place des personnes handicapées physiques par rapport à l'avant-projet de loi. On note une absence d'orientation spécifique et précise concernant les personnes handicapées en ce qui a trait au plan de services individualisé. Ce point nous apparaît non négligeable dans la mesure où les orientations présentées par Mme Lavoie-Roux préconisaient l'obligation de plans de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, celles qui éprouvent des problèmes mentaux et les personnes âgées en perte d'autonomie. Rien n'est prévu pour les personnes handicapées physiques.

Aussi, cela est non négligeable dans la mesure où le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas encore adopté de nouvelles politiques concernant la problématique des services de maintien à domicile. Cet aspect vient poser des interrogations sur l'avenir des services auprès de la personne handicapée physique, compte tenu que l'on assiste actuellement au transfert de programmes de l'office vers le ministère de la Santé et des Services sociaux, entre autres concernant le programme de maintien à domicile.

Je pourrais peut-être passer immédiatement au deuxième point qui est la place des personnes

handicapées au niveau de la composition des comités. Concernant le comité consultatif à la direction générale, à l'article de loi 114, il faudrait prévoir, au niveau de la composition de celui-ci, la présence d'une représentation des bénéficiaires. En effet, pour que ces derniers puissent participer pleinement aux orientations et priorités de l'établissement, cet ajout s'impose. C'est là un moyen pour eux de faire ressortir leurs préoccupations, besoins, réalités et, ainsi, d'exprimer leurs recommandations tel que spécifié, comme je le disais tantôt, par l'article 114. C'est une question, en fait, d'éviter l'exclusion des bénéficiaires et d'un respect au niveau de l'autonomie de ceux-ci.

Le comité de bénéficiaires, qui est le point b. Pour ce qui est des comités de bénéficiaires, on doit s'arrêter sur la nature de leur composition, telle que stipulée à l'article 115. Il faut s'assurer qu'il y ait une bonne répartition dans la composition de ces comités, c'est-à-dire éviter que ne se reproduise le modèle paternaliste et bien définir le rôle et la place occupée par les représentants bénévoles sur ces comités, toujours la question de l'autonomie des bénéficiaires.

Également, nous demandons que la représentation sur le comité de bénéficiaires soit étendue aux services internes et externes des établissements. Par contre, même si le pouvoir du comité de bénéficiaires est accru à l'échelle de son établissement, il n'en demeure pas moins que le pouvoir réel de celui-ci est affaibli en regard de la mise en place de la formule des conseils d'administration de territoire de CLSC, telle que proposée par l'avant-projet de loi.

Nous considérons qu'il faut également renforcer le comité de bénéficiaires en augmentant les ressources financières disponibles afin de permettre un fonctionnement adéquat de celui-ci. Également, il faudrait garantir qu'il y ait dans toutes les institutions privées de soins un comité actif pour assurer le respect des droits des bénéficiaires. Donc, une extension.

Il faut noter qu'il serait bon également d'ajouter à l'article 119, l'alinéa 1° la notion de droit: "défendre les droits et intérêts des bénéficiaires". Cela permettrait d'éviter toute confusion qui pourrait se glisser entre les deux notions et viendrait, selon nous, compléter l'alinéa 1°. Donc, rajouter la notion de droit.

L'organisme communautaire qui a été mandaté pour aider les usagers à porter plainte. Finalement, l'article 238, alinéa 3, qui porte sur la mise en place d'un organisme communautaire qui offrirait un service d'aide et d'accompagnement pour les personnes qui désirent porter plainte, n'est pas exempt de lacunes, selon nous.

Entre autres, nous nous interrogeons sur la faisabilité de celui-ci, compte tenu de la grande diversité des types de population touchée, ainsi que des services visés. Également, on voit mal comment les sommes d'argent seront allouées et

comment va s'effectuer le choix de l'organisme. Par contre, il est louable que des organismes communautaires aient à jouer un tel rôle et nous croyons que ce n'est pas à la régie régionale de les désigner.

Concernant le troisième point, les organismes communautaires: l'aspect reconnaissance et financement. Plusieurs articles de l'avant-projet de loi ont trait aux organismes communautaires. Nous constatons à ce chapitre la reconnaissance des organismes communautaires comme partenaires. Cette reconnaissance semble visible aux articles 27, 28 et 29 où l'on indique que le CLSC, le centre hospitalier, le centre des services régionaux dirigent les personnes vers les organismes communautaires. Également, à l'article 152, il est question de la possibilité de conclure une entente avec des organismes. Également, on spécifie que la régie régionale peut requérir des organismes communautaires de santé et de services sociaux de sa région les renseignements nécessaires sur les clientèles, les services demandés et dispensés et les ressources utilisées, à l'article 243.

Par ailleurs, cette reconnaissance nous apparaît comme dépendante des fonctions et pouvoirs de la régie régionale. Cette vulnérabilité de l'autonomie des organismes communautaires se trouve exprimée dans la flexibilité qu'accordent à la régie régionale les articles 244, 251 et 317. En résumé, la question de la coordination de l'action des établissements et des organismes communautaires par rapport à la complémentarité et le dédoublement; également, la question du financement par rapport à la représentation des besoins d'octrois ou de subventions auprès du ministère et autres éléments.

La retranscription de la reconnaissance des organismes communautaires comme partenaires, telle qu'on la retrouve dans les articles de l'avant-projet de loi, ne correspond pas aux attentes des organismes communautaires.

Nous ne voulons pas d'un financement établi par les régies régionales, qui nous obligerait à être de force des partenaires avec le réseau. Nous voulons que les organismes communautaires continuent d'être financés directement par Québec et ce, de façon globale, selon les modalités du service de soutien aux organismes communautaires, tel qu'actuellement. Nous ne voulons pas de programmes-cadres pour les organismes communautaires, qui ont pour effet de contraindre les groupes à travailler sur des problématiques bien précises et de découper les personnes en problèmes.

Nous ne voulons pas des régies régionales pour surveiller et comptabiliser notre travail. Nous voulons que l'évaluation de notre travail continue de se faire de manière qualitative par nos membres et par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous demandons que les regroupements provinciaux et régionaux continuent d'être financés et ce, directement par le

ministère.

Pour élaborer un peu plus sur ces points, nous voudrions signaler, au départ, une lacune importante: il y a une sous-représentation des organismes communautaires au sein des conseils d'administration des régies régionales et également au chapitre du collège électoral.

Pour l'instant, arrêtons-nous à la sous-représentation identifiée au sein des CA des régies régionales. Cette sous-représentation ne permettra pas d'assurer une représentation suffisante lorsque sera venu le temps de voir, par exemple, à la répartition des octrois et des subventions, référant aux articles 251 et 317 mentionnés auparavant. Cet aspect est important, d'autant plus que chaque régie régionale doit fournir les informations pour fins d'analyse au ministère qui, à son tour, détermine le montant des dépenses de fonctionnement à allouer aux régies régionales sous forme d'enveloppe globale par programme, ce qui correspond à l'article 317. En fait, il n'y a, au chapitre du financement alloué aux organismes communautaires, aucune garantie assurant qu'il y ait un budget suffisant d'octroyé.

Nous ne favorisons pas un financement qui serait limité aux services rendus par les organismes communautaires. Je rappelle que les organismes communautaires, ça touche également les organismes pour les personnes handicapées. Je crois que, de toute façon, c'est une évidence. Sinon, on risquerait d'assister à la mise en place d'un type nouveau de sous-traitance à la pièce. Nous considérons qu'il est capital de fournir un budget global, protégé et récurrent, qui respecte, d'une part, l'autonomie de fonctionnement des organismes communautaires dans leurs choix d'actions et de pratiques et, d'autre part, qui réponde à la volonté démocratique des citoyens et citoyennes de pouvoir intervenir adéquatement sur les réalités quotidiennes de leur vie, soit l'expression d'une logique des besoins, d'une démocratie qu'on pourrait appeler du quotidien.

C'est donc sur la base d'une subvention globale et non sur des priorités de programmes-cadres que doit être assuré le financement des organismes communautaires; un financement sur la base de subventions directement allouées par le ministère de la Santé et des Services sociaux sans qu'il y ait une distinction entre les types de services offerts.

Concernant les articles de l'avant-projet de loi qui se trouvent au titre III "Les organismes communautaires", il faudrait abroger l'article 231, tel que formulé présentement. Nous considérons qu'il est préférable de rédiger un article qui se lirait comme suit: les regroupements provinciaux et régionaux doivent être financés directement par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En effet, nous considérons que les regroupements d'organismes communautaires à l'échelle régionale et provinciale jouent un rôle important

dans la représentation des intérêts de leurs organismes membres, donc également des individus membres de ces organismes et ce, entre autres, auprès des différentes instances décisionnelles. De plus, ils favorisent la concertation, les liens de communication, l'échange entre les membres et voient à répondre à des besoins immédiats en termes d'organisation, de fonctionnement et de promotion.

Je vais laisser la parole à Pierre, pour la suite.

**Le Président (M. Joly):** Il ne vous reste que quelques minutes, s'il vous plaît, pour conclure.

**M. Berger:** Oui. Je vais poursuivre et je vais essayer d'être rapide. Donc, l'analyse qu'on a faite de l'avant-projet de loi, au chapitre des conseils d'administration des établissements et même, à la limite, du conseil d'administration des régies régionales, nous amène à penser que le projet de loi a été construit dans une rationalité carrément administrative, qui omet le caractère de rationalité de besoins. Donc, au chapitre des conseils d'administration des établissements et de la régie régionale, la réforme que propose le ministère de la Santé et des Services sociaux semble répondre essentiellement à deux critères: une réduction du nombre de conseils d'administration et une rationalité proprement administrative de gestion.

Le ministère, dans sa réforme, propose que le nombre de conseils d'administration soit réduit de manière qu'un même conseil d'administration gère un ensemble d'établissements sur un territoire donné. L'existence de conseils d'administration qui gèrent des établissements de clientèles variées comporte des inconvénients. Dans une démarche de simple gestion financière, dans un cadre de rationalité purement administrative, à l'abri de toute rationalité de besoins, un conseil d'administration de plusieurs établissements peut, d'un point de vue de gestion budgétaire, faire un travail d'une qualité raisonnable. Mais le rôle d'un conseil d'administration ne peut se réduire à une simple gestion budgétaire, qu'on se le tienne pour dit. Une rationalité de besoins vient toujours s'interposer dans la dynamique administrative.

Dans ce sens, les conseils d'administration auront, qu'on le veuille ou non, un rôle important à jouer au niveau des orientations et des priorités des établissements. Dans un cadre où la rationalité administrative devra répondre à une variété de besoins, les conseils d'administration de groupements d'établissements, donc les conseils d'administration unifiés, auront à faire des choix budgétaires qui provoqueront vraisemblablement des inégalités dans la réponse aux besoins de certaines clientèles, comparativement à d'autres. À ce titre, si l'expression des besoins se limite au cadre décisionnel des conseils d'administration, il est à craindre que les

groupes les plus minoritaires et isolés, comme les personnes handicapées que nous représentons ici, voient leurs intérêts dissous dans une mer de besoins. L'article 182 de l'avant-projet de loi, tel qu'il est formulé, permet aux conseils d'administration unifiés d'effectuer, effectivement, des transferts budgétaires d'un établissement à un autre, à partir des enveloppes budgétaires qu'ils ont à gérer. Comme vous pourrez le lire, en tout cas, la régie régionale donne au conseil d'administration une enveloppe globale. Donc, le conseil d'administration peut faire des transferts budgétaires d'un établissement à un autre.

Dans le contexte que propose l'avant-projet de loi, ce sont les clientèles les plus isolées et minoritaires qui risquent de faire les frais des transferts budgétaires interétablissements au profit des clientèles nombreuses dont les besoins sont plus connus et communs. Nous craignons, à ce titre, que les besoins des personnes handicapées soient marginalisés et oubliés; que, par exemple, les budgets des centres d'accueil et de réadaptation se trouvent amputés au profit de ceux d'autres établissements qui rejoignent des clientèles plus nombreuses et plus communes. En ce sens, nous pensons que la formule doit être repensée de façon à donner une place importante à une rationalité de besoins et à garantir une réponse équitable à toute clientèle en besoin de services.

