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 (7)

Le jeudi 1er février 1990 — No 12

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Table des matières

Religieuses hospitalières de Saint-Joseph de Montréal, communauté des soeurs de Charité de la Providence et Institut des soeurs de la Charité de Montréal "Soeurs Grises" CAS-635
Corporation centre Marie-Vincent, fondation Marie-Vincent et corporation des soeurs de Sainte-Croix CAS-645
Corporation de l'hôpital Marie-Clarac et soeurs de Charité de Sainte-Marie CAS-653
Hôpital Saint-Luc CAS-660
Centre hospitalier de Verdun CAS-672
Regroupement des petits et moyens hôpitaux de la région de Montréal CAS-683
Groupement régional des directeurs des soins infirmiers de la région 06 CAS-693
Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal CAS-706

Intervenants

Mme Pauline Marois, présidente

M. Marc-Yvan Côté
M. Guy Chevrette
M. Rémy Trudel
M. Jean A. Joly
M. Henri-François Gautrin

* M. Raymond Barakett, Religieuses hospitalières de Saint-Joseph de Montréal, communauté des soeurs de la Charité de la Providence et de l'Institut des soeurs de la Charité de Montréal "Soeurs Grises"
* Mme Claire Houde, idem
* M. Gustave Monette, idem
* Mme Bernadette Poirier, idem
* Mme Denise Lafond, idem
* Mme Marie-Paule Levaque, idem
* M. Pierre Charest, Corporation du centre Marie-Vincent
* M. Charles Tremblay, Corporation de l'hôpital Marie-Clarac et soeurs de Charité de Sainte-Marie
* Mme Louise Beaulac, idem
* Soeur Anselme-Marie, idem
* M. Gilles Roch, hôpital Saint-Luc
* M. Jean Leblanc, idem
* M. Stephen Morgan, idem
* M. Claude Farrah-Lajoie, idem
* M. Alain Haineault, idem
* M. François Chénier, Centre hospitalier de Verdun
* M. David Levine, idem
* M. Roger Cadieux, idem
* M. Jacques Demers, idem
* Mme Juliette P. Bailly, Regroupement des petits et moyens hôpitaux de la région de Montréal
* Mme Denise Turenne, idem
* M. Bertrand Girard, idem
* M. Jean Michaud, idem
* Mme Gisèle Lange, Groupement régional des directeurs des soins infirmiers de la région 06
* Mme Claudette Rivard, idem
* Mme Hélène Rajotte, idem
* Mme Jocelyne Paquette, idem
* M. Richard Morin, idem
* M. Serge Carrière, Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal
* M. Richard L'Écuyer, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le jeudi 1er février 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 onze minutes)

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

Nous allons reprendre nos travaux.

La commission des affaires sociales siège en effet dans une perspective de consultation générale et d'auditions publiques en vue d'étudier l'avant-projet de loi: Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Nous recevrons ce matin - je crois que les personnes ont déjà pris place devant nous, ce qui est très bien - tes religieuses hospitalières de Saint-Joseph de Montréal, la communauté des soeurs de Charité de la Providence et l'Institut des soeurs de la Charité de Montréal, plus communément appelées les "Soeurs Grises".

Vous êtes représentées par un certain nombre de personnes. J'aimerais que la personne qui sera la porte-parole se présente et présente les personnes qui l'accompagnent pour que les membres de la commission puissent vous connaître un peu mieux. Par la suite, on vous demanderait de procéder à la présentation de votre point de vue, environ une vingtaine de minutes pour le faire; vous êtes libres de choisir la personne qui le fera pour vous. Cette présentation sera suivie d'une période de questions, tant de la part des membres du gouvernement que de l'Opposition, et d'échanges de vues avec vous.

Alors, nous vous entendons, nous vous écoutons.

Religieuses hospitalières de Saint-Joseph de Montréal, communauté des soeurs de Charité de la Providence et Institut des soeurs de la Charité de Montréal "Soeurs Grises"

M. Barakett (Raymond): Raymond Barakett, porte-parole, soeur Claire Houde à ma gauche et soeur Marie-Paule Levaque; à ma droite, soeur Denise Lafond, soeur Bernadette Poirier et Me Gustave Monette.

Mme la Présidente, M. le ministre, MM. et Mmes les membres, j'ai l'honneur de vous adresser la parole au nom de trois congrégations religieuses qui ont fondé les neuf établissements mentionnés dans notre mémoire. Nous vous remercions de nous avoir invités à témoigner devant vous.

Le fait est notoire que chacune de ces congrégations est associée au nom d'une femme célèbre dans l'histoire des soins de santé et services sociaux au Québec. Les Religieuses hospitalières de Saint-Joseph avec Jeanne Mance, les soeurs de la Providence avec Emilie Gamelin et les Soeurs Grises avec Marguerite D'Youville. Avec Jeanne Mance, qui demeura toujours laïque, ce fut le commencement d'une longue tradition de collaboration laïque-religieuse, qui s'est continuée avec les oeuvres de Marguerite D'Youville au XVIIIe siècle et Emilie Gamelin au XXIXe siècle jusqu'à nos jours.

Aujourd'hui, il existe des établissements de santé et de services sociaux dans plusieurs pays du monde, fondés par ces trois congrégations dont les maisons mères sont toujours situées à Montréal. Ces établissements sont administrés par des laïques et des religieuses en collaboration. Au Québec, au cours des années soixante ou avant, chaque établissement mentionné dans le mémoire a été incorporé par la congrégation fondatrice. Par exemple, on peut lire aux lettres patentes constituant en corporation l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, et je lis: "Attendu que la communauté des soeurs de Charité de la Providence a présenté au lieutenant-gouverneur une requête demandant que l'hôpital qui existe actuellement dans la ville de Trois-Rivières et appartenant présentement à la communauté soit constituée en corporation."

On peut lire la même chose concernant l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal: "Attendu que la communauté des soeurs de Charité de la Providence a présenté au lieutenant-gouverneur une requête demandant que l'hôpital qui existe actuellement dans la cité de Montréal et appartenant présentement à la communauté soit constituée en corporation." Ainsi de suite avec les autres hôpitaux ou centres d'accueil. Des lettres patentes émises par le gouvernement du Québec.

En vertu de l'acte constitutif de ces corporations, tous les membres doivent être membres de la congrégation fondatrice, c'est-à-dire tous les membres doivent être nécessairement des religieuses. Ces corporations ont toutes, pour ces motifs et en vertu des actes constitutifs émis par le gouvernement, un caractère religieux et missionnaire. Ces corporations sont les véhicules juridiques par lesquels les religieuses continuent d'accomplir leur mission auprès des malades dans les hôpitaux et auprès des bénéficiaires dans les centres d'accueil.

Ainsi, les congrégations exercent un ministère corporatif. La mission, dans le domaine de la santé et des services sociaux, peut se résumer comme suit: Prodiguer des soins de qualité aux malades dans les hôpitaux et aux résidents dans les centres d'accueil, avec compassion; participer à la formation du personnel; promouvoir la recherche, les connaissances et la compréhension afin d'améliorer les soins aux

bénéficiaires; témoigner de la dignité de la personne humaine dans le respect de ses droits fondamentaux.

Or, l'avant-projet de loi met en péril cette mission, en coupant des liens et en détruisant les allégeances entre la communauté religieuse fondatrice, d'une part, et l'établissement qui a été fondé par cette communauté, d'autre part.

Et voici comment. Je lirai seulement un paragraphe de notre résumé pour l'illustrer. L'avant-projet remplace - je suis à la première page du résumé, troisième paragraphe - le conseil d'administration propre à la corporation propriétaire par le conseil d'administration des établissements composé en vertu de la nouvelle loi et permet à ce nouveau conseil d'administration de s'emparer de l'administration entière de tous les actifs de la corporation propriétaire, y compris ceux qui ne sont pas réservés à l'usage de l'établissement. Le nouveau conseil est seul à représenter la corporation propriétaire, à administrer ses affaires, à déterminer les conditions d'admission des membres de la corporation propriétaire, leurs droits et obligations ainsi que les critères relatifs à leur démission, suspension ou exclusion. Les président et vice-président de la corporation élus par le nouveau conseil d'administration en vertu de l'avant-projet de loi deviendront président et vice-président de la corporation propriétaire et les officiers signataires de la corporation propriétaire.

Il s'agit là, nous croyons - et nous le soumettons respectueusement - d'une prise de possession pure et simple de la corporation propriétaire appartenant à la communauté religieuse. Cette prise de possession est précédée par une mise en tutelle de la corporation propriétaire dès l'entrée en vigueur de la nouvelle loi.

En second lieu, l'avant-projet de loi, dans les centres hospitaliers universitaires, réduit la représentation des membres de la corporation propriétaire de trois à deux personnes. Troisièmement, dans le cas des conseils d'administration d'un territoire, on réduit la représentation des membres de la corporation propriétaire de trois à une personne par établissement et, finalement, l'établissement perd son propre conseil d'administration.

Voilà quatre mesures de l'avant-projet de loi qui - et je vais lire un extrait de notre mémoire à la page 12, le premier paragraphe - tend à écarter dans la plupart des cas, ou réduire éventuellement à néant dans les autres cas, la participation des communautés religieuses fondatrices à l'administration des centres qu'elles ont fondés. Pendant des siècles, beaucoup de religieuses membres de ces communautés ont travaillé bénévolement au sein des établissements de santé et, au cours des dernières décennies, elles ont créé des fondations de charité pour aider les établissements de santé. Je vous nommerai quelques fondations: la Fondation Gamelin, la Fondation Providence, le Fonds Émllie-Tavernier, la Fondation hôpital du Sacré-Coeur, la Fondation du centre hospitalier Saint-Joseph, la Fondation Jeanne-Mance.

