



---

# 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 (6)

Le mercredi 31 janvier 1990 -- No 11

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

---

QUÉBEC

## Débats de l'Assemblée nationale

### Table des matières

Institut Nazareth et Louis-Braille	CAS-579
Institut Raymond-Dewar	CAS-586
Mmes Francine Y. Bourassa, Jocelyne Charbonneau, Françoise Laurin et Suzanne Nadeau-Thibodeau	CAS-595
Direction du programme d'ergothérapie de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal	CAS-606
Table des directeurs généraux des centres de services de réadaptation en mésadaptation sociale du Montréal métropolitain	CAS-613
Institut de réadaptation de Montréal	CAS-626

### Intervenants

Mme Pauline Marois, présidente  
M. Jean A. Joly, président suppléant

M. Marc-Yvan Côté  
M. Henri-François Gauthier  
M. Guy Chevréte  
M. Richard Holden  
Mme Jeanne L. Blackburn  
Mme Huguette Boucher-Bacon  
M. Rémy Trudel

- \* Mme Louise Lacroix-Charest, institut Nazareth et Louis-Braille
- \* M. Emmanuel Lebreux, idem
- \* M. Normand Giroux, idem
- \* M. Pierre-Noël Léger, institut Raymond-Dewar
- \* M. Gabriel Collard, idem
- \* Mme Mariette Hillion, idem
- \* Mme Francine Ferland, Direction du programme d'ergothérapie  
de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal
- \* Mme Micheline Saint-Jean, idem
- \* M. Pierre Patenaude, Table des directeurs généraux des centres de services  
de réadaptation en mésadaptation sociale du Montréal métropolitain
- \* Mme Micheline Larose, idem
- \* M. Gilles Langelier, idem
- \* M. Gilbert Cardinal, idem
- \* M. Yvon Guérard, idem
- \* M. Jacques Voyer, Institut de réadaptation de Montréal
- \* M. Daniel Adam, idem
  
- \* 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  
Cheque 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  
1060, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28  
Québec, (Québec)  
G1R 5E6 tél. 418-643-2754

Courier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

Le mercredi 31 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 huit minutes)

**La Présidente (Mme Marois):** La commission des affaires sociales va reprendre ses travaux dans le cadre de la 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.

J'inviterais maintenant les représentants de l'Institut Nazareth et Louis-Braille à prendre place, s'il vous plaît. Prenez les sièges qui sont devant nous, c'est ça. Est-ce qu'il... Oui, il y a des remplaçants, Mme la secrétaire.

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. M. Atkinson (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Holden (Westmount).

**La Présidente (Mme Marois):** Merci. C'est Mme Louise Lacroix-Charest - c'est ça - qui est présidente?

**Mme Lacroix-Charest (Louise):** C'est ça.

**La Présidente (Mme Marois):** Je vous souhaite la bienvenue. Je vous demanderais de présenter les personnes qui vous accompagnent.

**Mme Lacroix-Charest:** Oui.

**La Présidente (Mme Marois):** Vous avez environ une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire et par la suite, nous vous adresserons un certain nombre de questions.

**Institut Nazareth et Louis-Braille**

**Mme Lacroix-Charest:** Très bien, madame. Merci. Alors, bonjour tout le monde. Je vous présente, à ma droite, M. Normand Giroux, qui est le directeur général de l'Institut, et M. Emmanuel Lebreux, qui est le président du comité des bénéficiaires de l'Institut.

Je vous remercie, en premier, de nous recevoir et de nous écouter ce matin dans la cause qui nous tient tout particulièrement à cœur. Madame m'a présentée, Louise Lacroix-Charest. Je représente, au conseil d'administration, les organismes socio-économiques de la région de la Montérégie. Je débute cette année une première année d'un deuxième mandat de trois ans. Je vous ai présenté les gens. Alors, M. Giroux et M. Lebreux viendront à tout de rôle vous transmettre les témoignages de leur milieu et vous faire voir à quel point nous tenons à obtenir la reconnaissance de Nazareth et Louis-Braille comme institut universitaire.

Pour ma part, Mme la Présidente, je me présente devant cette commission parlementaire à titre de porte-parole de tous les membres du conseil d'administration de l'Institut. En effet, la requête que nous vous présentons aujourd'hui a reçu un appui inconditionnel des représentants de tous les milieux du conseil. Que ce soit les délégués du personnel de soutien, que ce soit les délégués du personnel clinique, que ce soit la représentante des centres hospitaliers de la région, que ce soit les représentants des bénéficiaires, tous sont unanimes à croire et à vouloir que l'institut Nazareth et Louis-Braille reçoive le statut d'institut universitaire.

Le mémoire que nous transmettons aujourd'hui en commission parlementaire est une requête en vue de faire inscrire dans la loi une provision qui garantisse à la déficience visuelle une place juste et équitable dans le réseau, au même titre que les autres dimensions de la santé protégées par les programmes de l'État. De plus, il réclame d'être affranchi de la contingence territoriale, pour exercer en toute liberté et intelligence son mandat, là où il est requis. En somme, Mme la Présidente, si la réforme crée, selon les termes de l'article 37 du projet de loi, une catégorie d'établissements universitaires, l'institut Nazareth et Louis-Braille se qualifie entièrement à ce titre, comme le démontre d'ailleurs le mémoire que nous vous présentons aujourd'hui.

Notre démarche ne peut pas être considérée comme un geste isolé du conseil d'administration; loin de là, en effet, puisque nous avons reçu de nombreux appuis. Les mentionner tous serait long et je m'en voudrais de prolonger ma présentation. Cependant, je tiens à nommer certains des groupes qui nous appuient: le Comité de bénéficiaires, l'Association des aveugles de la rive sud, l'Institut national canadien pour les aveugles, l'Association québécoise des parents d'enfants handicapés visuels, le Conseil canadien des aveugles, connu sous le nom anglophone de Canadian Council for the Blind, la Fondation Mira, l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke et l'Association des gens d'affaires de la rive sud. Tous ces groupes reconnaissent avec nous que la personne handicapée de la vue ne doit pas être noyée dans des établissements pluralistes et vous prie, Mme la Présidente, et vous, membres de cette commission, de prendre en bonne et sérieuse considération notre demande et de recommander au gouvernement du Québec d'accorder à l'Institut Nazareth et Louis-Braille le statut d'institut universitaire. Mme la Présidente, Mes et MM. les membres de cette commission, je vous remercie. J'invite maintenant

M. Emmanuel Lebreux, si vous me le permettez, à venir exposer le point de vue des bénéficiaires.  
M. Lebreux.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci.

**M. Lebreux (Emmanuel):** Mme la Présidente, MM. et Mmes de la commission, comme vous le savez, mon nom est Emmanuel Lebreux. Je représente le comité de bénéficiaires de l'institut Nazareth et Louis-Braille qui compte 3600 membres. Je me fais leur porte-parole, aujourd'hui, et je me prends comme exemple pour démontrer ce que c'est une personne handicapée visuelle.

Pour commencer, j'ai une formation en technique infirmière. J'ai perdu la vue. Je suis retourné aux études et j'ai maintenant un certificat en intervention psychosociale. Je termine mon baccalauréat en psychologie de la communication et ceci, c'est grâce à l'institut Nazareth et Louis-Braille qui m'a permis, m'a donné les outils, les instruments et la technologie nécessaires pour poursuivre mes études. Le braille, c'est la première chose qu'on doit apprendre, mais vu l'âge où j'étais rendu, je n'avais pas le temps de m'arrêter pour apprendre le braille pendant trois ans parce que je n'aurais jamais pu retourner sur le marché du travail à temps.

Comme toutes ces choses se sont passées... Vous avez, parmi vos documents, toute la liste des personnes qui ont demandé un appui sans condition à l'Institut pour que le gouvernement du Québec nous octroie le droit de devenir un institut universitaire. Ce qui arrive avec ça, c'est que, lorsque l'Institut recevra son statut universitaire, il aura beaucoup plus de facilité et sera reconnu avec une crédibilité pour continuer à faire la recherche technologique qui se développe continuellement pour les personnes handicapées visuelles. Et suite à toute cette nouvelle technologie, les personnes handicapées visuelles vont être en mesure de devenir plus compétitives sur le marché du travail parce que, dans le moment, ce n'est pas le cas, puisque le taux de chômage est de 77 % et plus.

Ce que nous vous demandons, Mmes et MM. de la commission, c'est de porter nos demandes et la requête de l'institut Nazareth et Louis-Braille aux instances mêmes du ministère de la Santé et des Services sociaux. Suite à ça, lorsque nous recevrons une réponse favorable à la requête, nous pourrions dire que l'Institut nous fournira une autonomie pour pouvoir fonctionner plus rapidement et être vraiment efficaces dans la société. Suite à toutes ces revendications, si nous avons une réponse favorable, nous pourrions dire après que le gouvernement veut vraiment qu'on fasse une partie Intégrale de la société québécoise. Merci.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci, M.

Lebreux. Oui, Mme la présidente.

**Mme Lacroix-Charest:** Oui. Maintenant, M. Normand Giroux, directeur général, s'adressera à vous.

**M. Giroux (Normand):** Madame, membres de cette commission, je suis le directeur général de l'institut Nazareth et Louis-Braille depuis douze ans. Je crois connaître le milieu des personnes handicapées de la vue. Je crois connaître aussi celui du réseau de la santé et des services sociaux. Une réforme d'importance se prépare et, aujourd'hui, je voudrais vous livrer le message suivant, que nous avons, pour ainsi dire, nous, du domaine de la déficience visuelle, un très gros handicap lorsqu'une pareille réforme s'amorce. Notre handicap, c'est que nous sommes un petit groupe. La déficience visuelle, c'est le groupe, parmi les personnes handicapées, le moins nombreux. Bien sûr, quand on est petit, on encourt le risque d'être oublié. Nous pensons que la réforme, effectivement, est passée un peu vite, ou le projet est passé un peu vite sur des cas comme le nôtre.

Dans le mémoire qui vous a été remis, nous avons d'abord voulu faire la démonstration qu'en appliquant à l'institut Nazareth et Louis-Braille le modèle de regroupement d'établissements sous une même entité administrative par région, on créait une situation aberrante. C'est-à-dire qu'on lie l'établissement Nazareth et Louis-Braille, qui est un établissement de portée provinciale, nationale et internationale, à des établissements qui oeuvrent dans des domaines non assimilables au sien, déficience intellectuelle, soins de longue durée. Donc, dans cet environnement territorial où nous sommes situés en Montérégie, nous nous trouverions liés à des établissements que nous ne connaissons pratiquement pas, puisque nous ne partageons que neuf bénéficiaires avec eux sur 3600. C'est une situation qui est extrêmement préoccupante. Bien sûr, nous sommes convaincus que l'Assemblée nationale, que les autorités de notre ministère sauront aménager pour nous, et sans doute pour d'autres établissements, une place appropriée. Mais je voudrais vous signaler très respectueusement qu'appliquée telle quelle, la réforme nous boullonne littéralement à une région et, pour ainsi dire, techniquement, pourrait nous créer beaucoup plus de gêne et d'embarras qu'autre chose. Donc, cette contingence du rattachement régional, nous demandons qu'elle soit assouplie dans notre cas puisque nous débordons la région pour étendre notre rayonnement à travers le Québec et à l'extérieur du Québec.

Nous demandons, par conséquent, que cette représentation, ce matin, soit vue comme celle de la déficience visuelle qui, heureusement, grâce à vous, peut se faire entendre au moins une fois dans le périlleux cheminement, n'est-ce pas, qui vous amènera à une nouvelle loi. Ce petit monde

de la déficience visuelle - nous ne savons pas s'il y a 40 000 ou 50 000 personnes handicapées de la vue au Québec, dispersées, les plus connues... Enfin, nous n'en connaissons même pas 10 000 - ce sont des gens pour qui je voudrais parler, non pas que j'y sois plus autorisé ou à un titre spécial plus que d'autres, mais, néanmoins, puisque je vis avec eux depuis douze ans, je sais qu'ils ont besoin de ce statut, puisque c'est le cas de Nazareth et Louis-Braille, que le principal établissement de services au Québec pour les personnes handicapées de la vue puisse disposer d'un statut qui lui donne la franchise, la liberté d'agir, de rayonner et d'exercer son mandat.

Nous avons démontré dans le mémoire que, de toute évidence, nous respectons et nous satisfaisons toutes les conditions connues, bien sûr, à ce jour pour être virtuellement déclaré institut universitaire. Pourquoi cette insistance? C'est que nous avons lu, dans les orientations qui ont précédé le projet de loi, une liste indicative d'établissements destinés à devenir des instituts universitaires et nous n'en sommes pas. À notre grand étonnement, n'est-ce pas, nous n'étions pas pressentis. Je crois que c'est un oubli. Quand on procède, j'imagine, à des réformes de cette envergure, encore une fois les plus petits, on s'en occupe dans un second temps.

Voilà ce que Je voudrais vous laisser comme message. C'est la cause de la déficience visuelle, qui a sa place dans ce réseau, que nous défendons. C'est la nôtre aussi, je ne m'en cache pas. Nous prétendons que nous donnons une qualité très grande de services. Nous désirons continuer et nous vous demandons de recommander au gouvernement de nous ménager une place appropriée qui nous permette d'exercer et de poursuivre notre rayonnement. Merci, madame.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci, M. Giroux. Mme la présidente, est-ce que vous voulez ajouter quelque chose? Cela va?

**Mme Lacroix-Charest:** Je crois que nous pourrions répondre à vos questions.

**La Présidente (Mme Marois):** D'accord, merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, Mme la Présidente. Vous me permettez de saluer Mme Charest et M. Giroux et, de manière tout à fait particulière, M. Lebreux, de par certaines affinités que nous avons de ses origines gaspésiennes.

Premièrement, discutons donc de conseil d'administration unifié. La résistance la plus farouche au conseil d'administration unifié vient de tous ceux qui oeuvrent dans le secteur de la réadaptation. Je dois vous dire qu'il y a des arguments qui me touchent, qui m'atteignent

parce que le risque, c'est d'être noyé. Je vous prendrai un exemple de la région de Québec, parce que je représente la région de Québec, qui peut finalement coller à d'autres régions aussi. L'Institut des sourds de Charlesbourg, - ce n'est pas dans le visuel mais je prends l'exemple que je connais très bien chez nous, - dessert l'ensemble de la clientèle de l'Est du Québec. Donc, ce que je comprends de votre démonstration à vous, dans votre domaine comme dans les autres domaines, c'est que demain matin, l'Institut risquerait d'être noyé dans la région de Québec, sans nécessairement perdre son identité, et perdrait le peu de marge de manoeuvre qu'elle a déjà dans la défense des intérêts de ses bénéficiaires et aurait de la difficulté à se faire une place dans ces grands conseils d'administration. Si c'est vrai pour l'Institut des sourds, c'est probablement vrai pour vous aussi. Donc, c'est un élément extrêmement important dont il faut tenir compte. Mais est-ce qu'on n'a pas une obligation ou un certain profit - quand je parle de profit, ce n'est pas un profit de piastres et cennes - certains bénéficiaires à tirer d'une complémentarité ou d'un regroupement d'un certain nombre de services? Et, si ça ne peut pas se faire par l'unification des conseils d'administration, est-ce qu'à votre esprit il y a des moyens pour être capable de le faire, expérimentés aujourd'hui ou que vous avez à l'esprit qui ne l'ont pas été?

Donc, c'est pour se dire que l'objectif du départ, c'est d'être plus complémentaires et, par le fait même, de ménager un peu les efforts de tout le monde. On sait que dans ces domaines il y a beaucoup de bénévolat. On le respecte et je pense que ça va paraître quand on va refaire nos devoirs, mais ça m'apparaît important de trouver des mécanismes où on sera davantage complémentaires qu'en compétition, si ce n'est pas par un conseil d'administration unifié dans le domaine spécifique de réadaptation. Pour le reste, on verra à ce moment-là quels moyens on a à notre disposition pour être capables de le faire.

**Mme Lacroix-Charest:** Je demanderais à M. Giroux de vous répondre sur cette question.

M. Giroux: M. le ministre, vous avez eu des commentaires tout à fait judicieux. Je crois que la question de la complémentarité s'impose à nous comme aux autres Instances de services et très certainement qu'il y a lieu de prévoir, et nous le faisons déjà, mais d'intensifier nos collaborations avec d'autres lignes de services. Par exemple, nous développons des ententes, parfois très formelles, parfois semi-formelles, avec les divers CSS dans les régions qui, bien sûr, nous réfèrent des bénéficiaires handicapés de la vue quand ils découvrent qu'une personne est atteinte de ce handicap. Bien sûr, les travailleurs sociaux de ces instances sont justement les personnes qui vont assurer le suivi après

notre intervention de réadaptation qui sera généralement intensive et soutenue.

Par conséquent, nous avons ces liens avec les CSS. Nous avons des liens avec les cliniques d'ophtalmologie des hôpitaux; nous avons des liens de faits avec 200 établissements, écoles, CLSC, centres d'hébergement de toutes sortes à travers le Québec, qui découvrent qu'ils ont parfois des bénéficiaires handicapés de la vue et, comme c'est rare, ont besoin de ce petit brin d'expertise que nous pouvons leur fournir, savoir comment se comporter envers ces bénéficiaires.

Donc, ces 200 établissements, c'est notre réseau non officiel de collaborateurs. Je conçois très bien que nous devons poursuivre dans ce sens et assurer, comme vous le dites, cette complémentarité qui, à ce niveau, est assurée d'une grande efficacité, puisque c'est le niveau de l'intervention, celui des professionnels et des bénéficiaires.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, on a abordé sous l'angle des conseils d'administration unifiés où on dit: Pour vous autres, ce n'est pas bon pour deux raisons: compte tenu de votre spécificité et compte tenu des limites géographiques qu'on imposerait alors qu'on sait, dans les domaines que vous représentez, qu'il n'y a pas de limite géographique. C'est assez étendu et ce ne sont pas les limites d'une région qui limitent votre action. Ça, je le comprends très bien.

Ce que vous me dites, c'est qu'il y a déjà, au moment où on se parle, complémentarité des différents services...

**M. Gfroux: Oui.**

**M. Côté (Charlesbourg):**... en particulier grâce à l'interaction du CSS, dans les cas qui vous concernent.  
(10 h 30)

Abordons l'autre question, celle de la reconnaissance, parce que vous semblez y tenir beaucoup, la reconnaissance d'un Institut. Je ne vous cacherai pas qu'en analysant certains mémoires - je ne dis pas que c'est le vôtre de manière spécifique - mais en particulier du secteur de la réadaptation, du sentiment que j'ai eu, c'est: On va faire la revendication d'être reconnu comme institut. Étant reconnu comme institut, ça nous laisse un conseil d'administration autonome, donc pas unifié. Ce que j'ai compris, sur le plan de l'astuce, c'est qu'en demandant ça on évite de passer dans la ronde, de se faire noyer dans des conseils d'administration unifiés. Parce qu'il y a des critères, il y a des éléments de base pour être reconnu institut: enseignement, recherche, ainsi de suite, il y en a quatre en particulier, soins spécialisés et évaluation des technologies.

Dites-moi donc, dans votre cas, parce qu'on aura ultérieurement à prendre des décisions - ce n'est pas tous les cas qui vont être reconnus

institut, sinon ça va être une véritable réforme; je ne suis pas sûr qu'on aura atteint nos buts - dites-nous si vous correspondez à ces quatre critères-là au niveau de l'enseignement, au niveau de la recherche, au niveau des soins spécialisés et au niveau de l'évaluation des technologies.

**M. Giroux:** Bien sûr. D'abord, j'ai aimé votre allusion à l'astuce et je crois que vous êtes un homme très perspicace, mais, de fait, il n'y a pas de manoeuvre dans notre démarche et ce n'est pas pour obtenir par voie de conséquence le conseil d'administration propre, que nous avons réclamé le statut d'institut universitaire. De fait, notre prétention, enfin notre demande est à l'effet d'avoir les deux. D'avoir, bien sûr, le CA propre et spécifique mais, au-delà de ça, le statut d'institut universitaire pour la raison que nous satisfaisons les quatre exigences que vous évoquez. D'abord, en matière d'enseignement, Nazareth et Louis-Braille est le seul établissement au Canada qui offre actuellement, en association avec l'Université de Sherbrooke, le premier programme canadien de spécialistes en orientation et mobilité.

Je vous signale que, pendant les douze ans précédents, nous avons envoyé des gens être formés aux États-Unis pour obtenir cette ressource très spécialisée et désormais elle est donc accessible au Québec, puisque nous offrons ce programme, et le programme tout entier est dispensé à l'institut Nazareth et Louis-Braille, dans ses locaux de Longueuil, par des professionnels de notre personnel, et la certification est donnée par l'Université de Sherbrooke. Alors, en matière d'enseignement, sans aller dans d'autres détails, je vous signale donc que nous offrons ce programme en exclusivité à travers le Canada et, d'ailleurs, d'autres provinces canadiennes ont commencé à nous demander de l'offrir en anglais.

En matière de recherche, je suis très à l'aise de vous dire que nous poursuivons des travaux très importants de recherche technologique surtout pour développer ou faire développer avec des firmes qui s'y consacrent des technologies nouvelles au service des personnes handicapées de la vue. Par exemple, nous avons mis au point - et vous allez l'apprendre très bientôt par les médias et, bien sûr, par le ministère, et je suis en contact avec le sous-ministre de qui je relève - un système qui permet à la personne non voyante l'accès direct à l'imprimé sans aide, donc la possibilité de lire l'imprimé sans avoir recours à de l'assistance extérieure, et grâce aux technologies de la reconnaissance des caractères et de la synthèse vocale, nous avons créé cette première mondiale et nous sommes à étudier les différents marchés: européen, américain et canadien, pour mettre en disponibilité notre produit. Je vous donne un cas. Je ne veux pas faire des preuves à partir d'éléments anecdotiques, mais puisqu'il faut

parler de choses concrètes, je peux vous dire qu'il y a chez nous des ingénieurs qui font de la recherche, des analystes-programmeurs qui travaillent à plein temps à l'Institut et qui font avancer le domaine de la haute technologie pour les aveugles.

Soins spécialisés. Écoutez! Qui fait le braille au Québec? Quand des gens ont besoin de braille, ils s'adressent à Nazareth et Louis-Braille, n'est-ce pas, et c'est nous qui le faisons. Le braille scolaire, nous faisons tout le braille de tous les enfants handicapés de la vue dans les écoles du Québec. Nous faisons le braille pour le ministère des affaires sociales, l'Office des personnes handicapées, différentes instances du gouvernement, des restaurants, des compagnies de transport, des individus. Bref, c'est un service très certainement spécialisé, vous le devinez. Faire le braille littéraire, le braille mathématique, le braille scientifique, le braille informatique, je vous assure que c'est très spécialisé. Nous avons les équipes de techniciens qui sont donc habilités à faire ça. Ma réponse est très spontanée, M. le ministre, mais je pense que vous allez y trouver des éléments.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je ne m'attendais pas à une autre réponse que celle-là, évidemment.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Je n'avais pas de problème sur l'enseignement, je n'avais pas de problème sur les soins spécialisés, mais, évidemment, si j'avais posé la question uniquement sur un volet, j'aurais eu l'air d'un gars qui vous en voulait et qui voulait vous dire non.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Je voulais au moins vous donner la chance de dire ce que vous faites et je pense que c'est excellent. Là, c'est le quatrième point et c'est celui de la recherche où le questionnement est important. Quelle est la part de la recherche? Vous avez fait quoi comme recherche cette année ou obtenu quoi en subventions sur le plan de la recherche?

**M. Giroux:** Je suis très heureux que vous me posiez cette question-là. Je désirais vous dire que nous n'avons rien obtenu. Excusez-moi, mais, cependant, il y a des espoirs. Le sous-ministre qui suit notre dossier que j'évoquais tantôt a clairement laissé entendre qu'il poserait des gestes concrets. Donc, je nuance ma première affirmation. Potentiellement, nous obtiendrons quelque chose. Mais nous avons mis nous-mêmes 500 000 \$ de la Fondation de l'Institut pour développer le système de lecture informatisé dont je parlais tantôt et ce sont de très gros risques parce que, bien sûr, notre Fondation,

c'est la poule aux oeufs d'or et il ne faudrait pas la tuer parce qu'il n'y aura plus tantôt, n'est-ce pas, de possibilités d'y recourir. Nous avons mis 500 000 \$ parce que nous croyons à cette recherche-là et nous avons raison d'y croire parce que nous avons réussi, au plan technologique, à mettre le système au point et, par conséquent, l'investissement en valait le coût. Mais, néanmoins, pour un petit établissement comme le mien, qui a un budget de 7 000 000 \$, c'est beaucoup, 500 000 \$, pour développer quelque chose comme ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je dois vous dire que c'est impressionnant. Je suis très heureux que vous soyez en contact avec mon sous-ministre adjoint. Cependant, une petite distinction très nette: les fonds affectés à la recherche proviennent du Fonds de recherche en santé du Québec...

**M. Giroux:** Je sais.

**M. Côté (Charlesbourg):**... qui est autonome dans sa répartition des sommes affectées à la recherche et, je vous l'admets très candidement - et ça a été une préoccupation du ministère bien avant que j'arrive; donc, on va rendre à César ce qui appartient à César - ça n'a pas été une préoccupation très importante au niveau de la recherche en réadaptation. Évidemment, il y a des messages qui se sont passés sur le plan des réorientations et c'est probablement ce que voulait vous dire notre sous-ministre adjoint, où il y a des messages qui sont passés, on doit davantage faire place à la recherche en réadaptation et c'est là qu'il y a des courants d'espoir.

Cela amène ma question. Il y a eu des consortiums de recherche de faits en réadaptation au niveau de Québec et au niveau de Montréal. Est-ce que vous faites partie de ce consortium de recherche?

**M. Giroux:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça fonctionne comment? Est-ce que c'est intéressant? Autant on parlait de complémentarité tantôt, vous le savez fort bien, en recherche il peut se perdre des sommes absolument fabuleuses s'il n'y a pas cette complémentarité sur le plan de la recherche. Alors, le consortium actuel fonctionne comment? Et est-ce que ce n'est pas là une piste, une solution d'avenir?

**M. Giroux:** Vous avez raison, ce consortium s'est créé tout récemment dans le cas de Montréal. Nous avons pris cette initiative après Québec et nous avons suivi l'exemple de Québec, d'ailleurs, de créer ce consortium des principaux centres de recherche en réadaptation de Montréal sur lequel nous siégeons, Nazareth et

Louis-Braille. Au moment où vous me posez la question, c'est le démarrage à peine, mais, néanmoins, il y a déjà un sentiment commun de bien partager entre les parties au consortium. C'est que, enfin, nous nous retrouvons, toutes les instances qui génèrent de la recherche, que ce soit recherche médicale ou paramédicale dans le domaine du handicap moteur, auditif ou visuel. Pour la première fois, nous sommes assis à la même table, nous y amenons nos chercheurs. Gestionnaires et chercheurs y sont, et nous allons ensemble développer des programmes et bénéficier des allocations du Fonds de recherche en santé du Québec.

**La Présidente (Mme Marois):** M. le député de Verdun, je crois, vous aviez une question à soulever.

**M. Gauthrin:** Oui, brièvement, Mme la Présidente. Sur le même domaine, la recherche, dans votre témoignage vous faites état de résultats qui ont l'air assez impressionnants et je voudrais savoir quelle est votre participation dans ces résultats de recherche. Vous parlez, en page 13, du développement d'un certain nombre de logiciels, des logiciels de lecture pour micro-ordinateurs braille. Vous faites état aussi d'un projet de recherche financé par l'APO, c'est-à-dire l'application pédagogique de l'ordinateur, sur la lecture optique, et, en page 14, de développement d'un certain nombre d'autres logiciels de communication et des liens avec l'Université Paul-Sabatier de Toulouse. Par contre, ce que je ne comprends pas à la lecture de votre document, c'est quelle est la part réelle de votre Institut dans la production de ces recherches. Si c'est uniquement vous qui avez produit tout ça, il n'y a aucun problème, pour moi, quant au fait que vous êtes un institut universitaire. Mais je n'ai pas réellement compris, à l'intérieur de votre document, quelle était votre participation dans ces résultats de recherche.

**M. Giroux:** Très bien. Les logiciels qui sont identifiés à l'annexe V de la page 13 sont tous des logiciels que nous avons développés nous-mêmes pour la raison suivante. Le micro-ordinateur braille qui est distribué dans le cadre de l'accès aux aides visuelles par la Régie de l'assurance-maladie du Québec est un appareil américain pour lequel il n'y avait pas, jusqu'à ce que nous intervenions, de logiciels français pour notre clientèle d'expression française. Alors, nous avons développé nous-mêmes ces logiciels en français et nous les commercialisons ici, au Canada, et en Europe également, là où il y a des bénéficiaires francophones. Donc, ça, c'est entièrement notre initiative.

**M. Gauthrin:** Parfait.

**M. Giroux:** À l'annexe VI, INLB-Truquet, il

faut comprendre que c'est l'Université Paul-Sabatier, à l'origine, et un chercheur, Monique Truquet, qui ont développé un important logiciel qui permettait à une personne, par exemple, comme vous et moi qui ne connaissons pas le braille, de faire du braille, c'est-à-dire, avec un clavier conventionnel, saisir un texte et sortir du braille sur l'écran ou sur l'imprimante braille qui est branchée à l'ordinateur. Alors, le logiciel Truquet fonctionnait seulement sur mini-ordinateur. Ce que nous avons fait, c'est que nous l'avons réécrit pour fonctionner sur micro-ordinateur personnel. Nous avons mis 150 000 \$ dans cette opération-là, mais le logiciel initial n'était pas le nôtre.

Les autres logiciels. Écono-braille, c'est une initiative de chez nous. Certains autres ont été faits en collaboration avec des instances comme APO-Québec ou d'autres organismes. Je pense pouvoir affirmer que, généralement, le leadership a été le nôtre et nous nous sommes associé ces instances à titre de partenaires.

**M. Gauthrin:** Je vous remercie.

**M. Giroux:** Bien.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci. M. le leader de l'Opposition.

**M. Chevette:** Merci, Mme la Présidente. Je ne reprendrai pas les thèmes que vous avez touchés. Je vais plutôt vous questionner sur des aspects que vous ne couvrez pas, sans doute sur lesquels vous avez des idées. La décentralisation du ministère de la Santé en région, comment voyez-vous ça et quelle place vous attribuez-vous dans cette décentralisation? C'est une question de quelques dollars, ce matin.

**M. Giroux:** Je crois qu'il faut faire une certaine décentralisation et je crois que c'est un miroir aux alouettes aussi de penser que la décentralisation a toutes les vertus. Enfin, je sais que le sujet est controversé. À mon sens, c'est bien de ramener la responsabilité le plus près possible de ceux qui sont concernés, les instances régionales de toutes sortes. Néanmoins, dans la mesure où c'est la classe politique, en dernière instance, qui est responsable, il ne faudrait pas qu'il y ait trop d'intermédiaires entre la classe politique et les instances de services parce que, finalement, on en arrive à ne plus se rejoindre et à ne plus pouvoir communiquer. Bref, je crois que nous sommes favorables à la décentralisation comme philosophie, mais, avec toutes les nuances nécessaires et, dans notre esprit, elles sont nombreuses.  
(10 h 45)

**M. Chevette:** Jugez-vous que la proposition quant à la formation des conseils d'administration des établissements sur un même territoire, que vous retrouvez dans l'avant-projet de loi, c'est

de nature à assurer une certaine autonomie ou une autonomie certaine au milieu, ou si vous croyez que c'est dangereux? Par exemple, le fait de ne pas avoir les professionnels, qu'est-ce que vous pensez de ça? Vous avez remarqué qu'on évince les professionnels... Ce sont les salariés, plutôt, pour être plus précis. Ce sont les salariés et les professionnels, ou les salariés, mais directement liés à un établissement.

**M. Giroux:** Je ne pense pas beaucoup de bien de la formule des conseils d'administration telle qu'elle est...

**M. Chevrette:** Tels qu'ils sont?

**M. Giroux:** Tels qu'ils sont présentement...

**M. Chevrette:** Présentement.

**M. Giroux:**... conçus. Bien, pas dans leur forme actuelle, dans la forme véhiculée par la réforme.

**M. Chevrette:** Ah, O. K.

**M. Giroux:** Je ne pense pas beaucoup de bien. Je me permets de croire que ça va être un canard boiteux.

**La Présidente (Mme Marois):** Ça va?

**M. Chevrette:** Ça va assez bien, merci, oui. Une autre question...

**M. Côté (Charlesbourg):**... dans leur domaine...

**La Présidente (Mme Marois):** Allez-y, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je voulais la poser tantôt, mais finalement, en cours de route, je l'ai oubliée. Bon. Ça, c'est vrai pour votre domaine. Est-ce que c'est vrai pour d'autres domaines? C'est vrai pour le domaine de la réadaptation, mais est-ce que c'est vrai pour le reste?

**M. Giroux:** Moi, je crois que pour certains cas précis, c'est tout à fait nécessaire d'avoir des conseils d'administration unifiés. Quant à moi, je pense que ça demeurera une demi-mesure, parce que ce qu'il faudrait, ce sont des fusions d'établissements. Bon. Mais ça, c'est dans les cas clairs. Ces cas-là ne sont pas débattus. Dans les autres, à mon sens, ça va être bien difficile, je crois. Enfin, j'appréhende non pas une catastrophe, mais il me semble que ça va être difficile de faire rouler sur des roues aussi carrées des instances qui vont regrouper des intérêts aussi disparates. Puisque vous m'offrez l'occasion de le dire, je ne vous cache pas que je suis non pas

amusé, mais attristé de voir qu'on aura, sans doute involontairement, écarté les directeurs généraux de ces instances très importantes. Je ne conçois pas... Croyez-moi, ce n'est pas, je l'espère, une vue "nombrienne" que je vous livre, mais je peux vous assurer que les directeurs généraux sont utiles pour faire fonctionner ce réseau qui est très complexe, n'est-ce pas? Je me demande comment ça va bien rouler, ces régies où les directeurs généraux n'auront ni droit de vote ni à peu près droit de parole, et ne pourront y siéger qu'à chacun leur tour pendant un an.