Pour s'orienter vis-à-vis d'une rationalité de besoins, les éléments qu'on recommande, qui sont à retenir de notre point de vue: premièrement, il faut chercher à répondre aux besoins et non privilégier une organisation administrative. Dans ce sens, pour nous, il est préférable de penser à faire des regroupements, si on veut faire des regroupements de conseils d'administration, en fonction non pas d'un découpage territorial, mais d'un découpage par types d'établissements. Il faut deuxièmement, préserver une représentation des usagers au sein des conseils d'administration et, particulièrement, de la régie régionale et du collège électoral. Cependant, cette formule, telle qu'elle se présente actuellement et depuis de nombreuses années dans la présente loi, en ce qui a trait aux conseils d'administration des établissements - en tout cas, l'expérience nous l'a démontré - ne peut garantir infailliblement l'émergence d'une rationalité de besoins qui rencontre les aspirations des usagers.

Pour que la formule soit efficace et efficace, il faut que la présence des usagers dans les lieux décisionnels soit suffisamment importante, autant en quantité qu'en qualité. Les personnes représentant les usagers au sein des conseils d'administration nous ont maintes fois souligné leur isolement et leur sentiment d'impuissance. Cet isolement, et ce sentiment d'impuissance s'expliquent dans de nombreux cas, par une méconnaissance du vocabulaire et des pratiques des professionnels du réseau.

De notre point de vue, il est important donc que les usagers soient davantage présents aux conseils d'administration et qu'ils soient également mieux préparés. De plus, nous pensons que la qualité de la représentation serait augmentée et assurée si les représentants étaient élus et redevables, ce qui n'a jamais été le cas - je dis bien "et redevables" - devant les usagers et les organismes communautaires qui les représentent.  
(15 h 30)

Ainsi, la représentation des usagers au sein des conseils d'administration, particulièrement auprès de la régie régionale et du collège électoral, implique qu'il y ait, dans leur composition, une forte représentation numérique des organismes communautaires. Également, il faut préciser que les membres issus de ces organismes représentent chacun des grands domaines de besoins: les personnes âgées, les femmes, les jeunes et les personnes handicapées. Ceci permettrait de représenter tous les intérêts au sein des établissements-clés plutôt que des intérêts trop spécifiques à une clientèle.

Enfin, il est important que les travailleurs des organismes communautaires puissent siéger aux conseils d'administration au même titre que des bénévoles. Nous estimons que les travailleurs des organismes communautaires, en raison de leur connaissance des besoins et de leur familiarité avec les enjeux et le langage du réseau, devraient également pouvoir siéger aux conseils d'administration des établissements.

On sait que, dans les groupes communautaires, les travailleurs détiennent aussi une expertise. Ils disposent d'un minimum de temps que la plupart des bénévoles n'ont pas pour siéger aux conseils d'administration. Enfin, dans la majeure partie des cas, les salariés des organismes communautaires font une large part de bénévolat et sont souvent - et ça, c'est davantage vrai pour les organismes de personnes handicapées - issus de ces milieux-là.

En résumé, nous estimons que les articles 49 à 66 de l'avant-projet de loi devraient être reformulés de manière à faire intervenir une rationalité de besoins. Dans ce sens, nous pensons qu'ils devraient prévoir une augmentation, par rapport à la présente loi, du nombre de représentants des usagers aux conseils d'administration des établissements et, ultérieurement, du collège électoral et de la régie régionale, et permettre, contrairement à l'article 57.2 de l'avant-projet de loi, la présence des travailleurs des organismes communautaires aux conseils d'administration des établissements et, ultérieurement, du collège électoral et de la régie régionale.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Berger. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le

Président. Quelques questions. La première: à la page 7 de votre mémoire, vous évoquez une lacune - vous n'êtes pas les premiers à le faire - entre la représentation au collège électoral et celle au conseil d'administration et vous dites que c'est une lacune importante. Vous avez totalement raison. Il n'y a pas d'adéquation du tout entre les 25 % accordés au collège électoral et les 12,5 % ou à peu près, les 12 % ou 13 % accordés au conseil d'administration. Et ça, ce sont des choses qui sont pardonnables dans le contexte actuel, mais qui ne le seraient pas dans un contexte où il y aurait des changements. Il doit y avoir une adéquation importante. Lorsque vous formez un collège électoral, c'est pour qu'il soit le plus représentatif possible et, si vous donnez un pourcentage au collège électoral, il doit, par le fait même, y avoir le même pourcentage au niveau du conseil d'administration. Ça me semble logique. Je pense que ce sont des choses qui nous ont échappé lorsqu'on a fait la composition. Donc, je ne dis pas qu'il sera à 25 % partout, mais ce que je dis, c'est que ça doit au moins être de même niveau pour l'un comme pour l'autre et vous aviez raison de le soulever.

J'irai à la page 8 et, là, ça me heurte un peu, à votre premier paragraphe. Je voudrais qu'on le relise ensemble. "C'est donc sur la base d'une subvention globale et non sur des priorités de programmes-cadres que doit être assuré le financement des organismes communautaires. Un financement sur la base de subventions directement allouées par le ministère de la Santé et des Services sociaux sans qu'il y ait de distinction entre les types de services offerts." C'est une problématique qui n'est pas facile et je pense que c'est de deux ordres. Ce que nous avions souhaité, c'est qu'effectivement, en décentralisant, on donne à la régie régionale les pouvoirs de faire l'analyse et la sélection de ceux qui devraient bénéficier de subventions, pensant que le régional connaissait davantage les besoins de sa région et était capable d'arbitrer de la meilleure manière ce qui doit se passer dans sa région. Évidemment on entend une tout autre chanson de la part des organismes communautaires qui ont une résistance que je comprends. J'ai dit tantôt: Ils ne veulent pas se faire avaler par la pieuvre, un des tentacules de la pieuvre.

Hier, c'est-à-dire la première journée, mercredi, il y a des groupes communautaires qui nous ont donné des exemples d'un programme qui avait été mis sur pied par un organisme communautaire. Une institution l'a trouvé bien intéressant et s'est portée acquéreur littéralement de l'initiative du groupe communautaire. Cependant, il doit quand même y avoir un certain nombre de limites. Si on se dit aujourd'hui: Nos priorités, c'est le vieillissement de la population et notre jeunesse, est-ce que vous ne croyez pas, non pas de manière exclusive, que la priorité devrait être donnée aux organismes qui

oeuvrent dans ces secteurs? Est-ce qu'on ne doit pas les "prioriser" effectivement? Bien sûr qu'il y a des formules à trouver, mais est-ce qu'on ne doit pas "prioriser" l'action des groupes communautaires dans les priorités gouvernementales au moment où nous nous parlons et, par le fait même, dans les priorités au niveau régional aussi?

**M. Berger:** Bon, je vais réagir d'une façon assez générale pour peut-être essayer d'arriver plus à votre question qui est un peu plus spécifique. Le paragraphe a été surtout écrit dans le cadre d'une réaction à un partenariat qui serait imposé dans le sens qu'effectivement, si la régie régionale finançait directement les organismes communautaires sur le plan régional, ce qu'on craint, c'est que la régie régionale oblige un certain partenariat. Je pense que le partenariat, pour qu'il soit louable, il faut que ça se négocie. Si le financement venait d'ailleurs que de la régie régionale, l'organisme communautaire qui, parce qu'il est communautaire, doit se définir de par lui-même - je ne crois pas que ce soit à la régie régionale de définir ses rôles et ses orientations - je pense, serait plus sur un pied d'égalité à ce moment-là pour pouvoir négocier ce qu'il entend faire dans ce partenariat. Donc, le partenariat reste un jeu de négociation, de notre point de vue. On ne veut pas que les organismes communautaires deviennent une extension du réseau sans que la communauté se définisse par elle-même au niveau de ses orientations. Dans ce sens-là, le paragraphe vise essentiellement à favoriser un financement via Québec plutôt que via la régie régionale pour permettre finalement une négociation du partenariat.

Maintenant, concernant les questions de priorités, je ne pense pas que l'articulation qu'il y a là empêche le ministère d'avoir des priorités sauf que ce qui est essentiel pour les organismes communautaires... Un organisme communautaire n'apparaît pas parce qu'il y a une absence de besoins; il apparaît, au contraire, parce qu'il y a une nécessité de répondre à des besoins. Puis, ce dont on veut s'assurer, c'est qu'il y ait un financement pour les initiatives qui viennent de la communauté et qui visent à combler les lacunes que le réseau, que le système a oubliées. Dans ce sens-là, on veut être assurés que, même s'il y a des priorités, l'on puisse y répondre. Le problème des programmes-cadres, c'est de cadrer, justement, l'initiative des organismes communautaires dans ce que le réseau estime être les vrais besoins. Mais si un organisme communautaire apparaît et veut répondre d'une certaine façon à des besoins, c'est parce que l'organisme communautaire estime qu'il y a un besoin qui n'est pas comblé là. Quand je dis les organismes communautaires, c'est la communauté elle-même qui estime qu'il y a un besoin qui n'est pas comblé; donc, elle se donne des outils pour y

répondre.

**M. Hébert:** Peut-être juste pour ajouter, dans le sens, au niveau du... Vous avez parlé de mesures et de perception régionale. À ce moment-là, aucune garantie ne peut être donnée dans l'élaboration des programmes-cadres qui correspondraient à l'expression des organismes communautaires par rapport à l'expertise du vécu quotidien qui est mesurée, on pourrait dire à la base, en tant que telle. Donc, au niveau du respect de l'expression ou de ce qui définirait la priorité à ce moment-là, c'est là une des bases du problème, à savoir où vont se retrouver les priorités ou l'expression des priorités, entre autres, des personnes handicapées ou des autres organismes par rapport aux définitions des programmes-cadres en tant que tels? Vont-elles être simplement annexées selon des priorités préétablies et avec un financement indépendant? À ce moment-là, il y aurait comme un problème. Au niveau de la perception de la mesure régionale il n'y a pas nécessairement de garantie de la représentation des priorités émanant de la population composant les organismes et des représentants en tant que tels.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je me permettrais peut-être... Je ne veux pas m'embourber dans le libellé de l'avant-projet de loi, mais j'ai l'article 233 ici - je peux peut-être vous le lire, je ne suis pas sûr que vous l'avez entre les mains là - qui me paraît répondre, à tout le moins en partie, à vos appréhensions. Ça se lit comme suit: "Le ministre peut, conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner les organismes communautaires relativement à des activités répondant à des besoins nouveaux, procédant d'approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes non prévus à un programme d'une régie régionale." Ça me semblait couvrir un peu certaines inquiétudes que vous avez et ça, c'est parfaitement fidèle et en conformité avec ce qu'on retrouve à la page 83 du document, comme expression de besoins. C'est un petit peu ce que voulait le ministère - étant, évidemment, conscient que les programmes-cadres, en règle générale, ne répondent pas à tout et ne peuvent pas tout prévoir - se donner une balise, à tout le moins, pour répondre à ça. Vous ne le trouvez pas assez confortable encore comme article?

**M. Hébert:** Si j'ai bien compris, quand vous énoncez cet article, ce qu'il précise, c'est que ce qui est exprimé présentement comme besoins et priorités par les organismes communautaires serait déjà inclus automatiquement dans les programmes-cadres et que ce qui pourrait apparaître par la suite, ce serait au niveau des besoins nouveaux. Donc ça partirait du présupposé que les programmes-cadres actuels répondent déjà aux besoins exprimés des organismes

communautaires et, à ce moment-là, ce serait peut-être une tout autre question, un autre débat, dans le sens que ce n'est pas nécessairement évident et que ce ne sont pas nécessairement des besoins nouveaux. Il y a une ouverture au niveau des besoins nouveaux, mais il y a quand même, actuellement, une réalité qui, elle, n'est pas nécessairement incluse et compatible - "compatible" est peut-être un peu fort - dans ce...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je terminerai peut-être par un commentaire que j'ai dans cette situation-là. Au cours des dernières années, il y a eu une croissance phénoménale du nombre d'organismes communautaires qui ont revendiqué des sommes ou une reconnaissance à partir du programme que vous connaissez tous. Je pense qu'il y a des organismes qui répondent à des besoins; c'est clair et ça me paraît évident. La démonstration peut en être faite de manière quotidienne dans des secteurs fort différents.