Elles continuent à apporter leur expérience au sein des conseils d'administration de ces établissements. Le régime préconisé par l'avant-projet de loi mettra fin à cette contribution bénévole et souvent exemplaire de beaucoup de religieuses dans un domaine où elles contribuent leur compétence et expérience.

L'avant-projet coupe les liens et les sentiments d'appartenance. Il n'est pas possible, nous soumettons, de concilier cette conséquence inévitable de certaines dispositions de l'avant-projet - que j'ai mentionnées spécifiquement dans notre mémoire - avec son ultime objectif de faire participer plus de citoyens et citoyennes à l'administration et à l'organisation des services de santé et services sociaux au Québec.

J'aimerais aussi vous référer à deux autres paragraphes. D'abord à la page 10. le paragraphe 2: La loi actuelle permet aux corporations propriétaires qui ont fondé les établissements mentionnés dans notre mémoire d'être représentées sur le conseil d'administration de l'établissement. Les articles 79 et 82, dans le cas des centres hospitaliers, dans le cas des centres d'accueil, permettent l'élection de trois membres de la corporation au sein du conseil d'administration. Il est donc possible sous le régime actuellement en vigueur depuis 1972, pour la corporation qui a fondé un centre hospitalier ou un centre d'accueil, de continuer à contribuer directement à l'administration du centre. De fait, les corporations fondatrices ont participé à l'administration de chaque centre hospitalier ou centre d'accueil mentionnés dans notre mémoire, en élisant les trois membres prévus par la loi.

De plus, depuis 1972, l'expérience a démontré que la présence de trois ou quatre personnes au sein du conseil d'administration de l'établissement, choisies par les membres de la corporation propriétaire, a ajouté un élément positif dans la stabilité et le contrôle de la gestion de rétablissement. Les communautés religieuses ont encore des personnes-ressources avec une grande expertise dans le domaine de l'administration des hôpitaux et des centres d'accueil. En permettant aux établissements de conserver leur propre conseil d'administration, il sera possible pour les communautés religieuses de continuer à contribuer leur expertise à la condition qu'on leur assure une représentation adéquate aux conseils. Nous croyons qu'une représentation de quatre personnes serait adéquate.

Il y a, bien sûr, trois exceptions qui méritent d'être signalées, trois exceptions d'application de ces dispositions de la loi. Je me réfère aux exceptions prévues aux articles 30 et 31 où la loi prévoit une exception pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée et pour les centres de réadaptation.

Lorsqu'il s'agit d'une installation maintenue par une institution religieuse pour y recevoir ses membres ou adhérents, il n'y a pas d'application. Nous sommes très contents de ces deux exceptions-là et aussi de l'exception prévue à l'article 385, encore une exception spécialement prévue pour les communautés religieuses, cependant, cela, seulement avec une autorisation écrite du ministre.

En conclusion, j'aimerais vous référer aux pages 12 et 13 de notre mémoire. Les communautés religieuses désirent fermement continuer leur mission auprès des malades et veulent apporter une contribution positive et utile au domaine de la santé au Québec. Pour pouvoir le faire, il faudrait non seulement modifier l'avant-projet, tel qu'on le mentionne dans notre mémoire, de façon à préserver l'autonomie des corporations fondatrices de centres hospitaliers ou centres d'accueil, mais aussi modifier le chapitre III, titre II, de façon à redonner à chaque établissement, dont les actifs immobiliers appartiennent aux corporations propriétaires mentionnées dans notre mémoire, son propre conseil d'administration.

En bref, les communautés demandent que le gouvernement respecte l'autonomie et les droits fondamentaux des corporations propriétaires, que chaque corporation propriétaire continue d'avoir son propre conseil d'administration, que chaque établissement ait son propre conseil d'administration et que la représentation des corporations propriétaires au sein du conseil d'administration de l'établissement soit augmentée de trois à quatre personnes.

Nous croyons que ceci est essentiel pour la transmission de l'héritage de Jeanne Mance, Emilie Gamelin et Marguerite d'Youville à ceux et celles qui travaillent aujourd'hui dans le domaine de la santé et des services sociaux et aux générations qui viendront après. Merci.

La Présidente (Mme Marois): On vous remercie, Me Barakett, de cette présentation. Il est intéressant que vous rappeliez l'origine de la fondation des congrégations. On oublie souvent que les femmes ont largement contribué à l'histoire, que les femmes ont été d'excellentes gestionnaires, sauf que, souvent, leurs noms ont été perdus à travers les temps, et c'est heureux qu'on le souligne maintenant. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. **Côté (Charlesbourg):** Je suis tout à fait d'accord avec vous. Évidemment, ce matin, nous avons une avant-midi un peu spéciale et on l'a voulu ainsi, à rencontrer et discuter avec celles et ceux qui ont, en bonne partie, façonné notre histoire sur le plan de la dispensation des soins aux bénéficiaires. J'ai l'impression qu'on a beaucoup à tirer, du respect du bénéficiaire, de ce que vous avez fait, de ce que vos prédécesseurs ont pu faire, de l'attachement aux bénéficiaires, par rapport à ce qu'on vit à l'occasion aujourd'hui. C'est assez étonnant. Hier soir, pour un soir que je me retrouvais à la maison, j'ai écouté tes nouvelles françaises sur TV5 et le débat que nous vivons au Québec aujourd'hui est aussi vécu en province en France. C'est assez étonnant, ce sont exactement les mêmes débats: révolution technologique avec médecine familiale versus les nouvelles technologies tout à fait exceptionnelles. Évidemment, c'est rafraîchissant, de par ma formation d'historien un petit peu, de remonter un peu dans l'histoire et de nous rappeler un certain nombre de choses.

Je voudrais peut-être dire un certain nombre de choses dès le départ, qui m'apparaissent extrêmement importantes. Je ne suis pas le concepteur de la politique ni celui qui l'a rédigée, je suis membre d'un gouvernement qui l'a acceptée comme avant-projet de loi. En discutant avec les proches collaborateurs qui ont travaillé à l'élaboration des objectifs, de la politique et de l'avant-projet de loi, il est évident qu'auprès d'aucune de ces personnes-là, il n'a été d'intention d'enlever des droits. Je pense que ça m'apparait fondamental et, évidemment, tout le débat vient au niveau du conseil d'administration unifié qui crée un certain nombre de problèmes sur le plan de la gestion, sur le plan du sentiment d'appartenance et sur le plan des corporations propriétaires.
(10 h 30)

Donc, le message est très clair à ce niveau-là. Le ministère, dans sa pratique, a toujours montré une ouverture et un niveau de compréhension assez élevé; on va continuer de le faire. Et les problèmes qui découlent d'une rédaction qui pourrait laisser entrevoir un non-respect de droits seront définitivement choses du passé au moment où on aura refait le projet de loi. Donc, c'est dans cet esprit-là que nous allons aborder nos discussions et ce n'est certainement pas moi qui vais nier les droits acquis chèrement au fil des années par le labeur du travail avec tout ce que ça comporte. Et ce n'est pas pour rien que le gouvernement a décidé de rebaptiser l'édifice Joffre, Catherine de Longpré, c'était une reconnaissance très importante et très évidente du rôle qui a été joué.

Donc, je me référais à la page 13 - règle générale, ce n'est pas chanceux comme chiffre - parce que c'est là que commencent vos recommandations, et je vais tenter de les aborder une par une.

Que le gouvernement respecte l'autonomie et les droits fondamentaux des corporations propriétaires des actifs immobiliers des établissements, on ne se chicanera pas longtemps. Donc, on va faire le nécessaire pour clarifier ce qui est à clarifier et nous sommes en accord avec cette recommandation qui est très importante. Je pense que cela étant dit, il s'agira, bien sûr, que ça paraisse au moment où on refera le projet de loi et qu'on prendra un certain nombre de décisions,

et vous serez à même de juger, au début de l'automne, lorsque nous le ferons connaître à l'Assemblée nationale.

La deuxième est un petit peu plus, si je me permets, philosophique et elle n'est pas inhérente à la réforme qui est en cours, mais relève davantage de 1972. Que chaque corporation propriétaire continue d'avoir son propre conseil d'administration, me dit-on. Évidemment, je n'ai pas été un témoin oculaire de ce qui s'est passé au ministère au cours des dernières années, mais, me dit-on, depuis 1972, le ministère a été très ouvert devant ces situations, mais il faut bien admettre qu'il y a eu des approches différentes, dépendant des communautés religieuses. Il y a eu, effectivement, au ministère, certaines ouvertures de ce côté-là, dans le quotidien ou dans les gestes qui ont été posés et, là-dessus, j'aimerais peut-être vous entendre davantage. L'Impression que nous avons, c'est que... Évidemment, le débat est là depuis 1972. Il était peut-être un peu amplifié par cette idée de conseils d'administration unifies, mais il est là depuis 1972 et, dans la pratique, dépendamment des communautés religieuses, il y a un comportement différent, soit le maintien ou la disparition du conseil d'administration. J'aimerais peut-être vous entendre davantage là-dessus.

M. Barakett: Bien sûr, dans le régime actuel, il n'y a pas de doute que la situation est assez flexible. La loi n'interdit en aucune manière et ne modifie, selon notre prétention, en aucune manière, les statuts, les actes constitutifs des corporations propriétaires. Donc, selon nous, elles ont toujours la capacité d'avoir leur propre conseil d'administration. Dans certains cas, les conseils d'administration sont demeurés dormants pendant certaines années, mais le droit existait toujours; dans d'autres cas, ces conseils d'administration étaient assez actifs; dans certains cas même, par une exception assez extraordinaire, le conseil d'administration de la corporation propriétaire était aussi le conseil d'administration de rétablissement.