**M. Chevrette:** Vous ne croyez pas, M. le directeur général, qu'autant il serait dangereux d'enlever l'expertise des professionnels sur les conseils, ce qui ferait du directeur général, dans certains établissements, le seul maître à bord, le grand dieu des routes, tout autant il serait dangereux de ne pas donner la place qui convient à un directeur général qui vit l'ensemble, qui est peut-être le seul dans l'institution ou dans l'établissement, effectivement, à avoir une vision globale? Est-ce que ce n'est pas un heureux mariage des deux présences qui ferait en sorte que l'équilibre des forces puisse se créer, mais trouver un moyen, cependant? C'est là le souci des hommes et des femmes politiques, c'est de trouver un moyen pour que le bénéficiaire ou la population comme telle ne soit pas prisonnière ou captive, si vous voulez, de la superpuissance des professionnels, d'une part, ou du D. G., d'autre part. Comment trouver un moyen, là, qui donnerait au bénéficiaire une force réelle sur ces instances-là? C'est un peu ça qu'on cherche. Je ne pense pas qu'on ait trouvé de solution, personne, de solution miracle. Mais comment vous verriez ça, vous, améliorer la possibilité de représentation, la qualité de représentation des bénéficiaires, tout en maintenant une certaine expertise au niveau du conseil? Votre expérience vous indiquerait quoi? Qu'est-ce que vous diriez à des politiciens qui recherchent la vertu puis la tarte aux pommes puis qui ne la trouvent pas?

**M. Giroux:** Je crois que, dans le cas des professionnels, une formule viable serait, d'abord, d'assurer leur présence par une représentation appropriée, mais de...

**M. Chevrette:** C'est tout, moi.

**M. Giroux:**... mais de prévoir, par règlement ou autrement, qu'en aucun cas, cette représentation soit formée de professionnels qui originent des établissements concernés parce que là, évidemment... Écoutez, il ne faut pas être un grand phénix pour savoir que ça place les gens dans des conflits d'intérêts, que ça crée des tiraillements paralysants au niveau des conseils d'administration. Moi, je suis pour la représentation des professionnels, mais qu'on aille les

chercher ailleurs que dans les établissements immédiatement concernés ou tombant sous la juridiction de ces instances administratives. Voilà, dans le cas des professionnels.

Dans le cas des bénéficiaires, personnellement, je suis favorable à un accroissement de la représentation des bénéficiaires sur les conseils d'administration. Ils sont éminemment concernés, ils ne sont pas dangereux et ce sont des gens qui... A mon sens, les administrations ont tout intérêt, c'est tout à fait sain pour les administrations d'être à l'écoute des bénéficiaires, très près des bénéficiaires; ils ne sont pas en conflits d'intérêts, ils ne cherchent pas à protéger leurs intérêts comme d'autres et, par conséquent, ce sont les meilleurs partenaires des administrations. C'est ça qu'il me semblerait souhaitable de faire.

**M. Chevette:** Merci beaucoup, madame, messieurs.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci. M. le ministre, avez-vous d'autres questions à soulever ou...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je trouve que c'est une prestation très intéressante, ouverte et équilibrée, et particulièrement lorsque Je vous ai entendu dire qu'effectivement, des professionnels d'une institution siégeant sur le conseil d'administration, on pouvait au moins les questionner, mais qu'on devrait ouvrir la porte à ces mêmes professionnels venant d'une autre institution, puisqu'ils ne sont pas potentiellement en conflit d'intérêts. Ça me paraît un point assez important qui est soulevé. Merci de votre présentation et bonne chance.

**La Présidente (Mme Marois):** On vous remercie de votre contribution aux travaux de la commission.

**Une voix:** Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Marois):** J'inviterais maintenant les représentants de l'institut Raymond-Dewar à venir prendre place, s'il y a lieu. Je crois qu'il y a une personne qui va agir comme interprète. C'est cela, on s'est entendu avec la secrétaire de la commission pour que vous puissiez prendre place à un endroit qui vous convienne bien. S'il est nécessaire que la commission prenne un peu plus de temps pour entendre le groupe, on le fera.

Je vous souhaite la bienvenue à la commission des affaires sociales. J'inviterais les membres de la commission à parler peut-être un peu plus lentement pour faciliter le travail, d'une part, de l'interprète et, bien sûr, la compréhension de ce que nous allons tenir comme propos. M. le président du conseil, M. Léger, voulez-vous, s'il vous plaît, nous présenter les personnes qui vous accompagnent et, par la

suite, nous présenter le mémoire - ou quelqu'un d'autre de votre groupe - mémoire qui sera ensuite suivi de questions de la part des membres de la commission.

### Institut Raymond-Dewar

**M. Léger (Pierre Noël):** Merci, Mme le Présidente. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, madame et messieurs les membres du comité, nous tenons à vous remercier du temps que vous avez accepté de prendre pour nous écouter faire la présentation du mémoire que nous avons soumis. D'abord, je me présente, Pierre Noël Léger, président du conseil d'administration de l'institut Raymond-Dewar. Je suis aussi membre du comité permanent sur les communications de l'Office des personnes handicapées et, dans la vie, je travaille aux ateliers Litho Acme comme chargé de projets. Je vous présente Mme Mariette Hillion, vice-présidente du conseil d'administration de l'institut Raymond-Dewar, présidente du comité des bénéficiaires et psychologue à la polyvalente Lucien-Pagé de Montréal, et, pour terminer, M. Gabriel Coillard, directeur général de l'institut Raymond-Dewar.

Alors, nous sommes ici, ce matin... notre but n'est pas de vous lire le mémoire car nous savons que vous en avez pris connaissance. Nous n'avons pas l'intention non plus de contester le projet de loi que vous avez présenté. Ce que vous avez pu voir, d'après notre mémoire, c'est que, contrairement à d'autres associations, les hôpitaux, le Conseil du patronat et bien d'autres qui ont fait des vœux d'ensemble ou macroscopiques de ce projet de loi, nous, par contre, nous voulons nous arrêter surtout à l'article 37 du projet de loi sur les centres d'adaptation et de réadaptation.

Si l'on considère la population déficiente auditive de la province qui est assez nombreuse, qu'on évalue à 6,9 % de la population ou pas loin de 500 000 personnes dont plus de 154 000 personnes sont sourdes "profondes", nous jugeons important que la déficience auditive soit prise sérieusement en considération. L'institut Raymond-Dewar étant un centre suprarégional en déficience auditive qui dessert les personnes déficientes auditives de Montréal et de l'ouest du Québec et les personnes sourdes-aveugles de la province au complet, nous considérons que si nous étions sous un conseil unifié dans notre région, qui est le Plateau-Mont-Royal, ce serait assez difficile vu que, dans le Plateau-Mont-Royal, nous avons seulement 5 % de nos bénéficiaires. Je voudrais laisser à M. Coillard, le directeur général, l'occasion de pouvoir vous présenter les grandes lignes de ce mémoire.

**M. Coillard (Gabriel):** Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, membres de la commission parlementaire, le conseil d'administration de

l'institut Raymond-Dewar a voulu montrer à travers son mémoire que nous partageons cette volonté du ministère d'apporter, à travers sa réforme, un certain nombre de correctifs, non seulement aux problèmes de financement du réseau, mais aussi aux problèmes de structure. Nous avons voulu, à travers notre mémoire, montrer que nous sommes d'accord, comme beaucoup d'intervenants à cette commission avec des regroupements d'établissements, soit par territoires de CLSC, par territoires de CSS ou par régions, d'une part, je pense, afin de réduire le nombre de centres de décisions au sein de ce réseau de quelque 900 établissements et aussi, on pense, pour assurer une meilleure complémentarité et continuité de services, notamment en ce qui concerne les services aux personnes âgées et les services aussi aux jeunes en difficulté d'adaptation.

Là, où nous nous interrogeons, cependant, c'est sur cette volonté du ministère qu'un modèle unique s'applique à des établissements spécialisés et suprarégionaux comme l'IRD, comme, vous venez de l'entendre, l'institut Nazareth et Louis-Braille, le centre Lucie-Bruneau et quelques autres. Alors, la question qu'on se pose dans ce mémoire c'est: Pourquoi un organisme comme l'institut Raymond-Dewar se sent-il trop à l'étroit dans le modèle proposé? C'est important donc - vous avez ces réponses aux pages 2 à 13 du mémoire - de connaître un petit peu plus qu'est-ce que c'est cet organisme. C'est important de savoir, au plan historique, qu'il faut remonter jusqu'en 1848 pour retracer les origines de cet établissement spécialisé. Jusqu'à la fin des années soixante-dix, au début des années quatre-vingt, c'était un collège spécialisé dans lequel plus de 5000 personnes sourdes du Québec, du Canada et même des États-Unis ont reçu une scolarisation. Notre président, M. Léger a, d'ailleurs, fait une partie de sa scolarisation à cette institution des sourds de Montréal. (11 heures)

Au début des années quatre-vingt, par ailleurs, c'est un organisme qui a connu une mutation profonde pour devenir un véritable centre de réadaptation fonctionnel pour enfants, adultes, personnes âgées sourdes et sourdes-aveugles.

Présentement, notre Institut dispense des services à quelque 1950 personnes avec déficience auditive ou sourdes-aveugles. Ainsi, nous dispensons des services à quelque 83 petits enfants de zéro à quatre ans; à 296 enfants âgés de 5 à 12 ans; à 125 adolescents sourds qui ont des difficultés importantes de comportement et autres; à quelque 765 adultes âgés entre 21 ans et 65 ans, principalement des personnes devenues sourdes; à 567 personnes âgées qui ont de sérieux problèmes auditifs et, aussi, une autre chose qui nous caractérise et nous distingue, nous dispensons des services à 109 personnes sourdes et aveugles.

Tel qu'illustré au tableau 2 du mémoire, la

plupart de ces clients proviennent de la région du Montréal métropolitain: 78,6 % proviennent de cette région et quelque 21 % proviennent de l'extérieur de Montréal et de toutes les régions du Québec. Nous avons des bénéficiaires qui proviennent même de la Gaspésie, de la région de Québec, des personnes sourdes et aveugles.

Quels sont les services que nous dispensons, soit à des enfants, à des adolescents, à des adultes, ainsi qu'à des personnes âgées? Ce sont d'abord des services d'évaluation des déficiences, incapacités et handicaps de ces personnes. Une personne, suite à une surdité, a une déficience. Sur la déficience, on ne peut pas agir, sauf qu'il faut évaluer les incapacités que cette personne rencontre dans sa vie quotidienne. Quelle que soit la déficience pour certaines personnes, les incapacités, soit de communiquer, soit de téléphoner, soit dans des réunions, peuvent varier beaucoup d'une personne à l'autre.

On évalue aussi les handicaps, donc, l'impact que la déficience a sur son vécu quotidien. Un enfant qui a une surdité légère, par exemple, dans son apprentissage, c'est majeur comme problème, alors que, pour une personne adulte, l'impact peut être moindre. Donc, il faut évaluer les déficiences, incapacités et handicaps.

Nous dispensons aussi beaucoup d'informations sur les aides technologiques, sur les moyens pour les aider, ces personnes. Nous prescrivons ces aides, nous entraînons ces personnes à utiliser ces aides, soit les téléscripteurs, les décodeurs, les systèmes de contrôle de l'environnement. Alors, il y en a une multitude.

Nous dispensons beaucoup d'informations aussi sur les moyens existants pour fonctionner de façon autonome, malgré cette surdité. Nous assurons aussi un processus suivi d'intervention en orthophonie, en audiologie, en psychologie, visant à développer chez les enfants la communication, le langage, en collaboration étroite avec les parents. Chez les adultes qui ont perdu l'audition, il y a tout un processus de rééducation fonctionnelle. Nous voyons à développer d'autres moyens substitutifs de communication pour qu'ils redeviennent fonctionnels dans la vie courante. Nous leur montrons diverses stratégies de communication. Une personne sourde, par exemple, dans une réunion, il faut qu'elle réapprenne comment redevenir autonome.

Nous avons aussi tout un processus d'intervention et de rééducation fonctionnelle à la communication chez les personnes sourdes et aveugles. Nous avons des personnes aveugles qui deviennent sourdes, nous avons des personnes sourdes qui deviennent aveugles, nous avons des personnes qui ont été fonctionnellement voyantes et entendant qui perdent la vue et l'audition, alors, en collaboration étroite avec l'institut Nazareth et Louis-Braille que vous avez entendu tout à l'heure, nous avons toute une stratégie d'intervention pour amener ces personnes soit à maintenir les acquisitions ou à redevenir fonc-

tionnelles.

Un autre aspect important de nos services aussi: nous dispensons tout un processus d'aide psychologique, d'aide psychosociale soit aux parents, soit aux enfants, soit à la famille, afin de les aider à s'adapter aux difficultés causées par la surdité.

Un autre aspect important dans notre mission: nous jouons un rôle d'experts-conseils en surdité, notamment auprès de l'Office des personnes handicapées du Québec. Ces dernières années, nous avons eu des liens très étroits avec l'Office des personnes handicapées du Québec pour développer ces programmes d'intervention auprès des personnes qui ont une surdité. Après de la CSST: nous commençons présentement un processus de validation du programme d'intervention de la CSST auprès des personnes qui ont une surdité professionnelle. Nous intervenons, nous avons un rôle d'expert-conseil auprès du ministère, aussi, dans le sens que le ministère a formé un conseil consultatif des aides technologiques, nous avons des intervenants, nous avons un rôle de leader aussi quant au développement des programmes de gratuité des aides. Nous avons fait beaucoup de représentations et de recherche dans ces domaines.

C'est la même chose aussi auprès du Conseil régional de la santé et des services sociaux, ou encore auprès de l'Aide juridique et une multitude d'autres organismes. Alors, la question de fond qu'on pose dans notre mémoire, c'est: Pourquoi un organisme comme l'Institut doit-il conserver son propre conseil d'administration? Il y a deux raisons qu'on vous mentionne dans le document, page 19. Il y a d'abord - M. Léger y faisait référence - seulement 5,5 % de nos bénéficiaires de Montréal qui proviennent du territoire du CLSC Mont-Royal. Si on additionne l'ensemble des bénéficiaires québécois à qui on donne des services, le pourcentage se réduit aux alentours de 4 %.

Nous recevons aussi des bénéficiaires de tous les territoires de CLSC de ~~l'île~~ de Montréal. Nos bénéficiaires proviennent en grande partie, en majeure partie des centres hospitaliers, de l'Office des personnes handicapées, et, pour nous, nous devons développer une étroite complémentarité non seulement avec le CLSC du Plateau-Mont-Royal sur lequel nous sommes situés, non seulement avec l'hôpital Jean-Talon aussi dans notre territoire, mais avec l'ensemble des centres hospitaliers qui nous réfèrent des clients. Nous avons développé une complémentarité étroite avec les centres de réadaptation régionaux de l'Ouest du Québec, tels que celui de l'Estrie, celui de la Ressource à Hull, du Bouclier à Joliette, aussi de la maison Rouyn-Noranda.

Alors, nous avons vraiment une complémentarité étroite de services à développer avec une multitude d'organismes, plus d'une centaine, si on fait vraiment le décompte de ces différents organismes. Alors, quant à nous, sous l'angle

strictement des bénéficiaires à desservir, on se sent vraiment trop à l'étroit sous un conseil d'administration unifié quand, en fait, on sait que nous avons uniquement quelque 5 % de nos bénéficiaires sur lesquels on a à travailler en collaboration étroite. Ça, c'est une première raison.

Une deuxième raison, c'est qu'un organisme spécialisé comme l'Institut Raymond-Dewar, c'est un établissement qui, au sein de son conseil, devrait voir une forte représentation des différents groupes d'intérêt en surdité. C'est important de savoir que la surdité, ce n'est pas une chose qui est homogène. Il y a les personnes sourdes de naissance. Dans la région de Montréal, il y a quelque 3000 personnes sourdes de naissance qui ont leur langue, la langue des signes. Ces personnes-là ont une culture, ont des organismes et un organisme comme l'Institut est très important. C'est un groupe d'intérêt, ça, qui voit notre Institut comme faisant partie de leur patrimoine.

Il y a aussi des personnes qui deviennent sourdes. Dans les statistiques qu'on vous a livrées, on vous a mentionné que quelque 800 personnes sont des adultes devenus sourds, pour la majeure partie. Les personnes devenues sourdes ont des besoins différents des personnes sourdes, gestuelles de naissance. Les parents d'enfants sourds, aussi - Mme Hillion peut vous en parler beaucoup mieux que moi - ont des intérêts, ont vraiment des préoccupations particulières, qui sont différentes de celles des adultes devenus sourds ou celles aussi des sourds de naissance.

Les personnes sourdes aveugles aussi. C'est une problématique qui devient de plus en plus importante au Québec. Alors, ces différents groupes d'intérêt, normalement, devraient se voir représentés au sein d'un conseil d'administration d'un institut spécialisé comme le nôtre. Et la formule de conseil unifié, telle que proposée, quant à nous, va permettre vraiment difficilement, sinon de façon impossible, que ces différents groupes d'intérêt puissent se faire entendre sur notre conseil. Ce sont vraiment les deux raisons majeures.

Pourquoi notre organisme, aussi, dans son mémoire, en vertu de l'article 37, si vous allez à la page 26, demande un statut d'institut universitaire? C'est qu'il existe au Québec - on l'a mentionné tout à l'heure - quelque 500 000 personnes qui ont une surdité. En raison de son handicap de communication et d'accès à l'information, dans une société moderne comme la nôtre qui est basée essentiellement sur l'information, les conséquences d'une surdité soit progressive ou subite sont parfois aussi désastreuses ou dramatiques dans la vie d'une personne que la perte d'un membre, que la perte de la vision, que même l'apparition de la maladie.

Je pense que, comme député ou ministre, si vous vous faites opérer demain, que vous avez le

malheur d'attraper un virus, que vous perdez l'audition - ce sont des choses qui arrivent - vous allez réaliser que, pour redevenir fonctionnel dans votre vie courante, vous avez tout une côte à remonter. Vous avez vraiment besoin d'aide, de tout un processus de rééducation fonctionnelle. Alors, quant à nous, la surdité est vraiment une problématique sociale très importante et on trouve important qu'elle soit reconnue. Nos professionnels à l'institut Raymond-Dewar travaillent en étroite collaboration avec des chercheurs de l'université dans divers projets de recherche action. On en mentionne plusieurs dans notre mémoire. Aussi, il se fait de plus en plus de recherches, soit au niveau de la lecture labiale, de la langue des signes, des technologies vibro-tactiles, des implants cochléaires. Quant à nous, comme établissement spécialisé de la région de Montréal, compte tenu de notre mission, on pense que c'est vraiment un statut qui devrait nous être reconnu. Par le passé, nous n'avons pas tellement développé ce volet de notre mission. Par contre, compte tenu de révolution des connaissances, de l'évolution de la recherche, c'est important qu'un organisme comme le nôtre ait vraiment cette marque de reconnaissance pour se doter d'une infrastructure, pour faire vraiment de la recherche à l'instar d'organismes soit européens, soit aussi américains pour que, de plus en plus, on puisse vraiment avancer et évaluer de nouvelles technologies et aussi, vraiment faire avancer le domaine des connaissances en surdité. Alors, je m'arrête là et je laisserai le soin à d'autres tout à l'heure d'élaborer davantage.

**M. Léger:** Mme Hillion.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci.

**Mme Hillion (Marianne):** Bon, je pense que ce matin, je dois vous convaincre de quelque chose. Alors, je vais parler directement. D'abord, je dois vous convaincre de la nécessité d'assurer une bonne représentation des différentes catégories de personnes sourdes du comité des bénéficiaires au sein d'un C.A. unique.

Deuxièmement aussi, je dois... Est-ce que je recommence?

Alors, ce matin, je dois vous convaincre de la nécessité d'assurer une bonne représentation des différentes catégories de personnes sourdes du comité des bénéficiaires dans un C.A. unique. Deuxièmement, de la nécessité que l'IRD ait le statut d'institut universitaire pour qu'elle puisse continuer à donner des services de qualité à ses bénéficiaires.

D'abord, je vais parler du rôle un peu des bénéficiaires dans un conseil d'administration. Premièrement, je pense que les bénéficiaires ont d'abord un rôle d'informer le conseil d'administration sur les besoins réels de rappeler la réalité au-delà de la théorie, de jouer un rôle de

chien de garde, de les aider à découvrir, à comprendre tous les aspects cachés de la surdité et de rappeler aussi toute la problématique liée à la surdité pour en avoir une vue globale. Je pense que dans la surdité, son rôle est particulièrement important. Pourquoi? D'abord, la surdité est une réalité complexe. Elle va bien au-delà d'une déficience auditive parce qu'elle touche un aspect fondamental, pour moi, de la vie affective et sociale, à savoir la communication.

Deuxièmement, elle met la personne sourde dans une position éclatée plus que tout autre handicap parce qu'elle touche toutes les facettes de sa vie. La personne sourde n'est pas une paire d'oreilles qui ne fonctionnent pas. La personne sourde n'est pas seulement une personne qui parle ou qui écoute en cabine. La personne sourde vit sa surdité à travers son identité sourde. À quel monde j'appartiens? Celui des entendants ou des sourds? A travers son image de soi, blessée, emmurée dans le silence et dans le manque de communication, isolée, dans ses relations aussi avec ses pairs, source de malentendus et de frustrations continues dont son incapacité d'avoir accès à l'information et aussi dans son sentiment de dépendance et de perte d'autonomie, c'est ça la surdité.

La surdité aussi, je dois le dire, se vit différemment si on est sourd oral, c'est-à-dire, que pour nous, la parole est très importante. Pour nous, communiquer, c'est communiquer oralement visuellement, verbalement ou si on est sourd gestuel, c'est-à-dire que les gestes, le langage des signes devient la seule manière de communiquer. On est différent aussi si on est sourd aveugle. On est différent si on est sourd déficient mental. On est différent aussi si on a un enfant, si on est étudiant, si on est adulte, si on est surtout sourd de naissance ou devenu sourd, pour vous montrer un peu toutes les facettes de la surdité.

(11 h 15)

Donc, cette réalité que la personne sourde a besoin aussi de faire connaître - c'est pour ça que c'est important qu'elle soit sur un C.A. - et c'est aussi ce qui doit être reconnu. Ceci est d'autant plus important que les droits acquis par la population sourde sont, en général, assez précaires. Je vais vous donner quelques exemples. Les aides matérielles qui sont distribuées par l'OPHQ actuellement sont "stoppées" ou mises sur des listes d'attente depuis deux ans. Le droit à une intervention précoce, qui normalement est prioritaire, n'est plus tout à fait reconnu puisque, à l'IRD, on a une liste d'attente de vingt enfants dans une intervention prioritaire et précoce. Donc, ce sont toujours des droits à défendre. Certains besoins essentiels non plus ne sont pas reconnus, comme les besoins d'interprétation. M. Pierre Noël Léger a la chance, ce matin, il a un interprète, et ce n'est pas toujours le cas pour la majorité des sourds.

L'accompagnement aussi, pour les personnes sourdes, aveugles, devenues autonomes: les sourds aveugles sont pris en charge quand ils sont enfants ou quand ils sont vieux; quand ils deviennent autonomes, ils sont désinstitutionnalisés. On les laisse tout seuls.

Ça, ce sont des besoins à faire reconnaître. Enfin, certains faits non plus ne sont pas du tout reconnus. Actuellement, le langage des signes québécois n'est pas reconnu officiellement au Québec. On ne reconnaît pas aux sourds une langue à eux. Donc, il y a bien du travail à faire, autrement dit. Voilà pourquoi je pense, moi, qu'il est essentiel que les personnes sourdes soient représentées dans un C.A. unique, qui sera capable de comprendre et de répondre à leurs besoins.

Pour mieux peut-être vous faire comprendre ce rôle-là, j'ai essayé de donner un aperçu des dossiers que nous avons travaillés, au comité des bénéficiaires, depuis 1984. Juste pour attirer votre attention sur la multitude des facettes que l'on doit travailler, que l'on doit présenter et qu'on doit travailler en collaboration avec le CA et aussi avec les professionnels du Centre de réadaptation, je vous donne un exemple. Dès 1984, on recommandait qu'il y ait une formation universitaire en déficience auditive, qui n'existe absolument pas actuellement, aussi bien pour les orthophonistes qui travaillent en rééducation que pour les éducateurs, pour tous les professionnels de la déficience auditive, et aussi pour les interprètes qui ne sont pas formés d'une manière universitaire actuellement.

On insistait aussi sur le perfectionnement et la formation du personnel, sur le rôle important des parents qui sont sollicités énormément dans la rééducation des enfants. En fait, ce n'est pas avec une heure et demie d'orthophonie par semaine qu'on peut vraiment donner la parole à un enfant. Donc, si les parents veulent que les enfants travaillent, il faut les instrumenter.

On recommandait aussi le recours à des services supplétifs: pourquoi une personne sourde n'enseignerait pas le langage des signes aux enfants sourds, puisque c'est la seule manière, au fond, d'apprendre une langue, d'avoir un contact direct avec les gens qui la possèdent? On soulignait aussi l'importance de donner des services de réadaptation aux personnes multihandicapées et, ça aussi, c'est pas facile: déjà, la surdité est complexe mais lorsqu'on a un deuxième handicap, aussi bien au niveau de la déficience mentale que de la cécité, ça devient extrêmement difficile et là, il faut innover.

La présence de trois personnes sourdes aveugles au sein du comité des bénéficiaires nous a permis de voir et de sentir l'urgence d'une mesure vitale pour eux, à savoir la présence d'un accompagnateur et d'un interprète qui garantisse vraiment l'autonomie et l'insertion sociale. Si l'on veut vraiment que la société croit à ce projet, il faut prendre les moyens pour l'at-

teindre. Actuellement, je vais vous donner un autre exemple, j'ai un dossier qui me tient particulièrement à coeur, c'est le dossier des enfants de 0-4 ans, qui doivent avoir une rééducation de la communication. Actuellement, à l'IRD, il y a 60 places de disponibles et le nombre d'inscrits est entre 104 et 88. Ça veut dire, naturellement, qu'il y a des enfants qui n'ont pas de services. La situation est d'autant plus grave actuellement que, malgré tout, le dépistage se fait encore très tardivement: l'âge moyen où les enfants sont dépistés sourds est encore deux ans et demi, ce qui est aberrant, à mon avis. C'est d'autant plus grave aussi que les services qui existaient dans les hôpitaux auparavant, à Montréal en particulier, se ferment de plus en plus puisque l'IRD devient comme responsable de ce rôle-là.

Il y a très peu de services en région et l'IRD, quelque part, doit desservir des gens qui viennent de régions aussi loin que Farnham, aussi loin que la Montérégie, aussi loin que la Gaspésie. Enfin, le manque de services en région amène l'IRD à répondre à des besoins importants. Enfin aussi, il faudra peut-être reconnaître que tout le monde sait que l'intervention précoce minimise les conséquences négatives de la surdité. Donc, nous, en tant que parents, on nous fait la publicité pour ça et ce qu'on nous offre, ce sont des services à deux, trois ans. Il y a un décalage qu'on ne comprend pas très bien. Enfin, tout le monde le sait aussi, il y a un horaire biologique: si l'enfant n'a pas acquis de langage avant trois ans, ça risque d'avoir des conséquences catastrophiques, aussi bien pour lui, au niveau affectif, au niveau de sa communication, mais aussi au niveau de son avenir professionnel. Alors, je pense que, quelque part, c'est une situation intolérable pour les parents qui sont déjà démunis, en deuil d'avoir un enfant sourd, qui sont angoissés, mais qui, en plus, doivent être devant une attente. Nous avons pris plusieurs moyens. Je pense que, d'abord, puisqu'il y a une bonne représentation au C.A., actuellement, nous avons réussi à convaincre le C.A. de prioriser ce dossier. Nous avons mobilisé la presse. Nous avons mobilisé certains hommes politiques également. Mais je pense que tout le monde, actuellement, est convaincu de cette importance. Il ne nous reste peut-être qu'à vous convaincre vous-mêmes, les hommes politiques.

Pour conclure, je dois dire que les bénéficiaires, actuellement, désirent deux choses très fortement: que leur problématique soit reconnue et non pas à défendre à tout moment; que la réadaptation qui se fait soit soutenue par une recherche universitaire qui donne un statut officiel aux problématiques liées à la surdité, pour ce statut officiel.

Je conclurai en disant qu'à cause des diversités des facettes de la surdité, à cause aussi de l'unicité de la vocation de l'IRD d'avoir aussi une représentation forte au niveau du C.A.,

parce que le C.A., le conseil d'administration, doit bien connaître les enjeux et prendre des décisions éclairées, parce qu'il y a la nécessité de consolider des recherches, parce qu'il y a la nécessité que l'IRD devienne un lieu de formation et joue vraiment son rôle de conseil, on a besoin d'un conseil unique, et on a besoin d'être reconnu comme un institut universitaire.

**M. Léger:** Merci, Mme Hillion. Mme la Présidente, est-ce que vous voulez poser des questions pour clarifier?

**La Présidente (Mme Marois):** Je vous remercie, M. Léger. Effectivement, il y a sûrement des questions que soulève votre présentation. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, Mme la Présidente. D'abord, je veux vous dire que c'est une présentation assez impressionnante, très bien orchestrée sur la "dispensation" des services et votre organisation aussi. C'était très, très impressionnant.

Ma première question se voudra peut-être un petit retour en arrière sur les orientations qu'a prises un institut comme le vôtre ou comme l'Institut des sourds de Charlesbourg que vous connaissez bien, où il y a eu, il y a quelques années - deux ans, trois ans - un virage quant au traitement où à la manière de le faire: davantage désinstitutionnaliser pour aller offrir des services que j'appelle, moi, dans le champ, aux bénéficiaires.

J'aimerais peut-être entendre l'expérience vécue et une partie des résultats, si possible, que ça donne maintenant, avant d'aborder les changements ou les non-changements contenus à l'intérieur de votre mémoire.

**M. Léger:** M. Coliard.

**M. Coliard:** En fait, effectivement, depuis le début des années quatre-vingt, l'institut Raymond-Dewar, comme l'Institut des sourds de Charlesbourg, a pris vraiment un tournant important. Nous avons vraiment réaménagé complètement nos ressources pour vraiment faire que nos intervenants, plutôt que d'organiser des services, plus d'hôtelleries, en résidence, etc., puissent vraiment se spécialiser et offrir des services de rééducation fonctionnels. C'a été, pour un organisme comme le nôtre, un tournant majeur, sur le plan des stratégies de réaménagement de ressources humaines. On a eu vraiment l'appui du ministère à ce niveau-là et c'est important de le souligner. Cela nous a amenés vraiment à intervenir beaucoup plus, en collaboration avec l'Office des personnes handicapées, notamment, pour développer des services aux personnes qui deviennent sourdes.

Par le passé, un organisme comme l'institut

Raymond-Dewar et comme l'Institut des sourds de Charlesbourg répondait davantage. Presque tous leurs services étaient pour les enfants. Maintenant, nous avons une grande partie de nos services qui s'adressent à des adultes, des devenus sourds, des personnes âgées aussi, qui perdent l'ouïe, des personnes sourdes-aveugles - par le passé, c'est le genre de service qu'on ne donnait pas - tout en développant aussi et vraiment en spécialisant notre intervention auprès des tout-petits.

En termes de résultat, ce que ça donne, ça fait qu'on est vraiment sollicités de plus en plus, même si on ne fait pas beaucoup de publicité, pour accroître le nombre de services ou la quantité de services qu'on donne. Les personnes âgées qui souffrent de surditité ou des personnes adultes qui perdent l'ouïe, de plus en plus nous sont référées. Elles demandent donc des services d'évaluation de leur déficience, incapacité et handicap. Elles demandent des aides technologiques. Elles demandent des processus d'aide d'intervention. Elles nous le donnent aussi, elles nous donnent un "feed-back" fort intéressant sur la qualité de nos services. On a régulièrement des témoignages quant à la satisfaction des personnes qui viennent à l'institut, quant à la qualité des services qu'on dispense, soit aux personnes adultes, même aussi beaucoup aux parents. L'Association des devenus sourds du Québec aussi est pour nous un partenaire très important. Donc, comme type d'intervention, ce n'est plus maintenant en foyer de groupe. Il nous reste uniquement douze enfants qui reçoivent des services en interne. Sur ces douze enfants, il y a six enfants sourds-aveugles et les autres sont des adolescents multihandicapés. Donc, sur 1950 bénéficiaires, il nous en reste douze à l'interne. On a donc dû, par ailleurs, développer des stratégies énormes d'intervention dans le milieu, en collaboration avec les services existant dans les diverses régions.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est un virage assez important et, sans négliger l'aspect des bénéficiaires plus jeunes, je pense que tout cela a fait que les personnes âgées - en allant dans le champ auprès des bénéficiaires - sont maintenant une partie importante des bénéficiaires que vous avez à recevoir et à traiter. Quelle est la proportion, surtout compte tenu de ce qui nous attend au cours des prochaines années, en termes de vieillissement de population - j'imagine que chez vous ça aura un effet assez important sur le nombre de personnes à recevoir, qui seront en consultation chez vous - quel est le pourcentage des personnes traitées actuellement, personnes âgées par rapport aux 1900 que vous avez comme cas?

**M. Coliard:** C'est 567 de notre programme qui sont des personnes de plus de 65 ans, sur 1900 bénéficiaires, donc c'est environ le tiers.

Maintenant, ce qu'il est important de se dire, c'est que ces personnes, de plus en plus, découvrent nos services. Les professionnels aussi, dans les centres de services sociaux, dans les CLSC, découvrent nos services et nous les réfèrent pour recevoir des aides. On a de la misère, présentement à répondre à ces demandes, parce que, actuellement ces services relèvent de l'Office des personnes handicapées. C'est le programme des aides technologiques, ou le programme d'aide matérielle de l'Office des personnes handicapées qui n'a pas encore été transféré à la Régie de l'assurance-maladie qui fait qu'on a de longues listes d'attente. Ce à quoi faisait référence Mme Hillon tout à l'heure, on pense, au niveau de la surdité, qu'on a peut-être été pénalisés en ce qui concerne le développement des aides technologiques, par rapport à ce qu'on peut observer au niveau de la déficience motrice ou encore au niveau de la déficience visuelle. C'est important, ce qui se fait dans ces programmes pour les autres types de déficience, mais, en surdité il y a eu un retard important, qu'on espère, avec le temps, pouvoir être récupéré.

En ce qui concerne les personnes âgées, ce qu'il est important de vous souligner, c'est qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui vont demeurer à domicile dans le futur et qu'on va éviter d'aller placer en centre d'hébergement, parce que ces personnes qui entendent... Des fois on confond beaucoup la surdité chez les personnes âgées à la sénilité. On a dit: Bon, papa, maman n'entend plus, c'est dangereux, il peut y avoir un voleur... Toutes sortes de problèmes qui peuvent surgir, alors que les aides technologiques peuvent faire que ces personnes vont demeurer beaucoup plus fonctionnelles dans leur foyer. Mais, effectivement, on voit ce vieillissement de la population et on anticipe énormément de demandes au niveau des personnes âgées.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci. Évidemment, vous étiez ici tout à l'heure lorsqu'on a posé un certain nombre de questions que je pourrais vous poser aussi, parce que c'est à peu près le même problème vis-à-vis des orientations, mais j'irais davantage vers la recherche. Ce que j'ai remarqué au mémoire, pages 27 et 28, il y a une nomenclature de vos intérêts de recherche, de ce que vous avez fait en recherche. Quel est l'apport financier de recherche faite par vous et quelle est la collaboration externe en termes de piastres et cennes? On s'est dit tantôt que le Fonds de recherche en santé du Québec allait davantage vers de la recherche biomédicale et suite à des représentations faites par le milieu, ça a été acheminé au Fonds de recherche en santé du Québec qui doit être celui qui coordonne et donne les orientations sur le plan de la recherche, et les mandats aussi, donc, pour un virage, une plus grande considération du domaine que vous représentez. Donc, votre recherche, chez vous, de quelle manière est-elle financée à

ce moment-ci?