Évidemment cette croissance extrêmement importante ne veut pas dire non plus que tout ce qui s'est implanté comme organisme est nécessaire. J'ai l'impression qu'on a assisté à une multiplication d'organismes dans certains cas, évidemment parce qu'on avait accès à un programme où il y avait de l'argent. Je ne suis pas sûr qu'on serve bien dans ces cas-là, en multipliant le nombre d'organismes qui, effectivement, répondent à des besoins auxquels le système lui-même ne peut pas répondre au moment où on se parle ou ne veut pas répondre. Ça m'apparaît important de laisser aux groupes communautaires une place comme partenaires dans le système. Évidemment, il faut se parler et se le dire, on doit jouer dans des priorités gouvernementales qui sont extrêmement importantes parce qu'il y a des besoins et ne pas doubler ce qui se fait actuellement, mais être complémentaire à ce qui se passe déjà dans le réseau, parce qu'il y a des ressources du réseau aussi qui sont peut-être mal utilisées.

Évidemment, on va tenir compte de vos représentations. Je pense qu'il y a des points d'interrogation qui méritent d'être fouillés davantage.

**M. Berger:** Est-ce que je pourrais me permettre une autre intervention? Ce n'est pas écrit dans notre mémoire, puisqu'on avait une orientation qui était autre, sauf que les articles 230 et 231 tels que formulés posent un problème majeur s'ils devaient rester tels quels. On parle du financement par la régie régionale. Nous, on veut que ça vienne du ministère, mais dans un contexte où ça resterait comme ça, il y a un problème majeur. La régie régionale pourrait financer les organismes communautaires qui offrent des services et pourrait financer la promotion également, sur une base régionale.

Concernant la promotion, il peut le faire

sur une base régionale dans cet article-là. Le problème, c'est qu'il est écrit dans un article plus bas qu'il ne peut pas financer directement les regroupements et, sur la base régionale, ce sont habituellement les regroupements qui font la promotion, ce qui veut dire que la promotion n'est plus financée nulle part. Si les articles devaient rester tels quels, les regroupements d'organismes de promotion ne pourraient plus être financés selon ce cadre législatif.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'accord.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Je vais maintenant reconnaître le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, M. Trudel.

**M. Berger:** M. Lévesque voudrait intervenir.

**Le Président (M. Joly):** Oh! Excusez-moi. Oui, M. Lévesque.

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Il y a un autre problème... On en a parlé, mais j'aimerais le répéter: Comment va être évalué le partenariat? Est-ce que le partenariat va être incité à financer ou non un organisme de promotion? Je pense qu'il faut avoir la notion du rôle d'un organisme de promotion qui est de défendre les droits et les intérêts de toute la clientèle. La crainte qu'on avait, c'était comment va être évalué le partenariat, le partenariat qui ne fait pas affaire avec les bailleurs de fonds. Est-ce que l'organisme va être privé de subventions? Ça, on ne le voit pas dans l'avant-projet de loi et on a peur de ça. Avez-vous compris, M. Côté? Merci beaucoup.  
(15 h 45)

**M. Côté (Charlesbourg):** J'ai bien saisi. C'est qu'il y avait une discussion que nous avons sur le partenariat qui est extrêmement important. On juge qu'il est important.

Ce que je remarque et retiens de votre intervention, c'est que le partenariat est possible et, dans votre opinion, il sera davantage bénéfique et possible si c'est le ministère qui garde l'attribution des subventions aux organismes communautaires, laissant le soin de développer le partenariat avec la régie régionale éventuellement.

Ce que j'ai compris de votre message, c'est que vous n'êtes pas contre le partenariat, mais que, si on devait donner à la régie régionale à la fois le pouvoir de dispensation des subventions et toute la négociation du partenariat, vous seriez dans les mains d'un monopole. Bon, ce que vous souhaitez, c'est qu'il reste un niveau d'arbitrage par le ministre sur le plan financier et que, sur le plan de la négociation du partenariat, ça puisse se faire avec le reste.

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Mais il faut faire attention comment on évalue le partenariat

pour ne pas nuire à l'institution ou aux organismes. Merci, M. Côté.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, dans l'état actuel des choses, c'est le CRSSS ou la régie régionale qui aurait la responsabilité d'évaluer le partenariat; d'où une inquiétude amplifiée dans votre cas. Évidemment, vous soulevez un point qui est important et sur lequel on devra se pencher.

**M. Hébert:** Si vous me le permettez, il soulignait qu'il peut y avoir conflit d'intérêts au niveau même du mécanisme d'évaluation en fonction même de la régie, d'autant plus qu'il y aurait une sous-représentation. Donc, à ce moment, il y aurait une remise en cause éventuelle des pratiques et du financement des organismes.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'ai bien dit tantôt que la sous-représentation au niveau du conseil d'administration serait réévaluée, compte tenu du pourcentage qu'on mettrait au collège électoral. Malgré tout ça, c'est clair que vous ne serez pas 51 % demain matin au conseil d'administration, à moins d'avoir l'habileté de vous faire représenter dans d'autres secteurs qui pourraient être représentés au conseil d'administration.

**M. Hébert:** Mais il y avait deux remarques dans notre mémoire également à ce niveau sur la participation et la composition même de ces...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui. D'ailleurs, ça appelle... Oui. Je comprends.

**M. Hébert:** C'est un élément, quand même, important au niveau même de la représentation dans la structure de représentation. Merci.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça va. Oui. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Lévesque et M. Hébert. Je vais maintenant reconnaître M. Trudel, député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, qui est aussi le critique des affaires sociales pour sa formation.

**M. Trudel:** C'est très intéressant, ce que vous nous présentez aujourd'hui. Déjà, votre première intervention permet au ministre de constater que dans la mécanique il y a des petites corrections. C'est important, donc, d'entendre les gens non seulement sur la mécanique en soi, mais sur les grands objectifs poursuivis par ce projet de réforme.

Je vais continuer tout de suite en allant un peu dans la même ligne de questionnement que le ministre, mais pas tout à fait sous le même angle. Je dois vous dire que, depuis deux ou trois jours, en particulier au niveau des organismes communautaires ou des bénéficiaires, je suis

personnellement très étonné, très, très étonné de voir des regroupements de bénéficiaires, d'usagers ou des groupes communautaires être extrêmement craintifs au sujet des régies régionales. C'est d'autant plus étonnant que ces gens-là nous disent... Vous le dites très clairement et vous avez, bien sûr, droit à votre opinion. Vous imaginez, par exemple, et je vais prendre l'extrême, les regroupements communautaires d'une région comme la Gaspésie, d'une région comme l'Abitibi-Témiscamingue, d'autres régions éloignées. Vous dites: On veut que ça reste centralisé, on veut que ça reste au ministère de la Santé et des Services sociaux, comme s'il n'y avait pas à cet endroit des difficultés de définition de programmes et d'orientations, de bras de fer entre les différentes directions, comme si le ministre n'était pas, lui, pris, par exemple, avec le rouleau compresseur du curatif des centres hospitaliers et qu'il y avait au ministère... Et ce ne sont ni les gens qui sont dedans ni le ministre que je veux toucher ici, c'est l'appareil, tout appareil d'État. Comme si un appareil centralisé pouvait être plus sensible aux besoins des individus en région, compte tenu de leur situation minoritaire, comme vous le soulignez très bien. Moi, je suis tout à fait étonné de cette attitude-là, et vous n'êtes pas les premiers. C'est peut-être moi qui suis tout croche dans ma réflexion.

Je complète ma question de la façon suivante, en disant: Il me semble - et vous vivez cette condition de minoritaires, entre guillemets, quotidiennement - qu'on a beaucoup plus de facilité à obtenir ce dont on pense avoir besoin avec des gens, avec des groupements ou avec des personnes ou des organismes que l'on connaît bien et dont on est, en quelque sorte, partenaire social qu'avec un organisme national ou supranational qui, lui, forcément, par définition, est plus loin des besoins des groupes de la base. D'où mon étonnement à votre position de dire: "Nous ne voulons pas - et vous y allez très carrément - d'un financement établi par les régies régionales qui nous obligerait à être de force des partenaires, etc.;" nous ne voulons pas des régies régionales pour nous surveiller, nous comptabiliser. "Nous voulons - encore plus - que l'évaluation de notre travail continue de se faire de manière qualitative par nos membres et par le ministère de la Santé et des Services sociaux."

La question est assez simple, après cette réflexion assez longue: Mais comment les régies régionales pourraient-elles être des blbites si dangereuses, compte tenu de la proximité que vous auriez dans la relation?

**M. Berger:** Bien, c'est la question de l'imposition du partenariat. Les organismes communautaires n'ont rien contre le partenariat, sauf qu'ils veulent pouvoir le définir eux-mêmes. Moi, je suis prêt à être partenaire, quelque part. Si je me marie, je suis prêt à être partenaire

avec ma conjointe, mais je définis, moi, les limites de mon partenariat.

**M. Trudel:** Si vous me permettez...

**M. Berger:** Mais si tout l'argent vient de la même place.

**M. Trudel:** C'est parce que ce n'est pas ça la question.

**M. Berger:** Oui, mais la question, c'est ça. C'est parce que, si tout l'argent passe à la même place, passe par la régie régionale, la régie régionale a tous les outils en main pour imposer aux organismes communautaires: Si vous voulez avoir du financement, c'est de cette façon-là que vous rendez le service, c'est dans ce cadre-là, cela s'inscrit dans tel programme.

**M. Trudel:** Et ce n'est pas le cas du ministère actuellement? Ce ne serait pas le cas du ministère? C'est ça qui m'étonne.

**M. Berger:** C'est qu'on ne veut pas que ce soit le cas par un financement via le ministère. C'est parce que le financement via le ministère suppose qu'il s'agit de deux sources de revenus différentes et là, une fois qu'on reconnaît le besoin et l'action d'un organisme communautaire, l'organisme communautaire peut définir les modalités d'application de ses activités par des tables de concertation régionales. Je ne sais pas si vous comprenez.

**M. Trudel:** Je comprends très bien la résistance et votre analyse - que j'accompagne, d'ailleurs - au niveau de la liberté de travail, de la façon d'utiliser des groupes communautaires. Mais ce qui nous est dit ici, c'est que tout ça, ça marche quand c'est avec le ministre dans un endroit centralisé et que ça ne marchera pas dans les régies. Et, traduction libre, à la fin, pour l'observateur ou pour les gens autour de la table, c'est: En conséquence, les régies régionales, ce n'est pas bon. Votre raisonnement, il faut bien le préciser, c'est de dire: C'est au niveau de la reconnaissance des organismes et de la façon dont on veut intervenir que nous avons des craintes, soit vis-à-vis du ministère, soit vis-à-vis des régies régionales. Mais votre crainte n'est pas vis-à-vis des régies elles-mêmes.

Encore une fois, je le répète, c'est parce que ça fait trois ou quatre fois que l'on entend ici dire: Les régies en région, elles vont être tellement méchantes, elles vont être tellement mal organisées qu'elles ne seront pas capables de respecter nos besoins. Et ça me semble un contre-sens. Ce sont des gens qui sont plus proches de nous autres. C'est notre monde à nous autres.

Moi, je vous le dis franchement, je vous apporte un témoignage de la région de l'Abitibi-

Témiscamingue. Quand ils appellent leur député et disent: Écoute, le ministre n'a pas voulu, vous savez la première réponse que je leur fais? Je leur dis: Je peux comprendre que le ministre n'ait pas examiné votre demande parmi les 50 000, 60 000, 70 000 demandes. J'exagère pour caricaturer. Si c'est en région, ce sont des gens qui se connaissent, ils pourront intervenir à travers leur regroupement, même au conseil d'administration. Vous voyez un peu la préoccupation?

**M. Hébert:** Historiquement, d'accord. Il y a une histoire au niveau même du financement en provenance directement du ministère. D'une part, ça ne veut pas dire que ce n'est pas exempt de lacunes ni de problèmes. D'un autre côté, je crois que ce qui est sous-tendu aussi, c'est au niveau de certaines conditions qui étaient posées tantôt. On a parlé de la question de la représentation, au niveau même de la composition, à ces régies qui n'assurent, en aucun cas, une représentation potentielle. Vous allez peut-être me dire qu'au niveau des structures administratives et gouvernementales vous pouvez être très en équilibre aussi, sauf que, là, on nous parle d'un nouveau modèle, d'une nouvelle forme de gestion sur laquelle on nous dit que, de toute manière, on ne sera pas nécessairement présents, sinon exclus. Lorsqu'on parle de représentation des organismes communautaires, si on dit les jeunes, les femmes, les personnes handicapées et tout ça - on parle de deux représentants par région, sauf erreur - à ce moment-là, il va y avoir un melting-pot pour ces deux niveaux de représentation quand, auparavant, il pouvait y avoir des représentations au niveau même des différentes expressions.