Actuellement, et depuis 1972, on n'a jamais eu de difficulté dans notre prétention que ces corporations, dans les limites établies par la loi, c'est-à-dire que les actifs immobiliers utilisés par l'établissement doivent être réservés à l'établissement, mais on n'a jamais eu de difficulté et *on* a toujours cru que les corporations propriétaires, dans ces limites-là, étaient tout à fait autonomes, en ce sens que c'étaient les corporations qui déterminaient qui étaient leurs membres et qui siégeait à leur propre conseil d'administration. Mais ces corporations n'administraient pas les établissements; il y avait cette distinction. Et elle existe toujours, cette distinction. Cependant, ce qui nous inquiète, ce sont les dispositions des articles 24, 39, 379 jusqu'à 382 qui abolissent tout çà. Ces dispositions prévoient que, dès l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, tout ce qui est incompatible dans les actes constitutifs des corporations est nécessairement et automatiquement aboli, abrogé ou modifié.

Donc, pour répondre, M. le ministre, sous la loi actuelle, nous sommes capables de vivre comme nous le désirons en ce qui concerne l'autonomie des corporations propriétaires, mais on demanderait une plus grande représentation. On trouve qu'en vertu de l'actuelle loi, trois personnes, ce n'est pas assez et qu'on devrait en avoir quatre.

M. Côté (Charlesbourg): Je gradue mes questions en fonction de vos recommandations. Je reviendrai peut-être à la première avant d'en arriver à la deuxième recommandation.

La loi actuelle, à son article 76, nous dit ceci, au quatrième alinéa: 'Toutefois, dans le cas d'un établissement dont les actifs immobiliers sont la propriété d'une corporation sans but lucratif autre qu'une corporation constituée en vertu de la présente loi, ce conseil ne peut aliéner ces actifs ou en changer la destination sans l'accord des membres de la corporation propriétaire." Ça, c'est la loi actuelle.

Dans l'avant-projet de loi, à l'article 73, on reproduit cet article. Donc, il n'y a rien de changé. C'était là le témoignage de la volonté du législateur de ne rien changer dans ces cas et de ne pas s'immiscer dans la gestion et de maintenir ces droits. Donc, c'était pour vous rassurer. Il se peut cependant, sans que ce soit en aucune manière prémédité, que dans le libellé de certains articles, on puisse interpeller, que ce ne soit pas suffisamment clair. Ce que je veux vous dire, c'est qu'on le rendra clair de façon à ce qu'il n'y ait pas d'équivoque, et, évidemment, cette assurance vous est donnée dès maintenant.

Si je reviens à la deuxième conclusion ou recommandation, donc que chaque corporation propriétaire continue d'avoir son propre conseil d'administration, si je fais abstraction des conseils d'administration unifiés parce qu'on va y arriver dans le prochain, si je fais abstraction de ces conseils d'administration unifiés parce qu'on en a parlé depuis deux semaines, il semble bien que ça ne se vendra pas comme les McDonald's se sont vendus en URSS, hier, et qu'il y aura des modifications assez importantes à faire. Mais on y reviendra en troisième lieu.

Est-ce que la situation actuelle, telle qu'administrée par le ministère, sur le plan de l'ouverture, si elle était maintenue, vous satisfait?

M. Barakett: En ce qui concerne ces dispositions aux lois, c'est-à-dire en ce qui concerne l'administration des corporations propriétaires et l'autonomie des corporations propriétaires, oui. Cependant, j'aimerais juste revenir sur votre point concernant l'article 73. Il est exact que l'article 73 reproduit ce qu'on trouve à l'article 76 de la loi actuellement en

vigueur. Cependant, lorsqu'on lit l'article 73 avec les articles 74, 379, et 380 à 382, on voit que, **même** si les actifs immobiliers ne peuvent pas être aliénés sans l'accord des membres, en vertu des autres articles, c'est le nouveau conseil d'administration qui prend possession de la corporation propriétaire et qui détermine les membres, et ainsi de suite.

Donc, l'article 73 protège, mais les articles 74, 379, 380 à 382 enlèvent ce qu'on donnait à l'article 73.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, je viens de la voir. Il y a une distinction entre l'article 76 qui disait "sans l'accord des membres de la corporation propriétaire" alors qu'à l'article 73 d'aujourd'hui, on parle des deux tiers des voix exprimées. Et voilà. Évidemment, ce n'est pas la reproduction fidèle et compte tenu des nouveaux conseils d'administration unifiés, effectivement, c'est un point important qu'il faudra surveiller. Mais, me dit-on, l'esprit, à ce moment-là, n'était pas de. Si l'esprit n'était pas de, je vous confirme aujourd'hui qu'il ne sera pas de et qu'on fera des changements appropriés dans ces circonstances.

"3° Que chaque établissement ait son propre conseil d'administration." Évidemment, il n'est pas clair que tout le monde achète des conseils d'administration unifiés. Cependant, en discutant avec les intervenants, on se rend compte que tout le monde dit oui. Dans certaines circonstances, il y a des bénéfices - et là, je ne parle pas uniquement de bénéfices sur le plan de piastres et cents, parce que notre objectif doit être le bénéficiaire - oui, il y a des bénéfices à tirer d'une certaine unification de certains types de services.

On serait peut-être à même de penser qu'il y a peut-être intérêt, dans certaines occasions, à regrouper sous un même conseil d'administration des centres d'hébergement, compte tenu que c'est dans la même catégorie. Mais nos intervenants, depuis la semaine dernière, nous ont quand même admis, que ce soient médecins, que ce soient centres hospitaliers ou que ce soient d'autres formes d'établissements, qu'il y avait un certain intérêt à ce qu'on puisse, dans un territoire donné, avoir sous une même responsabilité, par exemple, le CLSC, le centre hospitalier, un centre d'hébergement, pour avoir une certaine complémentarité des rôles vis-à-vis du bénéficiaire.

Là où le bât blessait, c'est que les centres hospitaliers nous disaient: C'est nous qui devons avoir le leadership, nous disant que cette unification-là était bien, alors que dans d'autres cas les CLSC nous disaient: Oui, effectivement, c'a du bon sens, mais en autant que ce soit nous qui ayons la responsabilité. Alors, à ce moment-là, tout le monde s'entend sur les bénéfices à tirer, mais personne n'est prêt à laisser aller son leadership ou son autorité pour le bénéficiaire.

Il est clair qu'au-delà de 4°, on va oublier ça, et l'imposition, dans une loi, n'est pas nécessairement la meilleure méthode. Donc, il y a des choses à revoir au sujet des conseils d'administration unifiés. La volonté était que le bénéficiaire soit au centre de tout ça au lieu des structures. Évidemment, en regroupant, il y a des problèmes. On a eu la démonstration hier de centres de réadaptation dans la région de Montréal où on regrouperait 17 centres de réadaptation avec toute la série de paperasse et d'actes qu'il y a à poser. Ça ne devient pas administrate.

Donc, pour les conseils d'administration unifiés, il y a un gros point d'Interrogation et on devra, je pense, davantage trouver une formule qui nous permettra d'atteindre les objectifs, parce que ça ne veut pas dire que des regroupements ne sont pas nécessaires et ne sont pas utiles. Il y a certainement des regroupements d'institutions, soit pour la complémentarité ou pour des mêmes rôles, qui sont possibles, toujours si on veut protéger le bénéficiaire. Donc, il n'y a rien de moins sûr aujourd'hui qu'il y aura des conseils d'administration unifiés tels que connus dans l'avant-projet de loi. Je ne peux pas en dire plus parce que, évidemment, il n'y a pas de décision prise. Il faut faire des simulations, aller voir ce qu'on peut faire. C'est davantage par l'intérêt qu'on peut tirer au niveau des institutions dans un regroupement qu'on va réussir à faire un certain nombre de regroupements souhaités et voulus par les institutions.

Donc, il va être en veilleuse pour un bout de temps et il va très certainement subir le test d'une très bonne interrogation et de simulations sur le terrain, ce que ça pourrait donner. Donc, je ne peux pas me prononcer. La seule chose que je peux dire: il n'y aura certainement pas de conseil d'administration unifié de la manière dont il est prévu dans le projet de loi. Si vous avez de bonnes suggestions à nous faire, de par votre vécu, je suis toujours très ouvert aux bonnes propositions.

(10 h 45)

La Présidente (Mme Marois): Oui, soeur Houde, vous voulez intervenir ou soeur Levaque, oui?

Mme Houde (Claire): Bien, M. le ministre, Mme la Présidente, ce que je voulais signifier, c'est que, s'il n'y avait pas de conseil d'administration unifié, au moins que le regroupement se fasse sur une base de la mission des centres hospitaliers. Quand nous, comme Soeurs de la Providence, on se place au niveau de Trois-Rivières et que nous voyons - M. Philibert n'est pas ici - Saint-Joseph avec Sainte-Marie et le CLSC et le CSS... Pour les gens de la région, je pense que vous connaissez très bien ce que je veux dire. Alors, comme membre du conseil d'administration, moi qui viens de Montréal, où est-ce que je me situe? Comment est-ce que je

peux achever la mission du centre hospitalier Saint-Joseph de Trois-Rivières? Je vous soumets la question dans un lieu où les gens se connaissent et se regardent et voient ce qu'ils font.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai eu le plaisir de faire mon cours universitaire à Trois-Rivières. Alors, ça n'a pas beaucoup changé. Mais une chose est certaine, ce que je comprends de votre intervention, c'est qu'il y a des possibilités qu'il y ait unification pour des mêmes missions, dites-vous, et, moi aussi, je le pense. Il faut trouver une formule beaucoup plus souple et amener les gens à participer à un conseil d'administration unifié et d'en voir les bénéfices, pas pour les structures, pour le bénéfice des bénéficiaires. Lorsqu'on aura placé le bénéficiaire au centre de nos préoccupations, il y aura moins de débats de structures, évidemment. Mais ce que je comprends, c'est quand même possible.