**M. Collard:** Nous n'avons pas, à l'institut Raymond-Dewar, comparativement à l'Institut de réadaptation de Montréal ou à l'hôpital Marie-Enfant, voire dans d'autres établissements spécialisés du réseau, des chercheurs qui font de la recherche pratiquement à temps plein. L'Institut, on vous le mentionnait tout à l'heure, a été centré ces dernières années beaucoup sur une réorganisation de ses services, de ses programmes. On n'a présentement aucun budget de recherche. On a des professionnels, audiologistes, orthophonistes, psychologues, qui sont drôlement préoccupés par la recherche sauf qu'ils le font à travers leur pratique professionnelle. La recherche qu'on vous mentionne ici, elle se fait de façon artisanale. Autrement dit, ces gens-là la font à travers leur pratique, en collaboration avec des professeurs de l'Université de Montréal, mais il n'y a vraiment pas d'infrastructure de recherche de développée chez nous. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de besoins. Ils sont énormes. On n'a pas eu la chance, dans un organisme comme le nôtre, d'avoir, il y a 40 ans, un Dr Gustave Gingras, un Dr Armand Frappier. On a, par ailleurs, de jeunes audiologistes bien formés sur le plan de la recherche, mais on doit vraiment les occuper à travailler sur de l'intervention. La grosse partie de leurs ressources ou de leur temps passe sur de l'intervention.

(11 h 30)

On a d'ailleurs, dans le plan stratégique de l'Institut, cette préoccupation de développer de la recherche. On collabore, avec huit établissements de la région de Montréal, à la mise sur pied du réseau de recherche en réadaptation qui sera financé par le FRSQ. On collabore avec l'INLB, aussi avec l'hôpital Marie-Enfant, l'Institut de réadaptation, le centre hospitalier Côte-des-Neiges, sauf que chez nous, il n'y a pas d'infrastructure. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de besoins; ça ne veut pas dire qu'on ne devrait pas être reconnu comme institut. Ce qu'on demande, dans notre intervention, c'est, compte tenu de l'importance de la surdité au Québec, compte tenu de l'impact que la surdité a dans la vie quotidienne, de tous les jours, qu'on puisse être reconnu comme institut pour se doter vraiment d'infrastructure et vraiment collaborer, avoir des liens étroits avec les universités pour vraiment faire de la recherche active.

On s'apprête bientôt, avec le Dr Ferron... On étudie présentement une demande de recherche du Dr Ferron, que vous connaissez bien. Il nous a fait une demande formelle; on est en train de l'étudier au conseil et, pour nous, c'est une avenue fort intéressante pour emboîter le pas au niveau de la recherche. On a aussi des demandes de collaboration étroite au niveau de la recherche, au niveau de la langue des signes, mais on n'a pas vraiment de structure formelle

existante présentement, sauf que le besoin est majeur.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je trouve ça très intéressant et c'est la raison spécifique pour laquelle j'ai abordé la recherche. Évidemment, vous nous avez parlé de l'hôpital Marie-Enfant, de l'Institut. C'est une recherche qui pourrait paraître, à première vue, ôparse, mais, évidemment, c'est le consortium, si je comprends bien, qui a été créé qui, lui, fera l'unité et évitera la duplication au niveau de la recherche pour rendre plus efficaces les sommes qui seront affectées à cette recherche.

**M. Collard:** C'est ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous avez parlé dans votre présentation d'implant cochléaire, c'est pour ça que je m'étais réservé une petite question, connaissant effectivement le Dr Desgagné et le Dr Ferron qui travaillent sur l'implant cochléaire, à Québec. Ma question: Est-ce que la recherche sur l'implant cochléaire qui se fait chez vous, comme expérience, c'est en complémentarité avec celle qui se fait dans la région de Québec?

**M. Collard:** Le Dr Ferron et son équipe nous ont demandé d'ouvrir son projet de recherche pour qu'il soit non seulement dans la région de Québec, mais aussi dans la région de Montréal. Il veut associer l'Institut Raymond-Dewar comme lieu francophone de même aussi qu'un autre établissement du côté anglophone. On est en train d'étudier sa demande. Le Dr Ferron nous pose un défi important dans sa demande. Si c'était pour les adultes, ça ne nous poserait pas de problème du tout, sauf qu'il nous demande de faire des implants cochléaires chez les tout-petits et à ce chapitre-là, on se pose beaucoup de questions. On est en consultation présentement avec nos professionnels, audiologistes, orthophonistes, psychologues, pour voir jusqu'où on peut faire des implants cochléaires, compte tenu de toutes les questions bioéthiques que ça pose. La réponse, on ne l'a pas encore. On doit, au prochain conseil d'administration du mois de mars, avoir terminé cette consultation: Est-ce qu'on emboîte le pas en ce qui concerne la recherche sur les implants cochléaires chez les tout-petits? C'est pour ça qu'on est en train d'étudier présentement. Faire des implants cochléaires chez les adultes, ça ne nous pose pas de problème; chez les enfants de six mois à un an, deux ans, par contre, il faut y voir de près avant de s'embarquer.

**La Présidente (Mme Marois):** Ça va, M. le ministre?

**M. Côté (Charlesbourg):** Peut-être une dernière.

**La Présidente (Mme Marois):** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce n'est pas parce qu'il n'y en aurait pas d'autres, mais je comprends le temps. Vous nous avez parlé de 107 cas de sourds-aveugles et ceux qui vous ont précédés avaient leur spécialité à eux aussi. Comment se fait une jonction avec les gens qui nous ont présenté leur mémoire précédemment puisque, eux, représentaient les aveugles?

**M. Collard:** Elle se fait directement, je pense; elle commence au niveau des intervenants, les intervenants qui sont soit spécialisés en surdité, soit spécialisés en cécité: les intervenants spécialisés de Nazareth et Louis-Braille et on a aussi vraiment de nos professionnels à l'Institut qui ont développé toute une expertise particulière au niveau de la surdi-cécité. Alors, cette collaboration, elle se fait autour de chaque individu, chaque client qui nous est référé dans le cadre d'un plan de services. Alors, Nazareth et Louis-Braille a tout son champ d'expertise en ce qui concerne l'évaluation, l'appareillage, l'entraînement et notre Institut, nos spécialistes ont tous leur expertise au niveau de la surdité. Alors, c'est vraiment un travail de terrain avec une collaboration étroite des cadres intermédiaires, des directeurs de services et des directions d'établissements. Alors, là-dessus, pour nous c'est vraiment un exemple de collaboration étroite interétablissements. Nous joignons nos expertises pour donner à ces personnes ce qu'il y a de mieux. Mais, encore là, ça ne veut pas dire qu'on règle tous les problèmes. Il manque beaucoup de ressources en ce qui concerne les personnes sourdes-aveugles.

**Mme Hillion:** Moi, je voudrais ajouter que même si la collaboration est efficace et marche bien, dans le cas de la surdi-cécité, c'est une entité qui est différente de la cécité et de la surdité. Donc, le rôle de l'IRD est de développer vraiment une expertise, mais aussi une intervention particulière, c'est-à-dire qu'elle doit combiner à la fois la cécité et la surdité et c'est une entité différente des deux. Je pense qu'il a un travail très grand à faire en collaboration, oui, mais avec une responsabilité particulière.

**M. Côté (Charlesbourg):** Une dernière petite question à Mme Hillion sur le comité de bénéficiaires. On a entendu, depuis deux semaines, des comités de bénéficiaires qui sont venus ici nous dire qu'il était extrêmement important que les comités de bénéficiaires soient indépendants et aient pleine autonomie de l'appareil. J'aimerais vous entendre là-dessus, comme vous êtes...

**Mme Hillion:** J'aimerais d'abord que vous précisiez votre question.

**M. Côté (Charlesbourg):** Des gens qui se

sont présentés ici disent qu'un comité de bénéficiaires...

**Mme Hillion:** Autonome?

**M. Côté (Charlesbourg):** ...qui dépend de l'institution dans laquelle il est rattaché, qui a un lien direct ou qui peut être financé par l'institution n'est pas un comité de bénéficiaires autonome, donc pas libre de revendiquer les droits des bénéficiaires, et ainsi de suite.

**Mme Hillion:** Moi, ça ne m'a jamais gênée. Je dois dire que, quelque part, effectivement, il y a un lien financier, mais qui est tellement mince qu'il ne faut quand même pas exagérer. Je pense qu'on a 500 \$. En fait, ce n'est pas un lien financier très extraordinaire. Je ne pense pas que l'on puisse faire une dépendance à cause de ce petit lien financier. Je pense qu'au niveau des comités des bénéficiaires, ce qui est très important à comprendre, c'est que les gens qui sont là doivent être très très sensibles à défendre leurs besoins et, quelque part, c'est difficile de le faire parce qu'on a des liens, finalement, avec les gens qui nous desservent. Donc, chaque fois qu'on veut défendre quelque chose, on a l'impression que les gens se sentent mal par rapport à ça. Je pense qu'il faut vraiment s'éduquer, connaître nos besoins et aussi développer des collaborations avec l'institution qu'on défend. Je ne pense pas que ce soit les...

Non, je pense qu'à partir du moment où on connaît bien ses besoins, c'est assez évident pour moi qu'on peut les défendre, mais il faut bien connaître aussi le fonctionnement des Institutions et dans ce sens, je recommanderais beaucoup que, lorsqu'il y a des nouvelles personnes qui arrivent sur les conseils d'administration, on les forme d'autant plus qu'on veut les faire changer tous les trois ans.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci. M. le leader de l'Opposition.

**M. Chevette:** Oui. Vous me permettez tout d'abord un commentaire. Même si le ministre ne s'est pas encore commis en ce qui regarde la formation des conseils d'administration par rapport aux critiques qu'on a entendues jusqu'à présent, personnellement, je pense que vous avez raison, dans votre cas bien spécifique et probablement comme celui de l'organisme qui vous a précédés, de réclamer un conseil d'administration unique et non regroupé sur un territoire. Je pense que ce n'est pas du tout le même contexte. La dimension recherche que vous avez, à mon point de vue, à la fois recherche, traitement, éducation, je pense que ça mérite d'être considéré seul, comme entité complète globale, un conseil d'administration unique. C'est l'opinion que je voudrais formuler. Je pense que, indépen-

damment des réorientations qu'il y aurait, dans votre cas... En tout cas, vous m'avez convaincu que c'était important d'avoir un conseil d'administration unique. Les arguments sont valables, logiques et je pense que ce serait trop lourd que de penser œuvrer d'une façon efficace dans un conseil d'administration où les préoccupations ne seraient pas aussi spécifiques. En tout cas, c'est la position que je défendrai lors du projet de loi. Je voulais vous dire ça.

Je dois m'excuser parce que je dois aller au caucus. Je voudrais vous remercier de votre mémoire et vous dire qu'il est fort enrichissant. C'est bon de voir que des gens, autant des bénéficiaires, des membres du personnel qu'un président, puissent soutenir avec autant de force, mais aussi de valeur d'arguments, pas nécessairement de conviction unique mais aussi de valeur d'arguments, votre point de vue et la façon dont vous le défendez. Je pense que vous avez raison de revendiquer. Souvent, le discours est très beau et les actions ne correspondent pas au discours. Je suis sûr que le ministre, qui vous a trouvés fantastiques, lui aussi, saura rendre son discours tout à fait cohérent par rapport aux revendications que vous faites.

J'aurais peut-être une question à poser au ministre. Le FRS, le Fonds de recherche en santé, il est rendu à combien?

**M. Côté (Charlesbourg):** 40 000 000 \$

**M. Chevette:** Est-ce que c'est toujours sur une programmation triennale ou quinquennale?

**M. Côté (Charlesbourg):** Triennale.

**M. Chevette:** Triennale?

**M. Côté (Charlesbourg):** 40 000 000 \$, annuellement.

**M. Chevette:** Je pense que vous méritez votre part.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah bon! On se comprend. 40 000 000 \$, annuellement.

**M. Chevette:** Oui, oui. Mais c'est avec une programmation triennale.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est un budget triennal. C'est ça. Et j'ai des discussions très intenses avec le Fonds de recherche en santé du Québec sur un certain nombre de choses, y compris dans le cadre de la réforme pour certains ajustements et, à tout le moins, que les volontés gouvernementales soient bien transmises et bien appliquées.

Juste pour vous dire que ce que souhaite le ministre aussi, après avoir entendu, ce n'est pas seulement dans le discours, mais aussi dans l'action.

**M. Chevrette:** Bien, c'est pour ça que je l'ai dit, voyons! Merci beaucoup et bonjour. Il faut que j'aille.

**La Présidente (Mme Marois):** Ça va. Je crois que M. le député de Verdun souhaitait soulever une question encore.

**M. Gautrin:** Une petite question, simplement pour évaluer... Vous faites une demande d'être un institut universitaire pour évaluer réellement ce que vous faites actuellement en termes d'activités de recherche. Vous nous avez dit que, évidemment, vous n'avez pas actuellement d'activités subventionnées. Vous nous avez fait, dans votre mémoire, une liste de projets de recherche qu'il serait nécessaire d'entreprendre dans le domaine des malentendants. La question que je me pose, par contre: Dans votre mémoire, vous dites: Un certain nombre de gens qui travaillent à l'Institut publient, au fond, les activités de recherche, mais dans d'autres cadres. J'aurais aimé savoir, peut-être brièvement, quels étaient les résultats ou quelles sont les activités de vos professionnels sur le plan de la recherche qui peuvent bien se faire dans d'autres institutions. Est-ce que vous pourriez élaborer un peu sur cette question?

**M. Collard:** Vous dites, votre dernière question? Quels sont...

**M. Gautrin:** Je n'ai qu'une seule question à vous poser, si vous me permettez. Vous dites: Ils entretiennent des liens et collaborent à différents projets de recherche - je fais référence à la page 27 de votre document. Vous parlez des professionnels de votre Institut: Ils entretiennent des liens et collaborent à différents projets de recherche avec des chercheurs de l'UDM, de l'Université McGill, de l'Université du Québec à Montréal. Donc, là, il y a une activité de recherche qui est faite par des gens de chez vous dans d'autres cadres et dans d'autres institutions. Est-ce que vous pourriez élaborer un peu sur ce qui se fait comme type de recherche par vos professionnels? La liste que vous nous donnez ensuite est une liste de projets de recherche que vous souhaiteriez éventuellement voir réalisés à l'intérieur de votre institution.

**M. Collard:** En fait, nous avons, par exemple, des intervenants audiologistes qui collaborent avec le professeur Raymond Héту au niveau de la recherche en surdité professionnelle, par exemple. Le Dr Héту est rattaché à l'Université de Montréal. Nous avons d'autres professionnels qui collaborent avec M. Michel Picard, un autre professeur de l'Université de Montréal qui, aussi, fait de la recherche en surdité professionnelle. Nous avons aussi certains intervenants spécialistes en surdité qui collaborent avec d'autres professeurs d'université aussi, au Québec

et à l'étranger.  
(11 h 45)

Par contre, ces gens, à travers leur action, fournissent des données, mais, nous, à l'Institut, nous n'initions vraiment pas de projets de recherche. C'est vraiment de la collaboration ad hoc. Elle n'est vraiment pas structurée. Elle est à structurer.

**M. Gautrin:** Merci.

**La Présidente (Mme Marois):** Ça va. Merci. Est-ce que, M. le député de Westmount, vous aviez une question?

**M. Holden:** C'est un peu tard. J'allais dire que, contrairement à ce qui se passait hier, je suis entièrement d'accord avec le leader de l'Opposition officielle, mais il est parti.

**La Présidente (Mme Marois):** C'est toujours intéressant de le souligner. Cela lui sera sûrement transmis, de toute façon. Merci. Alors, nous vous remercions de l'excellente présentation de votre organisme. M. le ministre, est-ce que ça va?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, ça va. Merci beaucoup.

**M. Léger:** Mme la Présidente, si vous me le permettez, nous sommes bien reconnaissants que vous ayez pris le temps de nous écouter et nous espérons que vous saurez répondre à nos attentes dans les intérêts des 500 000 sourds du Québec ou malentendants.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci beaucoup. J'inviterais maintenant Mme Bourassa, qui est ombudsman au centre hospitalier Douglas, à venir à la table, avec les personnes qui l'accompagnent. En fait, je comprends qu'il s'agit d'un mémoire soumis par l'ombudsman du centre hospitalier Douglas, Mme Bourassa, et par Mme Charbonneau, qui est protectrice du bénéficiaire à l'hôpital RMère-des-Prairies. C'est bien là?

**Mines Francine Y. Bourassa, Jocelyne Charbonneau, Françoise Laurin et Suzanne Nadeau-Thibodeau**

**Mme Bourassa (Francine Y.):** Exact, Mme la Présidente. M. le ministre, MM., Mmes les députés, Mme Charbonneau et moi tenons d'abord à vous remercier de nous avoir permis de nous faire entendre aujourd'hui à la commission sur notre mémoire intitulé "L'ombudsman hospitalier et l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux." Mme Charbonneau va vous présenter les personnes qui nous accompagnent aujourd'hui.

**Mme Charbonneau (Jocelyne):** Bonjour.

**La Présidente (Mme Marois):** Bonjour.

**Mme Charbonneau:** Il me fait plaisir de vous présenter Mme Françoise Laurin et Mme Suzanne Nadeau-Thibodeau, qui sont toutes deux représentantes du comité de bénéficiaires et de l'Association des parents de l'hôpital Rivière-des-Prairies, de qui nous avons reçu l'appui pour les recommandations que nous vous avons présentées dans notre mémoire.

Même si nous sommes des ombudsmen, il faut dire, au tout début, que nous ne sommes mandatées ni par nos établissements, ni par nos collègues pour nous présenter devant vous. Nous avons rédigé ce mémoire à titre personnel parce que nous étions convaincues qu'il était nécessaire qu'il y ait des critères objectifs et non modifiables concernant le mécanisme de traitement de plaintes à l'intérieur des hôpitaux, et au point de vue professionnel, parce que, quand nous nous sommes engagées en tant qu'ombudsman, nous avions compris que nous devions aussi promouvoir et défendre les droits des bénéficiaires, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Alors, c'est une précision que nous voulions absolument faire aujourd'hui.

Sur ce, je vais repasser la parole à Mme Bourassa, qui va vous expliquer les autres raisons qui ont motivé l'écriture de notre document et ensuite nous allons alterner selon les facettes du mémoire. Je vais peut-être avoir un problème de micro.

**La Présidente (Mme Marois):** Non, il n'y a pas de problème de micro. C'est prévu comme tel. Vous avez chacune accès à un micro.

**Mme Charbonneau:** Ça va.

**Mme Bourassa:** Merci, madame. Donc, les raisons qui nous ont poussées à écrire ce mémoire sont nombreuses. D'une part, nous avons été étonnées par l'absence dans l'avant-projet de loi de dispositions législatives se rapportant au mécanisme de traitement des plaintes à l'intérieur des établissements versus les recommandations 3 et 4 du rapport Hamois se référant à l'"ombudsperson" qui ne sont plus là et le document "Orientations", qui recommandait l'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen. D'autre part, nous avons été saisies de la perception négative de l'ombudsman hospitalier par les instances extérieures impliquées auprès de personnes vulnérables, notamment le Comité provincial des malades qui s'adressait à vous tout dernièrement, de même que la réserve de certains comités de bénéficiaires issus de milieux psychiatriques quant à l'objectivité de l'ombudsman hospitalier, finalement, le questionnement soulevé concernant la disparité de cette fonction selon les milieux, voire les établissements.

**Mme Charbonneau:** Face à ces allégations,

nous sommes allées vérifier les faits auprès de nos collègues ombudsmen pour mieux cerner finalement comment c'était vécu, ce titre qui n'est pas unique, dans le sens où la personne qui occupe le poste d'ombudsman peut s'appeler protectrice du bénéficiaire, comme c'est le cas pour moi; une autre, conseillère à la clientèle; une autre, porte-parole des malades. Alors, nous avons pris le temps de consulter nos collègues pour savoir, selon elles ou selon eux - ce sont surtout des femmes qui occupent ces postes-là - quelles étaient leurs préoccupations prioritaires, leurs mandats prioritaires dans l'établissement.

La plupart d'entre eux nous ont dit qu'ils se considéraient comme étant des promoteurs et des défenseurs des bénéficiaires à l'intérieur de rétablissement. Mais la plupart reconnaissent qu'il y aurait des avantages pour leur clientèle à ce que cette fonction soit enchâssée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Tous sont d'accord pour reconnaître que, dans leurs fonctions, il est essentiel qu'ils puissent traiter et évaluer eux-mêmes les plaintes qui sont portées à leur attention - parce que le mandat de base d'un ombudsman, finalement, c'est de recevoir les plaintes des bénéficiaires, des familles ou du personnel en ce qui a trait à un problème vécu par un bénéficiaire - et d'enquêter de leur propre initiative sur toute situation qui pourrait être préjudiciable aux bénéficiaires.

Dans les pages 2 et 3 de notre mémoire, vous avez pu voir, comme je le disais tantôt, que les titres de ces personnes sont différents, les statuts sont différents. Vous avez des cadres, des syndicaux non syndiqués, des contractuels. Les rattachements administratifs sont différents. Il y a des personnes qui relèvent du conseil d'administration, d'autres de la direction générale ou de l'adjoint à la direction générale. Il y a différents rattachements et les pouvoirs sont différents, dans le sens où certains ont le droit d'enquêter de leur propre initiative; d'autres, c'est seulement sur demande; d'autres peuvent transmettre des plaintes à l'extérieur de l'établissement; certains ne peuvent pas le faire. Alors, c'est très diversifié.

**Mme Bourassa:** Il faudrait peut-être noter, parce que Mme Charbonneau l'a oublié, que, pour la région 6A, plus de 3600 dossiers ont été traités par huit ombudsmen des établissements universitaires l'an passé en parallèle avec le conseil régional du Montréal métropolitain qui traitait 399 plaintes issues des hôpitaux de courte durée et également celles à vocation psychiatrique. Le constat, face à cette disparité, nous a forcées à nous concentrer sur les besoins de la clientèle que nous connaissons, c'est-à-dire celle qui est desservie par les établissements à vocation psychiatrique, elle-même fort diversifiée, je désire le préciser, au niveau de l'âge (qui

passé de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, à la psychogériatrie) et par rapport aux problématiques cliniques présentées. La nature des problèmes est très diversifiée: désordres mentaux passagers ou temporaires associés à des problèmes psychiatriques, clientèles ambulatoires ou grabataires qui nécessitent soit des soins actifs ou ultraspécialisés en psychiatrie ou en hébergement de longue durée.

De plus, on constate différents statuts juridiques qui compliquent, je crois, la vulnérabilité des individus, à savoir qu'on peut retrouver dans la population hébergée des mineurs représentés par un parent ou un tuteur, des mineurs âgés de quatorze ans et plus, des mineurs hospitalisés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, des majeurs hospitalisés sur une base volontaire, des majeurs hospitalisés sous un régime de protection, des personnes admises en cure fermée en vertu de la Loi sur la protection du malade mental, des majeurs hospitalisés par ordonnance du lieutenant-gouverneur, des détenus transférés pour soins, etc. En plus de ça, il faut spécifier l'origine ethnique et on se rend compte dans les établissements actuellement que, de plus en plus, on a une diversité quant aux origines ethniques.

Toutefois, tel que présenté à la page 5 du mémoire, nous soulevons que l'ensemble de cette population a un point en commun, malgré toute sa disparité, c'est sa vulnérabilité. Qu'elle soit hébergée ou suivie en clinique externe, la défense de ses droits, selon nous, se subdivise en trois grandes catégories. Premièrement, la défense réactive, ou celle initiée par le dépôt d'une plainte. Deuxièmement, la défense proactive ou préventive, donc initiée par le constat d'une situation qui pourrait être préjudiciable pour une ou des personnes vulnérables. Cette approche, il va sans dire, est primordiale lorsque la clientèle est incapable d'exprimer clairement elle-même ses besoins; cependant, le traitement de tels dossiers n'est possible que si l'ombudsman a un mandat d'enquête de sa propre initiative. Et, troisièmement, la défense systémique, soit celle initiée par une ou des plaintes, ou par un constat qui indique qu'un segment de la clientèle est lésé. Ici, il faut souligner, et c'est important, qu'il est fréquent que les dossiers ayant trait à la défense préventive et systémique soient traités conjointement par l'ombudsman hospitalier et le comité de bénéficiaires, de façon à mieux protéger les personnes vulnérables. C'est pourquoi, pour élaborer les recommandations qu'on vous a soumises, nous avons focalisé sur ces personnes qui connaissent peu leurs droits et dont la vulnérabilité est présente dans un établissement comme dans l'autre.

**Mme Charbonneau:** Comme nous croyons qu'il est essentiel de développer une pratique similaire, mais sensible aux réalités propres à chaque établissement, nous avons recommandé

que la Loi sur les services de santé et les services sociaux garantisse aux bénéficiaires un mécanisme de traitement de plaintes à l'intérieur de l'établissement, mais un mécanisme de traitement de plaintes qui soit standardisé, qui soit le même pour tout le monde, et ce, en complémentarité avec le comité de bénéficiaires. Parce qu'on travaille beaucoup en complémentarité avec le comité des bénéficiaires et on ne voudrait pas que ça soit perçu comme si on voulait lui prendre quelque chose. Le comité des bénéficiaires a le mandat d'accompagner les bénéficiaires vers un recours et, actuellement, dans plusieurs hôpitaux universitaires, il existe, ce recours, qui est celui de l'ombudsman, mais ses mandats et ses pouvoirs ne sont pas standardisés; ils sont à la discrétion de l'établissement qui engage la personne. Alors, en demandant que ce soit garanti, inclus, enchâssé dans la loi, nous demandons que les mandats et les pouvoirs de l'ombudsman soient précisés.

Pour nous, ce qui nous semble le plus important à être enchâssé dans la loi, dans les mandats et les pouvoirs, c'est la collaboration de l'administration et du personnel avec l'ombudsman; que ce soit très clairement établi que c'est une attente importante dans le règlement des conflits soulevés au sujet des bénéficiaires. Dans un deuxième temps, que l'ombudsman puisse enquêter sur demande ou de sa propre initiative sur toute situation qui pourrait être préjudiciable aux bénéficiaires qui vivent dans ou qui sont affiliés à l'établissement. Ce qui implique aussi l'autorisation de circuler librement dans l'établissement, d'avoir accès à toute la documentation pertinente au traitement de la plainte, dont le dossier des bénéficiaires qui sont présumément lésés. Ceci implique aussi d'exiger de l'administration, du personnel, des contractuels de fournir les informations, les renseignements, les explications nécessaires à l'accomplissement du mandat de l'ombudsman et, après que le traitement de la plainte sera fait et si cela démontre que la plainte est fondée, de pouvoir émettre des recommandations et même des correctifs aux autorités appropriées. Quand on parle des autorités appropriées, c'est autant l'établissement et, si la plainte est non résolue dans l'établissement, que cette plainte puisse être acheminée à d'autres instances qui pourront avoir un droit de regard sur l'établissement. Et, quelque chose de préventif et d'éducatif: la diffusion systématique des droits qui concernent les bénéficiaires, parce que, comme le disait Mme Bourassa tantôt, c'est une population qui est très vulnérable et très peu informée de ses droits.

(12 heures)

Il y a une chose dont nous aimerions aussi qu'elle demeure telle qu'elle est maintenant: c'est que ce recours, actuellement, est simple, rapide et gratuit. Ce que nous aimerions, c'est accroître sa transparence et maintenir sa dimension humaine. Quand Mme Bourassa, tantôt, disait

qu'il y avait 3600 plaintes qui avaient été traitées par des ombudsmen dans la région 6A, ça démontre que, avec l'accessibilité, le fait que la personne soit sur place, les bénéficiaires ont plus de facilité, finalement, à s'adresser à une personne que directement à une instance extérieure.

**Mme Bourassa:** Ainsi, quant à la recommandation 2, les nombreuses critiques émises par divers milieux impliqués auprès des personnes vulnérables portaient sur le manque d'indépendance de l'ombudsman hospitalier. C'est pourquoi, afin d'accroître la transparence et la crédibilité qui devraient être reliées aux mécanismes internes de traitement de plaintes, il est primordial que l'ombudsman hospitalier soit rattaché administrativement et financièrement à un organisme indépendant du réseau des services de santé et des services sociaux. En plus de maximiser la crédibilité et de briser l'isolement professionnel de l'ombudsman, le rattachement à un bureau de promotion et de défense des droits des personnes vulnérables, issues ou non de milieux psychiatriques, devrait assurer un standard de qualité en venant préciser, entre autres, les obligations de l'ombudsman hospitalier envers la clientèle. Par ailleurs, dans le processus de recrutement et de sélection d'un ombudsman local, le choix du candidat devrait être effectué par un comité tripartite composé d'un nombre égal de représentants du bureau de défense des droits et du comité des bénéficiaires, avec l'administration de l'établissement concerné.

En terminant, nous aimerions préciser que nous sommes conscientes que le législateur a un souci de graduer les mécanismes de recours pour la protection des droits des bénéficiaires, mais qu'on ne doit pas oublier l'alourdissement des pathologies des clientèles hospitalisées présentement et dans le futur au sein d'établissements de santé spécialisés, ultraspecialisés, de même que la nécessité de consolider les mécanismes de promotion et de défense des droits des bénéficiaires à l'intérieur de ces mêmes établissements. Nous tenons ici à souligner notre appréciation de l'étroite collaboration expérimentée avec nos comités de bénéficiaires respectifs, ce qui nous a permis, entre autres, de contribuer avec eux au mémoire élaboré par la coalition des comités de bénéficiaires issus des milieux psychiatriques.

Ceci dit, je cède maintenant la parole à Mme Françoise Laurin.

**Mme Laurin (Françoise):** Mme la Présidente, M. le ministre, MM. et Mmes les commissaires, nous, les parents, sommes convaincus de la nécessité du rôle de l'ombudsman dans les services hospitaliers. Nous demandons que ce poste soit standardisé et que les mêmes pouvoirs soient accordés, que ce soit dans une institution psychiatrique ou dans une autre. Nous insistons sur l'importance, pour l'ombudsman, de pouvoir

enquêter sur un problème de sa propre initiative. Nous désirons que l'ombudsman ait le pouvoir d'enquêter quand il constate qu'un bénéficiaire est ou peut être lésé dans ses droits. L'ombudsman est là pour prendre la défense de nos enfants, dont plusieurs ne parient pas. Son rôle est primordial pour le bénéficiaire lui-même, mais aussi pour la tranquillité d'esprit de ses proches.

Je cède maintenant la parole à Mme Nadeau-Thibodeau.

**Mme Nadeau-Thibodeau (Suzanne):** Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les commissaires, il apparaît important pour nous, les parents, que l'ombudsman hospitalier soit indépendant. Je précise: qu'il ne reçoive pas son salaire du milieu où il occupe ses fonctions ni du réseau de la santé. Nous recommandons qu'il soit rémunéré par un organisme de promotion et de défense des droits des personnes vulnérables. Cet organisme devra être reconnu par loi et aura la fonction de vérifier la qualité de son travail et par le fait même de lui offrir un soutien professionnel en dehors de son milieu de travail.

L'ombudsman hospitalier, tout en étant indépendant, est tenu de collaborer avec l'établissement où il travaille. Nous demandons aussi qu'il ait le pouvoir de porter une plainte aux instances appropriées lorsque cette plainte aurait été étudiée, fondée et soumise à la direction de rétablissement et que les corrections nécessaires n'auraient pas été apportées. L'isolement professionnel des ombudsmen est énorme.

Nous voulons retenir votre attention sur ces points, car il y va de la santé et du mieux-être de nos enfants que nous aimons et de notre santé mentale comme parents.

**Mme Bourassa:** Mme la Présidente, nous serions disponibles pour répondre à toute question.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci de votre présentation. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, Mme la Présidente. Je trouve très heureux que vous ayez choisi de nous offrir l'opportunité de vous questionner sur un rôle qui est nouveau dans les établissements du réseau, en particulier, si j'ai bien compris, dans le cas des centres hospitaliers. Pour bien interroger l'expérience que vous vivez, combien y a-t-il, à votre connaissance, d'ombudsmen, au moment où nous nous parions, et les situer par catégorie d'établissements au niveau du réseau?

**Mme Bourassa:** Avec des noms d'établissements, M. le ministre?

**M. Côté (Charlesbourg):** Le nombre d'éta-

blissements, par exemple, en centres hospitaliers de courte durée, de longue durée.

**Mme Bourassa:** Je pense que la plupart de nos collègues ombudsmen travaillent dans des établissements de courte durée. Au moins trois d'entre elles travaillent depuis plus de dix ans que ce soit dans les milieux universitaires rattachés à l'Université McGill ou encore à l'Université de Montréal. Nous avons également très peu d'ombudsmen qui oeuvrent dans des établissements qui ne sont pas reconnus comme CH universitaires, donc très peu en centres d'accueil, peut-être une seule personne. En longue durée, trois personnes, dont une qui travaille à titre de bénévole. Et au niveau des instituts, des futurs instituts universitaires à vocation psychiatrique, quatre seulement de ces instituts offrent le service d'un ombudsman à leurs bénéficiaires.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est une expérience qui est intéressante, parce qu'elle permet de situer la limite, les contraintes d'opération de l'ombudsman, qui, de prime abord, doit avoir comme objectif de défendre l'intérêt des bénéficiaires. Vous avez évoqué, tout à l'heure, que, dans des centres hospitaliers universitaires de la région de Montréal, 3600 plaintes ont été traitées par des ombudsmen. Donc, c'est dans combien de centres hospitaliers?

**Mme Bourassa:** Dans huit centres hospitaliers universitaires seulement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et ça depuis l'existence de l'ombudsman ou...

**Mme Bourassa:** Depuis la dernière année.

**La Présidente (Mme Marois):** Pendant la dernière.

**Mme Bourassa:** Depuis la dernière année. C'est comparable aux 399 plaintes qui ont été traitées par le conseil régional, en courte durée et en milieu à vocation psychiatrique, pour une même période.