Ça revenait au niveau de la question de la représentation, au niveau même des mécanismes. Tantôt, M. Lévesque a parlé de l'évaluation. A ce moment-là, oui, il existe des mécanismes d'évaluation, mais on parle de terrain nouveau. Il peut y avoir du bon dans du terrain nouveau comme il peut y avoir des coûts sévères au niveau du nouveau. Et, en même temps, il y a la place ou la définition même de notre participation. Je ne sais pas si ça donne une certaine explication.

**M. Trudel:** Oui, mais vous venez de dire, et je veux bien le rappeler, que c'est au niveau de la représentation qu'il faut d'abord travailler pour être présents sur ces organismes, pour s'assurer de votre place, et on est complètement d'accord avec ça, pour ce qui est d'être équitable. Le ministre a, d'ailleurs, fait là-dessus quelques remarques d'entrée de jeu. Je ne voudrais pas - et là, je vais émettre mon opinion, à moi - que l'on conclue que toute la présence de ces personnes et de ces groupes est magnifiquement bien assurée au niveau ministériel, au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux, qu'on a une protection entière

et complète au niveau des besoins au ministère. Et, dans les régies régionales corrigées, au niveau de la représentation, comme vous le soulevez, je suis tout à fait d'accord que même là, ça n'aurait pas de bon sens.

Je pense qu'on est toujours mieux de travailler avec les gens qui sont le plus proches des besoins, les gens qui sont sur le terrain. Ils ont généralement une sensibilité qui est plus grande. Ce n'est pas un reproche, encore une fois, que je fais à tout l'appareil ministériel. Le ministre, l'appareil ministériel ne peut pas être sur le terrain partout. Ça va de soi que sa sensibilité ne peut pas être aussi profonde partout, tandis qu'une véritable décentralisation avec une représentation adéquate, c'est un gage d'une plus grande sensibilité.

C'est ce que moi, en tout cas, j'ai compris et je voulais éclaircir ça avec vous. Deux petits éléments. Je suis tout à fait d'accord sur le niveau de financement. Là, par exemple, moi, je pense qu'il y a effectivement une faiblesse très grande dans le projet de loi en disant: Il y a autorité pour la régie régionale de vous subventionner, de vous aider. Le ministre vous rajoute, en faisant une observation sur l'article 230, que, s'il y a des besoins nouveaux, etc., il pourra y aller. Moi, je pense que le projet de loi en soi ou par règlement devrait nous indiquer que le ministre, le ministère obligera les régies régionales à consacrer tel pourcentage de leurs allocations, de leurs ressources financières pour les fins des organismes communautaires ou de promotion, y compris que le ministère lui-même, dans son budget global, devrait être contraint à l'utilisation d'un tel pourcentage pour vous garantir un niveau de financement. Est-ce que, si cela est inscrit dans le projet de loi ou par règlement, ce serait suffisant pour vous, ce serait plus encourageant, plus rassurant?

**M. Berger:** En tout cas, ce serait déjà un pas en avant, sauf que ce n'est pas tellement rassurant parce qu'il y a encore la problématique du partenariat imposé. Effectivement, tantôt, quand vous avez souligné qu'on est plus près des besoins par la régie, ça va de soi, mais les mécanismes qu'on prévoit...

**Le Président (M. Joly):** Excusez! Je voudrais vous rappeler que, déjà, nous avons épuisé notre temps. Il nous reste peut-être une minute pour conclure. Est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter, M. Trudel? M. Lévesque, en conclusion peut-être.

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** J'ai une question à poser au député, ça va prendre deux minutes. Il y a un proverbe qui dit de ne pas mordre la main qui te nourrit. Nous autres, comme regroupement régional, on a fait des représentations au niveau de la nouvelle régie régionale. Et si on parle trop fort, est-ce que ça va avoir des

conséquences sur le financement par rapport au diction qui dit: On mord la main qui nous nourrit? Tandis que, si c'est le ministère qui fait une évaluation des nécessités, c'est mieux que la régie régionale. Avez-vous compris?

**M. Trudel:** Je suis d'accord...

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Pouvez-vous le répéter pour m'assurer...  
(16 heures)

**M. Trudel:** M. Lévesque, quand vous dites: On a peur d'être pris dans la situation où on ne pourrait mordre la main qui nous nourrit, on comprend qu'au niveau de l'évaluation il y aura là un certain problème. Je faisais l'observation que ce n'est pas différent au niveau de l'organisme central qui s'appelle le ministère de la Santé et des Services sociaux et que, dans l'un ou l'autre des cas, il faut prévoir qu'il n'y ait pas effectivement ce qu'on pourrait appeler de bris d'autonomie des groupes pour réaliser... Moi, il me semble - et je le répète parce que j'ai trop d'expérience, j'ai 20 ans d'activité régionale - que ceux qui peuvent le mieux comprendre cela, la liberté, la nécessaire liberté des groupes communautaires, ce sont encore les gens sur le terrain, les gens des régions, lorsqu'il s'agit de besoins en région. Si c'est à Montréal, c'est à Montréal. Si c'est à Québec, c'est à Québec. J'ai toujours peur des instruments centralisés là-dessus. Mais on est d'accord avec vous que ça ne doit pas être le seul et même organisme qui distribue et qui évalue.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député.

**M. Hébert:** M. le Président, en terminant, est-ce que je pourrais donner un petit document, en annexe, qui donne un portrait de la situation des personnes handicapées mentalement, de l'organisme?

**Le Président (M. Joly):** Oui, vous avez la liberté de le faire. Merci. Alors, je vous...

**M. Lévesque (Pierre-Yves):** Merci beaucoup de votre attention.

**Le Président (M. Joly):** Merci.

**M. Trudel:** C'est un plaisir.

**Le Président (M. Joly):** Alors, je vous remercie.

Je demanderais maintenant au prochain groupe de s'avancer, les Messagères de l'espoir.

Je présume que vous êtes Mme Gaétane Grenier. Alors, vous connaissez la procédure, j'imagine, vous avez suivi un peu les débats. Nous vous écoutons.

**Mme Grenier (Gaétane):** Je ne suis pas trop

habituée à ça parce que je suis terrain" pas mal, moi, mais ça va aller. Alors...

**Le Président (M. Joly):** Alors, si vous voulez vous asseoir, madame, soyez bien à l'aise.

**Mme Grenier:** Vous, vous êtes le président.

**Le Président (M. Joly):** C'est ça.

**Mme Grenier:** O.K.?

**Le Président (M. Joly):** C'est ça. On est ici pour vous...

### Les Messagères de l'espoir

**Mme Grenier:** M. Côté, M. le ministre, bonjour! Merci, membres, d'avoir accepté d'entendre les Messagères de l'espoir. Je suis seule, mais faites un effort, imaginez-vous que j'ai 360 personnes affligées avec moi. O.K.? Parce qu'ils ne peuvent pas venir, eux autres. O.K.? Ils sont trop malades.

Je vais attaquer tout de suite par le partenariat. Moi, je suis intéressée à venir vous donner mon expertise, l'expertise des Messagères de l'espoir. Ça fait cinq ans que nous existons. Ça fait cinq ans qu'on est avant-gardistes, qu'on est avant le projet de loi. O.K.? En 1985, je suis venue en commission parlementaire sur la réinsertion sociale des personnes qui ont des troubles mentaux et j'avais demandé le service de répit aux familles, en 1985. Ça prend du temps, le gouvernement, mais ça ne fait rien, je l'ai eu, j'en ai eu un petit peu. Tu sais, c'est petit à petit. Je comprends la lourdeur du système.

Pour le partenariat, je ne sais pas si je comprends comme il faut ou, si je ne comprends pas bien, M. le Président, M. le ministre, vous me le direz. Moi, on a du partenariat chez nous. C'est quoi, pour nous autres, le partenariat? C'est, par exemple, de fonctionner avec les organismes communautaires de notre milieu. Exemple: On fait partie d'une table des aînés, dans Anjou. Alors, on est plusieurs organismes communautaires, on est 20. Un organisme communautaire part un projet sur l'autonomie des aînés. L'autre organisme communautaire ne le part pas, là - un, pour cette année. O.K.? Après ce sont les aînés qui vont prendre le projet. Nous autres, on les aide. Pour nous autres, c'est ça du partenariat.

Pour les Messagères de l'espoir, le partenariat, ce sont des ressources humaines. Par exemple, on est un service de répit aux familles, pour les personnes qui ont des troubles mentaux sévères et persistants. Vous savez que c'est difficile; on ne connaît pas toutes les stratégies à faire quand on est seul à la maison avec une personne qui a un trouble mental. On appelle la Clinique psychiatrique d'Anjou et le Dr Wolf,

psychiatre, vient une fois par mois, bénévolement, nous aider et il est tout heureux de ça. À un moment donné, on est encore embêté et un psychologue, M. Michel Mongeon vient, bénévolement, nous aider.

Partenariat aussi au point de vue des hôpitaux, Louis-H. -Lafontaine. Il y a quelqu'un qui doit sortir de l'hôpital, il n'est pas capable de prendre l'autobus seul. O. K. ? Alors, c'est tout ça. L'hôpital le met dans l'autobus, nous autres, on l'attend. Au bout d'un mois, il peut prendre l'autobus tout seul. Nous autres, c'est le partenariat au point de vue des ressources humaines. Moi, Je ne sais pas... Pensez-vous que j'ai bien compris ça, cette affaire-là? En tout cas, moi, c'est comme ça que ça fonctionne. Nous autres, c'est comme ça que ça fonctionne. O. K. ?

Notre crainte est encore au point de vue des régies régionales, pas par rapport à la régie régionale, par rapport à la constitution du conseil d'administration. Étant donné qu'on a, nous, un comité aviseur, donc on peut faire un parallèle, on peut dire: Ça va aller à peu près dans le même sens. O. K. ? Alors, sur le comité aviseur, il y a treize personnes, deux communautaires. Nous, étant situés dans l'est de Montréal - je ne sais pas si c'est le même problème partout, mais moi, je parle pour ma petite paroisse - il y a deux personnes du communautaire. Alors, il y a Louis-H. -Lafontaine, DSC Maisonneuve-Rosemont, un gros paquet d'affaires, là, tu sais: alors, bien des professionnels, de gros hôpitaux. Alors, qu'est-ce qui arrive au communautaire pour le répit aux familles? Il nous reste seulement des graines. Moi, ce qui me fait de la peine, c'est que j'ai rencontré Mme Lavoie-Roux et elle m'a dit: Mme Grenier, j'ai donné un million pour le Répit aux familles. Mais, j'ai dit: Comment ça se fait qu'il nous reste 0, 02 \$? Bien, elle dit: Moi, je ne comprends pas. Ça fait que, M. le ministre et M. le Président, à vous de voir à ça, je ne suis pas capable de répondre à la question. Alors, c'est vrai, il nous reste juste de petits sous. Pour tout le DSC Maisonneuve-Rosemont, imaginez-vous, 20 000 \$! Ça fait 1, 5 intervenante. Je réponds à douze familles. La treizième famille - j'ai 18 personnes en attente - qu'est-ce qu'elle a? Elle n'a rien, ça fait pitié ça. Après tout, on est des humains, tu sais, ce sont des personnes qui sont malades. Moi, je parle en connaissance de cause, je vis avec mon conjoint qui est un traumatisé crânien depuis dix ans. O. K. ? Il est fonctionnel - je suis assez fière de ça - O. K., on ne peut pas discuter comme ça, mais au moins il a sa place au soleil. Moi, je suis une personne qui est vraiment, vraiment pour le milieu naturel de vie. Alors, ça fait cinq ans que je me bats pour ça.