Mme Houde: Avec des nuances.

M. Côté (Charlesbourg): Avec des nuances?

Mme Houde: S'il vous plaît!

M. Côté (Charlesbourg): Des nuances de missions! Ha, ha, ha!

Mme Houde: Oui? Vous voulez intervenir, Me Monette.

M. Monette (Gustave): Oui. Soeur Levaque et moi, soeur Poirier aussi, on est des vétérans. Nous étions là en 1970 à la commission Castonguay, la première commission. Alors, on a vu un peu les choses passer. Personnellement, M. le ministre, je crois que la loi doit donner de la souplesse, des pouvoirs à ceux qui étaient là depuis longtemps, aux corporations existantes qui ont toujours fait leurs preuves et au ministre, les deux. Pourquoi mettre un seul système, alors que tous les cas ne sont pas pareils?

Je vais donner des exemples. Il y a plusieurs cas où des pavillons, des institutions, où des centres d'accueil ont été "pavillonnés" avec des centres hospitaliers. Moi, je connais des cas. Il y en a sûrement d'autres. Mais la plupart des cas que je connais, ça a été "pavillonné" avec des centres hospitaliers où il y avait justement des corporations. Pourquoi? Parce que tout le monde était satisfait, parce qu'il y avait une structure là, une structure qui existait et qui avait une tradition.

Sacré-Coeur a "pavillonné" le centre Prévost dans les années 1972-1973. Combien de cas? Il y en a eu ici, à Québec, également. Ça, c'est une possibilité. L'important... Je le soumets. Il y a eu de gros changements. Comme vous le dites. M. le ministre, on ne peut pas revenir à 1971. Mais il y a des choses, évidemment... On parlait des corporations. Il y a une abiguité là. Personnellement, je dirais: Donnons plus de pouvoirs aux corporations par rapport à 1971. Notre mémoire n'est pas allé jusque-là, parce que nous n'avons pas tellement d'intérêt là-dedans. Nous essayons de voir l'intérêt général.

Mais on va prendre les Soeurs de la Providence. Il leur reste trois institutions. En 1972, elles en avaient 45. Les autres ont toutes été réglées. Elles ont gardé celles-là. Et c'est le cas dans la plupart des communautés. Les Religieuses hospitalières ont gardé leurs institutions, parce que c'est leur oeuvre d'être dans les hôpitaux. Alors, vous comprenez, M. le ministre, qu'elles y tiennent. Les Soeurs Grises, la même chose, elles ont gardé ce qu'elles ont été capables de continuer.

Alors, je me dis: Pourquoi aller plus vite? Si elles sont prêtes... Lorsqu'elles font partie des conseils d'administration des hôpitaux, des centres d'accueil, elles le font bénévolement, elles n'ont plus d'intérêt là-dedans. La plupart du temps, comme à Sacré-Coeur, l'indemnité de désintéressement a été réglée. En attendant, les institutions qui ont réglé - Trois-Rivières également - reçoivent un petit intérêt bien en bas de celui... Puis l'indemnité de départ n'est pas réglée. Elles restent pour exprimer leur volonté de continuer l'oeuvre tout simplement.

Alors, pourquoi les enlever de là? Elles ont créé ça. Elles n'ont pas créé les CLSC. Si le ministère veut regrouper les CLSC autour des hôpitaux, je ne vois pas d'objection. Une autre remarque, M. le ministre, que je voudrais mentionner. Dans plusieurs hôpitaux, vous l'avez sûrement constaté, des présidents importants qui s'occupent de leur affaire, qui ont une réputation dans la province... Je voulais mentionner le cas de l'Hôtel-Dieu de Montréal, par exemple. Il y a eu le juge en chef Lavallée de la Cour du bien-être social qui a été président, M. Lavoie, président de la Banque Nationale. Il y a eu Lucien Saulnier, ce n'était pas n'importe qui. Il y a Marc Lalonde actuellement, ce n'est pas n'importe qui. Ce sont tous des gens nommés par les membres de la corporation. A Sacré-Coeur, il y a eu Gilles Fillion qui l'a fait, qui était un membre de la corporation. Il y a combien de cas comme ça où l'on recherche justement une certaine stabilité, une certaine continuité, une certaine responsabilité. C'est surtout ça le sens de notre mémoire.

Évidemment, on a voulu insister sur les problèmes concrets que posaient les articles. J'essaie de revenir à l'esprit général qui vise à donner plus de pouvoirs aux corporations qui continuent à exister.

La Présidente (Mme Marois): Brièvement, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends... Évidemment, comme les trois mémoires risquent d'être à peu près identiques sur le plan

des revendications dont on va prendre connaissance jusqu'à 13 heures, je me permettrai une dernière question, et on reviendra très certainement avec les autres. À votre recommandation 4, vous évoquez... Revenons à 4: passons de trois à quatre le nombre de représentants. Je vous pose la question très claire, très simple. Évidemment, c'était pour se prémunir du trois où il y avait un conseil d'administration unifié. Est-ce que c'était dans cet objectif et, à partir du moment où il n'y a plus de conseil d'administration unifié, est-ce que cette demande est toujours nécessaire?

M. Barakett: Je crois que, d'après moi, on va dans ce sens-là si... Vous aimeriez ajouter quelque chose là-dessus, mais c'est certainement dans ce sens-là qu'on demande quatre.

Une voix: Oui, soeur Poirier.

Mme Poirier (Bernadette): En effet, moi je voudrais parler sur le pourquoi de nos revendications. J'aimerais que les membres de la commission soient bien clairs sur le fait que ce n'est pas pour défendre de la brique et du mortier, mais c'est au nom d'une mission continuée. Comme l'a bien dit Me Barakett, on n'a pas d'intérêt. L'intérêt, c'est le bénéficiaire, et ce qui fait problème dans le système actuellement, c'est que le bénéficiaire est le dernier en ligne de piste. Les malades, dans notre système actuel, ils viennent vraiment les derniers et que ce soit clair que ce n'est pas à cause d'intérêts privés. Nous, les Soeurs Grises, on a laissé les grandes institutions au moment où on avait l'autorité, mais aucune responsabilité, par le truchement de la loi d'alors.

Cependant, dans les autres provinces et aux États-Unis, on a des oeuvres qui fonctiennent extrêmement bien parce qu'on fonctionne autour de la mission qui est axée non pas sur les structures, mais sur les bénéficiaires. Je soumets très humblement que peut-être, au Québec, on aurait une réflexion sérieuse à faire sur pourquoi on est dans une institution hospitalière, pourquoi on est au service des malades et est-ce qu'on est vraiment au service des malades. Je pense que la réflexion n'est pas terminée là-dessus.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne peux pas continuer parce que c'est mon collègue, mais je souhaite que ça continue dans la même piste parce que, effectivement, c'est une très bonne question et c'est ce qu'on essaie de faire depuis le début de la commission parlementaire. Si notre objectif premier est le bénéficiaire, il n'y aura pas de grandes chicanes sur les structures, mais on a du chemin à faire un peu.

La Présidente (Mme Marois): M. le leader de l'Opposition, député de Joliette.

M. Chevrette: Oui, merci, Mme la Présidente. Je suis content, ce matin, de voir que vous êtes la preuve vivante - je vais commencer de même - une dame religieuse, une preuve vivante du carcan intellectuel dans lequel on est dans la présente commission. Je le disais dans mon texte d'ouverture, malheureusement le ministre a été placé en position de défendre un avant-projet qui n'est pas le sien. Je faisais une blague en entrant ce matin, je disais: Faites-vous en pas! Je vais vous répéter ce que je lui ai dit: Il n'y croit pas à son avant-projet parce que ce n'est pas le sien.

M. Côté (Charlesbourg): Il ne faut pas charrier.

M. Chevrette: D'ailleurs, je pense qu'il a démontré depuis le début, qu'il y a des corrections à faire. On ne reconnaîtra plus le projet définitif, je pense, pour le mieux-être du secteur santé et aussi celui des droits des collectivités, du droit des groupes.

Je suis content que vous ayez parié de pavillonnement, entre autres. Je me souviens même que si on avait ce carcan juridique actuel, je pense que Saint-Eusèbe de Joliette, pour les Soeurs de la Providence, n'aurait pas été pavillonné avec le CHRDL. Pourtant, ça s'est fait dans le cadre d'une négociation correcte, d'un échange correct et aujourd'hui on peut voir les citoyens de Joliette qui ont bénéficié à très bas prix d'Installations et d'équipements de santé et même d'une école où j'ai enseigné - en passant - avec les religieuses de la Providence. Ma première année d'enseignement, je l'ai faite avec trois ou quatres de vos religieuses et je me souviens encore d'une en particulier qui m'a fait rire pendant un an. Ceci dit, je voudrais vous dire que le droit de propriété est un droit fondamental. C'est la deuxième fois qu'il est mis en cause au Parlement, à ma connaissance, depuis trois ou quatre ans. J'ignore pourquoi. Ce sont les légistes, la manière dont ils le rédigent. Je ne le sais pas. Mais ça a été la même chose dans le cas du système ambulancier. Quand on est arrivés à l'unification du service ambulancier de Montréal, ça a été exactement la même chose, le droit de propriété a été mis en cause. Il a fallu faire une lutte en commission parlementaire, pour faire comprendre que ce qui ne valait rien au départ valait des gros sous à la fin, et on a respecté le droit. C'est un droit inaliénable, un droit vieux comme la terre, le droit de propriété, qu'on doit respecter comme légistes, sinon, on manquerait le bateau.