**M. Côté (Charlesbourg):** L'apparition ou la reconnaissance de ce rôle d'ombudsman - et vous l'avez évoqué dans votre mémoire - compte tenu des critiques qu'il y avait, de l'indépendance ou de la non-indépendance de l'ombudsman, donc, pris entre l'arbre et l'écorce, entre celui qui le paie et le bénéficiaire qu'il doit servir, donc pas beaucoup d'indépendance de ce côté ou de possibilités d'indépendance... Ça ne veut pas dire, à l'occasion, dans ces cas-là, qu'un ombudsman qui est payé par l'établissement n'a pas lui-même son indépendance. Ça dépend toujours de la personne et de la capacité de la personne à affronter le pouvoir administratif.

**Mme Bourassa:** Très juste.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que l'implantation de ces ombudsmen a été faite par les centres hospitaliers - et je vais y aller directement avec ma question, je n'ai pas l'habitude de passer à côté - pour se donner bonne conscience, d'après vous?

**Mme Charbonneau:** Je pense que certains centres hospitaliers avalent un souci d'avoir quelqu'un qui réponde aux demandes répétées de la clientèle et ils ont nommé une personne. Certains centres hospitaliers ont été forcés de nommer un ombudsman; quelques-uns, sur recommandation ministérielle.

**M. Côté (Charlesbourg):** Sur recommandation...

**Mme Charbonneau:** ...ministérielle.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...ministérielle, compte tenu du nombre de plaintes.

**Mme Charbonneau:** Compte tenu du nombre de plaintes, oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, pour les parlementaires et chez moi de manière plus particulière depuis le mois d'octobre au niveau du cabinet, on a effectivement des gens qui se plaignent, qui téléphonent pour se plaindre de tel traitement. Et j'imagine que, dans chaque bureau de député, on a à l'occasion, peu importe l'institution, des gens qui veulent se plaindre. Il y en a qu'on peut "discarter" très rapidement, parce qu'on s'aperçoit que c'est plus ou moins sérieux. Il reste, quand même, qu'il y a des plaintes qui sont plus sérieuses que d'autres.

**Mme Charbonneau:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Les 3600 cas traités dans les huit centres hospitaliers, cela se ventile comment sur le plan du sérieux des plaintes, sur le plan de la véracité des plaintes? Et comment opérez-vous? Dans le mémoire, on demande des choses qui laissent supposer que ce n'est pas facile d'opérer dans tout ça: accès au dossier, indépendance, support professionnel. Ça laisse supposer qu'il y a, quand même, peut-être quelques petits problèmes au-delà de la conscience tranquille d'avoir nommé un ombudsman et de pouvoir lui référer tous les cas qui appellent sur le plan administratif pour se plaindre. On passe ça à l'ombudsman et, évidemment, comme on le paie, il va s'en occuper et c'est facile de référer ça à un bureau ou à une personne qui s'en occupe. Mais ça procède comment? Faites-moi donc une ventilation, si c'est possible.

**Mme Charbonneau:** J'aimerais vous répondre pour une partie de la question et Mme Bourassa pourrait compléter. Quand vous demandez cette ventilation-là, elle n'est pas possible dans le sens où, quand nous avons posé cette question-là, nous avons demandé les statistiques. Chacune des personnes qui occupent un poste comme celui-là fait des statistiques annuelles. Alors, on a demandé quel était le taux de statistiques annuelles. Mais, comme il n'y a pas de regroupement formel des ombudsmen, comme chaque établissement a son ombudsman, alors chacun est tenu de garder confidentielles actuellement les statistiques, la ventilation justement. C'est pour ça qu'on a réussi à obtenir l'information annuellement, une statistique annuelle. Mais vous dire précisément combien sont fondées et combien ne le sont pas, partiellement fondées, irrecevables, ça, c'est une information que certains établissements n'apprécieraient pas, dans l'état actuel des choses, que ce soit public. Alors, ce sont des questions que nous avons évité de poser à nos collègues pour ne pas les mettre dans l'eau bouillante.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est pour ça que je comprends maintenant mieux votre entrée en matière au début de la présentation en disant: On n'est pas mandatés par nos Institutions ni par nos collègues. Parce que ça m'intriguait.

**Mme Charbonneau:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça m'intriguait beaucoup d'avoir entendu ça au début de la commission. Ce que je comprends, c'est donc uniquement une statistique froide de 3600 plaintes. Évidemment, si je vous posais la question pour votre Institution à vous, vous pourriez me répondre pour votre institution ou vous pourriez décider de ne pas me répondre parce que, si c'est gênant pour les autres, ça va l'être pour vous aussi, j'imagine, en termes de situation. Mais ça explique bien le genre de situation et la dénonciation du comité des bénéficiaires qui disait qu'un ombudsman payé par un centre hospitalier est peut-être redevable au centre hospitalier d'abord au lieu du bénéficiaire.

**Mme Charbonneau:** Est-ce que je peux préciser quelque chose?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Charbonneau:** Comme certaines d'entre nous sont reliées au conseil d'administration et comme le comité de bénéficiaires siège au conseil d'administration, alors ils sont informés d'une façon régulière ou, en tout cas, quelques fois par année, sinon mensuellement, du nombre de plaintes que nous traitons et du type de plaintes que nous traitons. Le comité de bénéficiaires en

est saisi. C'est quand même quelque chose qui est...

**M. Côté (Charlesbourg):** On parle du comité de bénéficiaires, mais est-ce que dans la pratique cet état de fait... Parce que, si le centre hospitalier a décidé de créer un ombudsman, c'est qu'il y avait des problèmes.

**Mme Charbonneau:** Il y a toujours des plaintes dans un système.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Ça, je le comprends. Donc, si on a décidé de le faire, c'est parce que ça devait répondre à un besoin?

**Mme Charbonneau:** Oui.  
(12 h 15)

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que le conseil d'administration de l'hôpital est saisi deux fois par année ou annuellement de l'état de la situation, du genre de plainte qui est formulée et des résultats que ça donne?

**Mme Charbonneau:** C'est variable, ça aussi.

**Mme Bourassa:** Absolument. Je pense que chaque établissement procède différemment. Je pourrai parler de mon expérience où je dois faire rapport à chaque séance du conseil d'administration des plaintes courantes, des objets de plaintes sérieuses et de la résolution ou des problèmes que ça peut présenter en amenant des recommandations. Donc, quand on parlait tantôt de statistiques, le comité de bénéficiaires a accès aux statistiques mensuellement, étant donné que nous siégeons tous deux sur un comité d'éthique et de droits des patients. Donc, mensuellement, ils reçoivent les statistiques, les pourcentages et aussi, au niveau "bi-annuel", étant membres du conseil d'administration, ils reçoivent exactement la même documentation que tous les autres membres du conseil. Chez nous, il y a quelque chose de spécial, c'est une entente à savoir que le comité de bénéficiaires va traiter des questions d'intérêt collectif, tandis que l'ombudsman hospitalier va recevoir les plaintes d'individus. Et c'est, je pense, l'harmonie que nous avons trouvée en délimitant et en travaillant en complémentarité.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je comprends, c'est que votre expérience est une bonne expérience?

**Mme Bourassa:** Je n'aimerais pas commenter par rapport à mon expérience pour blanchir ou noircir des établissements. Je pense que ce pourquoi nous avons présenté le mémoire, c'est dans le but de standardiser le rôle de l'ombudsman. S'il manque de transparence, travaillons à augmenter et à accroître sa transparence. Je

pense que, au niveau de la courte durée, les bénéficiaires rentrent et sortent. Donc, nos collègues qui travaillent en milieux de courte durée vous diront eux-mêmes que le travail est fort différent. Quand nous travaillons dans un institut à vocation psychiatrique, chez nous, en moyenne, les gens séjournent pour sept ans. Donc, c'est leur maison, c'est leur lieu de vie et on peut penser que, de par leur vulnérabilité, différentes situations, tant au niveau des droits thérapeutiques que sociaux ou légaux, seront amenées pour être résolues.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que, de par votre expérience... Parce qu'on a véritablement deux types: courte durée et longue durée et, évidemment, on sait que le séjour moyen est à peu près de sept ou huit jours pour une personne hospitalisée en courte durée, alors que vous parlez de sept ans dans d'autres cas. Évidemment, ce n'est pas le même genre de plainte inhérente au bénéficiaire qui est vécue dans l'institution.

D'après ce que je comprends, la création et la reconnaissance du rôle de l'ombudsman seraient les mêmes, que ce soit en longue durée ou que ce soit en courte durée. Et, est-ce que vous le souhaitez pour l'ensemble des 950 établissements du réseau?

**Mme Bourassa:** Je pense que nous ne pouvons pas répondre pour nos collègues en courte durée et c'est pour ça que nous avons plus concentré notre effort sur comment tenter de mieux protéger les clientèles que nous représentons. Nous croyons que les comités de bénéficiaires doivent rester, doivent demeurer, doivent être composés majoritairement de bénéficiaires, mais, d'autre part, nous devons tenter d'assurer la qualité des mécanismes de traitement de plaintes à l'intérieur de l'établissement et ça, à l'échelle de la province.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que je comprends que vous quatre, vous représentez la longue durée?

**Mme Bourassa:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K.

**Mme Bourassa:** Et à la fois courte durée dans mon cas.

**Mme Charbonneau:** Oui, c'est bon de le préciser. Ce n'est pas longue durée seulement. Il y a de la courte durée aussi. En psychiatrie, vous vous retrouvez avec les deux types de clientèle...

**M. Côté (Charlesbourg):** Correct. Ça va, oui.

**Mme Charbonneau:** ...mais majoritairement

de la longue durée.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'essayais d'accrocher les 3600 plaintes en courte durée principalement dans huit établissements de la région de Montréal. J'essayais de faire le lien là, mais je viens de saisir.

Dans le rapport Harnois, il était fait mention d'un ombudsman. La politique de santé mentale, elle, a davantage reconnu un comité de bénéficiaires. Et, évidemment, la structure proposée dans les orientations est une structure régionale qui est extrêmement importante. Vous avez dit, tantôt: Nous, on préfère un ombudsman avec des pouvoirs inscrits dans la loi, totale liberté, indépendance. Mais est-ce qu'il n'y a pas l'obligation d'avoir une certaine coordination à un niveau régional?

**Mme Bourassa:** Oui. Et je pense, tantôt, quand vous avez dit 3600 plaintes... Ce qu'on peut faire actuellement, c'est une lecture indépendante, c'est-à-dire verticale. Si nous avions une coordination provinciale ou régionale, nous pourrions faire une lecture horizontale des problèmes du réseau. Je pense qu'en faisant mieux respecter les droits des bénéficiaires avec lesquels on travaille on pourrait aussi viser l'excellence dans la qualité des soins qu'on leur donne. Je pense que c'est dans cette optique que nous réclamons... Le rôle est déjà, depuis plus de dix ans, présent, mais, étant donné qu'il est laissé à la discrétion des établissements, qu'il est accompli de différentes façons, qu'il n'a pas nécessairement d'obligations face à la clientèle, nous trouvons actuellement coïncant de la saborder. Ce que nous demandons actuellement, c'est de réviser le rôle, de faire en sorte qu'il soit plus clair, à savoir quels sont les pouvoirs, quels sont les devoirs d'un D.G. par rapport à l'ombudsman hospitalier, d'obliger la collaboration de l'administration et des employés, mais d'obliger aussi l'ombudsman à collaborer avec le comité de bénéficiaires. Selon moi, on ne peut pas se maintenir dans un établissement où l'on défend et où l'on fait la promotion des droits des bénéficiaires sans être capables de travailler en étroite collaboration avec le comité des bénéficiaires.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et votre rôle par rapport à celui du Protecteur du citoyen?

**Mme Bourassa:** Je pense que le Protecteur du citoyen est là comme recours ultime. Actuellement, je pense que l'articulation par rapport à la gamme des services de promotion et de défense des droits n'est pas encore finalisée.

Ce que nous disons, c'est que l'ombudsman hospitalier local avec le comité de bénéficiaires sont les personnes qui sont le plus près du milieu où se trouvent les personnes vulnérables, et nous devons maintenir ça. Je ne crois pas au

rôle d'un ombudsman extérieur qui vient, mais le besoin pour l'ombudsman hospitalier, de même que pour le comité de bénéficiaires, d'avoir un recours extérieur, si nécessaire, et d'amener les dossiers au Protecteur du citoyen, on le fait déjà dans notre pratique, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci. Mme la députée de Chicoutimi.

**Mme Blackburn:** Merci, Mme la Présidente. Bonjour, mesdames.

À vous voir là, je me suis demandé si vous n'aviez pas eu la tentation de féminiser le terme en "ombudswoman". Il n'y a que des femmes. Il faudra peut-être l'envisager.

**Mme Charbonneau:** C'est un terme suédois qui est un terme neutre. Souvent, on a l'impression que c'est un terme qui souligne la présence d'un homme parce que ça finit par "man", mais c'est un terme neutre qui n'a pas de genre.

**Mme Blackburn:** Générique. Mais il faudra peut-être, quand même, y voir.

**Mme Charbonneau:** Il y a eu un effort avec Pombudspersonne".

**Mme Blackburn:** "Ombudspersonne".

Bien. Alors, je vais y aller de questions rapides, un peu pour avoir un peu plus d'éclairage. Je n'en avais pas l'intention, mais, avec la dernière question du ministre, je vais commencer peut-être par la fin. Vous avez fait état du fait que vous référiez au Protecteur du citoyen le cas de personnes qui avaient subi des préjudices. À ma connaissance, le Protecteur du citoyen n'a pas juridiction. Est-ce que je me trompe?

**Mme Bourassa:** Bien, il a juridiction dans certains domaines. La plupart des bénéficiaires - ça peut varier entre 50 % et 90 % - sont sous le régime de protection de la curatelle publique, domaine où le Protecteur du citoyen a juridiction, de même que sur l'aide sociale. La plupart de nos bénéficiaires vivent d'aide sociale. Donc, ce sont deux grands domaines où, en vocation psychiatrique, nous allons frapper à sa porte quand rien ne bouge.

**Mme Blackburn:** Ça veut dire qu'il y a 50 % des plaintes qui échappent au Protecteur du citoyen parce que les personnes concernées ne sont pas sous la protection de la curatelle publique ou des affaires sociales.

**Mme Bourassa:** Je crois que le bureau du Protecteur du citoyen n'agit pas lorsqu'une instance est déjà en place pour solutionner des dossiers, des doléances, mais il devient le recours

ultime quand le plaignant a trouvé insatisfaction à tous les niveaux. Je pense qu'il faut quand même préserver ce principe; sinon, nous pouvons prévoir inondation au bureau du Protecteur du citoyen, qui ne pourra pas suffire à la tâche et qui deviendra moins pratique, moins accessible, plus lent.

**Mme Blackburn:** Bien. Je voulais comprendre un peu la donnée qui apparaît dans le rapport annuel du Protecteur du citoyen, qui estime qu'il ne peut traiter 350 plaintes. On peut penser qu'il y a plus de plaintes que ça, mais celles qu'il ne peut pas traiter, échappant à sa juridiction, ce sont des personnes qui ne sont pas couvertes par la curatelle publique.

**Mme Bourassa:** Je pense aussi qu'il travaille beaucoup, au niveau de la courte durée, avec la CSST, par exemple, ce qui nous touche moins, nous, en vocation psychiatrique.

**Mme Blackburn:** Vous dites, dans votre mémoire, qu'il y a près de douze centres hospitaliers québécois qui sont spécialisés en psychiatrie, parmi lesquels cinq institutions universitaires et un à vocation carcérale. Rares sont les établissements qui acceptent de publier et de distribuer systématiquement à chaque bénéficiaire et à sa famille, si elle est présente, une brochure faisant état des droits des bénéficiaires et même l'information à savoir s'il existe un comité de bénéficiaires.

**Mme Bourassa:** Par rapport au comité de bénéficiaires, le D.G. a quand même une obligation de faire connaître au bénéficiaire l'existence du comité de bénéficiaires. Je pense que ça, c'est inscrit dans la loi.

**Mme Blackburn:** "Et ce, même s'il existe un comité de bénéficiaires." Je ne savais pas comment il fallait le lire, mais je comprends. Je veux dire que je partage un peu la perception. Il me semble que, pour les personnes qui sont en longue durée ou en centre d'accueil, les torts causés, les préjudices peuvent être plus graves et s'étaler sur une période beaucoup plus longue que dans les cas de courte durée. Là, l'impression, c'est que... Vos recommandations, d'ailleurs, sont claires. Elles ne touchent que les centres psychiatriques. J'ai essayé de comprendre. Je l'ai relu trois fois en me disant: Il me semble qu'ils n'ont pas dû parler juste des centres psychiatriques. Mais ce que vous demandez qu'il soit inscrit dans la loi, ça touche spécifiquement et uniquement les centres psychiatriques: "enchâsser le mandat et les pouvoirs de l'ombudsman d'un établissement à vocation psychiatrique dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux" et "garantir l'indépendance et le soutien professionnel."

J'ai relu et je suis d'avis que c'est plus

important - c'est la perception que j'ai - là qu'en courte durée, par exemple, pour ne pas dire urgent d'en avoir. Y a-t-il autre chose? Est-ce que j'ai bien lu votre mémoire?

**Mme Bourassa:** Je crois que nous disons: Quoique nous pensions... nous exprimons peut-être qu'à travers tous les établissements un ombudsman hospitalier devrait être présent. Nous demandons, à l'heure actuelle, pour parler de notre expérience - et nous ne sommes pas les porte-parole des ombudsmen de la courte durée; nous tenons encore à le souligner - donc, au moins, de garantir pour les gens qui vivent... Vous savez, ce sont les bouts de ligne, ce sont des soins ultraspécialisés, des soins spécialisés où il y a de la recherche, où il y a de l'enseignement. À ma connaissance, on a entendu ce matin que des établissements désirent être reconnus comme instituts universitaires.

Nous avons cinq instituts universitaires à vocation psychiatrique et, si c'est la volonté du législateur de reconnaître leur statut, la différence dans leur statut, nous vous avons, je pense, décrit les différents types de populations que l'on y retrouve et aussi leur point commun qui est leur vulnérabilité.

**Mme Blackburn:** D'accord, mais j'ai bien compris votre mémoire. Vous, vous privilégiez ce secteur d'intervention qui s'appelle les soins dans les centres psychiatriques.

**Mme Bourassa:** C'est celui que l'on connaît, madame.

**Mme Blackburn:** Très bien. Je partage votre avis, je dois dire; l'urgence, s'il y en a une, elle est davantage dans les soins de longue durée, psychiatriques ou pour les personnes âgées.  
(12 h 30)

Dans les 3600 plaintes dont vous faites état - peut-être l'avez-vous dit, mais je ne l'ai pas bien compris - le pourcentage de plaintes fondées? Prenons l'établissement qui est le vôtre.

**Mme Bourassa:** Une bien bonne question.

**Mme Blackburn:** Vous allez me dire: Elles sont toutes fondées. Je veux dire qu'entre l'impatience, l'irritation, la fatigue, la maladie et une plainte fondée, des fois, il peut y avoir...

**Mme Bourassa:** Pour brosser un tableau très sommaire, je dirais que le tiers des demandes et plaintes formulées à mon bureau... La catégorie des plaintes s'avère du tiers.

**Mme Blackburn:** Qui sont fondées?

**Mme Bourassa:** En totalité.

**Mme Blackburn:** D'accord.

**Mme Bourassa:** Et, à travers les plaintes présentées, nous allons retrouver des plaintes fondées à plus de 10 %, des plaintes partiellement fondées à plus de 11 % et le reste, non fondées.

**Mme Blackburn:** D'accord.

**Mme Bourassa:** C'est à peu près, je dirais, 14 % ou 17 %, quelque chose comme ça. C'est un peu plus du tiers, mais moins de 40 % et, pour le reste, beaucoup de demandes d'information, de demandes d'assistance. Nous devons faire la différence entre comment fournir l'assistance d'une requête ou d'une plainte en bonne et due forme. Très souvent, les gens ne savent pas comment faire, qui peut les aider ou demandent un levier pour que la situation soit résolue un peu plus vite.

**Mme Blackburn:** Les hôpitaux qui se sont donné ou auxquels on a imposé la présence d'un ombudsman, est-ce que c'est majoritairement dans les grands centres? Est-ce qu'il y en a en région?

**Mme Bourassa:** Très peu en région, mais quelques-uns.

**Mme Blackburn:** Comment est-ce qu'on explique ça? Parce qu'il y a quand même des centres hospitaliers psychiatriques, dans les régions. Il y a aussi des soins de longue durée. Est-ce que c'est la proximité des personnes ou des administrations en raison de la taille des établissements qui fait qu'on a moins de plaintes? Parce qu'on est moins "chialeux" en région ou quoi?

**Des voix:** Ha, ha, hal

**Mme Bourassa:** Je n'en ai aucune idée. L'isolement y serait peut-être pour beaucoup de choses.

**Mme Blackburn:** La perception que j'ai, à tort ou à raison, et on ne peut pas faire de généralités sur la base d'une perception, est-ce que le fait de régionaliser, d'accorder un peu plus de pouvoirs dans des instances locales, semi-régionales, la proximité des lieux de décision et d'intervention a un effet sur la satisfaction des bénéficiaires? Est-ce que le fait qu'on puisse prendre le téléphone pour appeler parce qu'on est dans un milieu plus connu, parce que les pouvoirs sont plus proches... Autrement dit, la question que je me pose: Est-ce qu'il ne serait pas pertinent, utile et plus efficace, à la fois par rapport à la qualité des services offerts aux populations, aux bénéficiaires dans nos différents établissements, qu'on décentralise les pouvoirs...

**Mme Bourassa:** Je pense que...

**Mme Blackburn:**... de manière à ce que votre interlocuteur auquel vous parlez ne soit pas obligé d'aller référer à la dixième autorité?

**Mme Bourassa:** Je vais répondre à votre question. Peut-être que je l'ai mal comprise. Nous désirons préserver l'accès direct à l'ombudsman local. Les patients frappent à notre porte et on est faciles d'accès. La procédure est simple, souple et, habituellement, on peut voir les gens, recevoir leur plainte et regarder la plainte en dedans de 24 heures. Je pense que nous devons préserver ces aspects-là. Ce que nous demandons, au niveau du soutien professionnel, c'est qu'au lieu de demander... Là-dessus, s'il y a des gens intéressés, le modèle ontarien existe depuis 1981, à savoir qu'un "aviseur légal" et un ombudsman séjournent tous deux dans chaque établissement à vocation psychiatrique. Donc, en Ontario, nous parions de dix ou douze ombudsmen avec un "aviseur légal" par établissement. Nous disons, par exemple, pour la région 6A, si quatre instituts universitaires à vocation psychiatrique sont dotés d'ombudsmen, nous devrions tenter de leur prodiguer un soutien professionnel mais commun, de manière à développer des stratégies, de manière à quantifier, à organiser, à standardiser des outils, à mettre en commun des experts. Vous seriez surpris du genre de plaintes qu'ils nous ont confiées dans toutes sortes de domaines possibles.

**Mme Blackburn:** Je rappelle l'idée d'ombudsman dans les centres psychiatriques. Je pense que, rapidement, on pourrait essayer de faire l'unanimité là-dessus. Est-ce qu'on pourrait envisager la création d'un tel poste, par exemple, dans un CLSC qui desservirait les établissements avoisinants de son territoire? Parlons des établissements... Moi, je vais vous confier que, quand je rêve - parce qu'il faut rêver; mais on m'a dit que c'est peut-être un cauchemar, rêver aussi - d'une réorganisation au niveau du système de santé, il serait davantage assis sur les CLSC, sur la structure de base des CLSC, comme porte d'entrée du réseau, ce qui avait été envisagé comme devant être le cas et, à cause de l'ensemble du lobbying, puis de pressions, puis de résistances et de ce qui existait déjà, ça ne s'est jamais fait. Mais, je pense toujours que la porte d'entrée du réseau devrait être le CLSC, et ça se réalisera dans la mesure où on donne un certain nombre d'outils aux CLSC, de responsabilités précises et exclusives. Par exemple, dans la grande région de Montréal comme dans la mienne, où vous avez un CLSC avec un territoire de CLSC, est-ce que ce n'est pas là qu'on devrait retrouver un poste d'ombudsman qui aurait la responsabilité de répondre aux plaintes qui sont posées par les bénéficiaires des établissements de son territoire?

**Mme Bourassa:** C'est une solution intéres-

sante. Je ne sais pas si je commenterai sur ça, mais je pense que... Par exemple, moi, je viens d'une sous-région où, pour la santé mentale, on a tenté, depuis de nombreuses années, d'articuler les différentes ressources ou gammes d'intervenants qui font différentes interventions. Ensemble, avec le comité de bénéficiaires, avec les groupes de défense des droits de notre sous-région, avec moi en tant qu'ombudsman, on a tenté de voir et de consolider les manques pour garantir un meilleur service aux psychiatriés de notre sous-région. Je pense qu'il serait à espérer que toutes les régions fassent de même.

Pour ce qui est des CLSC, nous savons que les usagers sont organisés et que leurs membres ont des comités de bénéficiaires d'usagers de CLSC ou de centres de services sociaux, ça existe déjà.

**La Présidente (Mme Marois):** Je crois, Mme Charbonneau, que vous vouliez ajouter quelque chose? Oui, allez.

**Mme Charbonneau:** Oui. Vous parlez d'une clientèle psychiatrique qui est ambulatoire, qui s'exprime, qui peut aller chercher de l'aide, se déplacer pour aller dans un CLSC. Il y a des clientèles, dans certaines Institutions, qui sont en majorité des personnes qui sont incapables de s'exprimer, incapables même de formuler clairement qu'elles sont lésées quelque part. Alors, c'est pour ça tantôt qu'on paraît d'enquête de sa propre initiative, de l'importance de confier ce mandat-là à l'ombudsman, en complémentarité avec le comité des bénéficiaires.

Mais, quand on travaille ensemble, je pense que c'est plus facile. Je comité des bénéficiaires n'a pas la possibilité d'enquêter, de traiter, d'aller chercher dans les dossiers les informations qui sont pertinentes parfois au traitement d'une plainte, et ce serait délicat, finalement, de donner ce pouvoir-là, peut-être, à certains comités de bénéficiaires. Alors, c'est dans cette optique-là, finalement, qu'on demandait que ce soit quelqu'un localement qui ait un pouvoir d'enquête à la fois sur demande et de sa propre initiative, et que ça soit inscrit dans la loi pour que ça soit compris de la même façon par tous les établissements concernés.

**Mme Bourassa:** Pour compléter ce que vient de dire Mme Charbonneau, j'aimerais seulement souligner que, en psychiatrie adulte, on a aussi des clientèles qui sont tenues de ne pas quitter le terrain de l'hôpital...

**Mme Blackburn:** Mais oui.

**Mme Bourassa:**... les gens sous ordonnance du lieutenant-gouverneur, les gens qui sont en cure fermée, les gens qui sont dans des unités fermées, qui ne peuvent quitter leur unité à

cause des problèmes qu'ils présentent. Donc, je pense qu'il faut garder la dimension d'être dans le milieu le plus près de la personne. Si ce sont des gens psychiatisés dans la communauté, que ce soient les groupes communautaires qui fassent le suivi, l'entraide ou la défense, aucun problème.

**Mme Blackburn:** Je voudrais...

**La Présidente (Mme Marois):** Ça va? Oui?

**Mme Blackburn:** Oui, peut-être juste parce que j'ai dû mal me faire comprendre. Dans mon esprit, il y a une exception et, effectivement, je reconnaitrais avec vous assez rapidement que la présence d'un ombudsman dans les centres psychiatriques est utile, pour ne pas dire indispensable. Je dirais presque la même chose dans les établissements où l'on retrouve majoritairement des déficients intellectuels et/ou physiques, parce que là, vous avez vraiment une clientèle, un qui ne peut pas sortir, qui est très vulnérable et qui, en plus, est déjà souvent très silencieuse, par crainte des représailles. Ça, c'est vrai chez les personnes âgées, on le voit assez fréquemment - je pense bien qu'on a dû attirer l'attention du ministre là-dessus - et ça pose des problèmes réels.

Et, quand je parlais d'une responsabilité à confier à un CLSC, c'était dans mon esprit, davantage en ce qui avait trait aux centres d'accueil, aux hôpitaux de soins de courte durée, à ce genre d'établissements ou aux autres services, pour porter une plainte par rapport au traitement qu'on a eu dans un cabinet de médecin. On pense souvent à nos institutions, mais il faudrait peut-être aussi penser au privé. Ça ne veut pas dire que, parce que c'est privé, c'est nécessairement tout à fait équitable et juste à l'endroit des bénéficiaires. Alors, je voudrais vous rassurer: en ce qui a trait aux hôpitaux psychiatriques, je partage votre avis que c'est utile.

Est-ce que vous ne pensez pas qu'avec l'idée de créer des postes permanents il faudrait envisager la rotation des ombudsmen dans les établissements? Au cours des années, il finit par se créer ou des tensions ou encore des connivences, c'est humain. Et la façon d'éviter ça: tous les cinq ans, on fait un peu comme dans les paroisses où les curés changent à peu près aux cinq ans; on fait faire une rotation de manière à éviter les pièges de cette fausse sécurité que serait quelqu'un qui finit par être une institution dans l'établissement.

**Mme Charbonneau:** Dans l'évaluation ontarienne qui a été faite, du bureau de défense des droits, c'était une remarque qui était faite et qui réapparaissait judicieuse. Ce n'est pas un dossier sur lequel nous avons réfléchi, mais, effectivement, oui.

**Mme Blackburn:** Je vous remercie.

**La Présidente (Mme Marois):** M. le député de Verdun, une courte question?

**M. Gautrin:** Brièvement, Mme la Présidente. Je pense que vous avez deux recommandations: une première qui est d'enchâsser dans la loi le principe d'un ombudsman, et vous avez plaidé avec beaucoup d'éloquence sur l'importance et la nécessité, dans les hôpitaux psychiatriques, d'avoir un ombudsman. La deuxième recommandation, c'est - et je pense que c'est implicite - qu'un ombudsman doit être indépendant de l'administration en place. Vous demandez que ce soit rattaché à une structure qui soit différente des conseils d'administration ou des gestionnaires des hôpitaux psychiatriques. Est-ce que, dans votre expérience - et je comprends qu'il y a à peu près huit ou neuf ombudsmen qui fonctionnent - le fait que vous soyez rattachée à des conseils d'administration a posé des problèmes quant à l'indépendance de vos fonctions et à votre travail, dans votre expérience? Parce que j'ai un peu de difficulté. Je me dis: Si on enchâsse le principe de l'ombudsman, si on précise très clairement sa liberté d'action, est-ce que c'est nécessaire de le rattacher réellement à un organisme à l'extérieur de l'hôpital? Alors, est-ce que vous avez des difficultés de fonctionnement ou est-ce que vous connaissez des ombudsmen qui ont eu des difficultés de fonctionnement?

**Mme Bourassa:** Vous voulez nous mettre sur la sellette. Je pense que ce n'est pas très compliqué à envisager, des conflits d'intérêts potentiels.

**M. Gautrin:** Mais réels?

**Mme Bourassa:** Nous présentons ce mémoire à titre d'individus, nous tenons à le souligner.

**M. Gautrin:** O.K.

**La Présidente (Mme Marois):** Juste une dernière question. J'essaie de fouiller encore à travers votre mémoire et à travers votre présentation, et je ne pense pas que vous en faites une évaluation systématique. Si vous aviez à faire - parce que, là, on a posé des questions sur les structures, sur votre rôle, votre indépendance, vos outils, vos moyens - votre bilan, dans le sens de l'impact réel que vous avez eu sur la correction des situations qui vous ont été présentées, est-ce que vous évalueriez que ce sont des résultats satisfaisants, très satisfaisants que vous obtenez ou s'il y a vraiment des résistances encore très sérieuses lorsque les plaintes sont fondées et que vous recommandez, j'imagine, un certain nombre de correctifs?

**Mme Bourassa:** Je pense que les réponses varieront d'un établissement à l'autre. Mais je pense qu'étant donné qu'il n'y a pas d'obligation de mettre en poste des ombudsmen hospitaliers il y a quand même un souci de chaque administration de tenter d'apporter des correctifs nécessaires, par exemple, pour éviter des poursuites judiciaires, dans le courte durée. Il peut y avoir certainement lieu de tenter d'assouplir les tensions et d'imposer d'améliorer les services. La meilleure façon de ne plus avoir besoin d'ombudsman, c'est d'offrir des services de qualité et des services excellents. Donc, quelquefois, c'est la réponse qu'on peut servir aux gens qui, on en a l'impression, nous ont trop usés, etc.

Donc, notre rôle n'est pas simplement celui de chien de garde. Nous sommes là pour éduquer à la fois les bénéficiaires sur leurs droits, mais aussi les employés de l'hôpital qui doivent être respectueux et soucieux de viser l'excellence dans leur travail. Je pense que, si c'est la position que l'on peut adopter, nous n'avons pas à être perçus comme des chiens de garde dans rétablissement, mais à rappeler à tout le monde que nous devons travailler pour le mieux-être des bénéficiaires. Je pense que quiconque oeuvre dans la santé doit avoir ce souci constamment à l'esprit.

**La Présidente (Mme Marois):** D'accord. On vous remercie de votre contribution à nos travaux. Oui, Mme la députée de Bourget, vous avez un...

**Mme Boucher-Bacon:** J'aimerais juste poser une dernière question. Ma question s'adresse à Mme Bourassa. Vous recommandez, au no 1, l'enchâssement. Bon, c'est louable et le ministre en prendra bonne note, mais j'aimerais savoir ce que vous feriez du cas de la vocation carcérale de Pinel. Vous prévoyez l'enchâssement; alors, pour l'ombudsman, est-ce que vous ne voyez pas un problème ou bien est-ce que vous nous suggériez que l'institut Pinel ne soit plus une institution universitaire?

**Mme Bourassa:** Non, je pense qu'actuellement, malgré les efforts qui ont été faits plus par les comités de bénéficiaires en milieu psychiatrique pour entrer en contact avec Pinel, les bénéficiaires de Pinel demeurent très isolés. Je n'ai pas beaucoup d'expérience par rapport à ce qui se passe à Pinel, mais, selon nous, ces gens-là ont une double problématique: pas nécessairement parce qu'ils sont là à cause de leur délit, mais aussi à cause de leur pathologie clinique. Donc, je pense qu'on ne peut pas les traiter différemment...

**Mme Boucher-Bacon:** Donc, vous en feriez un cas d'exception à votre recommandation? C'est bien ce que j'en déduis.

**Mme Bourassa:** Non. C'est que nous reconnaissons Pinel comme un institut universitaire psychiatrique et carcéral, et c'est ça la nuance.

**Mme Boucher-Bacon:** Comment voyez-vous l'enchâssement à ce moment-là?

**Mme Bourassa:** Je pense que le législateur devrait garantir, pour les détenus bénéficiaires, le même... Vous savez, vivre constamment dans des lieux exigus devient très difficile et, en plus, il n'y a pas seulement les relations entre les employés versus les patients, mais entre, je dirais, dominants et dominés. Je pense qu'il y a un souci de... Ce sont des malades et on doit aussi offrir des services humains à ces personnes.