Alors, le partenariat, c'est ça, cette histoire-là. Et le conseil régional, il faudra que ce soit plus que deux communautaires parce que je vous dis que notre voix n'est pas bien forte, là! Tu sais, Louis-H. -Lafontaine, oui, ils en prennent

pas mal eux autres. Enfin! Nous, on travaille fort.

Dans mon petit - ah, il est tout petit, mon mémoire, c'est modeste, c'est de l'expertise que je vous donne. Alors, j'ai le goût, étant donné que vous êtes bien occupés - je vois ça - je pense que vous en avez pris connaissance un peu, j'aurais le goût d'aller tout de suite au point de vue d'économie. Moi, j'aime bien ça, l'économie, parce qu'on rend service aux personnes, c'est ça. Mais parler de l'économie pour dire comment, pour le fardeau fiscal du gouvernement, ça peut être un bon investissement de donner aux organismes communautaires, mais pas à tort et à travers. Alors, dans l'économie, c'est à la page 14.

Un organisme communautaire, vous le savez, c'est le pivot de la société. Tout investissement dans le communautaire ne constitue pas une dépense sèche. La communauté travaillant main dans la main pour contribuer à l'employabilité des personnes ayant des troubles mentaux, les Messagères de l'espoir, en gardant les familles en bonne santé, en leur permettant de rester sur le marché du travail, donnent un sérieux coup de pouce à l'économie. Parce que, nous autres, il n'y a rien de plus intéressant, quand on va dans les centres d'achat, et ci et ça, et qu'on a aidé quelqu'un, qu'il nous envoie la main et qu'il nous sourie parce qu'il est au travail; le résultat pour nous autres, c'est tout. Alors, des citoyens et des citoyennes, grâce aux services rendus par la corporation, sont intégrés au marché du travail.

Ah bien là, j'arrive à l'économie. Êtes-vous économiste, M. le ministre? Êtes-vous économiste?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non..

**Mme Grenier:** En tout cas, il y a un économiste bien le fun...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ha, ha, ha!

**Mme Grenier:**... il s'appelle John Maynard Keynes. Il disait: "Au lieu de se serrer la ceinture, la société doit au contraire dépenser pour activer l'économie." Il ne s'agit pas de dépenser à tort et à travers. En subventionnant les organismes communautaires, on contribue à aider les ressources les plus importantes qui sont les ressources humaines, et celles-ci, de par leurs objectifs, peuvent activer l'économie en augmentant le nombre de personnes à l'emploi et à la productivité. La société peut augmenter ses revenus - ça c'est vrai - elle oriente ses dépenses de façon à stimuler la production de biens et services dans les organismes communautaires. Et il y a quelque chose qui m'avait bien... Le Dr Castonguay est venu - je suis ça de proche la commission parlementaire - alors il parlait beaucoup pour l'innovation, ceux qui font de l'innovation... Tabamouche, les Messagères de

l'espoir, on est innovatrices en pristi! Ça fait qu'on espère être subventionnées, pour toujours, consolidées. Parce qu'on n'est pas encore consolidées. Mais ça va venir. Je vais le demander au ministre, "anyway".

Bon, ah oui, M. le ministre, vous avez écrit dans le **Journal de Montréal** l'"entrepreneurship", ceux qui avaient de Tentrepreneurship". Pensez-vous qu'on n'en a pas, nous autres, hein? O.K. Au fond, l'économie, c'est ce qui permet aux gens d'obtenir les biens et services dont ils ont besoin. La conception de l'organisme étant axée - ça c'est important pour le gouvernement - la conception de l'organisme étant axée sur l'utilisation des ressources du milieu, sur du support financier diversifié, cela apporte une contribution économique appréciable en ne misant pas sur une subvention de l'État à 100 %. L'implication de la communauté est un outil pour la sensibilisation de la population sur le vécu des personnes ayant des troubles mentaux.

Quand je dis de ne pas miser à 100 % c'est parce que, quand on crée un projet humanitaire, c'est toute une dynamique ça. Alors si on a une subvention à 100 % de l'État, ouach! on est dépendant de l'État et moi je n'y tiens pas en tous les cas. Parce qu'on veut garder notre couleur communautaire. C'est ça qu'il y a. Alors que le gouvernement nous donne une régie régionale, s'il y a plus de communautaires dedans, on a une chance d'avoir plus, enfin... Mais nous, on a fait une demande à Centraide et on est allés voir... Une chance, j'ai rencontré le président des hommes d'affaires de la ville d'Anjou, de l'est, et il a accepté de faire un petit projet et il m'a dit: Mme Grenier, c'est ce qui est plus difficile pour vous, je vais essayer de trouver le mot, le terme pour sensibiliser les industriels. Parce que nous, O.K., on travaille avec la personne qui a un trouble mental, à la maison. Mais notre grand but c'est de sauvegarder la santé mentale de ceux qui gardent le malade à la maison. Parce que si, moi, je n'avais pas eu d'aide, je ne serais pas ici aujourd'hui, je serais folle. Parce que rester avec un - excusez le mot, "folle" entre guillemets... Parce que si je n'avais pas eu d'aide, je ne serais pas ici, c'est certain. Alors, c'est de sauvegarder. Alors, le monsieur, le président des hommes d'affaires a dit: Ça c'est dur, parce qu'on est plus porté à donner pour une personne qui est malade, qui est ci, qui est ça. Mais, maudit, si on parle d'économie, qu'on aide la personne qui est en santé et qui garde le malade là. C'est fantastique ça. Alors le monsieur des hommes d'affaires, espérons qu'il va convaincre les industriels... Et puis... Bon, c'est ça que j'avais à dire pour l'économie.

Parlons de l'espoir. Messagères de l'espoir, hein? On a espoir. Il ne faut pas lâcher. Je dis toujours: La vie nous récompense... Quand on croit beaucoup... Il suffit de croire. Je me dis la vie est là, c'est certain. Là, je regardais dans les

journaux et on ne parlait pas beaucoup de la personne. On parlait beaucoup d'économie et d'économie, le ticket modérateur, tatitata... Mais là on éduque aussi nos personnes à faire attention à leur carte d'assurance-maladie. Ça c'est important. Savez-vous, on donne de l'éducation jusqu'à ça. On éduque les familles. Ils ont une carte d'assurance-maladie. Ils ont des rendez-vous médicaux. Disons, par exemple, il y a un rendez-vous médical. Et là le docteur fait "clic-clic" avec la carte d'assurance-maladie. Quinze jours avant, il avait eu une prise de sang. Là, le rapport des prises de sang n'est pas rendu. Qu'est-ce que ça fait ça? Vous reviendrez dans quinze jours, votre rapport de prise de sang n'est pas rendu. Sapristi! ça coûte cher au gouvernement une affaire de même. Ça fait que nous, on dit à nos personnes: S'il vous plaît, quand ça arrive - parce que c'est de l'argent du peuple - s'il vous plaît quand ça arrive, dites au docteur: Non, je ne reviendrai pas. Vous m'appellerez quand vous aurez le rapport. Ça fait qu'on éduque les personnes. Ça peut être niais ce que je dis là, mais c'est important. Si personne ne vous dit ce qui se passe... Vous êtes bien bons... Moi je suis toujours très mystifiée. Je suis en admiration devant des personnes qui ont des postes-clés parce qu'elles ont des forts potentiels. Ça fait que prenez ça, là. C'est pour vous autres.

(16 h 15)

Eh cristi qu'on a hâte d'être... Je sais de quoi je parle parce que je le vis à 100 %. On a des recommandations. Moi, je n'appelle pas ça "recommandations", appelez ça "suggestions", c'est plus "cute". Bon, les Messagères de l'espoir, en accordant une subvention pour la survie, non pas à 100 %, parce qu'on veut que la communauté nous aide... C'est comme pour les bénévoles, hein? On a certaines bénévoles qui font des téléphones d'entraide pour le suivi et le suivi à l'hôpital et un peu d'accompagnement. Quand c'est le temps de faire une fête, bien, là c'est les bénévoles de tous les organismes, d'au moins une dizaine d'organismes communautaires d'Anjou qui viennent nous aider. Ça en est du partenariat ça, je viens de penser à ça. Enfin!

Alors, pour garder des malades à la maison, ça prend du monde rémunéré. Une bénévole peut bien y aller une fois par semaine mais, au bout d'un mois, cette pauvre enfant est fatiguée et ce n'est pas trop valorisant tandis que nous, en rémunérant... Parce que c'est tellement compliqué et le plan d'action qu'on fait pour chacune des familles, ce sont les besoins spécifiques et le contexte particulier dans lequel vit la famille qui déterminent le plan. Le plan d'action qu'on a pour chacune des familles c'est cas par cas.

L'autre partenariat qu'on a, eh bien ça, je vais vous le dire, c'est trop "cute". J'avais une dame dont le frère était schizophrène et ça fait six mois qu'on l'aide beaucoup, beaucoup. Elle n'en pouvait plus. Elle a dit: J'ai besoin de trois

semaines de vacances, je n'en peux plus. C'est très, très long la réadaptation, je n'ai pas besoin de vous le dire, vous le savez. Bien, j'ai téléphoné au centre de crise L'entremise. J'ai dit: Aurais-tu un lit de "spare" pour trois semaines de vacances? Qu'est-ce qu'elle a fait? Elle a envoyé deux de ses personnes à la maison voir Michel, le schizophrène, et sa parente. Il a accepté. Alors, la madame a pu se libérer trois semaines moyennant une petite contribution de 4,75 \$ par jour, ce n'est pas dispendieux. Moi, je trouve que c'est du partenariat. En tout cas, ça l'a aidée. Moi, j'étais bien contente parce que j'ai dit: Enfin, si quelqu'un veut se reposer, ils ont une place, tu sais!

Des suggestions. Que les dirigeants des organismes qui offrent des services de répit possèdent des connaissances en santé mentale et sur le vécu quotidien des familles. Ce n'est pas n'importe qui qui peut avoir un organisme de répit aux familles en santé mentale. Oh non! Nous suggérons que les organismes communautaires qui offrent des services de répit continuent à collaborer avec les intervenants professionnels et les organismes de leur milieu respectif.

Nous suggérons que les organismes communautaires voués à la cause du répit aux familles soient assurés de recevoir des services de personnes-ressources. Nous suggérons que les aidants naturels aient une formation adéquate. Nous, on donne une formation continue, on n'arrête pas. Bien, si on fait venir le psychiatre, etc., là, je vous l'ai dit, c'est une preuve. Il y a un type de supervision qui met en évidence les conséquences positives des interventions que le personnel fait. Le personnel a besoin d'être bien encadré. Moi, je n'ai pas trop le temps de l'encadrer, je le fais comme je peux; les 75 % de mon temps c'est pour faire vivre l'organisme. Déjà ça fait cinq ans. Bon! Après ça, le personnel a besoin d'avoir un suivi sur une base hebdomadaire.

Une dernière suggestion. Nous suggérons la mise sur pied et l'actualisation des services de répit aux familles par des organismes communautaires dans un bref délai afin de redonner espoir aux familles, afin de sauvegarder la santé mentale et physique des membres de la famille, afin d'éviter que le fardeau fiscal dans le domaine social s'alourdisse par l'hospitalisation des membres de la famille qui gardent des personnes ayant des troubles mentaux, afin que les familles retrouvent un sens à leur vie, afin de permettre aux familles la possibilité de faire des choix, afin que les familles puissent contribuer à l'essor économique de la société.

Mes chers... Je parlais pour dire mes chers amis. En tout cas, vous êtes mes amis. Je n'ai pas la prétention de changer la loi. Oh, non pas du tout, du tout. Mais mon modeste témoignage, mon petit mémoire, tout petit, peut-être va vous aider dans l'orientation, peut-être! Alors, au nom de tous mes affligés, je les aime beaucoup.

Merci. Voilà, c'est tout!

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme Grenier.

**Mme Grenier:** Avez-vous d'autres choses? Ah!

**Le Président (M. Joly):** Je vais maintenant reconnaître M. le ministre qui va sûrement s'entretenir avec vous. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**Mme Grenier:** Excusez-moi. M. le ministre, quand vous avez été... On peut-u dire quelque chose de particulier?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui. Allez.

**Mme Grenier:** Quand j'ai vu que vous aviez été nommé, j'ai eu peur. J'ai dit: Mon dieu! Du transport au social! Qu'est-ce qu'il fait là?