Mais le droit à la mission est tout aussi important. À mon point de vue, la dimension humaine que vous voulez apporter dans le présent débat, ça m'apparaît essentiel. Ça m'apparaît essentiel parce que, si on ne développe pas ce sens de la mission... Vous savez, des robots mécaniques qui traitent du monde, ce n'est pas le diable. Des climats de tension à

l'intérieur de certaines bâtisses où des gens sont des numéros et où le 87e vient "bumper" le 31e et le 32e va "bumper" le 739e, ça fait dur en maudit, vous me permettrez l'expression. Malheureusement, c'est un peu ça qu'on vit présentement. On a tellement voulu un corset uniforme pour l'ensemble des centres hospitaliers, quelle que soit la mission, au Québec, qu'on a oublié, précisément, la vocation de chacun des centres.

Je suis content d'entendre le ministre, ce matin, dire que les conseils unifiés... Depuis le début, d'ailleurs, on a été ébranlés, je pense, par les professionnels. On a été ébranlés par les urgentologues. On a été ébranlés par les centres de réadaptation. Et vous venez purement rajouter, ce matin, parce que la complémentarité des missions ne réside pas dans le conseil d'administration, mais bien souvent, dans la volonté, y compris des divers personnels, y compris des directeurs généraux, y compris des équipes qui peuvent travailler en "multidisciplinarité", qu'on va assumer ou assurer une complémentarité. Et ce n'est pas en jugeant de l'efficience ou de l'efficacité des conseils d'administration à augmenter le nombre de services rendus à la collectivité qu'on va nécessairement réussir à faire quelque chose.

Là, c'est rendu que les centres hospitaliers veulent faire du service à domicile. Pourquoi? Sous prétexte qu'ils sont performants. Là, tu arrives avec de la duplication. Au lieu de "se complémentariser", on cherche justement à empiéter, sous prétexte que, là, on est dynamiques et on étend nos services. Entre-temps, on manque de personnes pour faire du service à bien des endroits, purement et simplement parce qu'on a deux ou trois établissements qui jouent dans les mêmes talles; et on est surpris de ça. Non, je pense qu'il faut réinstaurer une nouvelle mentalité dans les services de santé. Ce n'est pas facile de changer des mentalités; c'est souvent par des mesures assez radicales, au départ. Mais il faut le faire, il ne faut pas avoir peur de le faire. Et je pense que l'éclairage que vous apportez ce matin nous confirme... En tout cas, pour avoir été brièvement ministre de la Santé et des Services sociaux, pendant un an et un mois, je dois vous avouer que ce constat là, cette perception-là, ça ne prend pas tellement de temps à l'avoir; cinq ou six mois, et on sait exactement comment ça fonctionne dans le ministère. On sait combien cette machine est immense et centralisée à outrance. Tu sais, quand tout part de Québec, c'est évident qu'on ne peut pas... Si on n'oblige pas les gens à se parler, sur le plan local ou régional, mais entre missions et non pas nécessairement en disant: Vous disparaissez tous et il y aura un seul conseil d'administration... Ce n'est pas en se privant, non plus, des services de professionnels ou des conseils de professionnels qu'on va donner... On va peut-être donner l'impression à des populations qu'elles participent beaucoup plus à la gestion. Mais, dans le fond, c'est faux, on ne fait que déplacer les pouvoirs. Ce qui pouvait appartenir, soit à une infirmière, à un personnel clinique, à un personnel médical ou à un employé général pourrait appartenir, comme pouvoir exclusif, à un D.G. Ce n'est pas là. Il ne faut pas rechercher l'équilibre de par le statut. À mon point de vue, c'est beaucoup plus l'équilibre à partir de ce que tu peux donner, dans ton propre établissement, avec la mission que tu t'es donnée, par rapport à l'autre qui s'est donné une autre mission.

(11 heures)

C'est de même, en tout cas, que je pense qu'il faut aborder... Et je suis heureux de voir que, ce matin, ça se dessine vers ça. Donc, étant donné que le ministre lui-même reconnaît que ce ne sera pas ça dans l'avant-projet et que votre revendication portait d'abord sur le fait du droit de propriété, ça, c'est réglé. Du droit de représentation au sein d'une corporation ou d'un établissement, selon que le ministre va reconnaître le conseil d'administration par établissement, il vous restera une revendication à faire analyser, c'est: quelle est la portion du conseil de rétablissement qui sera conservé dans la loi pour la corporation qui est propriétaire? Je pense que ça serait ça qui resterait si je comprends l'esprit de votre mémoire. Quant à la mission ou au respect de votre mission, si je n'ai pas bien compris, vous me reprendrez, maître, vous êtes payé pour ça... Plus que ça, sans doute, mais... Quant à la mission comme telle, je pense que ce sera sauvegardé dans le projet de loi - je n'ai pas d'inquiétudes là-dessus les preuves sont faites dans les milieux et contre ça, la satisfaction des gens doit être aussi à la base de nos décisions. Est-ce que j'interprète bien votre mémoire soit que ce qui resterait à régler, selon qu'on maintienne les conseils d'administration par établissement, ce serait la portion de la représentativité non pas sur l'immobilier, mais sur la gestion de l'entreprise qui serait la portion de représentativité de la corporation qui est propriétaire.

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

Mme Lafond (Denise): J'aurais un commentaire supplémentaire. La portion des membres va dans le sens que ça assure cette participation bénévole qualifiée à la gestion du réseau et ça rejoint, dans l'avant-projet de loi, cette participation plus grande qui est offerte, et le fait d'être capable de nommer des membres en fonction de cène mission, de les choisir - je pense que si on va vers quatre membres, c'est dans ce sens-là - d'élargir cette possibilité de transmettre l'héritage qu'on ne peut pas garder pour soi, mais qu'on aimerait transmettre, et le faire avec des façons de recruter des experts, des possibilités de gens qui se centrent sur le patient, sur le bénéficiaire dont on a parlé tout

à l'heure, c'est dans ce sens-là, d'élargir cette possibilité-là.

M. Chevrette: Au-delà de vos préoccupations que vous avez bien écrites dans votre mémoire, est-ce que je pourrais savoir comment vous voyez concrètement le phénomène de la décentralisation qui est tout au moins amorcée ou annoncée? Je croyais que, par la lecture de l'avant-projet de loi, c'était une déconcentration qu'on proposait; la perception que j'ai, moi, c'est que l'ex-ministre, Mme Lavoie-Roux, avait déposé un avant-projet de loi en disant qu'elle décentralisait, mais, à mon point de vue, c'était une déconcentration centralisée parce que ce n'était pas une véritable décentralisation qu'on offrait au niveau des régions. J'aimerais avoir votre perception, avez-vous des idées sur la décentralisation réelle du ministère? Croyez-vous important que ce ministère-là soit décentralisé en région?

Mme Poirier: Je crois que oui; je crois que les objectifs de l'avant-projet de loi sont très bons, mais les moyens et les structures ne sont pas cohérents avec les objectifs. Je pense qu'il est absolument important qu'on n'alourdisse pas les structures. L'avant-projet de loi, à mon avis et de l'avis de mes consoeurs aussi, alourdit les structures plus qu'il ne les allège. Pour la participation de la population, il faut aller dans un sens autre. Il faut que l'action, que les décisions soient plus près de la réalisation. C'est à ce prix-là seulement qu'on va pouvoir répondre à ce que la population locale, régionale, attend des institutions.

M. Chevrette: Vouliez-vous ajouter...

Mme Houde: Je répondrais par deux principes que je trouve important en administration, c'est la subsidiarité et la coresponsabilité. À un moment où les institutions ont besoin... Je pense qu'il y a des contraintes au niveau de toutes sortes de ressources. Il est important de regarder ce que l'institution peut faire par elle-même sans recourir à un niveau supérieur. À ce moment-là, je pense que ce principe de subsidiarité suscite la motivation et l'intérêt et quand je dis: motivation, intérêt, je veux dire du personnel au conseil d'administration et du conseil d'administration au personnel. Parce que nous avons autant à travailler avec les valeurs au niveau de l'institution avec le personnel qu'au niveau du conseil et de tous les intervenants et intervenantes. Mon deuxième volet, c'est le volet de la participation et de la coresponsabilité. Si tout est trop centralisé, à ce moment-là, il y a un manque d'intérêt et on se dit: Les autres vont s'en occuper et je ne pense pas que ce soit bénéfique pour la compassion que nous devons aux malades, à la personne qui souffre, à la personne qui a besoin des autres. C'est quand on est malade qu'on a besoin des autres; quand on est bien portant, on peut se défendre soi-même. Ce sont les deux principes sur lesquels je voudrais particulièrement insister.