**Mme Boucher-Bacon:** Merci.

**Mme Bourassa:** Merci, madame.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci. Nous suspendons nos travaux jusqu'à 15 heures cet après-midi.

(Suspension de la séance à 12 h 48)

(Reprise à 15 h 11)

#### **Direction du programme d'ergothérapie de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal**

**Le Président (M. Joly):** Nous allons reprendre nos travaux. Je demanderais aux représentants de la Direction du programme d'ergothérapie de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal de bien vouloir s'approcher, s'il vous plaît, et prendre place. Bonjour, mesdames. Bienvenue. J'apprécierais si la personne responsable pouvait s'identifier et identifier la personne qui l'accompagne.

**Mme Ferland (Francine):** Mon nom est Francine Ferland, je suis directrice du programme d'ergothérapie à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal. Il me fait plaisir de vous présenter Mme Micheline Saint-Jean qui est professeure agrégée et membre du comité de programme d'ergothérapie à l'Université de Montréal.

**Le Président (M. Joly):** Merci, madame. Je vous rappelle brièvement les règles de procédure. Nous consentons une vingtaine de minutes pour l'exposé de votre mémoire ou moins et, par après, les deux formations se réservent le plaisir et le loisir de vous questionner et peut-être d'essayer de répondre à certaines de vos questions. À vous, madame.

**Mme Ferland:** D'accord. M. le Président, M.

le ministre, mesdames, messieurs les députés, nous vous remercions de votre invitation et c'est avec beaucoup de plaisir que nous voulons partager les réflexions qu'a suscitées l'avant-projet de loi chez les professeurs d'ergothérapie de l'Université de Montréal. Je voudrais, au départ, vous préciser qu'étant donné que les recommandations que nous avons acheminées étaient quelque peu succinctes nous avons cru bon d'élaborer davantage notre idée. Nous représentons un programme universitaire de formation professionnelle. Nous offrons, en effet, la formation universitaire de base aux futurs ergothérapeutes. Il peut être intéressant de savoir que le programme de l'Université de Montréal a été le premier programme d'ergothérapie en langue française au monde. Former des professionnels de la santé et, en l'occurrence, des ergothérapeutes, représente pour nous une responsabilité sociale. Offrir un programme qui soit de haute qualité, qui s'adapte bien aux besoins de santé de gens et qui s'inscrit bien dans les orientations des services de santé, c'est le défi qu'on a à relever. Quand on réussit cette entreprise-là, on a l'impression qu'on contribue à l'amélioration des services de santé au Québec.

Le réseau des services de santé et des services sociaux représente le principal employeur de nos finissants. En effet, on retrouve des ergothérapeutes dans les CLSC, dans les centres hospitaliers généraux, spécialisés, psychiatriques, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée et, aussi, dans les centres de réadaptation. De plus, nos étudiants reçoivent leur formation clinique dans les différents établissements lors de stages pratiques. Vous comprendrez notre intérêt à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Les principaux points que l'on désirerait soulever sont la réadaptation et ses implications dans l'avant-projet de loi, la place des professionnels de la santé dans la structure administrative, l'enseignement et la recherche.

De par leur formation, les ergothérapeutes sont des intervenants importants dans les services de réadaptation. Et c'est avec plaisir qu'on a constaté que les services de réadaptation physique et mentale étaient identifiés dans les centres hospitaliers, à l'article 28. Il nous a semblé également tout à fait opportun de les retrouver dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, à l'article 30, de même que dans les centres de réadaptation, à l'article 31.

La réadaptation, c'est un processus qui s'échelonne dans le temps et qui, en vue de favoriser un fonctionnement optimal de l'individu dans son milieu, vise à diminuer les séquelles qui peuvent être laissées par une maladie, un handicap, une incapacité, que ce soit au plan physique ou mental. On peut identifier de façon schématique l'implication de l'ergothérapeute à trois niveaux dans ce processus: le premier, dans

lequel on retrouve d'autres intervenants, concerne la récupération maximale des fonctions atteintes. C'est ce qu'on peut identifier comme étant la réadaptation fonctionnelle. Le deuxième vise la compensation pour les fonctions qui n'ont pas pu être récupérées en utilisant les capacités résiduelles. Et c'est là qu'on retrouve l'utilisation d'aide technique, d'adaptation à domicile. Et la troisième étape que l'on peut identifier, en quelque sorte, comme l'objectif ultime de la réadaptation concerne la réintégration dans le milieu, que ce soit au domicile ou dans le milieu de travail.

Pour faire de tout ce processus une réussite, il est essentiel que les structures du réseau favorisent une concertation administrative entre les établissements et une concertation qu'on pourrait identifier comme thérapeutique entre les professionnels des différents établissements.

À notre avis, le bénéficiaire devrait être le centre d'intérêt autour duquel gravitent les services de santé et non l'inverse. Dans ce sens, les critères d'admission des différents établissements doivent favoriser la continuité des soins, doivent être congruents entre eux. Les différentes structures doivent éviter le morcellement des interventions; s'assurant, d'une part, que le bénéficiaire n'ait pas à recommencer sa démarche à zéro lorsqu'il est transféré dans un autre établissement et s'assurant, d'autre part, que les différents services requis pour la réadaptation du bénéficiaire lui soient offerts. À titre d'exemple, on peut penser aux personnes victimes de traumatisme crânien. Elles sont, en général, soignées en milieu hospitalier durant la phase aiguë et, par la suite, la majorité d'entre elles nécessitent un séjour en centre de réadaptation. Or, certaines sont retournées à domicile, d'autres peuvent demeurer pendant quelques mois dans le centre hospitalier avant d'être transférées au centre de réadaptation.

Quand on pense aux services de réadaptation, certains peuvent les voir comme étant des services de luxe, des services très coûteux. Si l'on considère la qualité de vie des personnes concernées, à notre avis, il est important que l'État offre les services de base permettant une qualité de vie acceptable.

Quand on parie de services de base en réadaptation, ça peut être pour une personne qui doit se déplacer en fauteuil roulant, avoir accès à une évaluation d'un fauteuil roulant et avoir la prescription du fauteuil qui lui convienne. Ce type de services doit être accessible à tous. Peut-être qu'on peut voir une certaine iniquité dans l'accessibilité à nos services. Si on regarde les individus qui sont victimes d'accidents de la route ou d'accidents de travail, ils ont beaucoup plus de facilité à arriver à la réadaptation parce qu'ils sont pris en charge par deux organismes: la CSST et la RAAQ. Par contre, des personnes qui souffrent, par exemple, de sclérose en plaques ou d'arthrite peuvent avoir de réels

besoins pour arriver à obtenir des services de réadaptation. Si l'on considère les enjeux économiques, il faut les voir à long terme et comparer l'argent impliqué, par exemple, pour la réadaptation d'un jeune adulte victime d'un accident de la route qui, grâce à la réadaptation, peut récupérer une partie de son autonomie et peut-être assumer un travail adapté à ses capacités, avec les sommes que doit défrayer l'État pour subvenir aux besoins de cette personne-là tout au long de sa vie.

En santé mentale, où les ressources sont encore plus restreintes, les services de réadaptation psychiatrique peuvent faire la différence entre une réintégration sociale réussie et une porte ouverte sur l'itinérance. En plus de la continuité de soins entre les établissements, un autre facteur important pour maximiser les services offerts est le travail en équipe multidisciplinaire. Dans cet esprit, tous les intervenants d'un même établissement devraient être considérés comme des partenaires mettant en commun leur expertise spécifique pour le mieux-être du bénéficiaire. Dans ce sens, tous les professionnels concernés doivent être impliqués dans le processus décisionnel en regard d'un bénéficiaire. Un partenariat réel permettrait de maintenir chez les intervenants une motivation, un intérêt certain pour leur travail parce que leur participation serait valorisée par le système. Ce véritable travail d'équipe permettrait d'assurer une meilleure qualité de soins à la population et serait susceptible de contribuer à l'humanisation des soins.

À ce niveau, nous avons cherché la place des professionnels de la santé dans l'ensemble des structures proposées. On a d'abord remarqué qu'au chapitre III, à la page 8, on identifie le dossier du bénéficiaire comme étant le dossier médical ou social et, de ça, on a compris qu'on semblait faire l'équation entre services de santé, services médicaux, donc dossier médical. Pourtant, les professionnels de la santé contribuent à ce dossier et parler du dossier du bénéficiaire nous semblerait plus approprié parce qu'il permet aussi de replacer le bénéficiaire au centre des services de santé offerts.

Dans les structures proposées, on a cherché la voie administrative spécifique aux professionnels de la santé. On les retrouve dans la composition du conseil consultatif du personnel clinique, à l'article 105. Ce conseil consultatif fait des recommandations au conseil d'administration. Le comité exécutif de ce conseil est formé de cinq personnes de ce même conseil, du D. G., du D. S. P. et si, dans l'établissement, il y a un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, d'un représentant de ce conseil. Et on a trouvé étrange qu'on ne retrouve par l'équivalent dans la composition du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens où il n'y a aucun représentant du conseil consultatif du personnel clinique.

À l'article 104, on conserve la possibilité, si le plan d'organisation le prévoit, qu'un directeur des services hospitaliers soit nommé. A notre avis, ce directeur est essentiel dans tout établissement embauchant des professionnels de la santé autres que médecins et infirmiers, ces deux groupes ayant déjà des structures précises. Les fonctions et responsabilités du directeur des services hospitaliers doivent être clairement établies. Les professionnels de la santé doivent avoir une voie administrative qui leur soit spécifique puisque l'activité professionnelle d'un centre n'est pas, à notre avis, que l'activité médicale.

Les structures proposées devraient miser sur un véritable partenariat évitant qu'une catégorie d'intervenants ne soient, au plan administratif, laissés pour compte. Travailler dans un système qui ne semble pas reconnaître de droits à un certain groupe de travailleurs peut entraîner une importante démotivation.

En plus de cette voie administrative spécifique pour l'ensemble des professionnels, nous aimerions voir dans l'avant-projet de loi une autre mesure susceptible de favoriser l'évolution de chacun des groupes professionnels et ce serait le regroupement systématique de ceux-ci en disciplines. Nous nous sentons particulièrement concernés par cette mesure puisque, selon les normes nationales de formation en ergothérapie, plus de la moitié de la formation clinique doit être assumée dans des établissements où les ergothérapeutes sont regroupés sous l'autorité d'un chef de service de la même discipline.

Dans un tel contexte, on réalise facilement que le chef de service est la personne clé pour évaluer la compétence professionnelle et favoriser l'évolution de ce service.

Le dernier point que nous souhaitons soulever concerne la recherche et l'enseignement. C'est avec plaisir que nous avons lu le sixième des objectifs des services de santé et des services sociaux, à savoir promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population. Malheureusement, dans les articles suivants, on retrouve peu de moyens qu'entend se donner le ministère de la Santé et des Services sociaux pour favoriser la réalisation de cet objectif. En tant que programme universitaire de formation professionnelle, nous nous sentons très préoccupés par cette lacune.

À notre avis, si l'on veut répondre adéquatement aux besoins de santé des Québécois et offrir des interventions de qualité, une réflexion systématique sur les interventions offertes doit être présente dans les milieux de santé. Et c'est là qu'on retrouve la nécessité d'une collaboration entre chercheurs et cliniciens. Dans notre secteur d'activité, la recherche est en plein essor et elle est surtout de type clinique et évaluatif. Le Fonds de recherche en santé du Québec, le FRSQ, a démontré, depuis quelques années, un

intérêt évident pour la recherche en réadaptation. Cependant, il doit y avoir, dans les établissements, une structure prévue pour favoriser une telle recherche en milieu clinique, en termes, entre autres, de conditions d'accueil et de types de collaboration.

Il serait aberrant de simuler en milieu artificiel des interventions cliniques pour les évaluer. L'organisation administrative devrait donc prévoir l'intégration des activités de recherche tout comme l'enseignement universitaire. Précédemment, on a mentionné que la formation clinique était assumée par les ergothérapeutes du milieu clinique. Les ergothérapeutes participent tout à fait à cette formation et reconnaissent l'importance de leur contribution dans la formation de leurs futurs collègues. Et c'est très précieux pour nous. Cependant, les conditions faites à ces moniteurs cliniques ne sont pas toujours faciles. Il serait important que, rapidement, interviennent des ententes entre le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science et le ministère de la Santé et des Services sociaux pour régler toute la question du financement de la formation clinique et pour qu'on en arrive à de l'encadrement, à des structures qui favorisent l'encadrement professionnel des stagiaires et à une infrastructure permanente de soutien à l'enseignement.

Il faut réaliser que recevoir des stagiaires, c'est aussi un apport pour le centre. D'ailleurs, c'est le commentaire qu'on reçoit des ergothérapeutes qui accueillent les étudiants, de dire que c'est très stimulant. Puisque la formation n'est pas que le miroir de la pratique, il y a toujours les recherches les plus récentes, il y a toujours la fine pointe dans les connaissances, et cet élément-là est apporté dans le milieu clinique par les étudiants. Donc, il y a vraiment un enrichissement mutuel et le réseau contribue à la formation, mais reçoit aussi par cette contribution.

Nous aimerions souligner que la formation que nous offrons se veut en constant accord avec, évidemment, l'évolution des connaissances de notre discipline, mais aussi avec les nouveaux besoins de santé de la population. Dans ce sens-là, depuis l'instauration d'un nouveau programme à notre université qui a vu le jour en 1986, à la suite d'une révision majeure de notre ancien programme, les caractéristiques que vous êtes susceptibles de retrouver chez nos finissants et que nous espérons que vous retrouverez sont les suivantes: comme toujours, une pratique polyvalente permettant de travailler auprès de différentes clientèles dans différents milieux; une autonomie professionnelle alliée à une capacité de travailler en équipe; un approfondissement des connaissances professionnelles, toujours comme à ses débuts, dans une approche biopsychosociale de l'individu et une formation accrue quant à l'apport de l'ergothérapie en santé communautaire, une formation accrue en regard de la

population vieillissante et une plus grande sensibilisation à l'apport de nouvelles technologies.

En terminant, nous aimerions vous souligner que le programme d'ergothérapie de l'Université de Montréal est conscient du problème de pénurie d'ergothérapeutes, identifié, entre autres, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et est conscient aussi de l'impact d'une telle situation sur les services de santé. Soyez assurés que notre programme met tout en oeuvre pour trouver une solution à ce problème et ce, dans les plus brefs délais. Nous osons espérer que les instances supérieures, à savoir le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, de concert avec les autorités universitaires, nous donneront les moyens pour nous permettre d'appliquer de véritables solutions.

Nous vous remercions de votre attention et nous sommes disponibles pour élaborer, si vous le souhaitez.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Peut-être, d'abord, pour mon information personnelle - et j'accepte d'emblée de la partager avec mes collègues députés - ergothérapeute, c'est premier cycle universitaire?

**Mme Ferland:** Actuellement, c'est une formation de baccalauréat, effectivement, de premier cycle universitaire, et les bacheliers peuvent avoir accès à des études supérieures également.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Et il s'en forme combien par année?

**Mme Ferland:** À l'Université de Montréal, jusqu'en septembre dernier, on en avait 50 par année et, l'automne dernier, en septembre 1989, l'université a augmenté la capacité d'accueil: on en a accepté 75...

**M. Côté (Charlesbourg):** Et...

**Mme Ferland:** ...avec un corps professoral de...

**M. Côté (Charlesbourg):** Le même corps professoral.

**Mme Ferland:** Quelques ajouts, quand même.

**M. Côté (Charlesbourg):** Disons que vous en faites plus...

**Mme Ferland:** Quelques...

**M. Côté (Charlesbourg):** ...avec le même

personnel; c'est bien, ça.

**Mme Ferland:** Mais disons qu'on a eu quand même quelques ajouts, parce que...

**M. Côté (Charlesbourg):** On va demander au réseau d'en faire autant.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça s'enseigne ailleurs, me dit-on, à Laval peut-être?

**Mme Ferland:** Laval, McGill et Montréal.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et il y en a combien par année de formés, dans l'ensemble des universités?

**Mme Ferland:** À McGill, c'est une soixantaine, à Laval, 45 et à Montréal, maintenant 75.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que tout le monde réussit à se trouver un emploi?

**Mme Ferland:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui?

**Mme Ferland:** Quand on parle de pénurie... Il y a eu le rapport qui a été déposé en décembre et un groupe de travail sur la pénurie en ergothérapie qui réunissait les différentes instances. Il y avait quelqu'un du ministère aussi. Et c'était évident. De notre côté, on reçoit des appels d'employeurs qui veulent venir rencontrer des ergothérapeutes, quand ils commencent leur troisième année, pour s'assurer qu'ils pourront en avoir, éventuellement. Alors, c'est une pénurie qui est tout à fait réelle.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, ce que je comprends, c'est que la corporation professionnelle qu'on a entendue hier n'a pas à s'inquiéter, sur le plan de l'existence. Ce n'est pas parce qu'elle s'inquiétait, mais ça semble promu à un avenir assez intéressant si...

**Mme Ferland:** Oui. Il y a une chose qui est peut-être caractéristique, c'est qu'au moment où il y a eu la crise, au début des années quatre-vingt, c'est un moment où il y a eu, malgré l'époque de crise, des ouvertures de postes. Je pense que c'est peut-être la pratique polyvalente qui est rentable, finalement.

**M. Chevette:** M. le Président...

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

**M. Chevette:** ...je voudrais juste demander au ministre de jeter un coup d'oeil au-dessus de l'épaule de madame et il va voir sourire la

corpo.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. D'ailleurs, je n'ai même pas besoin de regarder au-dessus parce que...

**M. Chevette:** Ha, ha, ha! Tu la vois, là.  
(15 h 30)

**M. Côté (Charlesbourg):** ...le regard est direct.

O.K. Le conseil d'administration, évidemment, c'est une question qui est soulevée avec beaucoup d'intérêt par les professionnels de la santé, particulièrement, puisque, dans l'avant-projet de loi, la décision était de les exclure. On arrive avec des modèles différents. Des gens disent: Bon, parfait! Il faut en tenir compte, il faut les intégrer au conseil d'administration parce que c'est une expertise dont on ne peut pas se priver. C'est vrai. Je pense qu'au bout de la ligne, s'il y a une vérité, c'est celle-là. Par contre, on arrive avec des variantes de proposition pour éviter tout conflit d'intérêts potentiel et faire en sorte qu'on puisse les faire participer dans des institutions où ils ne travaillent pas. Est-ce que c'est votre avis aussi?

**Mme Ferland:** Quand on parlait des conseils d'administration, je pense qu'il est important qu'on aille chercher cette expertise. Et je pense que c'est une logique implacable que, peut-être, ce soient des professionnels qui viennent d'un autre établissement.

**M. Côté (Charlesbourg):** L'autre élément qui a été recherché à l'époque, donc, la possibilité de conflit d'intérêts, est éliminé à ce moment-là. À tout le moins\* s'il y en a un, il est plus faible. La solidarité envers des collègues professionnels. À tout le moins, on aura atténué, si jamais c'est possible.

L'autre problème au niveau des conseils d'administration est celui, bien sûr, d'un équilibre à trouver entre ce qui est permanent au niveau de l'institution, que ce soit le D.G., que ce soit dans certains cas des médecins ou d'autres professionnels, et qui occupent une place extrêmement importante, pas numériquement, mais de par leur présence, leur connaissance des dossiers, leur vécu, à l'intérieur de l'institution. Évidemment, les conseils d'administration sont vite noyés. Il n'y a pas de véritable partenariat. C'est pour ça que j'ai posé la question au début de la commission. Ce n'est pas nécessairement évident que celui qui décide est celui qui mène. Peut-être que celui qui mène est celui qui décide, avec toutes les subtilités que ça peut...

Qu'est-ce qu'on fait pour maintenir cet équilibre? Effectivement, il faut avoir un équilibre au niveau des conseils d'administration. Qu'ils soient unifiés ou pas, de toute façon le problème va être le même. Je pense qu'on a compris que, dans certains domaines spécifiques,

les conseils d'administration unifiés ne seront pas très utiles. On en a eu des démonstrations ce matin. J'imagine qu'on nous dira la même chose cet après-midi. Mais pour désigner les professionnels à des conseils d'administration, qui devrait le faire? Le ministre, la régie régionale, parce qu'on a dit qu'il y aurait une instance régionale, les bénéficiaires...

**Une voix:**... décentralisé.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, décentralisé. Ou si ces nominations doivent relever d'un partenariat des professionnels? Comment ce partenariat va-t-il s'exercer? On a le même problème aujourd'hui. Ce n'est pas évident que partout il y a un partenariat ou cette complémentarité... Ce n'est pas évident. Alors, qui devrait les nommer?

**Mme Ferland:** J'aurais le goût de prendre un repos, une minute et laisser ma collègue répondre, peut-être...

**Mme Saint-Jean (Micheline):** C'est gentil, très gentil.

**M. Chevette:**... la question.

**Mme Saint-Jean:** Je pense que ce partenariat qui doit être, comme vous dites, au niveau des conseils administratifs et la nomination de ces conseils administratifs peuvent dépendre de plusieurs facteurs, à savoir: la régie, les pouvoirs de cette régie, la composition de la régie. On s'interrogeait effectivement sur la superstructure d'une régie régionale. Je pense que le besoin semble être assez évident pour répondre à des besoins spécifiques de chacune des régions. Mais est-ce que la superstructure régionale va permettre la complémentarité? Ceci étant dit, est-ce que, si le ministre veut bien nommer ou prendre en charge ce problème, je pense...

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous êtes prête à lui laisser.

**Mme Saint-Jean:** Je suis prête à vous le laisser. Ce que nous voulions faire ressortir, ce qu'on a lu dans l'avant-projet de loi, c'est qu'il y a un partenariat au niveau des structures administratives pour permettre la participation de chacun des intervenants, le bénéficiaire étant au centre des interventions, et que ça doit se traduire aussi dans une pratique quotidienne de chacun des intervenants. Pour nous, c'est assez primordial que ce ne soit pas confondu dans... On a souvent l'impression que les professionnels de la santé sont un petit peu pris, je dirais en sandwich, entre les structures administratives que je dirais de type plus fonctionnaire, l'administration pure, et un autre type de structure médicale et nous, entre ces deux structures qui,

des fois... Oups!

**M. Côté (Charlesbourg):** Pourtant, on essaie de faire la lumière.

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

**Mme Saint-Jean:** Dois-je conclure que c'est mon "cue" pour me taire? Je disais qu'entre ces deux éléments de structure, souvent, on a l'impression que les professionnels de la santé sont un peu coincés et ça a des répercussions dans une pratique quotidienne clinique...

**M. Côté (Charlesbourg):** En termes clairs, si j'essaie de traduire...

**Mme Saint-Jean:**... dans vos mots.

**M. Côté (Charlesbourg):**... mon vécu à moi, c'est qu'à l'occasion vous pouvez être pris entre les médecins et le directeur général.

**Mme Saint-Jean:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):**... et ce n'est pas toujours évident que c'est complémentaire.

**Mme Saint-Jean:** C'est ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** O. K.

**Mme Saint-Jean:** Tout à fait.

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors, évidemment, ça, c'est le vécu d'aujourd'hui. On s'attaque à la structure pour changer ces choses-là alors que je pense qu'on doit faire évoluer aussi des mentalités. Si on ne réussit pas à faire évoluer les mentalités, je pense qu'on aura beaucoup de problèmes, énormément de problèmes. J'ai encore frais à la mémoire notre commission d'avant les fêtes sur les sages-femmes où... Vous avez fait référence tantôt à "médical", donc, je me rappelle que la naissance est un acte médical. Ça avait été frappant durant cette commission parlementaire, alors que d'autres prétendent que c'est un acte naturel avec tout ce que ça suppose comme difficulté de bien arrimer toutes ces définitions dans le vécu quotidien. Évidemment, tout ce beau monde, les médecins, le directeur général, les professionnels de la santé ont toujours comme objectif le bénéficiaire...

**Mme Saint-Jean:**... disent-ils.

**M. Côté (Charlesbourg):**... disent-ils. Ah! Parfait. Bon, j'apprécie beaucoup que vous ajoutiez ce petit bout de phrase parce que, effectivement, je voulais dire la même chose: disent-ils. Alors que dans le quotidien, ce que l'on essaie, c'est de faire des choses ou d'apporter des modifications qui vont amener une

dynamique nouvelle sur le plan du partenariat, sur le plan de la complémentarité. Je pense que, dans certains cas, on va peut-être être obligés de le forcer, mais le seul moyen pour nous de le forcer, c'est de s'adresser à la structure parce que c'est la seule place où on a une certaine poigne sur le plan législatif, et tenter de la faire appliquer par après. Mais ça n'a pas nécessairement changé les mentalités, ça. Ça a juste donné un moyen d'être capable de l'appliquer et de faire appel au sens des responsabilités de ceux qui y travaillent.

Une petite information puisque, dans votre mémoire, à la première page ou à la page 2, vous parlez de professionnels de la santé non médecins ou infirmiers et vous dites au centre du paragraphe: "Qu'un directeur des services hospitaliers soit nommé." Évidemment, ce n'est pas dit comme tel dans la loi pour la simple et bonne raison qu'on se retrouve dans certaines situations au niveau de CLSC, au niveau de centres d'hébergement très petits qui n'en ont pas et qui n'en ont pas besoin. À ce moment-là, si c'était inclus dans la loi, il aurait l'obligation... C'est pour ça que la porte était un peu plus ouverte pour laisser la souplesse de... Étant bien entendu que l'obligation est là pour d'autres.

**Mme Ferland:** Juste une chose peut-être à ajouter à titre d'information...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Ferland:**... c'est qu'actuellement, quand vous regardez sous l'autorité de qui se trouvent les ergothérapeutes, il y a vraiment des choses très différentes. Dans certains milieux, ça peut être le directeur des services infirmiers; dans d'autres, ça peut être le DSP; dans d'autres, il y a un directeur des services hospitaliers, ce qui fait qu'il n'y a aucune structure comme telle. On sait que normalement, si on travaille comme professionnel, on relève d'un endroit. Mais je suis d'accord avec vous en termes des CLSC, évidemment.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je comprends, c'est qu'il faut se poser la question très sérieusement pour éviter ce que vous évoquez.

**Mme Ferland:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Une dernière question à ce moment-ci. Vous avez parlé de recherche et de réadaptation. Je ne sais pas si vous étiez ici ce matin, mais on fait un bon bout sur le plan du constat et on a partagé le constat de ce que les gens nous disaient ce matin en termes de recherche en réadaptation. Il n'y a pas eu d'efforts substantiels de faits de la part de nos chercheurs et, comme vous êtes du milieu universitaire, il faut bien dire aussi du milieu

universitaire, parce qu'on est plongés aussi dans le milieu universitaire dans le biomédical en termes de recherche. En tout cas, disons, pour bien se comprendre, ayant fait une majeure et une mineure, disons que la majeure est en biomédical et que la mineure mineure est en réadaptation. Dans ce cas-là, on a une part de responsabilité parce qu'il faut envoyer, nous aussi, un signal au Fonds de recherche en santé du Québec mais ce ne doit pas être éparé; ça ne doit pas être: chacun doit avoir sa petite cellule de chercheurs. Il faut inévitablement que cette recherche soit concentrée et c'est pour ça qu'il y a maintenant des consortiums à Montréal et à Québec sur le plan de la recherche en réadaptation pour être capable de bien canaliser la recherche et faire en sorte qu'on ne soit pas éparé partout parce que ça risquerait de donner des résultats très éparés.

Évidemment, je pourrais vous demander quelle est votre idée sur les consortiums. Ça ne fait pas assez longtemps qu'ils sont en place pour être capable de s'en faire une bonne idée et des changements à apporter, mais il est évident que par votre intervention, ce que vous souhaitez, c'est qu'on fasse davantage de recherche, un peu plus d'accent sur la recherche en réadaptation. C'est ce que j'ai compris des messages et, là-dessus, Je vous remercie.

**Le Président (M. Joly):** Merci. M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le leader de l'Opposition et député de Joliette, M. Chevrette.

**M. Chevrette:** Merci, M. le Président. Moi, je voudrais vous dire que je vais essayer d'aller peut-être plus loin que vous, ça va vous surprendre. Je pense que dans notre système actuel des personnes sont maintenues dans des lits de soins de courte durée, qui sont chroniques et à qui on n'aide pas et qui nous coûtent 350 \$ par jour alors que si elles étaient, soit dans un pavillon à 22 \$ par jour, une famille d'accueil à 15 \$ par jour, un centre d'accueil à 70 \$ par jour mais qu'on leur donnait un service d'ergothérapie qui les conserve de plus en plus autonomes, le plus longtemps possible, ça serait une économie en termes de coût social d'une façon extraordinaire. Donc, je me prononce d'emblée en faveur de tout ce qui s'appelle recherche, tout ce qui vient renforcer, si vous voulez, ou qui vient supporter davantage la personne dite âgée, en particulier dans un contexte de développement de l'autonomie.

Je regardais les statistiques du vieillissement et c'est effarant. Vous avez des bouchées doubles à rattraper et tout le monde dans notre société, en général... Quand je pense qu'en l'an 2000 - on n'est pas loin de là, c'est dans dix ans - il y en aura 13, 7 % qui auront 65 ans et plus, qu'il y en aura 16, 7 % en l'an 2011, c'est dans 20 ans, c'est une génération, pas plus que

ça. 27 % en l'an 2031, ce n'est pas des farces, et quand on sait qu'il y a 6,3 fois plus de soins et de services donnés aux personnes de 65 ans et plus, c'est une aberration. Il y a de quoi en faire frémir une société et, entre vous et moi, non pas seulement dans le domaine de la santé, il va falloir que les gouvernements pensent en fonction des régimes de rentes, etc. Quand on regarde les statistiques de vieillissement du genre où on était sept personnes à payer pour une, on va se ramasser, je crois, dans 25-30 ans d'ici à trois personnes à payer pour une. On n'a pas le choix. Il faut réfléchir rapidement, il faut prendre le taureau par les cornes, il faut rattraper le temps perdu et moi, c'est pour ça que je n'aurai pas de question à vous poser. J'ai été convaincu par la corpo hier, puis vous ne faites qu'ajouter à l'importance. Je vous dis merci du témoignage que vous faites.

**Mme Ferland:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Est-ce qu'il y a un mot de la fin ou une conclusion?

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci bien. Je suis très heureux de voir que malgré tout ce qu'on dit sur la place publique sur le plan universitaire, qu'on forme des gens qui n'ont pas d'emploi, que ça ne soit pas votre cas, en vous souhaitant que ce soit de même pour de nombreuses années, évidemment. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Alors, mesdames, Mme Ferland et Mme Saint-Jean, je vous remercie beaucoup de votre présentation. Alors, bon voyage de retour, merci de nous avoir éclairés.

Nous allons suspendre les travaux cinq minutes.

(Suspension de la séance à 15 h 45)

(Reprise à 15 h 53)

**La Présidente (Mme Marois):** À l'ordre, s'il vous plaît!

La commission va reprendre ses travaux. J'inviterais maintenant les représentants de la Table des directeurs généraux des centres de services de réadaptation en mésadaptation sociale du Montréal métropolitain à prendre place à la table. J'inviterais M. le président, j'imagine, M. Patenaude, à nous présenter les membres qui l'accompagnent et à faire état de la position de cette Table.

#### **Table des directeurs généraux des centres de services de réadaptation en mésadaptation sociale du Montréal métropolitain**

**M. Patenaude (Pierre):** Je vous remercie, Mme la Présidente. Je voudrais vous saluer, ainsi

que M. le ministre, M. le leader de l'Opposition, Mmes et MM. les parlementaires. En commençant par ma gauche, M. Gilbert Cardinal, vice-président de la Table et directeur général de l'auberge des Quatre Vents, à Saint-Donat; Mme Micheline Larose, à ma droite, membre de la Table et directrice générale du Mont Saint-Antoine; M. Yvon Guérard, membre de la Table et directeur général de Rose-Virginie Pelletier; M. Gilles Langelier, membre de la Table et directeur général de Boscoville; et moi-même, Pierre Patenaude, directeur général de Maison Notre-Dame de Laval.

Je pense tout d'abord important de pardonner. J'ai un mal de gorge. Ça va revenir. Je pense tout d'abord important de préciser que la Table des directeurs généraux, malgré son nom, est un regroupement d'établissements, qui est représenté par des directeurs généraux. C'est un regroupement qui est fait sur une base volontaire d'établissements et qui regroupe tous les centres de réadaptation pour mésadaptés sociaux jeunes de Montréal.

C'est un regroupement qui a été formé sur une base volontaire, donc, pour favoriser les échanges, l'information, la concertation et la complémentarité des services. Cette Table regroupe l'ensemble des établissements qui sont au nombre de vingt, à Montréal. Ces vingt établissements représentent 50 % de tous les établissements de la province qui offrent des services aux jeunes mésadaptés sociaux. J'aimerais aussi préciser que la Table ne va pas à rencontre d'autres regroupements tels l'ACAQ. Les dossiers que l'on travaille sont des dossiers tout à fait différents; ce sont des dossiers surtout professionnels, des dossiers de concertation sur le territoire de Montréal et pour la clientèle de Montréal.

Lev mémoire que vous avez entre les mains est un mémoire qui traite strictement des centres francophones, donc de seize centres francophones. Les centres anglophones ayant une problématique qui est différente et qui leur est propre, ici, on ne traitera que des centres francophones de Montréal.

La clientèle que nous desservons ou que nous recevons dans les établissements de Montréal est une clientèle qui nous est référée en vertu de trois lois: la Loi sur les services de santé et les services sociaux et deux lois d'exception, la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur les jeunes contrevenants.

Les seize centres qui sont membres de la Table ont approximativement 3200 places, donc offrent des services à au moins 3200 jeunes et, compte tenu du roulement qui se passe dans ces centres, donc c'est une population beaucoup plus importante que ça, et tout ça, dans 110 points de services, autant en internat qu'en externat. Donc, c'est quand même, sur un territoire comme Montréal, un réseau qui est assez vaste.