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

**Mme Grenier:** Bien oui, c'est ce qui m'est arrivé. Après, j'ai appris. Je vous suivais, j'ai suivi les journaux et j'ai dit: Cristi, il a raison. C'est lui, c'est un administrateur que ça prend parce que, de l'argent, H y en a, mais il est mal distribué et moi, j'ai confiance que vous dites: Il y a de l'argent pour le Répit aux familles; ça va au Répit aux familles. Je ne le sais pas, mais je suis rendue que j'ai confiance en vous. C'est pas pire!

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah bien! C'est extraordinaire. C'est un très beau témoignage que j'apprécie. Mais je n'avais pas besoin du témoignage que vous venez de faire pour me rendre compte que...

**Mme Grenier:** J'avais besoin de vous le dire.

**M. Côté (Charlesbourg):** Votre témoignage, depuis le début, est un témoignage très sincère qui s'inspire du vécu, d'un vécu qui n'est pas toujours facile et je pense que c'est ce qu'il y a peut-être de plus précieux dans le régime au moment où on se parle, qu'on se parle véritablement de bénévolat.

Vous touchez, quant à moi, un point. On pourrait bien se parler de structure pendant bien du temps et ce n'est pas ça qui nous rendrait service. Messagères de l'espoir, quand j'ai vu ça, sans vous connaître, je vais vous confier quelque chose de particulier, moi aussi, j'ai dit: Qu'est-ce qu'ils vont nous apprendre, eux autres? Mais je viens de comprendre maintenant l'espoir, parce que vous le traduisez très bien par votre présentation simple, mais inspirée d'un vécu, qui est véritablement authentique et qui parle d'un problème particulier, celui du répit. C'est là que vous m'accrochez. Il parle du répit. Le répit,

c'est vrai chez vous, c'est vrai pour à peu près tous les secteurs de la société, c'est vrai en santé mentale, c'est vrai pour les personnes âgées. Il y a des gens qui, effectivement, pourraient continuer de garder les gens chez eux, le lien familial, mais qui, finalement, au bout de la ligne, n'en peuvent plus parce qu'ils n'ont pas de répit. C'est un élément extrêmement important de votre présentation et je pense que c'est le cœur. L'économie, bien sûr, est là, mais vous visez à nous démontrer que le répit est l'un des rouages très importants de notre système et que, si on y met les efforts, ça va être très économique. C'est ça que vous voulez nous dire finalement.

**Mme Grenier:** Oui, c'est vrai. La preuve, c'est que je suis ici. Sans ça, je serais à l'hôpital.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Et ça, j'y crois profondément. Je voudrais vous poser des questions. Qu'est-ce que vous avez comme budget d'opération, comme organisme?

**Mme Grenier:** 20 000 \$ pour tout le DSC Maisonneuve-Rosemont. Ça, c'est une personne et demie. C'est tout. L'organisme n'est pas consolidé... depuis cinq ans. Nous avons aussi ce qu'on appelait les PDE, O.K. Vous devez être au courant que les PDE, ça coupe. Le ministre du Travail, M. Jean Corbeil, est pourtant notre député, que vous connaissez depuis longtemps. Alors le communautaire s'en va chez le diable. Cette année, j'ai 800 heures d'accordées; pour le projet... Attendez une minute. Pour le projet, c'est 35 000 \$ qu'il donne pour 20 semaines. On va vous parler de chiffres. On aime ça. On comprend bien. 35 000 \$ qu'il donne pour 20 semaines. Sur 20 semaines, il y a cinq personnes et, sur les 20 semaines, 450 heures de formation; on donne la formation en santé mentale et en informatique. Moi, ça me fait mal parce que la moitié de mes familles n'ont pas les services. L'an prochain, c'est 100 % de formation et l'organisme n'a plus rien. Alors, il va falloir se brancher quelque part.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Peut-être pour...

**Mme Grenier:** C'est ça, notre budget.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Mais c'était juste pour être capable de voir l'importance. Je pense que vous faites face à un problème, compte tenu du fédéral qui se retire. Mais je veux aller plus loin que ça avec vous.

Vous vous occupez donc des gens qui ont des problèmes en santé mentale.

**Mme Grenier:** Et aussi de tous les autres, avec le projet Canada, de ceux qui gardent les malades à la maison, sans discrimination d'âge et

de maladie.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K.

**Mme Grenier:** Ça, c'est avec Ottawa.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est parce que j'ai vu dans vos buts tantôt que vous vous occupez aussi des aînés.

**Mme Grenier:** Oh ouï

**M. Côté (Charlesbourg):** Des personnes aînées.

**Mme Grenier:** Oui. Il y en a beaucoup.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'accord. Mais parlons en particulier de problèmes de santé mentale. Est-ce que ce sont des gens qui étaient en institution qui sont désinstitutionnalisés?

**Mme Grenier:** Oui. Il y en a pour qui ça faisait 20 ans. Nous autres, on leur apprend à réadministrer leur quotidien.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Et vous êtes en train de nous dire que vous êtes la seule ressource qui puisse le faire.

**Mme Grenier:** Oui, pour le moment. Oui, j'ai une preuve. C'est que je suis demandée pour aller parler, pour aller faire ma paiotie, aller expliquer ça un peu partout dans les groupes de parents. O.K.? A Pierrefonds, à Pointe-Claire, Vieux-Lachine. Le 6 février, je vais à Longueuil. Je leur explique ce qu'on fait et je voudrais qu'eux autres aussi le fassent. Alors, je suis la seule. On est la seule.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Et vous êtes là depuis cinq ans. Donc, vous êtes là depuis qu'il y a une désinstitutionnalisation.

**Mme Grenier:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et toujours pour tenter de remettre dans leur milieu, un milieu plus naturel, les gens qui ont certains troubles.

**Mme Grenier:** On a des résultats, M. le ministre, pour ceux qui ont des troubles mentaux. Quand ils ont fini avec nous autres, on les réfère à Auto-Psy ou à un autre organisme communautaire pour continuer. Ils ne restent pas toujours dépendants de nous autres.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K.

**Mme Grenier:** O.K. Continuez.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais, évidemment, ce que vous faites, c'est que vous êtes corn-

plémentaires au réseau actuel qui est en place et vous intervenez avant qu'Auto-Psy intervienne.

**Mme Grenier:** Oui, parce qu'on les prend, ils sont dans la jungle. On ne se pile pas sur les pieds. Assez qu'une travailleuse sociale m'a appelée pour me dire: Ça fait dix ans que je m'occupe de X madames et j'aimerais essayer une nouvelle approche et son psychiatre est à Rosemont. On a une collaboration avec les psychiatres. On ne se pile pas sur les pieds, on est complémentaires. Et on ne coûte par cher au gouvernement. Imaginez, notre personnel, 300 \$ par semaine, 40 heures. Comptez ça, 300 \$ par semaine, 40 heures. Ils ne font pas 40 heures, ce n'est pas du 9 à 5. C'est ça la beauté. Ils peuvent faire du bénévolat après.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vous pose une dernière question parce que...

**Mme Grenier:** C'est intéressant votre affaire. Votre affaire est intéressante.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vous pose une dernière question. Oui, parce que, sur le plan de la désinstitutionnalisation, on l'a fait puis vous avez une expertise qui est intéressante sur le plancher. Directement, le bénéficiaire étant sorti de l'institution, étant réintégré au niveau du milieu, l'objectif était de le remettre dans son milieu pour qu'il ait le plus d'autonomie possible. Évidemment, il faut avoir des mesures d'encadrement et être capable de le suivre aussi pour que le phénomène qui est connu à Montréal, au centre-ville, ne s'amplifie pas. Je pense qu'il faut être extrêmement prudent à ce niveau.

Vous qui êtes une dame qui consacrez sa vie, parce que vous avez beau avoir 300 \$ par semaine, à 40 heures par semaine, vous devez faire probablement 70, 80 heures par semaine, le restant c'est du bénévolat, quel est le problème du système? Vous en avez abordé quelques-uns tantôt, dans le domaine bien pratique, la prise de sang avec la visite, les doubles visites.

**Mme Grenier:** Ah oui!

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais, pour vous, c'est quoi le système? Si, demain matin...

**Mme Grenier:** Il y a quelqu'un, quelque part, qui ne fait pas sa job.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Grenier:** Je ne sais pas qui, moi là.

**M. Côté (Charlesbourg):** O. K. Mais, au-delà du médecin ou... Si vous étiez ministre, demain matin...

**Mme Grenier:** Je ne veux pas.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non. Mais, compte tenu de votre expérience...

**Mme Grenier:** Je n'ai pas cette force.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah! Vous en avez une bonne.

**Mme Grenier:** Non, non, je suis le terrain, moi.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, mais c'est important pour le ministre, pour prendre des bonnes décisions, qu'il soit éclairé par le terrain.

**Mme Grenier:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Votre expérience à vous...

**Mme Grenier:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** La priorité, demain, est-ce que c'est de s'occuper de nos personnes âgées?

**Mme Grenier:** La priorité?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. La priorité, ce qu'on devrait faire en premier. Pensez-vous que c'est au niveau des personnes âgées qu'est la priorité, la santé mentale ou...

**Mme Grenier:** Je suis en conflit d'intérêts.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous êtes en conflit d'intérêts.

**Mme Grenier:** Oui. Parce que je suis avec un malade à la maison, pour être bien honnête avec vous.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, vous l'êtes déjà en disant que vous êtes en conflit d'intérêts. Malgré tout ça, j'aimerais avoir votre opinion quand même. Qu'est-ce que c'est la priorité de demain? À Montréal, il y a un vieillissement de la population aussi.

**Mme Grenier:** Il y a les jeunes et les personnes âgées. Et là, vous venez de me faire sortir "les personnes âgées".

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, pas obligatoirement. Si vous ne le pensez pas, ne le dites pas pour me faire plaisir. Mais, je pense que, comme vous...

**Mme Grenier:** Je fais partie d'une table de concertation des aînés et, vraiment, ils ont besoin d'aide et plus ça va, plus la population vieillit, ça c'est vrai, les 75 ans et plus, c'est vrai, si vous avez une priorité à faire. Là, je

vous ai rendu une réponse franche, mais n'oubliez pas les malades à la maison, ceux qui les gardent.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je n'oublierai pas le répit.

**Mme Grenier:** Si vous voulez qu'on garde notre tête, mon dieu!

**M. Côté (Charlesbourg):** Je n'oublierai pas le répit.

Merci beaucoup et continuez votre excellent travail.

**Mme Grenier:** Aïe, monsieur!

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Grenier:** Pensez-vous qu'on va avoir une consolidation de l'organisme? Bon dieu! Après cinq ans, vous ne seriez pas fatigué de courir, vous?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oh oui! De courir après la reconnaissance, hein?

**Mme Grenier:** Oui, parce qu'ils disent dans ça - je vous l'ai envoyé - que le ministre peut donner lui-même. En tout cas, si eux autres ne donnent pas, s'il vous plaît...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je me traîne toujours un petit cahier vert.

**Mme Grenier:** Oui. L'espoir.

**M. Côté (Charlesbourg):** Il y a des choses qui me frappent et j'ai pris une note.

**Mme Grenier:** Ah! Une autre affaire qui est intéressante, avant de partir: la collaboration avec les fonctionnaires.

**Le Président (M. Joly):** Mme Grenier.

**Mme Grenier:** Oh! Je vous avais oublié, vous.

**Le Président (M. Joly):** Je vais encore vous consacrer un peu de temps, mais je vais reconnaître ici le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue qui est aussi le critique des affaires sociales pour sa formation. Donc, vous allez avoir la chance d'échanger encore quelques minutes avec M. Trudel.

**Mme Grenier:** Est-ce que c'est l'avocat du diable?

**Le Président (M. Joly):** M. Trudel, oui, l'Opposition.  
(16 h 30)

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

**M. Trudel:** Vous avez comme un langage désarmant. C'est très important qu'on puisse faire un tour parce que vous savez, quand vous allez être partie, c'est moi qui est chargé de protéger les intérêts, de "checker" le ministre, s'il va vraiment vous reconnaître. Hein? Pour lui rappeler ça constamment.