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

M. Trudel: Oui, d'abord quelques mots aussi pour vous féliciter encore une fois de l'extraordinaire fidélité à votre mission sociale au Québec et ailleurs, partout à travers le monde, et de l'apport extrêmement important que vous avez toujours eu et que vous continuez d'avoir dans l'ensemble des situations difficiles que l'on vit au Québec. Et, à cet égard, c'est rafraîchissant de vous entendre en quelque sorte. Vous disiez, il y a quelques instants: On est un peu des vieux de la vieille dans l'organisation des services sociaux et des services de santé au Québec. On était là à l'époque de Claude Castonguay et on s'aperçoit aujourd'hui, avec une note de modernité, que vous dites la même chose et que vous ne vous êtes pas par ailleurs transformées en assureur privé qui vient nous dire 20 ans après qu'il faudrait peut-être introduire des régimes de complémentarité à partir des régimes complémentaires qu'on s'est donnés, mais vous centrez continuellement votre discours et votre pratique sur les bénéficiaires. Et, à cet égard, j'aimerais bien rappeler, au moment où on connaît des conditions particulièrement difficiles au Québec pour un certain nombre de clientèles, au ministre qui est extrêmement préoccupé par les coûts du système, qui est extrêmement préoccupé par l'inflation de la production d'actes, la production de services qui coûtent extrêmement cher que c'est encore la Conférence des religieuses canadiennes de fa région du Québec qui nous a fait, depuis une année, la meilleure analyse sur les sources des coûts du système de santé et des services sociaux au Québec et ça vaut la peine que je lise des éléments de votre analyse que vous donniez, il y a maintenant une année et demie, et que vous avez rappelés au tout début de l'automne. L'appauvrissement coûte cher, c'est bref et c'est clair. La pauvreté, c'est d'abord un manque de revenus décents et, comme conséquence, un manque de biens et de services. Mais le prix à payer n'est pas que matériel. Les médias, les intervenants sociaux évoquent régulièrement les nombreux problèmes de société provoqués par la pauvreté: toxicomanie, délinquance, violence familiale, prostitution, suicide. Vous êtes au coeur de ces groupes et vous continuez d'être au coeur de ces groupes les plus en difficulté dans notre société. La pauvreté met de côté, marginalise, exclut des milliers de personnes de la vie sociale, économique et même politique. Chaque jour, la société leur répète qu'ils sont paresseux, incompétents, malhonnêtes, trop vieux, trop jeunes et incapables de participer à la construction du Québec. Ces préjugés

qui s'ajoutent à leur difficile quotidien conduisent les pauvres vers l'isolement et la solitude. Bon nombre retrouve vie par l'action et l'implication dans les groupes communautaires, mais une majorité d'entre eux perdent tout intérêt et désespèrent d'un avenir meilleur. Le titre était: "L'appauvrissement au Québec".

Quand le ministre ou l'ex-ministre, Mme Lavoie-Roux, a déposé cet avant-projet de loi tout cela avait été précédé d'un document d'orientations où l'on fixait un certain nombre d'objectifs de santé qui rejoignaient les préoccupations pour une certaine part de ce que vous dénoncez continuellement, que vous ne faites pas que dénoncer, je l'ajoute, mais auquel vous participez en termes de résolution de problèmes, des objectifs de santé du type: réduire la morbidité, réduire par exemple la mortalité au Québec due au cancer du sein, réduire de 20 % la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires, etc. Avec votre longue expérience, votre mission et votre fidélité à votre mission, est-ce que vous avez l'impression que le projet de loi est le carcan intellectuel, comme le disait mon collègue, qui nous est présenté, que nous nous en allons, franchement et honnêtement, vers l'atteinte de ces objectifs, c'est-à-dire réduire le nombre d'actes qui sont posés, réduire le nombre de bénéficiaires qui, forcément, se retrouvent dans nos institutions? Ou encore, une façon différente de poser la question, est-ce que le cadre qui nous est proposé va rendre le système meilleur?

La Présidente (Mme Marois): Qui de vous veut répondre? Vous pouvez aussi ajouter, selon les intérêts des unes et des uns. Oui, soeur Levaque.

Mme Levaque (Marie-Paule): Je ne pense pas que le cadre actuel va dans le sens du document "L'appauvrissement au Québec". Je ne pense pas que le système, tel que proposé, va coûter moins cher, et ce n'est pas par des structures unifiées...

Vous voulez augmenter la participation de la population. Je ne pense pas que vous l'augmentiez parce que vous la diminuez en faisant un seul conseil unifié pour trois, quatre ou cinq établissements, tandis qu'aujourd'hui, chaque établissement a son conseil, qui n'est pas composé de religieuses, mais qui est composé en grande majorité de laïcs. Comme on l'a dit tout à l'heure, si nous voulons conserver les conseils d'administration de la corporation, c'est pour transmettre notre mission à des laïcs avec qui on travaille et qu'on veut amener dans le bénévolat dans notre système. Je pense que c'est ça qui est un peu notre mission. Nous sommes en vieillissement dans nos communautés; il y a peu de recrutement. Mais nous voulons quand même transmettre le charisme de nos fondatrices et la mission que nous ont ligués nos fondatrices. D'ailleurs, c'est la mission de l'Église aujourd'hui que de travailler avec le laïcat, et c'est ce que nous voulons continuer de faire. Dans toutes nos communautés, *on* a des associés laïcs auxquels nous voulons transmettre notre charisme et notre mission.

C'est un peu ce que nous défendons dans ce système parce que nous avons toujours en vue le malade. Je vois, dans un gros système unifié, où il y aurait de grandes institutions et de petites institutions, des pauvres qui vont être laissés pour compte, des bénéficiaires qui vont être trop loin de l'administration et qu'on va oublier, et c'est ça qui nous fait mal au coeur dans le moment, dans tout ce système-là. Il semble qu'on veuille unifier le système peut-être pour qu'il coûte moins cher, mais je ne suis pas sûre qu'il va coûter moins cher.

Je pense que c'est en suscitant beaucoup de réel bénévolat et de gens qui vont connaître davantage les institutions de près et non pas de loin. De loin, on voit des défauts et on oublie le malade qui, au fond, est au coeur de la mission. C'est ce que je voudrais vous laisser comme testament.

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. le député, brièvement évidemment, puisqu'on a déjà dépassé un petit peu le temps.

M. **Trudel:** Vous nous dites avec simplicité, mais toujours avec la fidélité de la mission que vous avez toujours remplie au Québec et à travers le monde, qu'il n'est pas sûr... Et vous ajoutez que vous n'êtes pas très rassurée sur le fait que parler de superstructures et de s'encarcaner dans un système administratif le plus fin possible va nous permettre de récupérer ou d'avoir les attentions nécessaires pour ceux et celles qui passent à travers les mailles du filet, qui passent à travers les systèmes sociaux qu'on a mis sur pied et qui sont toujours laissés pour compte, et qu'on ne va pas, encore une fois, directement aux causes de l'apparition de ce que c'est qu'un bénéficiaire.
(11 h 15)

Quand il existe comme personne, ce bénéficiaire, c'est qu'il y a eu des causes, Il y a eu des situations, et vous nous rappelez très bien là où les devoirs sont à réaliser. Une toute petite question à cet égard: Vous nous rappelez l'importance tout à fait très grande de ce que vous appelez le bénévolat, ce qu'on pourrait appeler aussi, je pense, l'action communautaire. Est-ce que vous trouvez, à cet égard, que le projet de loi nous amène effectivement à ne parler que de ceux et celles qui sont rendus dans le système parce qu'ils ont des problèmes et que le projet de loi ne nous parle pas et ne nous centre pas sur le fait qu'il faut travailler au niveau de la prévention avec les groupes communautaires qui sont, comme vous en quelque sorte, parmi les pauvres, parmi les plus délaissés, parmi les gens qui ont les situations les plus difficiles dans

notre société? Est-ce que les groupes communautaires, à votre avis, et vous en êtes dans ce sens, sont rassurés sur la participation qu'on va leur demander, la participation qu'on pourrait leur offrir et les moyens pour la réaliser en termes de prévention pour atteindre les objectifs de santé définis dans les orientations qu'on ne retrouve pas dans le projet?

Mme Le vaque: Je ne retrouve pas ce projet-là dans l'avant-projet de loi. Il n'est pas beaucoup question des groupes communautaires pour la prévention, et le reste. Je pense que, actuellement, la prévention se fait beaucoup par les départements de santé communautaire, et, au contraire, on les diminue dans les projets de loi. Je pense que c'est un développement qui est à continuer; Il y a des départements de santé communautaire qui font énormément, peut-être même plus que les CLSC.

La Présidente (Mme Marois): Est-ce que quelqu'un d'autre veut ajouter à ce commentaire? Ça va? M. le député? Ça va?

M. Chevrette: Je voudrais vous remercier infiniment de votre témoignage et vous assurer qu'on sera présents à tous les instants lors de l'étude article par article du projet de loi définitif qui reflétera cette fois-ci les orientations du ministre actuel.

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

M. **Trudel:** Et le ministre dit toujours qu'il prend des notes importantes dans son petit carnet vert. Il l'a ouvert. Alors, il a bien noté.

La **Présidente (Mme Marois):** M. le ministre.

M. **Côté (Charlesbourg):** Il n'est pas noir. Il est vert. Donc, c'est la couleur de l'espérance. Vous êtes au point 31, pas de l'ordre des priorités mais des intervenants, sur le plan des notes que j'ai prises.

Avant de vous remercier, peut-être juste relever une dernière affirmation au niveau des départements de santé communautaire. C'est vrai qu'ils font un excellent travail, une bonne mission, mais, évidemment, ce n'est pas nécessairement en réduisant le nombre qu'on fait disparaître la mission. Évidemment, dans le projet de loi, on passait de 32, en termes de propositions, à 22, mais pour couvrir le même territoire et donner le même service aux bénéficiaires, et ça m'apparaît extrêmement important de le dire aujourd'hui. S'il y en avait 22, ils couvriraient quand même tout le territoire du Québec, au lieu de 32. Il y a des interrogations des gens qui se voient disparaître, et c'est légitime qu'ils se questionnent. Mais la mission des départements de santé communautaire va rester pratiquement inchangée - on verra en cours de route ce que ça donne - quand même pour couvrir l'ensemble du territoire du Québec et les besoins qu'ils couvrent déjà.