Qui est notre clientèle? C'est souvent une

clientèle de laissés-pour-compte. Ce sont des jeunes de zéro à 18 ans qui ont des problèmes affectifs importants, qui ont des problèmes familiaux importants. Ça peut valoir pour toute la clientèle jeune de la province ayant des problèmes d'adaptation. Particulièrement à Montréal, on pense que la clientèle est particulière, compte tenu des problèmes particuliers liés à une grande ville, des problèmes d'urbanisation importants. Ce sont des jeunes qui sont violents ou qui peuvent être violents. Ce sont des jeunes qui sont dans le métro et dont on lit les exploits dans le journal presque tous les matins. Ce sont des jeunes qui font partie de gangs, soit parce qu'ils en sont membres, soit parce qu'ils en sont victimes. Ce sont des jeunes qui sont des souteneurs, dans certains cas, qui sont des jeunes prostitués, dans d'autres cas. Ce sont des jeunes qui commettent des vols à main armée ou des cambriolages. Ce sont des jeunes incestués. Il y a énormément d'inceste qui se produit et les jeunes se retrouvent très perturbés et, donc, par la suite, évidemment, vivent des problèmes importants. Ce sont aussi des jeunes qui ont des problèmes particuliers découlant de la multiethnicité. Montréal, particulièrement, sur le plan de la multiethnicité, ayant beaucoup de groupes ethniques différents, l'émergence de problèmes commence à se faire sentir d'une façon importante. Il y a là, nous pensons, un problème particulier qu'il faudra, un jour, regarder sérieusement. Ce sont aussi des jeunes, évidemment, qui sont pris dans des réseaux de drogues, soit comme vendeurs ou soit comme consommateurs ou autrement, mais qui ont des problèmes de drogues aussi importants. Ce sont aussi des adolescentes, comme les quatre qui sont mortes, la semaine dernière, dans un incendie à Shawbridge dont vous avez entendu parler, incendie qui, présument, a été mis par deux autres adolescentes. Donc, des jeunes qui vivent des problèmes tellement terribles que, parfois, les gestes aussi sont terribles et les gestes sont souvent incompréhensibles. Mais, les gestes, ils sont posés, et c'est avec ces jeunes qu'on doit travailler.

Si on regarde le modèle qui nous est proposé dans l'avant-projet de loi, on trouve que, encore une fois, malheureusement, le modèle qui est proposé est un modèle qui est calqué sur le modèle de la santé. Le social et particulièrement les jeunes en difficulté n'ont pas souvent leur place. C'est une clientèle qui est souvent laissée pour compte et qui même ici, encore là, est encore un petit peu laissée pour compte. Si on regarde, par exemple, le rapport Rochon qui contenait des milliers de pages, il y avait quelques pages sur les jeunes en difficulté. Si on regarde les orientations ministérielles, il y avait un paragraphe de quatorze lignes, ce qui est peu, on pense, pour une clientèle et une population si fragiles. C'est l'avenir de demain. Je pense qu'on doit s'en occuper d'une façon particulière.

Donc, le modèle qui est proposé est un modèle qui se juxtapose sur la santé et qui, jusqu'à un certain point, peut même, à la limite, ressembler aussi à un modèle scolaire. Ici, on ne voudrait pas que vous pensiez qu'on pose des jugements sur soit le modèle de la santé ou le modèle scolaire. Ce n'est pas notre propos. Sauf qu'on se dit qu'il serait peut-être temps qu'il y ait un modèle qui soit spécifique au modèle social et on pense que l'exercice n'a pas été fait pour le secteur social.

On retrouve, par contre, dans l'avant-projet de loi des choses que l'on trouve fort intéressantes - je pense que, dans la conclusion de notre mémoire, on y fait référence et j'aimerais qu'on y revienne peut-être un peu plus particulièrement - la réaffirmation des grands principes et des préoccupations reliées aux causes des difficultés et à la qualité des services et aux droits des bénéficiaires. Effectivement, la clientèle qui est desservie dans les centres de réadaptation est une clientèle qui est fragile, est une clientèle qui vit des problèmes, comme je vous l'ai dit tantôt, très particuliers et très graves. Il serait important qu'on s'attaque aux causes de ces problèmes, qu'on les traite évidemment, mais qu'on s'attaque aux causes, qu'on essaie de les prévenir et qu'on regarde, dans ce sens-là, la qualité des services que l'on offre directement à cette clientèle. L'avant-projet de loi réaffirme les objectifs là-dessus.

Un autre objectif avec lequel on est tout à fait en accord, c'est la nécessité d'une plus grande concertation interétablissements. Bon. Le fait que la Table des directeurs généraux existe en est un exemple concret. Effectivement, avant même qu'on nous oblige à faire de la concertation, il y a longtemps qu'on en faisait. Il y a plusieurs années que la Table existe et c'est une table de concertation. C'est une table où on traite des dossiers de la clientèle, des dossiers concernant les programmes. Il y a aussi différents dossiers, différents projets que l'on mène en commun, soit entre nous, soit avec des organismes communautaires, soit avec des CLSC. Et, dans ce sens, on croit qu'effectivement la concertation est une valeur sûre qu'il faut définitivement développer encore plus.

On croit aussi à une décentralisation en faveur d'une instance régionale vigoureuse, une instance régionale en mesure de prendre les décisions de façon à faire avancer les dossiers, une instance régionale qui pourra aider à la concertation des établissements et jouer le rôle de catalyseur que toute instance régionale connaissant les problèmes locaux est en mesure de jouer. On reconnaît également la nécessité de trouver des modèles administratifs nouveaux. Effectivement, il y aurait lieu de trouver des modèles administratifs nouveaux qui favorisent des mises en commun, des partages d'expertise et des expériences. À ce niveau, on n'a peut-être pas encore trouvé nous-mêmes les modèles

administratifs qu'il faudrait mettre en place. Par contre, on peut vous dire qu'on y travaille, présentement. C'est une réflexion que l'on a amorcée déjà, il y a quelques mois, et à laquelle on travaille très activement. D'ici quelques mois, on sera peut-être en mesure de proposer des modèles administratifs qui pourraient faire en sorte que les services rendus, au bout de la ligne, seraient de meilleure qualité et seraient plus concertés que ce qu'ils sont présentement.

Par contre, dans l'avant-projet de loi, on déplore des choses avec lesquelles on est peut-être moins en accord. Je vous en ai parlé tantôt. Je voudrais y revenir parce que je trouve que c'est important. L'avant-projet de loi ou ce qu'on retrouve dans l'avant-projet de loi s'inspire grandement ou reflète grandement des modèles qui ne sont pas des modèles qui reflètent les problématiques sociales du Québec et les problématiques de la clientèle qui nous est confiée. Il y a moult exemples qu'on pourrait relever à travers l'avant-projet de loi où on parle de santé, où on parle de médecins et où on est à peu près absents. On pense que, au niveau de la clientèle, c'est important qu'elle se retrouve spécifiquement dans ce projet de loi.

On déplore, peut-être, aussi le fait qu'on veuille articuler ça avec des mécanismes lourds, uniformes. On pense au conseil d'administration unifié. Quand on pense à 17 établissements qui auraient un conseil d'administration et qu'on regarde strictement le nombre effarant de rapports, d'états financiers, de budgets, de mémoires, etc., qui seraient présentés à ce conseil-là, c'est absolument incroyable. Le conseil ne fera que regarder des papiers et sera coupé de la réalité de la clientèle, c'est important d'avoir un contact avec la clientèle, de sentir la clientèle de façon à lui offrir les meilleurs services possible.

On trouve aussi peut-être déplorable qu'on évacue du système des milliers de bénévoles et là, on pense à nos conseils d'administration qui sont des gens du milieu, qui sont des gens qui viennent volontairement et bénévolement donner de leur temps et qui apportent énormément à un établissement, ne serait-ce que par leurs connaissances personnelles, par leur vécu, leur expérience et leur compétence. Ce qu'on remarque de plus en plus dans les conseils d'administration où l'on siège, évidemment, c'est que les membres du conseil s'intéressent toujours aux affaires administratives, aux affaires financières, mais que de plus en plus les membres s'intéressent aux programmes, aux services à la clientèle. Les questions sont très précises là-dessus et de moins en moins la chose administrative prend la place, et de plus en plus la chose plus programmes, plus clientèle, plus services prend la place et ça, on trouve ça fort intéressant. Il serait malheureux de se priver de cette expertise de ces gens qui travaillent bénévolement et qui, je pense, rapporte énormément.

Enfin, en augmentant les structures, en augmentant les paliers décisionnels, on crée, nous pensons, une lourdeur. On pourrait atteindre le même but et le même objectif - au lieu de créer des structures - en employant tout simplement quelque chose qui est déjà là, dont on parle depuis des années, mais qui ne s'active pas de la façon dont ça devrait s'activer, et c'est le plan de services. Tantôt, pour les membres de la commission, on pourra expliquer en détail c'est quoi, le plan de services, si ça vous intéresse; mais rapidement, le plan de services, on pense que ça permet à un groupe d'établissements, soit du social avec des gens du scolaire, avec des gens du communautaire, avec des gens des hôpitaux, avec des gens de la justice, avec des gens de la police, tout ce monde-là ensemble autour d'une table de trouver les meilleurs services possible pour un jeune qui a des problèmes, donc de traiter le jeune dans son entité au lieu de tirer un tiroir, de fermer le tiroir, de retirer l'autre tiroir et de refermer l'autre tiroir, comme on le fait souvent, malheureusement, là où l'on offre des services qui sont très morcelés, au lieu d'avoir des services qui sont concertés pour un individu qui a des besoins en particulier.

Donc, la Table des directeurs généraux des centres de services de réadaptation rejette le modèle administratif d'un seul conseil d'administration parce qu'on considère que c'est un modèle qui est irréaliste et inapplicable, et particulièrement à Montréal. On ne parle pas des autres régions; on parle de Montréal. Compte tenu de l'ampleur des activités (dans le mémoire, on retrouve une liste d'activités qu'un tel conseil devrait régulièrement avoir) on trouve aberrant qu'un conseil ait à avoir toutes ces activités pour 17 établissements: ça fait une quantité de rapports absolument incroyable et une quantité d'obligations imposées par la loi qui est aussi énorme.

C'est aussi, on pense, irréaliste et inapplicable, à cause du processus décisionnel qui va s'alourdir, et de beaucoup. Avant de descendre à la clientèle, ça va passer par un nombre important de dédales administratifs, structurels, ce qui fait que le client, en bout de ligne, on ne pense pas qu'il sera mieux servi; on pense qu'il va être même servi peut-être un petit peu moins bien qu'il ne l'est présentement.

La structure administrative proposée est loin de rencontrer les intentions de concertation et de complémentarité énoncées dans l'avant-projet de loi; elle renferme les établissements dans un fonctionnement rigide, standardisé et dépersonnalisé. Dans les établissements comme les centres de réadaptation pour jeunes, on connaît la clientèle. Les directeurs connaissent la clientèle. Les chefs de services connaissent la clientèle. Et c'est important pour nous de connaître la clientèle, de connaître les besoins de la clientèle. On connaît même souvent des jeunes

en particulier, avec qui on peut parler, avec qui on peut aller chercher ce dont ces jeunes ont vraiment besoin, pour sentir le pouls. Évidemment, dans un établissement d'une envergure telle que 17 établissements ensemble, ça prend une proportion absolument effarante et ça devient très gros. Évidemment, il y en a, des gros établissements, on en connaît dans le milieu hospitalier. Par contre, on se dit que, quand on y va comme client ou comme bénéficiaire, on se trouve souvent très perdu parce que c'est une grosse machine où c'est très standardisé, où l'être humain ne trouve pas toujours la place qu'il devrait trouver. On ne voudrait pas devenir comme ça parce qu'on pense que le client, en bout de ligne, va être perdu là-dedans, d'autant plus que c'est un jeune qui est déjà perturbé, c'est un jeune qui a besoin d'affection, qui a besoin de chaleur. Et dans une grosse structure absolument impersonnelle, on pense que ce serait terrible.

On aimerait mieux miser sur un réseau de services plutôt que sur un réseau d'établissements. Les établissements, en soi, ce sont des entités. Mais un réseau de services, donc, un réseau faisant appel à la concertation, faisant appel à la bonne volonté de tout le monde, de façon à mettre en commun des choses, mais d'une façon sérieuse et d'une façon encadrée, nous pensons que ça pourrait donner des résultats absolument meilleurs que d'avoir des structures différentes. Jamais, pensons-nous, la concertation n'a passé par les structures. D'ailleurs, je pense que le passé prouve souvent que les structures n'ont jamais amené la concertation, bien au contraire.

J'ai terminé là-dessus. Je vous remercie de votre attention. Si vous avez des questions à nous poser, ça nous fera plaisir d'y répondre dans la mesure de nos connaissances.

**La Présidente (Mme Marois):** Je vous remercie de votre présentation. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Je commencerai d'abord par les conseils d'administration unifiés parce que, aux pages 7 et 8 de votre mémoire, ça me paraît assez percutant, merci, comme exemple. C'est peut-être l'exemple extrême, mais, à tout le moins, c'est un exemple possible et réel. Donc, évidemment, ça donne un peu jusqu'où ça peut aller. Évidemment, quand tu parcours les deux pages, tu te dis: Ce n'est peut-être pas nécessairement ce que le législateur pensait faire au moment où il a...

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment...

**M. Chevette:** Une autre partie que vous n'endosse pas, M. le ministre?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, laissez-moi finir. Cependant, ce que je comprends, c'est qu'il avait eu au moins la clairvoyance de dire: Il y a trois critères qui peuvent permettre effectivement de faire en sorte qu'on n'ait pas de conseil unifié, reliés à la culture, reliés à la géographie, donc au territoire, et reliés au nombre, me dit-on. Parce que je n'ai pas été dans le secret de tous les dieux au moment où ça a été fait. Me dit-on, à l'époque, la moyenne souhaitée ou espérée était à peu près de quatre ou cinq établissements qui pourraient se regrouper. Ce que j'ai compris lorsqu'on a interrogé les gens du secteur hospitalier, en particulier, et même certaines personnes du social, c'est que regrouper un certain nombre de services ou d'institutions qui donnent des services différents sur un territoire donné, ce n'est pas une idée qui est absurde. Même, bien du monde le souhaite. Le centre hospitalier le souhaite, les médecins sont venus nous le dire, complémentaire avec le CLSC, complémentaire avec un centre d'hébergement et tout ça. Oui, ça a du bon sens. Évidemment, quand vous interrogez les gens, on dit: Oui, bien, c'est le centre hospitalier qui doit mener.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Quand tu arrives avec les CLSC et que tu en paries aux CLSC, on dit: Bien sûr, ça a bien du bon sens. Et c'est toujours pour le plus grand bénéfice du bénéficiaire, mais c'est le CLSC qui doit mener.

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

(16 h 15)

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, l'idée même d'unifier un certain nombre d'établissements avec des services différents, complémentaires est attrayante. Évidemment, lorsqu'on commence à penser qu'il y a peut-être des choses qui vont... Il n'y aura plus quatre directeurs du personnel. Il n'y aura plus quatre directeurs des services techniques. Il n'y aura peut-être plus quatre... Je ne sais pas. Mettez-en, vous connaissez ça, vous en aviez 17 tantôt. Multipliez. Évidemment, là, on commence à toucher à l'être humain qui est quasi en conflit quand il a à porter un jugement. Est-ce qu'il porte le jugement pour le bénéficiaire ou s'il porte le jugement pour son bien-être à lui? Évidemment, ce sont des frontières difficiles à atteindre. Ce que je veux vous dire là-dessus, c'est que vous avez un exemple qui est vrai et qui nous porte à réfléchir jusqu'où on peut aller.

Je vous pose la question suivante. C'est vrai que se priver de 25 000, 30 000 bénévoles sur les conseils d'administration, c'est questionnable. C'est vrai qu'on peut questionner le fait que, si

les représentants des services professionnels ne sont pas sur le conseil d'administration, ou le D. G., on pense qu'on peut se priver d'une expertise tout à fait exceptionnelle mais est-ce qu'il n'y a pas quand même, malgré tout ça, duplication de services? Comment fait-on pour être capables d'en arriver à ce qu'il n'y ait pas de duplication dans l'offre de services? Comment est-ce qu'on fait ça sans que ça puisse se faire par un conseil d'administration unifié? Qu'est-ce qu'on pourrait se donner comme moyens pour être capables d'atteindre ces buts? Il s'agit d'être sur le terrain pour s'apercevoir qu'il y a des choses qu'on peut faire. Vous le savez encore bien plus que nous autres. Nous, on est au central et on s'en fait passer et on n'en passe pas souvent. On est bien ignorants de tout ce qui se passe. Imaginez-vous 950 établissements! Je peux vous dire rien qu'une chose: Si on savait tout, je pense que les quelques cheveux qui me restent disparaîtraient. Mais il y a certainement quelque chose à faire là, et vous le vivez quotidiennement. C'est votre expertise que j'aimerais avoir et, si vous avez des solutions...

**M. Patenaude:** Deux choses là-dessus. Tantôt, je vous disais qu'on travaille et on réfléchit présentement, d'une façon très sérieuse - d'ailleurs, on le dit dans le mémoire - à des modèles qui pourraient effectivement fonctionner. On n'a pas encore trouvé les solutions, on y travaille présentement. Par contre, on dit aussi qu'on est prêts à s'asseoir avec les gens du ministère de la Santé et des Services sociaux, de façon à examiner avec eux les possibilités de modèles administratifs qui pourraient rencontrer les objectifs que vous énoncez, je pense, très bien. Les objectifs sont là.

La deuxième chose que j'aimerais dire là-dessus, c'est qu'on pense aussi que les objectifs visés peuvent être rencontrés - et je reviens là-dessus - avec le plan de services. Le plan de services dont on a parlé un peu partout, à différents niveaux - le rapport Harvey en a parlé, le rapport Rochon en a parlé - mais qui, malheureusement, ne prend pas la place qu'il devrait prendre. Là-dessus, si la régie régionale dont on parle dans l'avant-projet de loi était installée avec les pouvoirs qu'on voudrait lui donner, elle pourrait peut-être avoir les guides nécessaires pour pouvoir installer ce processus de plan de services qui, on pense, pourrait permettre de donner de meilleurs services à la clientèle et, donc, d'éviter la duplication de services qui peut, effectivement, se produire dans un réseau aussi vaste que le réseau des affaires sociales.

Peut-être que mes confrères ou consœurs voudraient ajouter des choses là-dessus.

**La Présidente (Mme Marois):** Mme Larose, est-ce que vous voulez intervenir?

**Mme Larose (Micheline):** Oui. Je voulais

tout simplement ajouter là-dessus que, si on a senti le besoin, à Montréal, depuis plusieurs années, de se regrouper, de se former en table de concertation, c'était justement parce qu'on voulait se donner des mécanismes pour travailler ensemble et éviter le plus possible, en tout cas, les duplications. Par exemple, tout dernièrement, des centres de Montréal se sont associés pour faire le recrutement de leur personnel éducateur, pour éviter de tomber dans le piège du recrutement des infirmières, par exemple. On sait qu'il y a certains établissements qui font même tirer des voyages en Floride. On ne veut pas en arriver là. Avant d'en arriver là, on s'est doté d'un mécanisme de concertation pour faire du recrutement ensemble.

Un autre exemple - et il y en a des centaines qui se passent à Montréal continuellement et, j'imagine, dans toutes les régions - au Mont Saint-Antoine, on a développé une expertise avec une unité de jeunes pour les arrêts d'agir, des jeunes qui ne sont momentanément pas capables de suivre les programmes réguliers et qu'on traite de façon un peu particulière, alors qu'un centre voisin, qui est Boscoville, voulait se doter du même service en disant: C'est coûteux. Nous, on a déjà fait l'expérience. Alors, on a fait tout simplement une entente entre les deux établissements et nous offrons le service à cet établissement-là. Mais nous croyons en même temps que c'est le rôle d'une régie régionale ou d'un conseil régional, à l'heure actuelle, de le faire. Pourquoi ça ne se fait pas? Est-ce que ça se fait dans d'autres régions? Pourquoi est-ce laissé à l'initiative des établissements? Je ne sais trop, mais ce qu'on dit, c'est que c'est peut-être heureux aussi, finalement, que les établissements ressentent ce besoin-là et se dotent de mécanismes comme nous pour en faire, de la concertation.

**La Présidente (Mme Marois):** M. Langelier, vous voulez intervenir sur ça?

**M. Langelier (Gilles):** Peut-être un point à ajouter en réponse à la question de M. le ministre. Comment pourrait-on arriver à éviter les duplications ou les dédoublements? C'est un fait qu'il y en a beaucoup actuellement et les jeunes en souffrent aussi de toute cette segmentation, ce fractionnement dans l'organisation des services. Quand, dans un certain nombre de travaux présentés à la commission, présentés ici même aussi au cours des années, on parlait d'un système client, d'une approche clientèle, ça avait l'air encore dans ces années-là assez vaporeux, assez conceptuel, mais on se rend compte à l'exercice que c'est là une ligne vers laquelle il faut absolument aller. De quoi ces jeunes-là ont-ils besoin? Ils n'ont pas besoin de bâtisses, ils n'ont pas besoin de structures, de comités et de savantes personnes qui se réunissent. Ils ont besoin de services de qualité et ils ont surtout

besoin d'une relation avec des personnes solides dans une continuité. C'est tout à fait à l'opposé de l'organisation actuelle des services.

Il y a un délit qui est commis dans une station de métro, le jeune est arrêté. Tout le processus s'enclenche. Quand il arrive en centre de réadaptation, il a brûlé une quinzaine de ressources précédemment et il reste à peu près neuf mois pour faire un travail de qualité avec ce jeune-là. L'organisation actuelle, dans ce contexte-là, nous empêche de faire un bon travail; ça nuit, je pense, au jeune. Bien sûr, ça permet des duplications, de l'évaluation, de la surévaluation. Un jeune qui a 17 ans aujourd'hui et qui est en trouble depuis l'âge de 8 ans, il a peut-être reçu des services pendant deux ans et il a attendu les services pendant sept ou huit ans, pendant qu'il était évalué dans des bureaux et tout ça. Alors, c'est dans cette ligne-là et on ne pense pas que ce soit un problème de structures ou de comités; c'est une façon de travailler qu'il faut se donner. Quand M. Patenaude parlait du plan de services tantôt, c'est là un instrument tout à fait privilégié qui éviterait ce genre de chicane de professionnels.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je trouve ça très très intéressant, mais je voudrais continuer dans la même veine. Vous avez une expertise certaine. Vous vivez sur le terrain. L'histoire du plan de services, je trouve que c'est une idée intéressante et je vais plus loin dans mes questions parce que je suis pour quelqu'un qui était à l'extérieur du réseau, qui est là depuis quatre mois et qui essaie de comprendre. La principale demande qu'on fait au ministre, c'est de l'argent: Donnez-nous de l'argent, on va régler les problèmes et, autant que possible, allez en chercher plus qu'il n'y en a, pas mal plus qu'il n'y en a là. J'ai dit: Avec 10 400 000 000 \$, je vais peut-être essayer de comprendre un petit peu ce qui se passe dans le réseau et essayer de voir s'il n'y a pas des duplications. D'abord, commencer à voir ce qui va et ce qui ne va pas et faire en sorte qu'on puisse avoir davantage de complémentarité avant d'aller chercher de l'argent additionnel.

Évidemment, j'aimerais vous entendre sur: CSS, DPJ vis-à-vis de vous autres et de vos clientèles, parce que vous êtes là aussi. Ça fait bien des intervenants. Tout ce monde-là nous demande toujours de l'argent additionnel pour des listes d'attente qui sont bien longues et, évidemment, c'est de l'ajout de personnel et, inévitablement, le service va à la clientèle aussi. Mais ce que j'ai remarqué au cours des dernières années, c'est qu'on a effectivement ajouté de l'argent pour traiter les listes d'attente, mais le volume de cas traités n'est pas plus impressionnant que ce qu'était avant. Peut-être que les cas sont plus lourds et nécessitent davantage d'attention; ça, c'est fort possible. Mais j'aimerais vous entendre: Comment est-ce qu'on fait

là - parce qu'on est bien obligés de travailler avec des structures, on en a là - d'abord, pour les comprendre et comment est-ce qu'on va faire pour faire de l'approche clientèle, parce qu'on peut bien se dire ça entre nous autres: L'approche clientèle et le plan de services, demain matin, on fait l'arrimage de tout ça, comment? CSS, DPJ, vous autres, comment est-ce qu'on fait ça?

**La Présidente (Mme Marois):** Oui.

**M. Patenaude:** Ce dont M. Langelier parlait tantôt, c'était des services en cascade. Quand on parle de jeunes, effectivement, on demande de l'argent, on demande de l'argent. Il reste des jeunes. Les jeunes se promènent énormément dans ce réseau, en partant des familles d'accueil et en allant jusqu'aux centres plus sécuritaires. Le jeune, souvent, arrive dans nos établissements et en est à son troisième, quatrième, cinquième et même jusqu'à son vingtième placement avant d'arriver chez nous. Donc, on joue: essai erreur. On va l'essayer dans une famille d'accueil; s'il la brûle, on en prendra une autre, on va l'essayer ailleurs, jusqu'à ce qu'on arrive au centre un peu plus structuré parce qu'on se rend compte de ce dont il a besoin.

Je ne voudrais pas paraître revenir là-dessus, mais on pense que la façon - en tout cas, ce n'est peut-être pas la seule - l'une des meilleures façons de régler ça, c'est effectivement le plan de services parce qu'avec un comité de plan de services régional, on peut étudier. On le fait un peu avec les personnes âgées, à Montréal, pour ceux qui connaissent un peu le réseau des personnes âgées: on a ce qu'on appelle un comité - je ne me rappelle pas le nom - où on étudie chaque personne et on dit: Cette personne-là a besoin de tant d'heures-soins; donc, elle a besoin de tel établissement. C'est un peu ça le plan de services. Chaque intervenant pourrait regarder les problématiques du jeune et dire: Ce jeune-là, ce dont il a besoin, c'est d'une famille d'accueil. Parfait! Non, ce jeune-là, ce dont il a besoin, même si c'est la première fois qu'il arrive dans le réseau, c'est d'un centre structuré parce qu'il est rendu là, au lieu d'essayer de le changer de place à chaque fois. Si on se rend compte qu'un jeune, en dedans d'un an, passe par trois, quatre, cinq, huit, dix ressources, évidemment, ce jeune-là prend de la place qu'il ne prendrait pas autrement et on ne réussit à rien faire avec ce jeune-là. Si on intervenait peut-être de la bonne façon tout de suite, peut-être qu'on réussirait et peut-être que le jeune, au bout de quelques mois, serait retourné avec sa famille dans une vie normale tandis que, là, on le promène d'une place à l'autre.

Évidemment, il y a les centres d'accueil, il y a la DPJ, il y a le CSS. Le CSS est l'organisme référant des centres d'accueil. Nous, les

jeunes qu'on reçoit, on les reçoit si le CSS nous les réfère. Si le CSS ne nous les réfère pas, on ne peut pas rien y faire, on n'a pas de contrôle ou d'influence sur le réseau des familles d'accueil ou sur d'autres réseaux, on prend la clientèle qui nous est envoyée. Par la clientèle que l'on reçoit, on se rend compte souvent qu'on aurait peut-être pu faire beaucoup plus. Quand un jeune arrive à 17 ans et 3 mois ou à 17 ans et 6 mois et qu'on dit: Vous avez six mois pour essayer de faire quelque chose avec lui, et qu'il est dans le réseau depuis l'âge de 13 ans, c'est difficile parfois. C'est peut-être là que ça passe, on revient au plan de services. M. le ministre, on pense que c'est peut-être là une solution qui serait à investiguer d'une façon particulière.

**M. Côté (Charlesbourg):** En recevant des petits commentaires à gauche et à droite, parce qu'un ministre, il faut tenter de l'emplit le plus possible pour qu'il comprenne.

**Mme Larose:** D'abord qu'il ne se laisse pas emplir!

**M. Côté (Charlesbourg):** Pardon?

**Mme Larose:** D'abord qu'il ne se laisse pas emplir, c'est correct.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est-à-dire qu'on peut lui apporter bien des choses, on peut lui dire bien des choses. Dans ce cas-ci, c'est lui qui va décider ce qu'il dit. En tout cas, c'est un parallèle que je trouve intéressant: lorsqu'on est rendu chez vous, on est rendu dans les cas les plus lourds. Donc, on est, chez vous, dans le curatif, si on peut faire un parallèle avec la santé. Qu'est-ce qu'on devrait faire demain matin? Parce qu'on dit beaucoup en commission qu'on devrait faire le virage du préventif et, si on fait un virage préventif, possiblement que ce sera moins lourd sur le plan du curatif. Il en restera toujours de toute façon, je pense qu'on ne peut pas éliminer ça demain matin, ce serait utopique. Mais avant d'arriver chez vous, si vous aviez des décisions à prendre comme ministre demain matin, parce qu'un plan de services, c'est lorsqu'ils sont rendus chez vous, qu'est-ce qu'on devrait faire? Qu'est-ce que je devrais faire ou conseiller à mes sous-ministres qui auront à décider dans cette réforme-là? Qu'est-ce qu'on devrait faire pour tenter de régler des problèmes avant que ça arrive chez vous?

**Mme Larose:** M. le ministre, plusieurs expériences pourraient être tentées, par exemple, avec le réseau des centres d'accueil, ne serait-ce qu'au niveau de la prévention. C'est sûr qu'on a misé beaucoup sur la création des CLSC qui devaient être la porte d'entrée du système. Rapidement, les CLSC sont devenus des établissements de santé. Les programmes jeunesse en

CLSC, il y en a très peu. À Montréal, on peut les compter sur les doigts d'une seule main et ça, c'est, à mon point de vue, assez inquiétant. Bien sûr, les CSS ont tenté de prendre la relève, mais, encore là, il y a une certaine duplication. On a cantonné les centres de réadaptation avec toute leur expertise simplement au niveau, à l'époque, de l'internat, alors qu'on peut très bien, et qu'on le fait, d'ailleurs, beaucoup, travailler à l'externe. Actuellement, on travaille de plus en plus sur ce qu'on appelle nos listes d'attente. Avant que le jeune ait une place en admis, on va travailler avec lui et ses parents, dans sa famille. Et puis, souvent, ça a pour effet de lui éviter un placement ou un placement trop long. Donc, on a plein de ressources qu'on utilise mal, qu'on utilise mal parce qu'on n'est pas concertés, parce que, souvent, on oublie le bénéficiaire du jeune pour se concentrer sur des objectifs que je qualifie de plus corporatifs. Donc, il y a des choses à faire avec les établissements qui sont déjà en place à la condition qu'il y ait une volonté politique claire de faire en sorte que tout le monde travaille ensemble et non pas chacun dans son petit champ d'expertise. (16 h 30)

À Montréal, ça se complique du fait que le partage avec les CLSC n'a pas été fait de sorte, comme je le disais tantôt, qu'il n'y a pas de ressources jeunesse dans les CLSC ou très peu. De plus, la police de Montréal a pratiquement aboli son service de police à la jeunesse, de policiers éducateurs, dans un temps et dans un lieu où il faudrait, au contraire, qu'on augmente les effectifs.

Que fait le réseau scolaire? Comment se fait-il que le réseau de la santé et des services sociaux ne prenne pas le leadership pour l'obliger d'une certaine façon, et je viens du réseau scolaire, à lâcher son mandat strictement d'enseignement, mais à reprendre son mandat d'éducation? Il pourrait travailler en collaboration avec nous. Au lieu de ça, on est complètement coupés du réseau scolaire. À 15 heures, il n'y a plus une école d'ouverte ou très peu. On se bat pour obtenir des services de garde. On parle de prévention. C'est de choses comme ça dont il faut se parler. La ville a des responsabilités. Les services de loisir ont des responsabilités. Nous, à Mont Saint-Antoine, on est à côté du métro Beaugrand; on est à côté de Place Versailles. On collabore continuellement avec les surveillants de métro ou avec les surveillants de Place Versailles, pas juste pour nos clients, mais pour la clientèle de jeunes qui, à 14 h 50, sont lâchés "loose" dans le trafic, alors que leurs deux parents travaillent, et ils sont obligés de travailler, il ne faut pas oublier ça, non plus. Donc, il faudrait que le ministère de la Santé et des Services sociaux exerce un leadership ferme autour de la prévention et que ce ne soit pas laissé à la seule initiative des établissements de dire: C'est mon "boutte", la prévention; mêle-toi

pas de ça. Il faut que ce soit une affaire de concertation, pas juste au niveau des établissements, au niveau du gouvernement d'abord, au niveau des instances plus locales comme les villes et comme les MRC. Je m'emporte...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Larose:** ...parce que ça me fâche toujours de voir que des jeunes sont victimes de cette espèce d'inertie au profit d'organisations qui vivent... Moi, je dis toujours qu'il y a certains services sociaux qui existent actuellement, dans leur forme actuelle, qui pourraient être sans clients pendant un an et qui ne s'en apercevraient pas, tellement ils vivent pour leur propre organisation sans s'occuper vraiment de leur clientèle.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous m'avez dit tantôt que vous veniez du monde de l'éducation.

**Mme Larose:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je dois vous dire que moi aussi.

**Mme Larose:** Ah bon!

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, un des handicaps très importants, c'est qu'on gère encore des conventions collectives au lieu de gérer des ressources humaines.

**Mme Larose:** Des minutes, M. le ministre, des minutes.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**Mme Larose:** On gère des minutes.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est un des problèmes très importants auquel il faudra s'adresser un de ces jours, les ressources humaines. Le diagnostic posé dans le document qu'a rendu public Mme Lavoie-Roux est, à ce niveau-là, assez clair. Évidemment, on a du chemin à faire un peu avant de le partager. Je me souviens de l'époque où j'étais enseignant, c'était peut-être difficile à l'occasion d'avoir quelqu'un, passé 16 heures, pour s'occuper des jeunes, pour toutes sortes de choses. Ça, c'est tout notre contexte de conventions collectives qui n'est pas facile à traiter.

On me signifie que mon temps est déjà terminé, je trouve ça dommage. Mais je me traîne un petit calepin vert. Ça, c'est l'espérance des solutions. J'ai un "item" qui est marqué: Table des D.G. des centres de services de réadaptation, mémoire 125; M. Patenaude, d'Ici deux mois, aura des solutions".

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, comme on a encore huit semaines de commission parlementaire, ça vous donne le temps de réfléchir, souhaitant que vous puissiez nous faire parvenir des possibilités de solutions qui seront accueillies avec grand plaisir.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci, M. le ministre. Oui, je pense, M. Langelier, que vous vouliez intervenir maintenant.

**M. Langelier:** Sur la question qui a été posée tantôt. M. le ministre parlait des listes d'attente. J'ai le goût de dire des grosses choses par rapport à ça.

**La Présidente (Mme Marois):** Oui, mais, juste avant que vous vous engagiez et pour le profit des membres de la commission, est-ce que vous avez actuellement de grandes listes d'attente dans vos centres et est-ce que vous recevez toujours - parce que j'essayais de fouiller dans votre mémoire - dans la grande région de Montréal, des jeunes qui viennent de régions extérieures?