**Mme Grenier:** Il faut qu'il ait une bonne mémoire.

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

**M. Trudel:** Juste pour vous dire, très rapidement, parce que mes questions seraient allées dans le même sens que le ministre, vous nous apportez là un témoignage extrêmement intéressant. Je vais juste sortir quelques dimensions de votre présentation sur lesquelles on doit insister pour rappeler au ministre, d'abord, un: la franchise. Si tout le monde était venu nous dire ici, de la façon que vous le faites, c'est quoi les problèmes dans le système, qu'est-ce qui nous apparaît comme le plus difficile... Vous nous avez dit en tout dernier lieu, avec une très grande candeur: Vous savez, là-dessus, je suis un peu en conflit d'intérêts. Heureusement, madame, que vous n'étiez pas ici toute la journée d'hier où des gens nous ont parlé toute la journée...

**Mme Grenier:** Cela a chicané, hein!

**M. Trudel:** ...avec une très grande apparente candeur et avec une absence apparente de conflit d'intérêts mais vous êtes venue ici parler des besoins des personnes qui sont en situation difficile. Vous savez que c'est très valorisant parce qu'il y a tellement de monde qui sont venus ici nous dire qu'ils étaient, eux, dans des situations vraiment difficiles, en oubliant les gens qui sont en situation de difficultés sur le terrain. Et ça, là-dessus, ça nous rappelle, et ça rappelle au ministre qui aura à présenter un projet de loi à l'Assemblée nationale, d'inclure, et vous l'avez bien souligné, dans le projet de loi la partie du budget du gouvernement à investir dans le mouvement communautaire. Vous êtes la première du mouvement communautaire qui vient nous parler d'investissement. Nous, on parle de ça depuis aussi un certain nombre de mois et d'années. Dans le communautaire, c'est un investissement qui rapporte beaucoup, parce que, vous l'avez bien démontré, cela coûte peu et donne d'excellents résultats. C'est pour ça qu'il faut se garantir. Vous avez raison, par ailleurs, d'être très craintive sur la part du budget qui vous reste. Vous faites votre belle description en disant: Ils sont tellement gros et grosses ceux et celles qui sont à côté de nous, les centres hospitaliers, etc., qu'on est laissés pour compte.

Et c'est pour ça qu'il faut que la garantie d'un niveau de financement apparaisse au niveau du ministère et dans les régies régionales, s'il y avait lieu.

Une toute petite question. J'ai bien compris quand vous nous avez dit: Je passe 75 % de mon temps à assurer la survie de mon organisme au niveau des sous, au niveau de ce que j'ai à courir pour assurer la survie de cet organisme qui s'occupe prioritairement du répit? Je passe 75 % de mon temps à cela, c'est bien ce que vous avez dit? Dites.

**Mme Grenier:** 75 % de mon temps et une partie de mon budget personnel. Parce que je suis venue ici, c'était tellement important, en taxi, 200 \$. Mais ça ne me fait rien, c'est de l'investissement pour ceux que je défends. Quand j'ai monté à Ottawa, la même affaire. Parce que je ne fais plus de voyage, moi, parce que je suis confinée à la maison, alors je prends cet argent-là... Vous allez me dire: C'est symbolique. Mais je le fais par sacrifice, pour aider. Mais je sais que vous êtes capable de comprendre. O.K. Mais 75 % de mon temps, oui. Dès trois heures du matin, envoyé donc! Pour la survie de l'organisme, 400 \$ ici, 500 \$ là. Les services, c'est important.

**M. Trudel:** Et on comprend tous que ce 75 % là, évidemment, vous préféreriez le consacrer aux familles, aux personnes qui auraient besoin de répit, qui auraient besoin d'aide. Vous êtes obligée de faire cela pour permettre qu'au moins il y ait un minimum qui leur soit accordé et qui, à travers le cadre institutionnel ou les cadres des institutions dans lesquelles nous vivons actuellement, devient impossible.

Là-dessus, je vais tout simplement, au nom de l'Opposition, Mme Grenier...

**Mme Grenier:** Monsieur, 75 %...

**M. Trudel:** Oui?

**Mme Grenier:** J'aimerais bien mieux les porter à la formation parce que je suis formée. J'ai 20 ans de... Je suis une éternelle étudiante à l'Université de Montréal. Alors, j'aimerais bien mieux... Si mon personnel est mieux encadré, mieux formé, il va rendre mieux service aux familles. Aie! C'est "tough", hein, vivre 24 heures par jour! En tous les cas, O.K...

**M. Trudel:** Tout à fait.

**Mme Grenier:** Mais c'est positif. Une personne qui vit 24 heures par jour, si elle a de l'aide... Moi, j'ai de l'aide par la Régie de l'assurance automobile, bien c'est le "fun". On a une personne, un être à part entière qu'on aime. Mais, pour nous, savez-vous ce que ça fait? Ça nous permet d'intérioriser le monde. C'est ça que

ça nous permet de faire. Voilà. Est-ce qu'il y a autre chose?

Une voix: Non.

**Mme Grenier:** Il faut que je m'en aille à Montréal.

**M. Trudel:** Alors, je vais vous remercier beaucoup, Mme Grenier, de votre témoignage. Ma petite part - parce que je ne suis pas en situation de responsabilité dans l'administration des budgets - ça va être donc de surveiller si le ministre a toujours son petit calepin et la journée où il va vous amener une réponse positive...

**Mme Grenier:** Il n'est plus là, allez-vous lui dire?

**M. Trudel:** Je vais lui dire certain parce que vous, vous allez quitter pour Montréal. Nous, on est encore ici pour un bon bout de temps. Merci beaucoup, Mme Grenier.

**Le Président (M. Joly):** Mme Grenier, je vais demander au ministre délégué à la Santé, M. Sirros, de conclure.

**M. Sirros:** Une toute petite chose, Mme Grenier. Le ministre étant pris au téléphone, il m'a demandé de vous remercier et il a trouvé tout ce que vous avez dit intéressant et en tiendra compte dans la suite de nos travaux. Donc, de sa part, de ma part et de la part de tous les membres de la formation gouvernementale, merci beaucoup.

**Mme Grenier:** Au nom des affligés, vous lui direz merci.

**M. Sirros:** Avec plaisir.

**Le Président (M. Joly):** À mon tour, madame, au nom des membres de cette commission, je vous remercie pour votre authentique témoignage et bon voyage de retour. Merci beaucoup, madame.

Je vais maintenant demander à la représentante du Comité de bénéficiaires du centre hospitalier Douglas, Mme Martha Bishop, de bien vouloir s'avancer. Alors, Mme Bishop, je ne sais pas si vous connaissez un peu les règles.

**Mme Bishop (Martha):** J'ai 20 minutes pour discuter...

**Le Président (M. Joly):** Vous avez environ une vingtaine de minutes puis, par après, au loisir, disons, des deux formations, on a aussi une période de temps qui nous est dévolue pour vous poser les questions d'usage nécessaires qui peuvent susciter de l'intérêt. Alors, Mme Bishop,

la parole est à vous.

### Comité de bénéficiaires du centre hospitalier Douglas

**Mme Bishop:** Merci, mesdames et messieurs et merci aussi pour essayer de comprendre mon français.

Le Comité de bénéficiaires de l'hôpital Douglas veut juste faire des commentaires sur quelques points de l'avant-projet de loi parce que vraiment la loi est très difficile à comprendre et il y a des points qui, pour nous, sont très importants.

Dans le mémoire que nous avons envoyé à la commission des affaires sociales, nous avons dit, à la deuxième page, que nous avons une inquiétude sur la composition de comités de bénéficiaires. J'ai écrit, dans ce mémoire, une petite histoire sur un conseil similaire, le conseil des patients qui a été commencé à l'hôpital Douglas en l'année 1955. Dans les temps passés, il y avait d'autres personnes, c'était ouvert à tous les bénéficiaires de l'hôpital. Ces réunions sont à chaque semaine et, dans les temps passés, il y avait peut-être un aumônier, un bénévole comme moi, l'ombudsman, peut-être une personne du "staff" qui étaient présents à ces réunions. Mais l'année passée, la régie régionale a dit qu'il serait mieux de ne pas avoir de membres de "star".

La présente loi sur la santé et les services sociaux dit que ces comités de bénéficiaires sont composés seulement de bénéficiaires, de bénévoles ou de parents. Alors, pour une première fois en 35 années, les bénéficiaires ont élu une personne qui n'est pas un bénéficiaire et, pour moi, un bénévole qui remplace un bénéficiaire, j'ai une prise de conscience parce que j'ai pris une place qui, traditionnellement, était une place pour un bénéficiaire.

La chose qui est très difficile pour les bénéficiaires maintenant, c'est qu'un comité qui s'appelle Comité de bénéficiaires est supposé, dans l'avant-projet de loi, avoir seulement deux bénéficiaires et les autres personnes, ce sont des parents, des bénévoles ou quelque chose comme ça. Une des bénéficiaires m'a dit - je pense que c'est un vieux proverbe autochtone, je ne sais pas si je vais dire ça assez bien en français - ce n'est pas possible de marcher dans les souliers d'une autre personne. Bien des fois, quand nous parlons, au Comité de bénéficiaires, les bénéficiaires me disent: Non, ça ce n'est pas bon pour les bénéficiaires ou ça, c'est notre réalité, vous ne comprenez pas ça. Les bénéficiaires ont peur que si la majorité des membres de ce comité soit des personnes qui ne se sont pas battues, "struggle", avec les problèmes mentaux, peut-être qu'ils vont manipuler ou pousser ou quelque chose comme ça et ne comprendront pas la réalité de la vie des personnes avec des problèmes mentaux. Dans l'hôpital Douglas, depuis

quelques années, les patients pouvaient faire exactement le même travail, eux-mêmes, avec un peu d'assistance.

Alors, la première recommandation que nous avons faite, à la page 3, c'est que le Comité de bénéficiaires soit constitué par une majorité de bénéficiaires et que les sièges qui restent soient occupés par les bénévoles ou par les parents, tuteurs ou autres représentants légaux pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou qui sont sous curatelle. C'est la première recommandation.

La deuxième, c'est... Dans l'avant-projet de loi, vous avez dit que la durée du mandat d'un membre d'un comité de bénéficiaires, c'est une année et nous sommes en accord avec ça. Parce que dans un établissement regroupant des personnes avec des problèmes mentaux, il y a beaucoup de fluctuations dans les conditions des patients. Nous avons ce mandat pour une année dans nos règlements internes. Nous avons aussi un petit mécanisme, si une personne est malade pour un mois, une semaine, quelque chose pour remplacer. Mais là où nous avons un problème... Vous avez écrit, dans l'avant-projet de loi, qu'une personne qui se fait élire - élire, est-ce que c'est le mot juste? - on peut seulement la réélire deux fois. Vraiment, dans un hôpital comme Douglas - et je pense que c'est la même chose avec les autres hôpitaux de longue durée - les patients sont suivis par l'hôpital depuis plusieurs années, vingt ans, dix ans. Il y a un noyau de patients qui sont capables de travailler dans un comité de bénéficiaires. Il y a des membres qui sont actifs depuis cinq, dix années.

Il y a d'autres personnes. Vous voyez, dans notre mémoire, deux fois par année, nous envoyons à chaque "ward" et service un mémoire pour dire: Ce que nous voulons, ce sont des personnes, s'il vous plaît, envoyez des personnes. Mais c'est seulement huit ou dix personnes qui sont intéressées. Nos réunions, chaque semaine, sont ouvertes à ces huit ou dix personnes. Les officiers, ce sont des membres qui font partie de ces huit ou dix personnes. Si c'est un terme d'office et qu'après trois années c'est nécessaire qu'elles disparaissent, alors, le comité, peut-être, aussi disparaît parce que ce noyau, ce sont les personnes les plus intéressées.

Je pense que ce règlement, c'est mieux de le laisser dans le règlement de chaque établissement qui connaît le fonctionnement des bénéficiaires. Notre recommandation, c'est que le nombre de fois qu'une personne peut être réélue pour siéger au Comité des bénéficiaires soit laissé à la discrétion des règlements, généraux de chaque comité.

Les dernières recommandations concernent le conseil d'administration de l'établissement. Premièrement, nous sommes très heureux de nos relations avec notre conseil d'administration. Nous avons des membres. Il y a eu deux sièges au conseil d'administration de 1973 à 1984.