En vous remerciant beaucoup et en souhaitant qu'on vous ait un peu rassurés quant à vos droits et, évidemment, comme le disait mon collègue, le député de Joliette, c'est, bien sûr, dans le projet de loi qui sera déposé à l'automne qu'on verra si on a bien réussi à traduire vos espoirs et notre compréhension. Merci.

M. Barakett: Merci.

La Présidente (Mme Marois): Je remercie les représentantes et le représentant des congrégations qui se sont présentées devant nous ce matin aux travaux de la commission. Merci.

Je vais appeler maintenant des représentantes et représentants de la corporation centre Marie-Vincent, de la fondation Marie-Vincent et de la corporation des soeurs de Sainte-Croix, s'il vous plaît.

Alors, je vous souhaite la bienvenue à la commission. Vous connaissez un peu nos règles: une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire et, par la suite, il y a soit des commentaires ou des questions de la part des membres de la commission. J'aimerais que la personne qui va ouvrir la présentation se présente et présente les personnes qui l'accompagnent.

Corporation centre Marie-Vincent, fondation Marie-Vincent et corporation des soeurs de Sainte-Croix

M. Charest (Pierre): O.K. Mon nom est Pierre Charest, je suis directeur général du centre Marie-Vincent. Je vais vous présenter, à ma droite jusqu'à ma gauche, les personnes qui m'accompagnent: soeur Marguerite Villeneuve, qui est membre de la corporation des soeurs de Sainte-Croix; Me Raymond Buist, qui est membre du conseil d'administration du centre Marie-Vincent; et Mme Johanne Archambault, qui est directrice des services de réadaptation au centre Marie-Vincent.

Quelques mots, peut-être, pour nous introduire. La corporation des soeurs de Sainte-Croix est à l'origine de la corporation du centre Marie-Vincent. En 1953, sous le nom de "Service social scolaire Sainte-Croix", elle a fondé un organisme qui venait en aide à des enfants qui éprouvaient des problèmes sociaux et scolaires. Par la suite, en 1964, trois religieuses de cette corporation ont fondé la corporation centre Marie-Vincent. La corporation centre Marie-Vincent, c'est principalement un établissement qui offre des services de réadaptation à des filles de six à douze ans dans la région de Montréal. C'est d'ailleurs le seul centre qui offre, dans la région de Montréal, des services de réadaptation en internat à des filles de six à

douze ans.

On offre également des services sur un territoire donné, qui est Saint-Laurent, à des filles et à des gars. Ce sont toujours des services de réadaptation, mais en milieu naturel. Quant à la fondation Marie-Vincent, la fondation est un organisme qui, si je peux dire, fournit de l'argent au centre Marie-Vincent, qui finance, dans le fond, des activités auprès des enfants du centre Marie-Vincent. On représente finalement presque 32 citoyens. La majorité des citoyens sont des gens hors réseau.

Nos commentaires vont porter sur deux aspects principalement de l'avant-projet de loi, mais aussi du document sur les orientations. D'abord les objectifs et, par la suite, on attirera votre attention sur certains moyens mis en place pour répondre à ces objectifs-là.

Les objectifs. On doit vous dire, on vous l'a sans doute dit à plusieurs reprises, on va sans doute vous le dire encore à plusieurs reprises, c'est très intéressant de retrouver, en tête de chapitre d'un avant-projet de loi et d'un document sur les orientations, des objectifs qui sont centrés sur des problèmes que les citoyens vivent. On n'insistera jamais assez là-dessus. Mais, si ces objectifs sont clairs, nombreux, précis, mesurables au niveau de la santé, ils ne le sont guère dans le domaine social. Les intentions, cependant, et on doit le dire, sont très intéressantes, mais la formulation en objectifs est imprécise, elle est timide, dirions-nous. Pourtant, il eût été possible de le faire.

Je pense qu'on aurait pu se *donner* comme objectif de réduire, d'ici l'an 2000, de 5 % le nombre de signalements en ce qui a trait aux abus sexuels chez les enfants. Je pense qu'il aurait été possible de se donner comme objectif de réduire de 10 %, d'ici l'an 2000, le nombre de couples divorcés ou séparés. Je pense également - et je pense que les études le démontrent de plus en plus, ce que l'on pouvait savoir, ce que plusieurs citoyens pouvaient savoir Intuitivement - que la pauvreté, on l'a noté tantôt, joue un rôle important dans le développement de certains problèmes à la fois psychosociaux et de santé, et peut-être que, de façon audacieuse, on aurait pu se donner comme objectif de réduire, d'ici l'an 2000, de 5 % le nombre de familles vivant sous le seuil de la pauvreté.

Vous l'aurez deviné, on aurait souhaité davantage d'objectifs au plan social. Il y a - et nous en sommes convaincus - des héritages sociaux qui sont coûteux pour une société, coûteux financièrement, mais surtout coûteux humainement. Qu'on pense à plusieurs phénomènes qui se transportent, je dirais, d'une génération à une autre. Qu'on pense aux abus sexuels, qu'on pense aux abus physiques, qu'on pense à la négligence envers les enfants et qu'on pense également à la pauvreté.

Tout compte fait, on se demande si cette réforme ne s'adressait pas davantage au réseau de la santé. Peut-être que les problèmes y sont plus aigus: la démotivation du personnel, l'accessibilité à des soins spécialisés en région, le nombre de lits insuffisant. Peut-être, cependant, sont-ils davantage publicises? Il existe autant de besoins, dirions-nous, au plan social qui sont tout aussi importants. Historiquement, on a plus investi dans le domaine de la santé. On se dit que l'occasion est belle peut-être de changer le cours de cette histoire-là.

D'autres commentaires maintenant sur les objectifs en ce qui a trait à la participation, notamment des citoyens et du personnel du réseau, à la gestion des établissements. On est très étonnés de constater que l'on souhaite une participation beaucoup plus grande des citoyens à la gestion du réseau, alors qu'en diminuant le nombre de conseils d'administration on diminue d'autant le nombre de citoyens qui vont participer à la gestion directe de ce réseau-là. On souhaite également une participation plus grande du personnel de ce réseau à la gestion du réseau, alors qu'on les évacue complètement des conseils d'administration. Tout ça nous amène à dire que si les objectifs sont très intéressants. Et j'insiste là-dessus. C'est très intéressant, les objectifs qui sont présentés, autant dans les orientations que dans l'avant-projet de loi, quoique nous pensons qu'ils sont davantage précisés dans le domaine de la santé que dans le domaine social. Mais on pense que, si les objectifs sont intéressants, peut-être que les moyens ou, en tout cas, certains moyens mis en place ne facilitent pas l'atteinte de ces objectifs-là.

Je n'insisterai pas longuement, parce qu'il en a été question tantôt, sur le mode de regroupement, sur les conseils d'administration unifiés. Peut-être attirer l'attention sur le fait qu'il y a des particularités régionales, et je pense qu'il serait important de tenir compte de ces particularités régionales. Je pense également qu'il est important, dans une réforme éventuelle de ce grand réseau-là, de tenir compte des particularités de la santé et des services sociaux.

Les besoins des citoyens au plan social, au plan santé sont différents. La façon également d'y répondre est différente. Je pense que dans le domaine de la santé, très souvent, le service est médiatisé par une technologie importante. Dans le domaine social, l'intermédiaire - si c'en est un - est une relation directe avec des gens.

On se dit qu'on aurait dû retrouver, au niveau de cet avant-projet de loi, des organisations qui s'inspirent davantage des besoins des citoyens et davantage également des particularités régionales ou du réseau. L'impact possible d'un modèle unique, pour nous, c'est l'anonymat - je pense qu'il en a été question tantôt - des clients. C'est l'anonymat également du personnel qui oeuvre dans ce réseau.

On pense que, dans la région de Montréal, les bases de la concertation souhaitée sont bien en place, que les structures existantes de

concertation sont plus efficaces que celles qui sont proposées. Je pourrais en citer un certain nombre. Il y a des tables de concertation jeunesse. Il y a de multiples comités sous le leadership des conseils régionaux qui touchent différents problèmes et qui, dans le fond, tissent un réseau complémentaire et concerté. Et je pense que ce qu'il y a de plus important, c'est une attitude qui est en train de changer. Et cette attitude-là, pour moi... Si, il y a quelques années, chaque établissement, bien sûr, avait un mandat établissement, je pense que, de plus en plus, de ce mandat établissement est arrivé un mandat réseau.

(11 h 30)

Certes, ce réseau-là n'est pas parfait, mais on se dit qu'il vaut mieux consacrer de l'énergie à parfaire ce qui est là qu'à refaire. Il serait intéressant, par exemple, de mettre de l'énergie pour faire connaître davantage les ressources existantes, les diffuser à la population et, ce faisant, on faciliterait l'accessibilité de la population à ces services, plutôt que de mettre de l'énergie à l'implantation d'une structure anonyme. Je pense qu'on n'a pas d'énergie à gaspiller.

Quant aux conseils d'administration, je n'insisterai pas là-dessus encore, il s'agissait des conseils d'administration unifiés, il en a été abondamment question, je pense, tantôt. Je voudrais peut-être juste souligner que, dans ce qui est proposé et quand on le regarde à travers la lunette de la région de Montréal, on se retrouverait avec des conseils d'administration sûrement moins bien équipés, loin des réalités et peu sensibles aux différences entre les établissements et, ce faisant, entre les clientèles que ces établissements desservent.

Il nous apparaît important qu'il y ait, au niveau des conseils d'administration, des gens hors réseau, bien sûr, mais aussi des gens des réseaux et des représentants des corporations propriétaires. On imagine mal un conseil d'administration d'une compagnie financière qui se priverait d'expériences et qui se priverait d'expertises au plan financier.