**M. Patenaude:** Il n'y en a pas beaucoup comparativement à ce qu'il y a déjà eu.

**La Présidente (Mme Marois):** Moi, je ne viens pas de l'enseignement, mais du monde des services sociaux.

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

**M. Patenaude:** Il n'y en a pas beaucoup comparativement à ce qu'il y a déjà eu, mais il y en a encore certains. À Montréal, il y a certains centres qui ont des services très particuliers qu'en province on ne peut pas s'offrir compte tenu de l'ampleur de la clientèle. Il n'y a pas de clientèle, un ou deux jeunes qui nécessitent ce genre de services. On pense, par exemple, à Cité des Prairies qui reçoit parfois des jeunes de l'extérieur. Mais c'est quand même beaucoup moins qu'avant.

Au niveau des listes d'attente, il n'y a pas, je pense, présentement, de grandes listes d'attente, mais par contre - et je vais vous parler du réseau des adolescentes, des filles en particulier, parce que c'est celui-là que je connais le plus - on a présentement, d'une façon permanente, douze places de plus que le réseau. Donc, il y a une unité qui existe avec douze filles - et c'est constamment plein - de plus que le réseau officiel ne retrouve sur papier. Donc, évidemment, ça ramasse la liste d'attente. O.K.?

Ce qui arrive, c'est que souvent il y a des mouvements de clientèle et on se rend compte avec le temps que la clientèle, effectivement, est plus lourde - tantôt, je vous décrivais des phénomènes - ce qui fait qu'à un moment donné

on a peut-être moins besoin, dans certains cas, de ressources plus légères et, des fois, des ressources plus lourdes. Il peut y avoir des places libres dans les ressources légères et manquer de places dans les ressources plus lourdes. Par contre, à d'autres moments, c'est le contraire qui peut se produire. Donc, ce n'est pas facile de trouver le bon dosage de places versus les problèmes qu'on rencontre avec les jeunes qui sont là.

Présentement, peut-être que mes confrères et consoeurs pourraient... Mais je ne pense pas qu'il y ait de grandes listes d'attente.

**La Présidente (Mme Marois):** M. Langelier, vous vouliez ajouter une phrase ou deux.

**M. Langelier:** Oui. Par rapport à ça, lorsqu'on parle des listes d'attente au plan provincial, il n'y a pas si longtemps, il y a peut-être un an ou deux, on parlait de 3000 jeunes en attente à la DPJ au niveau de l'évaluation, au niveau de tout ça. Je suis certain qu'il y avait 3000 jeunes en attente d'évaluation. Mais, pourtant, moi, je refuse de croire qu'il y a une liste d'attente. Je peux comprendre qu'il y ait une liste d'attente au niveau de l'admission dans les centres d'accueil d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie, parce que tout le monde sait qu'on manque de places au Québec. Pour les jeunes, ce n'est pas le cas. Ce n'est pas un problème de places. Je pense que, pour reprendre votre question, M. le ministre, ce qu'il faut questionner par rapport à ça, c'est la pratique existante entre le moment où, pour le jeune, des services sont requis et le moment où il commence à en recevoir. Qu'est-ce qui se passe pendant ce temps-là? Il y a un important questionnement à faire de ce côté-là.

Sur l'autre aspect de la prévention, dans le fond, c'est sûr qu'on reçoit les jeunes qui sont les plus hypothéqués. Où ils sont, les jeunes, avant d'arriver en centre de réadaptation? Ils sont dans les écoles. Bon, Mme Larose en a parlé et moi, au grand risque de me faire chicaner demain matin par mon agent de liaison du ministère, je vais vous raconter une expérience qu'on fait actuellement où Boscoville a, dans deux écoles secondaires de Montréal, quatre éducateurs. Deux salaires sont payés par la CECM et deux salaires sont payés par Boscoville. Qu'est-ce qu'ils font, ces éducateurs-là? Ils s'occupent de la vie de l'école, ils s'occupent des gangs, ils s'occupent de tous les rackets qu'il peut y avoir, ils encadrent des étudiants, ils suppléent, finalement, à toutes les coupures qui ont été faites dans le secteur de l'éducation depuis quelques années.

Quand vous posez la question: Qu'est-ce qu'il faut faire par rapport à ça? Je pense qu'il faut décloisonner les affaires. Il faut que les centres de réadaptation puissent s'impliquer dans une communauté, participer à des tables de

concertation, comme on le fait dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve et dans le quartier Rivière-des-Prairies qui se développent, où la population augmente de 30 % par année. C'est à ce niveau-là qu'il faut éclater jusqu'à un certain point un certain nombre de choses pour rejoindre les jeunes là où ils sont. Ils peuvent être très bien contrôlés entre 8 heures et 16 heures à l'école. Qu'est-ce qui se passe entre 16 et 8? Là, il n'y a plus personne qui s'en occupe. Ça nous prend des éducateurs dans la rue, ça nous prend des éducateurs présents dans les quartiers. C'est ce modèle qu'il faut développer, actuellement.

**La Présidente (Mme Marois):** Oui. M. le leader de l'Opposition.

**M. Chevette:** Oui. M. le Président... Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci, cher ami.

**M. Chevette:** Moi, j'ai un commentaire, d'abord. J'espère être aussi calme que madame l'a été. Tout d'abord, procéder avec une accessibilité ouverte et complète et des budgets fermés dans le domaine du signalement comme on le fait présentement, on n'arrivera jamais. En tout cas, moi, personnellement, dans ma région, il y a eu 700 signalements au moins sur des listes d'attente. Ce n'est pas en attente de placement dans les centres d'accueil nécessairement, c'est pour évaluation d'abord. On a épuré artificiellement des listes pour faire croire au monde qu'il n'y avait pas nécessairement une si longue liste que ça, puis, quinze jours ou trois semaines après - je n'invente rien, Je vais envoyer au ministre le dossier en détail, avec les lettres, parce que ce n'était pas de son temps; ça ne fait pas si longtemps que ça - les listes sont redevenues à 700 ou 800, effectivement. Il y en a qui prétendent que les "case loads" sont trop chargées, puis que c'est pour ça que ne se font pas les évaluations pour fins de placement. Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise? C'est ça, la réalité.

Je comprends que vous pouvez être enflammée, madame, par le fait qu'il y a des jeunes qui pourraient, je dis bien - il ne faut pas être pathétique au point de dire qu'ils le sont tous - être agressés sexuellement ou en état d'être victimes de violence parentale. Mais il peut y en avoir dans ça, puis on ne le sait pas. On le sait après parce qu'ils n'ont pas été évalués. On ne sait même pas si l'évaluation... Le signalement ne précise pas toujours, me dit-on, l'état exact dans lequel se retrouve la victime qui est signalée. Donc, à plus forte raison, il y a une inquiétude très, très grande. Surtout, c'est la classe la plus vulnérable de notre société. Ça, je vous suis et je comprenais la chaleur de vos

propos.

Ceci dit, est-ce que c'est parce qu'il y a un palier intermédiaire de trop? Mon collègue vous questionnera là-dessus. Je vais m'arrêter là-dessus parce que je ne voudrais surtout pas lui enlever sa question. Mais je voudrais vous poser une question précise, moi. C'est sur les structures. Quand je pense que Quatre Vents, à Saint-Donat, fait partie du Montréal métropolitain, je trouve ça grand, effectivement, le Montréal métropolitain. C'est là qu'on voit les aberrations du projet de loi: un conseil d'administration unique. Je n'en reviens pas. Vous le posez, le problème, très, très bien, je pense. Puis la complémentarité ne se ferait pas nécessairement entre les centres. Elle pourrait se faire avec d'autres Institutions du milieu, à part ça.

Donc, ce n'est pas une solution. Le législateur, à mon point de vue, a erré dans ce secteur-là. Une chance que c'est un avant-projet. On verra probablement un réalisme arriver, au niveau du projet de loi, qui sera plus grand que celui de l'avant-projet de loi. Mais la complémentarité, vous la touchez du doigt, à mon point de vue, d'une façon évidente, ne se fera pas par les structures; elle va se faire par les personnes et le désir des personnes de vouloir collaborer en interétablissements. C'est aussi simple que ça.

Pour ce faire, moi, je pense qu'il va falloir mettre le poing sur la table, puis qu'il y en ait qui sortent de leur chasse gardée. Mais je vous avoue qu'à lire les mémoires... Parce que probablement vous êtes issus, vous autres mêmes, de corporations différentes, mais c'est parce que vous êtes O.G. que vous avez un discours au-dessus des structures et au-dessus du corporatisme. Mais replacez-vous dans chacune de vos corporations, vous allez voir les mémoires qu'on a. Chacun veut garder son petit privilège à l'intérieur de sa corpo. Je vous incite à les lire. Pas les 250, là. Une quarantaine, une cinquantaine, là. Les groupes les plus structurés, qui ont même des moyens financiers - probablement payés par l'État, d'ailleurs, pour la plupart - pour rédiger d'excellents mémoires pour défendre leur propre statut, en plus.

Ça, moi, je l'avoue - je sais que je vais me faire descendre; je m'en fous, moi aussi, autant que vous autres - ça n'a pas de bon sens que chacun voie la vérité à partir de son secteur. Et si on avait une vision d'une complémentarité d'institution à une autre institution, ça serait très différent, parce qu'à l'intérieur de l'institution la multidisciplinarité est plus facile à atteindre que d'un professionnel à un autre. Dans une institution, les professionnels se regroupent puis ils vont travailler en fonction de la personne. Ce qu'on veut, c'est qu'une institution du milieu puisse collaborer avec une autre institution du milieu, mais qui ne se dédouble pas dans ce même milieu en termes de services à donner à la personne.

Moi, j'aimerais que vous réagissiez à la

perception que j'ai. Est-ce que c'est ça qu'on doit viser? Est-ce que c'est autre chose? Est-ce qu'il y a des nuances à apporter? Mais, à mon point de vue, si on se fie sur les catégories personnelles, on n'ira nulle part. Si on se fie sur les catégories d'institutions, moi, je pense qu'on peut espérer une complémentarité dans les actions.

**La Présidente (Mme Marois):** Oui, allez-y, M. Patenaude.

**M. Patenaude:** Votre commentaire, M. Chevrette, ainsi que votre question, je pense, sont intimement liés. On parlait de listes d'attente, on parle de signalement, et c'est peut-être là un problème. On attend qu'un jeune soit signalé pour commencer à s'en occuper. Est-ce que c'est nécessaire de signaler le cas d'un jeune pour s'en occuper? Posons-nous cette question-là et on se la pose, nous. Est-ce qu'on ne pourrait pas - on prend l'exemple de M. Langelier tantôt, il y a des éducateurs dans l'école - s'occuper du jeune? Et souvent on se rend compte que l'intervention souvent minimale, simple, des moyens faciles - pas une grosse machine - souvent quelques rencontres suffisent à régler des problématiques que souvent certains professionnels, malheureusement, ont tendance à vouloir grossir; faire un immense comité et là, parler avec des rapports, des documents. Souvent, on rencontre le jeune, quelques rencontres, et on règle un problème qui souvent à l'air tellement gros. On a été adolescents nous-mêmes et on le sait que souvent on a des gros problèmes, mais ils ne sont pas si gros que ça.

Souvent le problème, c'est que c'est un signalement. Peut-être qu'on pourrait, avant de signaler, faire ça. Et si on faisait ça, on éviterait peut-être d'avoir 700 signalements. On en aurait peut-être juste 100, signalements, parce que les autres 600, on les aurait réglés avant de signaler.  
(16 h 45)

Votre autre commentaire - et, là-dessus, je vous dis qu'il est intimement lié - concerne la complémentarité. Bien, effectivement, la complémentarité, on pense que c'est par là que ça va passer et qu'on va pouvoir rendre de meilleurs services, qu'une complémentarité pas seulement entre centres d'accueil pour mésadaptés, mais entre l'école, le CLSC, la DPJ, la police, entre tout le monde, pour qu'on puisse se parler parce que, souvent, on se parle, mais on a des langages absolument hermétiques. On va parler au domaine de l'éducation et souvent on ne se comprend pas, on ne parle pas de la même chose, on ne dirait pas que ce sont les mêmes jeunes, parce qu'on dirait qu'on n'a pas les mêmes problématiques qu'eux autres. Mais si on pouvait franchir ces murs-là et si on pouvait se parler, travailler ensemble pour un jeune et dire: C'est ça qu'on va faire pour lui, puis c'est toi qui es le mieux

pour le faire parce que tu es le mieux placé, la problématique est plus d'ordre social ou d'ordre scolaire, mais, par contre, je vais t'appuyer dans ta démarche auprès de ce jeune-là, on pense que c'est comme ça qu'on pourrait régler une grande partie des problèmes des jeunes, avant même de faire des signalements, puis avant même de se rendre dans nos établissements. On parle de prévention. C'est peut-être un petit peu curatif, mais on pense que c'est beaucoup plus préventif que curatif, parce que des problèmes, tout le monde en a et, si on réussit, à la base, à les régler, ça ne prendra pas l'ampleur que ça prend souvent présentement.

**La Présidente (Mme Marois):** Merci. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

**M. Trudel:** Compte tenu de ce que vous venez de dire, allons-y directement au niveau de la gestion du service à donner à celui ou à celle qui est en problème. Est-ce qu'il est nécessaire, par exemple - et je donne simplement un exemple - qu'il y ait une espèce de structure intermédiaire comme les CSS, pour que vous puissiez réaliser votre travail comme il faut et que ça vous donne vraiment l'espèce de complémentarité, que ça vous amène la complémentarité pour bien réaliser votre job auprès des bénéficiaires?

**M. Patenaude:** Bonne question.

**M. Trudel:** Si je peux avoir une bonne réponse, ce serait bon!

**La Présidente (Mme Marois):** M. Cardinal, voulez-vous intervenir? Oui. Vous pouvez le faire.

**M. Cardinal (Gilbert):** Oui. J'ai connu l'époque où je travaillais en milieu scolaire et puis on référerait directement un jeune à un établissement du réseau des affaires sociales, à un centre d'accueil.

**M. Trudel:** Et puis?

**M. Cardinal:** Tandis qu'aujourd'hui l'école qui fait le dépistage d'un jeune et qui est capable souvent de poser un diagnostic est obligée, avant de le référer à un centre d'accueil, de passer par le service de diagnostic officiel prévu par le système. Et là s'écoulent des mois, des mois et des mois, et le problème n'est alors plus le même que le problème à l'origine, à mon avis.

**M. Trudel:** C'est correct.

**M. Cardinal:** Je l'ai connu, ce moment-là, et la société n'était pas plus mal en point qu'aujourd'hui, en tout cas.

**M. Trudel:** Voulez-vous me le qualifier, ce moment-là? Ça marchait-u ou si ça ne marchait pas?

**M. Cardinal:** Ha, ha, ha! Je ne veux pas tomber dans le piège de dire que dans mon temps ça marchait, mais...

**M. Trudel:** Non, non. Dites-nous ça, selon votre expérience. Ça marchait-u?

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

**M. Cardinal:**... à tout le moins, je peux dire que ça ne créait pas plus de difficultés que ça n'en crée aujourd'hui. Je ne pense pas que le jeune s'en portait plus mal. À tout le moins, ça se faisait plus rapidement.

**La Présidente (Mme Marois):** Je pense qu'il y a M. Guérard aussi qui veut intervenir. C'est sur ça aussi?

**M. Guérard (Yvon):** En réaction à votre question, ce qui nous unit au CSS, ce n'est peut-être pas tout le CSS; je pense que c'est le jeune, la clientèle, puis les programmes. À ce moment-là, c'est plus la DPJ aussi, il faudrait que la DPJ soit vue aussi comme un ombudsman dans tout ça. C'est sûr qu'il y a une complémentarité à y avoir certains services de support, mais je pense que ça pourrait s'arrêter là. Les paramètres devraient être la clientèle, les programmes et le jeune.

**M. Trudel:** Ce que vous dites, finalement, c'est qu'il y a moyen de trouver une simplification structurelle qui amènerait à rejoindre l'objectif du bénéficiaire, de la personne qui est le centre de la problématique, qui est le centre de l'existence même des institutions et qu'il y a beaucoup beaucoup de choses à faire là-dedans. Je pense qu'on est capables de lire entre les lignes. Bon!

Deuxièmement, la décentralisation. À la page 4 de votre mémoire - on va retrouver ça - vous déplorez "qu'une véritable décentralisation ne soit pas proposée. L'avant-projet de loi met plutôt de l'avant un modèle qui favorise la centralisation régionale." Et, pourtant, j'essaie de lire, comme tout le monde, l'article du projet de loi qui concerne les régies régionales, leurs responsabilités, fonctions et pouvoirs et j'y lis que "la régie régionale a pour fonction, à même les enveloppes budgétaires globales qui lui sont transmises par le ministre à cette fin, de répartir les ressources financières prévues pour la mise en oeuvre et le fonctionnement des programmes de santé et de services sociaux élaborés pour sa région." Qu'est-ce qui ne marche pas dans l'affaire? La proposition me semble assez claire. Et vous dites: Ce n'est pas une décentralisation, c'est de la centralisation régionale. On

ne serait pas capables de s'entendre, au niveau régional, pour répondre aux besoins?

**La Présidente (Mme Marois):** M. Langelier.

**M. Langelier:** Je peux peut-être risquer une tentative de réponse. Je pense qu'une réponse à ça appelle beaucoup de nuances. Quand on dit: On n'a pas le sentiment de voir une véritable décentralisation, c'est bien sûr que ça part d'une conception de la décentralisation. La décentralisation, on conçoit ça comme étant une façon différente de travailler: c'est donner des responsabilités à du monde, lui fixer des objectifs et évaluer des résultats. Le projet de loi va beaucoup plus loin que ça. Il va au niveau des moyens, et beaucoup. Quand on pense, par exemple, qu'il y a seize articles, les articles 348 à 364 inclusivement, où sont énumérés quantité de règlements que le gouvernement peut promulguer et cela, sans compter les autres dispositions qui prévoient que telle ou telle matière pourra être ou sera réglementée, où est la décentralisation à ce niveau-là?

Quand on se recule un peu plus, ce qu'on constate, c'est que cette décentralisation, qu'on attendait du haut vers le bas, vient du bas et s'en va au milieu, c'est-à-dire qu'il y a une centralisation importante au plan régional. On dit: On est d'accord avec des choses là-dedans. Qu'il y ait une instance régionale vigoureuse, qui ait des pouvoirs, qui puisse jouer le rôle de catalyseur, ça nous semble très bien, on est d'accord avec ça. Mais ce à quoi on assiste en même temps, c'est à une sorte de nivellement au niveau local: on abolit les conseils d'administration, on implante de nouvelles structures ou on renforce celles qui sont déjà là, on limite le mandat des directeurs généraux, on les sort des conseils d'administration. Il y a une sorte de nivellement qui se fait au niveau local. C'est comme amené au niveau régional, mais, dans la dynamique du provincial au régional, on ne sait pas trop ce qui a changé de ce côté-là.

**M. Chevette:** Vous êtes en train de nous dire que c'est une centralisation déconcentrée?

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

**M. Langelier:** C'est pas pire, ça. Ho!

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

**La Présidente (Mme Marois):** Oui, M. le député...

**M. Langelier:** C'est un peu le portrait qu'à ce moment-ci on est portés à se donner par rapport à ça.

**M. Trudel:** Je n'ai pas eu le temps de

regarder, aux deux places, si le ministre avait sorti son petit calepin vert pour noter les articles.

**M. Chevette:** M. Ryan a son noir, lui a son vert.

**M. Trudel:** Si le ministre a sorti son petit vert pour noter les articles...

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est parce que je ne veux pas enterrer la réforme.

**M. Trudel:** ...qui dans votre tentative de réponse bien faite par ailleurs, décrivent très bien que oui, c'est vrai que ce n'est qu'une apparence de décentralisation, compte tenu des articles que vous avez énumérés là-dessus.

Allons, toujours là-dessus et en terminant, dans les conclusions de votre mémoire. Vous en avez parlé tout au long de votre intervention, de cette nécessité de trouver des modèles supplémentaires de complémentarité, et vous avez dit, sur l'uniformité qui nous est présentée dans le projet de loi, et le ministre l'a reconnu tantôt, qu'il y avait des ajustements importants à faire. Je comprends qu'il peut difficilement aller plus loin aujourd'hui. Est-ce que vous pensez qu'il serait réaliste qu'en posant les grandes balises d'une nécessaire décentralisation les régions ou les secteurs concernés pourraient nous donner, en deux ans, des plans d'organisation, sur la base de la complémentarité, qui répondraient aux objectifs recherchés? Est-ce qu'on peut se fier que le réseau serait capable de produire ça à travers tous ses établissements et avec tout son monde? Est-ce qu'on serait en train de mettre au monde une vaste chicanerie, une vaste bagarre et de vastes tiraillements qui paralyseraient le réseau pour longtemps ou si on peut penser raisonnablement qu'on aurait des résultats dans un temps donné qui seraient conformes à la réalité, soit des régions, soit des secteurs, soit des clientèles?

**La Présidente (Mme Marois):** M. Patenaude.

**M. Patenaude:** On pense effectivement que, compte tenu que les régions sont différentes, si on compare les régions de Gaspé et de Montréal ou de l'Outaouais, ce ne sont pas les mêmes problématiques, ce ne sont pas les mêmes phénomènes qui se déroulent là. On pense qu'effectivement il serait peut-être beaucoup plus opportun de demander aux différentes régions - et ça serait peut être, en faisant ça, une première démarche de décentralisation - de s'organiser et de trouver des modèles de concertation.

Maintenant, vous dites: Est-ce que ce serait pensable en deux ans? Je ne peux pas, à ce stade-ci, moi, vous dire si c'est deux ou trois ans. Mais on pense qu'en donnant les moyens et

les coudées franches aux régies régionales et en donnant tous les moyens qu'il faut pour le faire il y a effectivement moyen. Parce que les régies régionales, les gens qui y sont, ont une connaissance de la région, ont une connaissance des problématiques des clientèles et ont une connaissance des établissements et des services qui sont possibles ou des services qui n'existent pas, mais qu'il serait possible de mettre en place. On pense qu'effectivement, sur une période de quelques années, il serait pensable de pouvoir soumettre des plans où on retrouverait de la concertation et où on tiendrait compte aussi - l'avant-projet de loi n'en tient peut-être pas compte d'une façon suffisante - de modèles propres à différents types de clientèles.

J'écoutais tantôt, avant nous, les gens qui parlaient, les ergothérapeutes, et je dois vous avouer qu'on était un peu loin des ergothérapeutes. Si on a un modèle qui est le même pour les handicapés physiques, pour les handicapés mentaux, ce ne sont pas les mêmes problématiques. On ne peut pas avoir un modèle unique. Il faut penser à des modèles qui soient différents pour les différentes clientèles et aussi dépendant des régions. Montréal est une problématique en soi qui est peut-être différente d'une région en périphérie. On pense que ça pourrait se faire.

**La Présidente (Mme Marois):** Ça va?

**M. Trudel:** Une toute petite.

**La Présidente (Mme Marois):** D'accord.

**M. Trudel:** Il y a seize centres regroupés dans votre Table.

**M. Patenaude:** Vingt au total.

**M. Trudel:** Vingt au total.

**M. Patenaude:** Quatre anglophones et seize francophones, dont un centre pour mères en difficulté.

**M. Trudel:** Avez-vous un seul comité d'admission?

**M. Chevrette:** Holden va nous dire que ce n'est pas encore assez.

**M. Trudel:** Est-ce que chacun des établissements a un comité d'admission ou si votre Table vous a amenés à avoir un seul comité d'admission pour l'envoyer à la bonne place?

**M. Patenaude:** Non, non. De la façon dont ça se produit, les demandes sont faites dans les différents établissements, selon le type de services, parce qu'on est complémentaires, l'un avec l'autre, on n'offre pas les mêmes services. Donc les demandes d'admission sont faites. À

l'interne, évidemment, on regarde la demande d'admission. S'il y a problématique, il y a effectivement un comité d'admission, un pour les garçons, un pour les filles, qui regarde les cas problématiques seulement. Les autres cas qui ne font pas problème passent directement et sont admis directement.

**M. Trudel:** Ça va. Merci beaucoup.

**M. Chevrette:** Merci, messieurs, dames.

**La Présidente (Mme Marois):** Je voudrais juste revenir sur une impression qui pourrait rester chez les membres de la commission, qui ne serait pas correcte, je pense, et vous en conviendrez avec moi. M. Langelier particulièrement l'abordait en disant: Le centre, dans le fond, devrait peut-être s'inscrire davantage dans son milieu et sortir un peu de ses cadres - et vous rejoignez Mme Larose et là-dessus je vais vous rejoindre aussi - qu'il y ait des éducateurs dans le milieu scolaire, qu'il y ait des éducateurs de rue, à la limite. Sauf qu'on n'est plus dans le modèle du pensionnat d'il y a 15 ou 20 ans, ni dans le modèle de la maison de loisir où les portes sont ouvertes. Je pense que vous vous adressez à une clientèle, entre guillemets, poquée. Vous l'avez dit, elle est fragile, elle crie au secours. Vous offrez des services spécialisés. Quand on regarde ce qui se fait dans un centre de services sociaux, eux s'adressent à celle-là, mais aussi à celle qui est en besoin de protection parce qu'un parent a abusé d'un enfant, à celle qui, tout simplement, se retrouve sans ressources du jour au lendemain, mais qui n'a pas nécessairement une problématique de mesadaptation sociale. Il reste que, quelque part, ça prend une institution. Est-ce que c'est le centre de services sociaux, est-ce que c'est le CLSC, est-ce que c'est quelque chose de neuf qui devrait assumer cette responsabilité? Je pense qu'il ne faudrait pas laisser l'impression aux membres de la commission que cette responsabilité n'a pas à s'exercer, que vous pourriez la prendre au pied levé, sans que rien ne soit perturbé dans le réseau. Je pense qu'il y a des fonctions qui seraient ainsi oubliées quelque part. Oui, M. Patenaude.

**M. Patenaude:** Je ne serais pas en mesure de vous dire qui devrait la prendre. Est-ce que ce serait nous ou le CSS? Par contre, je crois profondément qu'on devrait se servir de l'expertise que, par exemple, les éducateurs dans nos milieux ont pour aller aider cette clientèle. On le fait. On pourrait vous donner des exemples. M. Langelier en parlait; j'ai aussi des exemples chez nous, où on a des ententes avec le CLSC du coin, où on va les aider, parce qu'ils n'ont pas l'expertise. Quand on aide une clientèle aussi poquée que la clientèle que l'on reçoit, c'est souvent, pour des éducateurs, rafraîchissant

d'aller alder un jeune qui n'est pas très, très "poqué" et avec qui il n'y a pas beaucoup de problèmes dans le fond, qu'ils trouvent ça facile même. Souvent, les solutions se trouvent facilement. Qui devrait coordonner tout ça? Je pense qu'on n'est pas en mesure de vous le dire, mais on devrait se servir de cette expertise-là qui, dans le fond, est une richesse incroyable et dont on ne se sert peut-être pas assez.

**La Présidente (Mme Marois):** Je vous suis tout à fait sur ce terrain-là, je suis tout à fait d'accord. D'ailleurs, dans les écoles lorsqu'on fait du dépistage, on devrait aussi pouvoir intervenir immédiatement sans attendre que le jeune se retrouve en bout de ligne, en bout de piste avec un délit sur le dos et avec un bris de relations avec son milieu environnant, qui devient à ce point grave qu'on doit passer au placement. Il y a aussi toute cette philosophie qui a animé - et je pense qui continue d'animer - les intervenants et les gens qui sont impliqués un peu à l'égard des problématiques sociales. Essayons de laisser le jeune le plus possible - et vous avez sûrement cette préoccupation-là - dans son milieu naturel et aidons plutôt le milieu à être un petit peu plus capable de s'assumer, autonome, indépendant, etc., plutôt que de dire: Morcelons tout ce réseau familial, que ce soit une nouvelle famille ou pas, qui ne donne pas nécessairement les résultats que l'on attend à ce moment-là.

Alors, on vous remercie de votre présentation, de votre intervention qui a sûrement éclairé les membres de la commission. J'inviterais maintenant le prochain groupe, qui est l'Institut de réadaptation de Montréal, à venir présenter son mémoire. On va suspendre nos travaux pour trois ou quatre minutes, le temps que vous preniez place et que tous les membres se rapatrient à la table.

(Suspension de la séance à 17 h 2)

(Reprise à 17 h 7)

**La Présidente (Mme Marois):** Les travaux de la commission vont reprendre. Nous vous souhaitons la bienvenue. Je ne sais pas qui va présenter le mémoire. Est-ce le Dr Voyer ou M. Adam?

**M. Voyer (Jacques):** Je vais le faire, madame.

**La Présidente (Mme Marois):** D'accord, allez-y!

#### Institut de réadaptation de Montréal

**M. Voyer:** D'abord, je veux vous remercier de nous permettre d'exposer le point de vue de notre institution sur l'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux. Comme vous pouvez

le remarquer, je me suis fait accompagner de notre bon directeur général, M. Daniel Adam. La pertinence de plusieurs des questions que j'ai entendues Jusqu'ici aujourd'hui me fait me sentir un peu plus rassuré.

Au fond, ce qu'on veut, c'est vous sensibiliser et sensibiliser essentiellement la commission à un domaine extrêmement méconnu qui est celui de la réadaptation et proposer des solutions et des recommandations qui, nous l'espérons, pourraient aider à améliorer la santé et la qualité de vie des Québécois. Pourquoi est-ce qu'on a cette prétention-là de pouvoir vous sensibiliser à la réadaptation? Parce qu'on est un hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal pour l'enseignement et la recherche en réadaptation, hôpital recevant des personnes devenues handicapées de façon permanente à la suite d'accidents ou de maladie. Notre mission c'est donc de redonner à ces personnes les moyens de vivre de façon plus autonome avec leur incapacité. Nos principales clientèles: des amputés, des paraplégiques, des quadruplégiques, donc, des gens en fauteuil roulant, des gens traumatisés crânio-cérébraux, enfin, des gens ayant souffert ce qu'on appelle des accidents cérébro-vasculaires: quand vous entendez parler de thromboses cérébrales, d'embolies cérébrales, de rupture d'anévrisme cérébral, c'est de cette clientèle-là dont on parle sous ce terme-là.

Notre hôpital est reconnu pour son excellence en technologie destinée aux personnes handicapées. À titre d'exemple, c'est à l'Institut de réadaptation de Montréal que s'est fait le développement du contrôle céphalique de conduite des fauteuils roulants électriques, si vous voulez. Quand une personne est à ce point handicapée, qu'elle ne peut mener son fauteuil roulant par un contrôle manuel, on a pu développer un contrôle céphalique qui permet de le faire. Autre exemple de prothèses, celles qui permettent à des gens amputés de faire de l'alpinisme. C'est une prothèse qui a aussi été développée à l'Institut. D'ailleurs, à ce sujet, l'an passé, l'Institut a reçu le prix Walter Dinsdale une espèce de prix d'excellence dans le domaine du développement de technologie de réadaptation qui a une espèce de réputation pancanadienne. De plus, notre hôpital est doté du plus important centre de recherche en réadaptation du Québec. Nous avons une équipe d'une douzaine de chercheurs qui oeuvrent, avec au total une soixantaine de personnes, encore une fois, dans le domaine de la recherche en réadaptation.

En ce qui concerne nos commentaires sur l'avant-projet de loi, nous avons essentiellement cinq points. Le premier de ces commentaires porte sur la définition du centre de réadaptation, c'est l'article 31. Je vous lis cet article: "Le centre de réadaptation est une installation où l'on offre en interne, à l'externe ou à domicile, des services d'adaptation et de réadaptation, de réintégration à des personnes dont l'état, en

raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre caractériel, psychosocial ou familial est tel qu'elles doivent être protégées, soignées ou gardées en résidence protégée, à l'exception d'une installation maintenue par une institution religieuse pour y recevoir ses membres ou adhérents.

Eh bien, pour nous, en guise de commentaires, la définition d'un centre de réadaptation, telle qu'indiquée dans cet article, va tout à fait à rencontre de la notion d'autonomie des personnes, d'"autonomisation" des personnes, devrais-je plutôt dire, qui est une notion absolument de base en réadaptation, et cet article le fait en utilisant des termes comme "protéger", "soigner", "garder en résidence protégée" des personnes avec des déficiences. Il nous semble qu'on confond alors centre de réadaptation avec centre d'accueil et hôpital pour malades chroniques. Nous recommandons donc d'évacuer ces termes pour parler du centre de réadaptation comme d'une institution orientée vers la maximisation de l'autonomie de personnes atteintes d'incapacités, de déficiences ou de handicaps en favorisant ainsi l'adaptation, la réadaptation et la réintégration de ces personnes à la vie en société.

Notre deuxième commentaire porte sur les articles 34 et 37, définitions de centre hospitalier universitaire et d'institut universitaire. Je ne vous lirai pas les articles 34 et 37, mais j'irai plutôt directement à notre commentaire qui est le suivant. Les définitions de centre hospitalier universitaire et d'institut universitaire devraient être similaires. En effet, un institut universitaire est un hôpital universitaire possédant généralement une seule spécialité, mais il n'est pas différent du centre hospitalier universitaire en termes d'expertise dans son domaine particulier. Les instituts doivent représenter et maintenir l'excellence dans leur domaine particulier pour avoir un statut universitaire et ils devraient répondre à ces quatre critères qu'avait déjà annoncés, je crois que c'est Mme Lavôie-Roux, M. Adam, et qui étaient les suivants: une clientèle spécialisée; un enseignement de niveau universitaire; recherche reconnue par les organismes subventionnés; évaluation et développement des technologies. Notre recommandation, c'est, comme vous pouvez la lire, que les définitions d'hôpital et d'institut universitaires soient les mêmes et qu'elles aillent dans le sens de l'article 34, avec la nuance qu'un institut universitaire dispense des services spécialisés dans une ou quelques disciplines.

Notre troisième commentaire porte sur les conseils d'administration unifiés. Là-dessus, ce qu'on à dire, c'est que le regroupement des conseils d'administration de différentes institutions à l'intérieur d'un même territoire de CLSC est un concept attrayant qui peut permettre d'établir une certaine complémentarité entre les établissements concernés. Cependant, le concept

nous semble, toutefois, parfois difficile d'application, particulièrement dans les régions urbaines, particulièrement, en fait, devons-nous le dire, à Montréal parce qu'il suscitera un grand nombre d'exceptions en raison des particularités propres à certains établissements, comme les divisions linguistiques et les spécialités suprarégionales. Il pourrait devenir une exception au lieu d'être la règle, en fait. Notre recommandation est donc que le concept de regroupement des conseils d'administration soit maintenu, mais qu'en pratique il soit nuancé pour tenir compte des particularités régionales, surtout dans les centres urbains, un peu comme nos prédécesseurs à cette table l'ont proposé tout à l'heure, je pense.