Maintenant, il y a une personne qui siège au conseil d'administration et une autre personne comme observateur. Mais il y a beaucoup d'occasions pour qu'un bénéficiaire dise à la réunion: Je pense que cette idée... Nous avons eu un exemple à la dernière réunion. Le conseil d'administration voulait changer l'utilisation d'un des édifices. Le bénéficiaire, qui est membre, a dit "non, c'est un édifice dont les patients ont beaucoup besoin", alors l'administration a fermé cette idée.  
(16 h 45)

Ce petit préambule, c'est pour dire que nous avons de bonnes relations, mais nous pensons que c'est nécessaire à l'hôpital Douglas - c'est un institut universitaire avec un conseil d'administration comme dans beaucoup d'autres; c'est le seul conseil d'administration que nous avons mentionné dans notre mémoire - nous pensons qu'il est très important d'avoir des représentants des bénéficiaires, ils sont la raison d'être de l'établissement. Et avec la meilleure volonté du monde, c'est simple pour des personnes qui n'ont pas de problèmes mentaux de prendre une décision pour les malades, pour les patients. Les autres membres du Comité de bénéficiaires à Douglas ont beaucoup peur de ne pas avoir une voix, comme d'ailleurs dans le conseil d'administration. Ils disent que les recommandations, c'est qu'à l'intérieur d'un institut où les bénéficiaires reçoivent des soins de longue durée, il y ait deux membres additionnels. Dans le moment, c'est un membre, vous le savez. Nous pensons qu'il est nécessaire d'avoir deux membres additionnels qui représenteraient les bénéficiaires, qu'ils soient nommés au conseil d'administration de ces établissements.

La dernière partie concerne le conseil d'administration. J'ai écrit dans le mémoire: Vous ne construisez pas un pont sans des ingénieurs, vous ne faites pas l'école sans des maîtresses. Je pense que vous ne faites pas un avant-projet de loi sans des avocats. Je ne me rappelle pas combien d'avocats il y a dans cette Chambre, mais je pense qu'il y en a peut-être un ou deux. Nous avons peur que le conseil d'administration soit, je ne sais pas le mot en français, des "laymen", des personnes qui ne sont pas des professionnels, pas des travailleurs sociaux, des gardes-malades ou autres. Il y a maintenant des "laymen" au conseil d'administration. Ils avaient de bonnes idées de "business", de communauté, de quelque chose comme ça. Mais il est nécessaire pour nous d'avoir une personne ou des personnes qui soient des professionnels. Peut-être un conseil d'administration dirait: Ah, ça coûte trop cher d'avoir une pharmacie. Fermez la pharmacie. Allez tout le monde chez Jean Coutu. Mais peut-être qu'il y a des raisons censées d'avoir une pharmacie ou un service de chirurgie ou quelque chose dans un hôpital. S'il n'y a pas des experts, alors quelle voix dira: Non, ne fermez pas ça ou n'ouvrez pas ça? Ce sont nos

recommandations, que les médecins ne soient pas exclus du conseil d'administration de tous les genres d'hôpitaux, pas seulement des hôpitaux psychiatriques.

L'autre côté, la même chose. Si vous avez un médecin dans un hôpital psychiatrique, c'est meilleur d'avoir un médecin qui connaît la psychiatrie, pas un médecin qui connaît les oreilles, les yeux, la langue ou qui sait, un chirurgien ou quelque chose comme ça, parce que quand vous travaillez en psychiatrie ou quand vous êtes un bénévole en psychiatrie, vous commencez à connaître le monde des personnes comme ça, les limitations, les pouvoirs, les problèmes, les vœux. Je ne sais pas tous les mots, les verbes, mais un psychiatre qui travaille avec des malades avec des problèmes mentaux doit connaître un peu le monde des malades mentaux, j'espère! Ce n'est pas une bonne idée d'avoir un médecin qui est spécialisé dans un autre domaine. Cela, ce sont nos "concerns". Et l'autre chose qu'un bénéficiaire m'a dite lundi, quand il a su que je venais ici. Il est très touché que les membres de la Législature, que le ministre, que toutes les personnes ici à Québec soient concernés par les malades et spécialement avec les malades mentaux. Parce que pendant plusieurs années, il a pensé qu'il était orphelin du système et maintenant, il est très heureux d'avoir un petit mot dans le système. Je vous remercie.

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme Bishop. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. J'avais demandé...

**Mme Bishop:** M. Côté, est-ce que vous pourriez parler lentement?

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vais parler lentement.

**Mme Bishop:** O.K.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'avais demandé à mon collègue, M. Sirros, de prendre la parole. Je viens de la lui enlever parce que vous avez touché des points d'un vécu tout à fait extraordinaire et l'expression d'une réalité de ce que vous vivez chaque jour, c'est très touchant. Et je peux déjà vous assurer que nous allons changer un certain nombre de choses.

Premièrement, le comité des bénéficiaires va être majoritairement formé de bénéficiaires. Et il n'y a pas personne de mieux placé pour défendre les bénéficiaires que les représentants de bénéficiaires. Donc, je pense que c'est un témoignage très, très important et nous allons régler ça.

Deuxième point de vos recommandations, des règles internes du comité des bénéficiaires

faites par les comités aussi, oui. J'ai particulièrement apprécié votre image d'ingénieur avec la fabrication des ponts. Ça me touche, étant ex-ministre des Transports.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous aviez bien choisi votre image et il est clair que pour faire des lois ça prend, règle générale, un avocat et que des professionnels de la santé, ce n'est pas nécessairement nuisible sur un conseil d'administration pour faire des bons choix.

Le seul message que je veux vous dire, c'est que votre message est clair. Il est inspiré d'une pratique dans le champ, les deux pieds par terre et nous allons en tenir compte et apporter les modifications qui s'imposent. C'était le message que je voulais vous livrer et vous féliciter pour l'avoir fait en français. Je trouve ça touchant avec tout ce que ça peut imposer comme exigences pour une personne dont la langue maternelle n'est pas la langue française et vous l'avez très bien fait. Et je vous en félicite.

**Mme Bishop:** Je voudrais que mon français soit meilleur mais je pense que... J'ai une fille... et je pense que j'avais poussé le mur...

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

**Le Président (M. Joly):** Est-ce que...

**M. Gautrin:** Sur l'intervention, je...

**Le Président (M. Joly):** M. Gautrin, député de Verdun, s'il vous plaît.

**M. Gautrin:** Merci. Je n'ai pas de question à poser, si ce n'est rendre aussi témoignage sur l'importance et le travail extrêmement sérieux que vous faites à l'intérieur de l'hôpital. Je pense que, d'après ce que j'ai pu voir, le Comité de bénéficiaires de l'hôpital Douglas est un comité qui est réellement au service et qui travaille pour le mieux-être et l'amélioration du statut des bénéficiaires. Je peux seulement m'associer aux propos du ministre pour vous féliciter pour votre présentation et, d'autre part, féliciter aussi le Comité des bénéficiaires pour tout le travail que vous faites à l'hôpital Douglas. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Maintenant, M. le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux.

**M. Sirros:** Merci, M. le Président. Je vais reprendre un petit peu la parole que le ministre m'a prise. Je voudrais profiter de cette expérience que vous avez d'implication au niveau des comités de bénéficiaires et des bénévoles d'un

centre psychiatrique pour vous poser une question qui n'a rien à faire avec votre mémoire mais j'aimerais peut-être avoir le bénéfice de vos réflexions sur ça.

Les hôpitaux psychiatriques sont ce qu'on appelle "sectorisés" et, donc, les résidents d'un territoire donné doivent normalement s'adresser à l'hôpital Untel qui couvre le secteur donné. Il y a, je sais, dans l'esprit de plusieurs, des différences d'opinions avec cette approche dans le sens qu'on dit souvent qu'il y a des liens qui peuvent se créer par rapport au choix d'un bénéficiaire d'un psychiatre ou d'un hôpital en particulier et que ça ne devrait pas être le secteur ou ce découpage administratif qui prenne le dessus, qui devienne plus important que le choix de la personne. J'aimerais avoir, d'une part, vos points de vue sur la question et, d'autre part, savoir, au Douglas, comment ça se vit. D'où viennent la majorité des bénéficiaires, selon votre connaissance, et qu'est-ce que vous en pensez de cette sectorisation?

**Mme Bishop:** Vraiment, à l'hôpital Douglas, nous avons le centre communautaire avec les personnes dans le secteur, mais nous avons aussi, peut-être que vous le savez, le mandat pour tous les anglophones pour la psychiatrie de longue durée dans la province. Alors, moi, je connais beaucoup de personnes de la Gaspésie, du "North Shore" de quelque chose comme ça... Vraiment, parce que je travaille comme bénévole avec un autre groupe de parents comme travailleuse sociale et plusieurs fois des parents veulent choisir un hôpital parce qu'ils aiment un psychiatre ou s'ils n'aiment pas un psychiatre dans tel hôpital, ils veulent alors en choisir un autre. Les patients au Douglas, les patients de longue durée, demeurent dans la communauté, ils se voient malades, ils entrent à l'urgence et ils veulent un médecin. Quand ils sont un peu mieux, ils vont dans un "Admission ward" et il y a un autre médecin. Ils ont donc peut-être été dans un service de longue durée, un autre médecin! "Predischarged", un autre médecin! Après 20 ou 30 années, vous avez passé tous les médecins dans l'hôpital. C'est la confusion. Mais est-ce qu'il y a des médecins avec deux personnes ici, dans ce service, trois ici, cinq ici? Pour les patients de longue durée à l'hôpital Douglas, la majorité demeure dans les environs: LaSalle, Verdun, Ville-Émard. Il y a des centres d'accueil au "south shore", un dans Lachute, un à Rawdon. Beaucoup de ces patients demeurent près de l'hôpital. C'est un ghetto peut-être.

**M. Sirros:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Joly):** Merci madame. Je vais maintenant reconnaître M. Trudel, le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et aussi critique des affaires sociales pour sa formation. M. Trudel.

**M. Trudel:** Merci, M. le Président. Très brièvement, Mme Bishop, je veux vous remercier aussi à la suite de ce que le ministre vous a indiqué et je n'aurai pas beaucoup de questions, seulement quelques très brefs commentaires. D'abord, pour vous remercier aussi de nous avoir présenté votre expertise, votre témoignage en français. On sent bien l'effort que vous faites et veuillez croire que du côté de l'Opposition aussi, nous apprécions vivement l'effort que vous avez fait et ce que vous nous avez dit comme contenu cet après-midi. Nous avons même l'impression que nous allons ramener plus de groupes ou plus d'interventions au niveau individuel, surtout le vendredi après-midi, face au ministre. Ou vous êtes une très bonne avocate ou le ministre faiblit le vendredi après-midi, et heureusement puisque c'est ce qui fait en sorte que nos questions sont presque annulées parce que le ministre répond toujours oui à d'excellentes suggestions que vous amenez parce que vous avez une expérience-terrain.

Là-dessus, il ne me restera qu'une seule remarque à ajouter: Les ingénieurs sont nécessaires pour les ponts, pour construire les ponts, le ministre en a pris bonne note, et je suis sûr, puisqu'il n'a pas dit oui complètement là-dessus, qu'il va également penser aux techniciens et aux travailleurs qui réalisent les ponts sans quoi l'oeuvre ne serait pas achevée et que nos 130 000 travailleurs et intervenants dans le secteur public ont aussi une expertise qui, pour peu qu'on protège les conflits d'intérêts directs, pourrait nous permettre de jouir de leur expertise et de leur expérience au niveau des conseils d'administration dans chacun des établissements ou des lieux où nous avons à administrer des soins de santé ou des activités d'adaptation ou de réadaptation.

Madame, merci beaucoup de votre témoignage et, en termes d'avocat ou d'avocate, on fera peut-être appel à vous lorsqu'on aura des causes plus difficiles vis-à-vis du ministre. Merci beaucoup, madame.

**Mme Bishop:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme Bishop. Au nom des membres de cette commission, je vous remercie très sincèrement de votre présentation et de votre vécu.

La commission, ayant accompli son mandat pour la journée, ajourne ses travaux au mardi 30 juin-

**Une voix:** Janvier.

**Le Président (M. Joly):** Excusez-moi, au 30 janvier, à compter de 10 heures.

(Fin de la séance à 17 h 1 )