(17 h 15)

Notre quatrième commentaire porte sur la composition des conseils d'administration. Le conseil d'administration d'un hôpital ou d'un institut universitaire devrait, à notre avis, maintenir la présence des trois représentants de la corporation propriétaire, en tout ou en partie, des actifs immobiliers, au lieu de réduire cette présence à deux personnes. Ces personnes sont, en effet, souvent issues d'un milieu différent de celui du réseau public et peuvent, en conséquence, apporter une grande richesse d'expertise aux établissements. S'en priver ou réduire leur nombre n'apporterait, à notre avis, que désavantages, comme nous le soulignons dans notre mémoire.

Nous croyons aussi, par ailleurs, que la participation du personnel de la direction générale et des médecins devrait être maintenue sur les conseils d'administration, notamment pour ceux des hôpitaux et des institutions universitaires à cause, en particulier, de leur vocation d'enseignement et de recherche. Autrement, les conseils risquent d'être désincarnés des réalités quotidiennes des établissements et de perdre ainsi des sources d'information viables et fiables.

La recommandation devient donc que le conseil d'administration des hôpitaux et des instituts universitaires maintienne au nombre de trois les membres de la corporation et qu'il continue d'inclure la participation des médecins et du personnel de l'établissement.

Notre dernier commentaire, c'est le clou sur lequel on veut taper, au fond. C'est, encore une fois, de repartir de ce qui nous apparaît comme vraiment un domaine très méconnu dans le secteur de la santé, celui de la réadaptation. M. Chevrete le rappelait tout à l'heure très bien, notre population vieillit, et les statistiques, il les donnait beaucoup mieux encore que je ne pourrais le faire; mais, autre statistique, après 65 ans, 35 % des femmes et 25 % des hommes sont confrontés à une déficience ou à une incapacité. Autre statistique assez troublante, le Canada, de tous les pays industrialisés, est celui qui connaît le plus haut taux d'institutionnalisation de ses personnes âgées. On parle de 9,5 % versus 6 % en Australie, 5,3 % aux États-Unis et, finale-

ment, 5 % au Royaume-Uni. Les impacts, tant sur la qualité de vie de ces citoyens que sur notre système de santé en termes d'engorgement et d'augmentation de la demande et des besoins financiers, n'en sont que plus énormes.

Autre idée à l'appui d'une meilleure reconnaissance de la réadaptation, c'est que, comme vous le savez tous, les modes de traitement plus efficaces, les technologies sophistiquées et l'augmentation de la qualité des soins ont fait qu'on a peut-être diminué le nombre des décès mais qu'on a probablement aussi augmenté la morbidité reliée à la chronicité. À titre d'exemple, on sait que les accidents de la route constituaient en 1988 la première cause de décès de la population âgée de 1 à 38 ans. Or, en 1987, on me disait que pour chaque décès par traumatisme il y avait 26 personnes qui vivaient avec une restriction d'activités à cause d'un accident. C'est une statistique diablement troublante, ça.

Autre point dans notre plaidoyer pour la réadaptation, c'est celui des données du dossier Accès, du Conseil régional de Montréal publié tout à fait dernièrement et qui disait, à la suite d'une étude entreprise sur une année auprès de 20 centres de réadaptation et de soins de longue durée, que seulement 4 % des personnes présentant des incapacités avaient eu accès à des programmes de réadaptation. Où étaient les autres? Dans les urgences, dans les lits de courte durée, les centres d'accueil, végétant à domicile? En tout cas, beaucoup de recherches étaient souvent mobilisées inutilement ou pas mobilisées suffisamment.

L'étude recommandait finalement d'augmenter la capacité d'accueil des établissements de réadaptation jusqu'à 12 % de la population présentant des incapacités significatives et persistantes.

Qu'est-ce qu'on recommande par rapport à tout ça? Bien sûr, l'éducation de la population pour une plus grande prévention des maladies et des accidents et pour la promotion de la santé de cette population - les campagnes antitabagisme vont bientôt prouver le bien-fondé d'une telle campagne - mais aussi, bien sûr, la réadaptation, qui encore une fois vise à redonner l'autonomie aux personnes et à diminuer les effets morbides de la chronicité. La qualité de vie des citoyens s'en trouve ainsi améliorée et les coûts d'institutionnalisation, souvent de beaucoup diminués. On vous dit: Écoutez, c'est un investissement, la réadaptation. Essentiellement, pour en revenir à une phrase de notre mémoire au tout début, il ne s'agit pas que d'ajouter des années à la vie, mais aussi ajouter de la vie aux années. Voilà, c'est tout.

**La Présidente (Mme Marois):** Je vous remercie de votre présentation. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci beaucoup de votre présentation. Je vous poserais peut-être d'abord quelques questions pour mieux vous situer. Vous avez parlé tout à l'heure de clientèle chez vous qui était une clientèle qui pouvait à l'occasion être accidentée. Vous y avez fait allusion. Est-ce que ça s'adresse davantage aux personnes âgées, aux jeunes? Quelle est la proportion des clientèles avec qui vous avez à traiter?

**M. Voyer:** Daniel, là-dessus, as-tu tes statistiques?

**M. Adam (Daniel):** M. le ministre, je pourrais vous dire que notre clientèle est une clientèle mixte, à savoir que les clientèles qui viennent chez nous à la suite d'accidents sont généralement des clientèles jeunes. On pense notamment aux paraplégiques, aux quadruplégiques, aux traumatisés crânio-cérébraux dont la moyenne d'âge est de l'ordre d'à peu près 25 ans. Ce sont des jeunes. Ça représente une bonne partie de notre clientèle. Les autres clientèles que nous recevons sont des clientèles qui sont devenues handicapées de façon permanente, comme le signalait le Dr Voyer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, donc, accidents cérébro-vasculaires ou amputation due à des problèmes vasculaires, entre autres.

Évidemment, on reçoit aussi des amputés qui sont des personnes qui sont devenues amputées, d'une façon ou d'une autre, des membres inférieurs ou des membres supérieurs à la suite d'un accident. Alors, c'est une clientèle qui est mixte et je vous dirais que la moyenne d'âge chez nous est d'à peu près 45 ans. Ce n'est pas une population âgée.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est un domaine qui m'intéresse particulièrement compte tenu du fait qu'antérieurement - dans ma vie antérieure - j'étais responsable de la Régie de l'assurance-automobile et, évidemment, la Régie a fait beaucoup d'efforts pour faire de la réadaptation parce qu'elle croyait qu'investir là-dedans c'était bien investir. J'ai eu l'opportunité aussi de visiter l'hôpital du Sacré-Coeur. Ce qui m'avait particulièrement frappé à l'époque, c'était le nombre très impressionnant de jeunes qui étaient accidentés de la route pour toutes sortes de causes, consommation de toute nature, et de voir ces éléments de jeunesse totalement ou presque totalement détruits. Donc, c'est un élément qui m'intéresse. Est-ce qu'il y a un lien avec la Régie de l'assurance automobile et de quelle nature est-il sur le plan de la recherche, sur le plan de la contribution que peut vous apporter la Régie?

**M. Adam:** Écoutez, la Régie de l'assurance automobile du Québec nous apporte de l'aide à nous et à différents établissements dans le

continuum, en fait, parce que nous, chez nous, on reçoit les clientèles immédiatement à la sortie de l'hôpital et nous avons donc un certain nombre de places dans un des programmes que la Régie avait mis de l'avant à l'époque où vous étiez ministre, qui sont des programmes pour les traumatisés crânio-cérébraux. Autrement, nous ne recevons pas d'aide de la RAAQ, parce que finalement l'argent de la RAAQ est transféré au fonds consolidé qui le verse au ministère et dont nous avons ces sommes.

Par ailleurs, nous avons également à l'institut un programme de recherche financé par la Régie de l'assurance automobile du Québec, via le FRSQ, Fonds de la recherche en santé du Québec, pour faire deux choses. Premièrement, principalement développer des outils d'évaluation longitudinaux pour évaluer et mesurer le progrès des personnes handicapées. Donc, c'est un financement que nous recevons évidemment via le FRSQ par la Régie de l'assurance automobile du Québec, qui est d'à peu près 250 000 \$ par année, sur quatre ou cinq ans.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, quand on aborde l'aspect de la recherche, c'est un aspect qui est aussi intéressant. Vous nous avez dit tout à l'heure, docteur, que vous aviez douze chercheurs. Quelle est l'importance de la vocation recherche chez vous? Quelles sommes sont affectées et d'où proviennent-elles?

**M. Voyer:** Encore là, très heureux d'avoir mon directeur général avec moi. Il va vous donner les chiffres.

**Une voix:** Ha, ha, ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, j'ajouterais un volet à ma question...

**Une voix:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...on a parlé avec des gens, précédemment, du consortium - parce que je ne crois pas, moi, qu'on puisse faire de la recherche de manière isolée - on a parlé du consortium et j'aimerais vous entendre là-dessus, si c'est la solution de l'avenir, parce qu'on ne pourra pas reconnaître tout le monde. Je ne dis pas que c'est votre cas, là, mais tout le monde qui vient veut être institut ou veut être centre universitaire. Alors, je comprends que chacun veuille défendre sa situation particulière, mais il est bien évident qu'on ne pourra pas reconnaître tout ça, si le consortium ne nous apparaît pas une solution intéressante quant à la reconnaissance de la recherche.

**M. Adam:** Écoutez, je vais reprendre votre dernier propos, si vous me le permettez. Je pense que la question de la notion des instituts universitaires, il ne faut pas non plus la revendiquer

pour échapper à l'uniformisation des conseils d'administration. Ça, pour moi, c'est extrêmement important parce qu'un institut universitaire, comme un hôpital universitaire, ça doit représenter l'excellence dans son domaine. Bon. Je pense que le Dr Voyer l'a souligné tantôt.

En ce qui concerne la recherche à l'Institut, nous avons une douzaine de chercheurs qui sont, pour beaucoup, à temps complet. Le FRSQ subventionne à l'Institut également, pendant les cinq prochaines années, un chercheur boursier par année, hors quota, ce qui est extrêmement important, parce qu'un chercheur boursier, pendant les trois ans, fait sa recherche à plein temps chez nous et donc, évidemment, ce nombre-là va s'accroître. Le Dr Voyer vous disait que nous avons une soixantaine de personnes qui gravitent autour du centre de recherche dans le sens des assistants de recherche, notamment, et de tout le personnel technique. Le centre de recherche occupe une place extrêmement importante à l'Institut; je ne vous dirais pas en termes de financement du FRSQ, parce qu'on reçoit un budget d'infrastructure du FRSQ, mais les fonds obtenus des organismes subventionnaires et, donc, les fonds que nous obtenons au centre de recherche de l'Institut sont des fonds qui proviennent d'organismes subventionnaires dotés de comités de pairs, et ça c'est, à mon avis, un critère extrêmement important pour déterminer évidemment la qualité ou non d'une recherche.

Nous avons donc, l'année dernière, pratiquement et pas très loin de 1 000 000 \$ en termes de subventions qui nous étaient versées pour la recherche. Alors, c'est un secteur, chez nous, qui est extrêmement important, qui s'est développé de façon extrêmement importante au cours des années et nous oeuvrons également, dans le domaine de la recherche, dans trois champs principaux, à savoir: un, les aides technologiques - le Dr Voyer le soulignait - deux, toute la recherche biomédicale. Et je vous entendais dire, M. le ministre, tantôt, au sujet de la recherche biomédicale, que c'était beau, le biomédical, mais qu'il y avait d'autres choses, et je le conçois également, sauf que le biomédical, c'est souvent la base, parce que c'est à partir du biomédical que nous évaluons à terme, essentiellement, la qualité des traitements que nous donnons aux personnes handicapées. Et nous oeuvrons, comme troisième axe de recherche, dans le domaine de la neuropsychologie, notamment avec le projet de la Régie de l'assurance automobile du Québec.

En ce qui concerne les réseaux de recherche en réadaptation, je pourrais vous dire deux choses, et ce sont peut-être deux opinions un peu contradictoires, direz-vous. La première, c'est que nous, quand ça c'est arrivé, on s'est dit: Pourquoi le FRSQ ne veut-il pas développer dans des endroits qui ont déjà beaucoup d'expertise dans ce domaine-là l'ensemble des recher-

ches en réadaptation? Bon, le FRQS a choisi de le faire de façon différente via les réseaux, ce que je respecte, et nous sommes donc, l'Institut, membre du Réseau de recherche en réadaptation de Montréal et de l'Ouest du Québec. Et je pense que, en y réfléchissant par la suite, je me suis dit: Ce n'est pas une mauvaise chose, les réseaux, parce que ça va permettre de développer une recherche qui est souvent oubliée, qui est tout le domaine psychosocial, mais la développer de façon scientifique, avec des subventions de recherche par des comités de pairs, notamment Santé et Bien-être Canada, Fonds de la recherche en santé du Québec, CRSNG au niveau fédéral. Donc, ce réseau-là auquel nous participons va permettre de développer à terme une recherche de qualité dans le domaine psychosocial et il ne pourra pas en être autrement, de toute façon, parce qu'il y a tellement de déficiences représentées autour de la table - on parle des personnes âgées, de déficience visuelle, auditive et physique - qu'on va devoir s'axer vers des thèmes communs de recherche, et je pense que la création des réseaux est une bonne chose, donc, en définitive.

**M. Côté (Charlesbourg):** Peut-être deux petits commentaires sur des points spécifiques que vous avez abordés au niveau de la définition de "centre de réadaptation". Je pense qu'il faut revoir la définition et, sans vous dire pour autant qu'on puisse garder la vôtre, je pense qu'on admet volontiers que des choses peuvent être corrigées, certaines choses, et elle sera donc retouchée.  
(17 h 30)

Deuxièmement, lorsqu'on parle, à la page 8, de centre hospitalier universitaire et d'institut universitaire, est-ce que je dois comprendre de votre recommandation que vous admettez qu'il doit y avoir une distinction entre le centre hospitalier universitaire et l'institut? Règle générale, un centre hospitalier universitaire, c'est multidisciplinaire, sur le plan de la recherche. Alors que, dans le cas de l'institut, c'est un secteur de recherche, règle générale. Ce qui me fait peur un petit peu dans votre définition, c'est que vous dites: "Avec la nuance qu'un institut universitaire dispense des services spécialisés dans une ou quelques disciplines médicales." Évidemment, quand on ouvre la porte à quelques disciplines médicales - avec un s - on peut devenir multidisciplinaire très rapidement. Mais pour autant qu'on se comprenne bien qu'il doit y avoir une distinction entre centre hospitalier universitaire et institut, je pense qu'on est capables de faire un certain bout de chemin.

**M. Voyer:** C'est qu'une pointe d'excellence peut être multidisciplinaire. Par exemple, l'approche en réadaptation, c'est nécessairement multidisciplinaire, M. le ministre. C'est dans ce sens-là qu'on dit ça. Ce n'est pas pour dire que

l'Institut de réadaptation doit devenir un institut de neurologie, de réadaptation de coeur, et de ceci et de cela. Ce n'est pas dans ce sens-là qu'on le disait. C'est vraiment pour inclure différentes disciplines dans ce secteur bien particulier.

**M. Côté (Charlesbourg):** Peut-être un dernier commentaire, parce qu'il y a d'autres recommandations. Ce que je constate du mémoire et du ton du mémoire, c'est que ce n'est pas catégorique. Évidemment, on est toujours tenté, dans ce genre d'exercice, de dire: Écoutez, c'est totalement pas bon, ce que vous nous proposez. Ce que je trouve, c'est qu'au moins vous ouvrez la porte et vous dites: Oui, il y a peut-être possibilité d'unifier un certain nombre de choses. Ce n'est pas totalement bon, mais c'est aussi pas totalement mauvais. Il y a donc des possibilités. C'est un ton que j'accepte volontiers et avec lequel on va composer.

Donc, il y a possibilité d'éviter des duplications parce que notre système est un système qui est fait de façon telle où il y a de la duplication. Et, inévitablement, ça veut dire des coûts aussi, la duplication. Donc, il faut viser davantage la complémentarité; je ne sais pas si on réussira, mais on va essayer d'avoir le bénéficiaire comme objectif. À ce moment-là, je pense que les structures, c'est un moyen. Quant à moi, je peux prendre l'efface et toutes les effacer. Évidemment, quand j'efface des structures, ça met plus d'argent dans la cagnotte pour les vrais besoins. Mais, évidemment, ça ne se fait pas du jour au lendemain et ce n'est pas toujours évident qu'on peut faire ça aussi facilement. Donc, ce qu'on vise, c'est éviter les duplications, les éliminer et faire en sorte qu'on ait toujours à l'esprit le bénéficiaire. Et, si jamais on a ça à l'esprit, je pense que ceux qui se sentent visés par des changements de structures, des regroupements, dans la mesure où chacun tire profit de l'expérience des autres... On en a eu un exemple tantôt. Les centres de réadaptation sont venus nous dire: Écoutez, si on applique votre proposition de conseil d'administration unifié, nous, on est 17... Bon, le ridicule démontrait que ça n'avait pas de bon sens dans ces cas-là, mais qu'il y avait quand même des critères qui pouvaient exempter des regroupements, j'allais dire monstrueux, qui ne régleraient pas nécessairement tous les problèmes, non plus. Merci

**La Présidente (Mme Marois):** Oui, M. Adam, je pense que vous vouliez ajouter quelque chose.

**M. Adam:** M. le ministre, en terminant, je pense comme vous au niveau des structures. Je pense que les structures engendrent les structures. Il faut, au niveau de l'avant-projet de loi, à mon avis, minimiser l'aspect structurel de l'avant-projet de loi pour faire en sorte que les

établissements puissent agir de façon complémentaire, notamment, et mes prédécesseurs le disaient, au niveau des plans de services auprès de la clientèle. Je pense que ce n'est pas... J'ai peut-être deux reproches à faire à l'avant-projet de loi dans ce sens-là. Le premier c'est, comme l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'hyperréglementation qu'on retrouve au niveau de l'avant-projet de loi et de la loi actuelle, d'une part. D'autre part, en créant les régies régionales, il faut faire attention de ne pas recréer de ministères de la santé et des services sociaux dans chacune des régions. C'est extrêmement important parce que c'est déjà extrêmement lourd à porter, dans les régions, les conseils régionaux. Il ne faut pas, donc, multiplier à l'infini ce type de structure là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, la volonté de ça - parce qu'il y en aura effectivement, un pouvoir régional - c'est de leur donner suffisamment de pouvoir pour qu'ils puissent décider des choses. Ce dans quoi sont empêtrés à l'occasion les CRSSS, malgré leur bonne volonté, c'est que, consultatif... Évidemment, tant et aussi longtemps que les institutions vont se dire et pouvoir se dire: Tu peux toujours nous consulter, tu peux toujours nous recommander des choses, mais on a un droit d'appel au ministre et si ça ne fait pas avec toi, quand tu nous auras dit non, on ira faire dire oui au ministre par toutes sortes de pressions: pressions politiques, de "chums" qu'il connaît, de mes "chums" à moi qu'il connaît, peu importent les critères... Évidemment, tant et aussi longtemps que ce droit d'appel va demeurer, on va être dans une situation où le pouvoir régional ne pourra pas exercer la concertation et l'élimination de certaines structures doubles. C'est ce défi, évidemment, étant confrontés aussi à la Loi sur l'administration financière où l'imputabilité devient extrêmement importante et c'est le ministre qui doit répondre en tout temps.

Donc, c'est un exercice qui n'est pas facile. La volonté politique est là de donner plus de pouvoir pour faire en sorte qu'il y ait moins d'arbitrage au central et plus de pouvoir dans les régions de façon à ce que la région puisse s'exprimer, parce qu'elle connaît ses besoins beaucoup mieux que le pouvoir central et qu'elle puisse prioriser les champs dans lesquels elle veut oeuvrer. Ça m'apparaît très très important. Pierre-Boucher et Charles-LeMoine nous ont donné la démonstration il n'y a pas tellement longtemps, que, au lieu de se chicaner, ils avaient compris que, s'ils se parlaient et qu'ils étaient complémentaires, ils pourraient probablement en tirer davantage. Ça c'est une belle leçon. Je pense que dans le réseau, dans la mesure où tout le monde va tirer cette leçon, et qu'on donne des pouvoirs sur le plan régional à une régie ou un organisme qu'on appellera je ne sais pas trop

comment... Donner les pouvoirs, mais pas créer, comme vous le craignez, ou vous le dites, pas créer un pouvoir omnipotent sur le plan régional. Il faudra que ça se balise aussi un peu.

**M. Adam:** On se comprend bien.

**La Présidente (Mme Marois):** M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

**M. Trudel:** Merci, Mme la Présidente. Brièvement, parce que les questions ont été assez précises quant aux aspects que vous nous présentez aujourd'hui, je voudrais commencer d'abord par vous dire que, moi qui suis d'une région périphérique, j'ai comme l'impression qu'on connaît bien - même si je sais qu'on le connaît peu, finalement, dans le détail - l'Institut de réadaptation de Montréal parce qu'on a beaucoup de personnes qui effectivement, dans nos familles ou aux alentours, dans nos milieux de vie, sont passées par votre institut. Je ne me souviens pas d'avoir eu un commentaire négatif. Il y en a sûrement eu, comme dans n'importe quelle institution, mais ne prenons que le positif. Je vous dis que je n'ai entendu que ces types de commentaires quant au travail que vous faites. On comprend, à cet égard, que vous placez au centre de vos préoccupations, dans votre mémoire court, qui a le mérite - et je suis d'accord avec le ministre là-dessus - d'être souple, intelligent et d'aller directement aux affaires, tout en laissant de l'espace à la réflexion... J'ai comme l'impression que c'est une philosophie dans votre maison et c'est tout à votre honneur de nous amener ça comme cela. Quoique, étant issu du milieu universitaire, je vais aller tout de suite en contradiction avec moi-même et vous poser un peu de questions pour avoir un peu plus de précision sur les recommandations que vous nous faites. Il y a beaucoup de monde, dans l'ensemble du réseau, qui vous envie comme institut, ou les hôpitaux universitaires, parce qu'au départ vous conservez vos conseils d'administration, avec des modifications. Des personnes qui sont passées ici, des institutions, des établissements aimeraient bien avoir, je dois vous le dire, aimeraient bien conserver le privilège qu'elles ont actuellement d'avoir leur propre organisation, leur propre conseil d'administration.

Quand vous dites dans votre recommandation que, oui, les conseils d'administration unifiés ça peut faire de l'allure pour amener la complémentarité, mais qu'il faudrait y retrouver, avoir la permission, en quelque sorte, d'y inclure les particularités régionales, est-ce que finalement vous n'êtes pas en train de nous dire: Écoutez, une institution avec son conseil d'administration, c'est encore ce qu'il y a de meilleur? Il y a toute une série de choses, une philosophie, une culture, des objectifs particuliers et que, s'il faut souhaiter la complémentarité, ce

ne soit pas au prix de faire disparaître les gens qui sont autour de la table pour administrer une chose, un établissement.

**M. Voyer:** Sûrement pas au détriment du dynamisme des institutions en question et, en tout cas, par rapport à des institutions d'ordre universitaire, encore une fois, vous savez, diable, les vocations de recherche et d'enseignement, ça ne peut pas non plus se remplir par... Ce ne sont pas des mandats qui peuvent être tenus, des responsabilités qui peuvent être tenues par des gens qui ne sont pas au courant de ces réalités-là de façon quotidienne et régulière. C'est, entre autres, dans ce sens-là qu'on dit ça. Il y a quand même des expertises qui ne sont pas à négliger à l'Intérieur des boîtes elles-mêmes. S'assurer que tout ça est bien tenu, bien dirigé, c'est une bonne façon - au niveau des conseils d'administration, on donne à ces gens-là une voix - de l'assurer.

**M. Adam:** Je voudrais ajouter, si vous le permettez, que dans ce que nous disons, c'est que l'avant-projet de loi veut favoriser la concertation et la complémentarité. Une façon de le faire, ça a été de dire: Unifions les conseils d'administration de façon à ce qu'on évite les chicanes de clocher entre les établissements. Nous pensons, de façon très philosophique et très globale, que ce n'est pas une mauvaise chose en soi, O. K. ? Mais, par contre, il y a certains établissements, notamment dans les régions urbaines, et on pariait de Montréal, qui ont des particularités notamment suprarégionales, qui ont des particularités linguistiques et qui ont, par exemple... On peut retrouver, dans le territoire d'un CLSC, un CLSC, un hôpital et un établissement pour les personnes déficientes visuelles ou déficientes auditives. Donc, évidemment, ça ne colle pas pantoute parce que ces gens-là vont chercher des clientèles un peu partout. Ce que nous disons, c'est que nous ne sommes pas contre le concept, mais je pense que ça mérite peut-être d'être creusé davantage parce qu'il y a des régions, notamment les régions urbaines, qui sont tellement particulières qu'il faudrait peut-être étudier davantage le concept; c'est ce que nous disons.

**M. Trudel:** J'ajoute - ce n'est pas votre opinion, je ne vous le fais pas dire - qu'il y a peut-être suffisamment de particularités et de démonstrations qui ont été faites à cette commission pour ouvrir d'autres voles pour retrouver la complémentarité que celle de fondre les conseils d'administration pour une foule de raisons. Par exemple, ce n'est pas toujours le conseil d'administration qui, effectivement, mène dans l'institution, compte tenu de ce qu'il y a comme personnel et comme type de travail qu'on fait dans l'institution. Il ne me semble pas que la meilleure façon... Pour atteindre cette com-

plémentarité - pour éviter, oui, la duplication; pour éviter des coûts de système - ce n'est peut-être pas la meilleure approche. Il y a suffisamment de démonstrations qui ont été faites, oui, vous avez raison, par ailleurs, pour trouver la complémentarité à travers d'autres modèles peut-être beaucoup plus simples que cela et qui ne désresponsabiliseraient pas les institutions et les membres des conseils d'administration qui administrent ces institutions.

Je ne voulais pas poser de questions sur la régie, mais, dans la dernière réponse au ministre, vous y avez touché. Alors, vous ouvrez la porte et on va poser une question là-dessus. Vous dites: Il ne faudrait pas que les régies régionales deviennent douze, treize, quatorze ou quinze petits ministères de la santé et des services sociaux. C'est donc l'impression première que vous avez quand vous lisez l'avant-projet de loi, qu'on serait peut-être en train de reproduire et qu'on va continuer à augmenter le nombre de niveaux administratifs au lieu de tendre à le diminuer.

**M. Adam:** Je vous dirais que ce n'est pas ce que j'ai vu dans l'avant-projet de loi, c'est plutôt mon expérience. Et je vous parle d'expérience pour vivre dans une région qui est celle de Montréal et où tout est extrêmement lourd et laborieux. Mon commentaire visait à indiquer qu'il faudrait éviter de maintenir ou de recréer d'une autre façon cette lourdeur qui crée de la "structurité" et qui crée de la "comitite" et des comités à n'en plus finir et qui font en sorte qu'on fait des comités pour faire des comités et pour étudier le comité suivant. Bon. Alors, c'était le sens de mon commentaire.

**M. Trudel:** Est-ce qu'on s'entendrait si l'on disait oui à de nouvelles structures, mais il va falloir qu'il y en ait d'autres qui disparaissent s'il y en a de nouvelles qui apparaissent? Si on ne fait qu'ajouter aux structures, on tombe inévitablement dans ce que vous décrivez et il va falloir qu'il y ait des propositions de dégraissage si on change les niveaux.

**M. Adam:** Écoutez, je vous répondrai en vous disant ceci: À mon avis, pour utiliser une expression anglaise, pardonnez-moi, il faut procéder à un "streamlining" dans l'ensemble des structures dans le réseau de la santé et des services sociaux. Donc, aplanir les structures et faire en sorte - et je reprends votre expression - faire en sorte de ne pas créer de nouvelles structures par-dessus les anciennes structures, mais au moins les remplacer et de façon probablement, je l'espère, plus efficace.

**M. Trudel:** Encore une fois, s'il y a quelque chose qui apparaît, il va falloir qu'il y ait quelque chose qui disparaisse quelque part.  
(17 h 45)

**M. Adam:** Je présume.

**M. Trudel:** Voilà! Au niveau de la recherche. Une petite question au niveau de la recherche: Êtes-vous admissibles, vos équipes sont-elles admissibles au CRSNG ou au CRSH?

**M. Adam:** Oui.

**M. Trudel:** Grosso modo, votre budget de recherche comme tel, vous parliez de douze chercheurs à temps complet tantôt, c'est de quel ordre à peu près?

**M. Adam:** Écoutez, je vous dirai que notre budget d'infrastructure comme tel, reçu du Fonds de la recherche en santé du Québec, est de l'ordre d'à peu près 160 000 \$ pour faire fonctionner l'infrastructure du centre.

**M. Trudel:** Ah, bateau!

**M. Adam:** Mais par contre, évidemment, nos fonds de recherche sont annuellement de l'ordre de plus ou moins 800 000 \$ à 1 000 000 \$ avec lesquels, évidemment, nous pouvons financer à la fois de nouvelles recherches et aider également à financer l'infrastructure du centre de recherche ou son fonctionnement. Évidemment pour chaque chercheur dans un centre de recherche il y a toujours quatre ou cinq personnes autour du chercheur, à savoir notamment un ou deux assistants de recherche, un technicien, des équipements de laboratoire, du personnel de secrétariat, etc. Alors, c'est très lourd à porter la recherche, ça demande beaucoup de financement.

**M. Trudel:** Ce sont les coûts indirects de la recherche.

**M. Adam:** Les coûts indirects de la recherche sont extrêmement importants.

**M. Trudel:** Est-ce que le gros des montants d'argent que vous venez de nous donner, de l'ordre de 800 000 \$ à 1 000 000 \$ ou aux alentours, est-ce que vous le tirez essentiellement des grands conseils nationaux, le CRSH et le CRSNG?

**M. Adam:** C'est exact.

**M. Trudel:** Oui. Est-ce que vous estimez que vous avez votre juste part dans le sens suivant, non pas dans le sens de la grande bataille qu'on mène sur l'argent du fédéral pour la recherche et le développement au Québec, mais dans le sens qu'on sait comment sont attribuées ces subventions-là par les comités disciplinaires? Est-ce que vous avez l'impression d'avoir votre juste place et votre juste part à partir des décisions de ces comités disciplinaires? Parce que, finale-

ment, je pense qu'on pourrait s'entendre en disant: Vous n'êtes pas la grosse équipe, vous faites de l'excellent travail, mais vous êtes une équipe relativement spécialisée et ça, ça amène généralement, je le sais, des problèmes au niveau des grands conseils subventionnaires. Avez-vous l'impression de tirer tout ce que vous devriez tirer de ces fonds nationaux de recherche?

**M. Adam:** Pas du tout. Je pourrais vous dire que les fonds nationaux de recherche sont orientés surtout sur le médical et le biomédical. Donc, essentiellement, la recherche en réadaptation est une recherche que je qualifierais de multidisciplinaire dans le sens qu'elle touche plusieurs aspects de la personne; elle touche le médical, elle touche le social. Quand on arrive, par exemple, à Santé et Bien-être Canada, pour se faire financer des projets de recherche, on se fait rejeter souventefois, évidemment, pour beaucoup de soumissions parce que nos recherches sont à vocation multidisciplinaire et que ça n'entre pas, finalement, dans un cadre qu'on qualifierait de médical et très biomédical. Par contre, tout ce qui est très biomédical est très bien financé; il n'y a pas de problème. Mais on n'a pas notre juste part, non.

**M. Trudel:** Notre façon de faire les choses ne cadre pas tout à fait...

**M. Voyer:** Mais, en cela, vous le savez, dans le fond, c'est pour ça que, quand le ministre soulevait la question du consortium, c'est une initiative québécoise qui est vraiment à souligner et dont nos législateurs doivent être félicités parce que tout le problème de la recherche en réadaptation est dans le sens que M. Adam vient de le dire, c'est que, étant multidisciplinaire, on est régulièrement, comme tel, rejeté auprès des conseils disciplinaires en question. Aussi, dans le domaine de la réadaptation, plusieurs des disciplines sont essentiellement cliniques; il s'est formé très peu de chercheurs. C'est pour ça que c'est petit à petit que ça se fait. Mais, justement, on y vient avec les années. Il y a, dans le domaine des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et pour nommer ces deux disciplines, de plus en plus de chercheurs chevronnés qui apparaissent. Mais, pour favoriser le développement de ces chercheurs, il fallait d'abord des fonds et c'était extrêmement difficile, puisque ces disciplines s'inscrivaient dans des recherches à caractère multidisciplinaire. Ça demeure un problème critique et vraiment, là-dessus, je dois vous dire qu'on ne peut pas faire autrement qu'être pour le consortium et espérer que vous continuerez à le faire fructifier.

**M. Trudel:** Une toute petite dernière.

**La Présidente (Mme Marois):** Une toute

petite.

**M. Trudel:** Vous recommandez donc, à la toute fin, que le conseil d'administration des hôpitaux et des instituts universitaires continue d'être composé en particulier des membres des corporations et continue d'inclure la participation des médecins et du personnel de l'établissement. Évidemment, vous le faites dans le cadre de vos institutions, de votre type d'institutions, mais est-ce que ça vaut pour tout le monde, ça, pour tous les types d'institutions? Quant à vous, est-ce que ça vaudrait pour tout le monde?

**M. Adam:** En ce qui me concerne, oui, parce que je pense que, si on veut éviter de désincerner le conseil d'administration des réalités quotidiennes, il serait souhaitable qu'on continue d'avoir la participation de membres internes au conseil d'administration. Mais peut-être avec une nuance pour éviter, finalement, les batailles dans les conseils d'administration entre le syndicat, les médecins et les autres, faire en sorte que les gens qui viennent au conseil d'administration et qui proviennent de l'établissement s'engagent au moins à adhérer aux objectifs de l'établissement et à travailler comme des administrateurs au sens large et non pas travailler pour sa paroisse, par exemple, le syndicat ou le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Cette nuance est importante mais, oui, on le favorise.

**M. Trudel:** Très bien. Merci beaucoup.

**M. Voyer:** Je vais vous donner aussi une réponse de médecin-psychiatre: S'identifier à l'institution, ça aide en "mosus" au dynamisme.

**M. Trudel:** Merci beaucoup de votre réflexion et de votre mémoire.

**La Présidente (Mme Marois):** D'accord. Merci. Oui, vous vouliez ajouter quelque chose, M. Adam?

**M. Adam:** Oui, je voudrais ajouter, Mme la Présidente, en terminant, que nous voulons insister, dans notre mémoire, sur l'importance de la réadaptation au Québec. La réadaptation est au carrefour des années 2000 et je pense que le mot "réadaptation" va devenir le mot-clé dans les années 2000 parce que, de toute façon, économiquement et socialement, on ne pourra pas y échapper. Je pense que c'est ça, le sens du message qu'on veut transmettre.

**La Présidente (Mme Marois):** D'accord. Merci beaucoup.

Nous ajournons nos travaux à demain, 10 heures.

(Fin de la séance à 17 h 52)