Quant à la gestion du réseau, j'ai quelques remarques. Je pense qu'on n'insistera jamais assez non plus, pour nous, sur l'importance de la planification. Je pense qu'on est davantage encore un réseau qui réagit aux situations qu'un réseau qui voit venir les choses et s'y prépare. Je peux donner un exemple: Dans la région de Montréal, il y a un engorgement qui est vécu depuis dix ans au niveau des centres d'accueil de réadaptation, qui revient à chaque année de façon récurrente. On se réunit et il y a une concertation intéressante lorsque ces problèmes se présentent, dans le sens où on se réunit pour trouver des solutions, à ce moment-là, et je pense qu'il y a de l'énergie qui devrait être mise à voir venir ces choses-là. Je pense que voir venir les choses, ce que ça permet, c'est d'adapter davantage nos services aux besoins qu'on peut voir venir et je pense que cette absence de planification est peut-être à mettre en relation avec, une recherche insuffisante dans le domaine social. Il est important, je pense, que l'on investisse sérieusement et significativement dans le domaine de la recherche sociale.

Quelques remarques sur la gestion des ressources humaines. Il nous apparaît important de mobiliser les gens de ce réseau, qu'ils soient mis dans le coup, dans des structures qui soient adaptées, souples, que la population également soit mise dans le coup. On trouve important que les citoyens soient responsabilisés en regard de leur qualité de vie. Ce serait peut-être un premier élément de prévention et c'est peut-être la vraie prévention.

On pense également que la politique de contribution exceptionnelle qui est présente dans le réseau, au niveau des cadres, pourrait être présente, également, au niveau de l'ensemble des travailleurs de ce réseau et de l'ensemble des établissements. On ne pense pas nécessairement à une contribution à la suite de performances individuelles, quoique ça puisse être le cas, mais on pourrait penser également à des contributions à la suite de résultats atteints par deux, trois organismes ou établissements dans la poursuite d'objectifs donnés.

On pense que ce qui serait mobilisant dans le réseau social, c'est un projet qui se profile avec une couleur sociale avec, à l'avant-plan, des dossiers qui concernent la famille et la jeunesse. Il est important, pour nous, de retrouver une entité sociale qui mette de l'avant des objectifs clairs, précis au niveau de la famille et de la jeunesse.

Avant de passer aux recommandations, j'aurais peut-être un mot au sujet de la fondation Marie-Vincent et du centre Marie-Vincent. Je pense qu'il existe une tradition, depuis longtemps, dans le milieu anglophone au niveau des fondations. Il existe, depuis quelques années, des fondations dans le milieu francophone. Il existe également une tradition, je pense, plus grande des fondations dans le domaine de la santé. Il existe, depuis quelques années - et la fondation Marie-Vincent existe depuis 1975 - des fondations qui oeuvrent dans le domaine social. Il y a un "team", si vous me permettez l'expression, qui s'est créé entre la Fondation et le centre Marie-Vincent, qui est au profit des enfants du Centre et, notamment, les enfants qui ont été abusés sexuellement. Ce phénomène-là est important au niveau de la clientèle que nous recevons. Au cours des trois dernières années, il y a 50 % à 70 % des enfants qui ont été référés au Centre qui avaient été victimes d'abus sexuels. Ce qu'on veut vous dire, c'est: Ne rendez pas compliqué ce qui est actuellement simple, il y a, je pense, des liens directs entre la Fondation et le Centre, ne compliquons pas les règles du jeu.

Quant aux recommandations, la fondation Marie-Vincent, le centre Marie-Vincent, les soeurs de Sainte-Croix, on forme une équipe, une équipe qui travaille ensemble, une équipe qui, depuis plusieurs années, est au service des enfants qui sont référés au Centre. Il y a un fort sentiment d'appartenance. Il y a une équipe, là, je pense, qui est performante et qui est performante aussi en regard de son sentiment d'appartenance. Et les enfants que l'on nous confie, généralement, une de leurs caractéristiques principales, c'est qu'ils n'ont pas de sentiment d'appartenance. Près de 90 % des enfants qui sont confiés au centre Marie-Vincent viennent de familles éclatées où, dans la plupart des cas, le père et la mère ont reconstitué des familles, à un point, quelquefois, où il est difficile pour nous, adultes, de s'y retrouver. Et, on le constate souvent, les enfants n'ont pas d'appartenance, n'ont pas l'impression, en tout cas, d'appartenir à quelqu'un.

En ce sens-là, nous trouvons important de privilégier les petites structures personnalisées, où le sentiment d'appartenance est plus facile, je pense, à être ressenti par des enfants qui n'en ont pas, plutôt que de grosses structures anonymes. Il est important également, pour nous, qu'il y ait une proximité qui soit la plus grande possible entre les enfants et ceux qui décident. Il est important, pour nous, de tenir compte de la région. Il est important de tenir compte du réseau. Le social a ses particularités, il répond également à des besoins particuliers. Et peut-être que, tout compte fait, il y a de l'énergie qui peut être mise dans une réforme au niveau de la santé et peut-être que, dans un second temps, pourrait venir une réforme au niveau social.

Si vous me permettez deux images, ce réseau de la santé et des services sociaux, c'est comme un couple, un couple où les choix santé ont toujours commandé un peu, dans le passé, les choix sociaux, un couple, si je vais un petit peu plus loin dans mon image, où l'homme aurait dit à sa femme comment elle doit voter; mais je pense que c'est révolu, cette époque-là. Si vous me permettez une autre image de ce grand réseau là, c'est comme une famille, une grande famille où le modèle de la santé est là depuis longtemps et le modèle social, je pense, est là depuis moins longtemps ou il est en pleine jeunesse, si je peux dire. Et je pense qu'il serait important de favoriser l'épanouissement de ce réseau-là et de ceux qui y travaillent. C'est pour ça, vous l'aurez sans doute deviné, que nous proposons la création d'un ministère de la famille et de la jeunesse qui mettrait de l'avant **les** questions relatives à la famille Ht à la jeunesse, une structure dans laquelle les jeunes et la famille s'y reconnaîtraient, une structure, également, dans laquelle ceux qui travaillent dans le domaine social s'y retrouveraient certainement.

Si on regarde les jeunes, on les a un petit peu mis de côté depuis dix, quinze ans, et comme société, des fols, et comme parents, également. Je pense qu'actuellement ils nous rappellent, par leur violence, qu'ils sont là. Je pense qu'au niveau de la famille on assiste, un peu passivement, je dirais, depuis une vingtaine d'années, à l'éclatement de la famille. Il est peut-être temps d'essayer de freiner cet éclatement familial et, peut-être, de réinventer sur de nouvelles bases cette famille-là. On a l'impression que tout cela contribuerait, dans l'avenir, à avoir une société plus équitable, à avoir une société où la violence serait moins présente et à avoir également des citoyens plus épanouis et sûrement en meilleure santé.

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

M. Côté (Charlesbourg): Oui, madame. On en venait exactement à la même conclusion. C'est un mémoire qui a beaucoup de profondeur, qui a une recherche et un vécu aussi et une bonne connaissance du mariage.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté **(Charlesbourg):** Évidemment, vous abordez de manière plus spécifique la place qu'occupe le social par rapport à la santé et ça crève les yeux. La réaction que vous avez vis-à-vis de la situation actuelle est partagée à l'intérieur même du ministère. Dans une session de travail que nous avons eue le 18 janvier avec tous les cadres du ministère, le même constat que vous nous livrez aujourd'hui était livré au niveau du ministère. C'est donc qu'il doit y avoir un certain fond de vérité et de vécu là-dedans et c'est là-dessus que je veux vous dire qu'il y a un effort de fait sur le plan des objectifs. Évidemment, vous évoquez un certain nombre d'objectifs. Vous dites: On aurait pu avoir comme objectif... Il y en a qui s'adressent au gouvernement et il y en a qui s'adressent, bien sûr, au ministère, celui de la pauvreté s'adresse davantage... Je pense que c'est davantage une question de gouvernement que de ministère. Mais, par vole de conséquence - on le sait, des études le démontrent - la pauvreté crée beaucoup de problèmes au niveau du ministère aussi. Donc, dans ce sens-là, sur le plan des objectifs, je pense qu'on ne ferait pas un combat très long avant de s'entendre sur les objectifs.

Évidemment, ce qui m'apparaît beaucoup plus difficile, compte tenu de la faiblesse de la recherche dans le domaine du social - c'est ça un peu qu'on vit comme problème - Il y a toute une série d'informations que nous n'avons pas ou de recherches qui n'ont pas été suffisamment poussées pour avoir un certain nombre de solutions à nos problèmes, malgré le fait que vous soyez sur le terrain à chaque jour; ça, c'est

précieux, c'est très précieux.

On investit annuellement à ce moment-ci à peu près 2 500 000 $ par année en recherche sociale, mais ce n'est pas évident qu'il y a toujours eu cette volonté d'avoir une majeure dans la recherche sociale, je pense qu'on a davantage eu une mineure. Les indications que nous donnons ou transmettons au Fonds de la recherche en santé du Québec, c'est qu'il nous faut un virage, un virage plus important sur l'infrastructure, donc une infrastructure permanente de recherche dans le domaine social pour pousser nos connaissances et les modèles d'intervention. Je pense qu'à ce niveau-là il y aura du travail à faire et la commission, de toute façon... L'un des constats importants de la commission, c'est qu'il faut rééquilibrer, et ce n'est pas demain matin que ça va se faire. L'importance de l'un par rapport à l'autre est actuellement tellement considérable que c'est davantage une décision politique qu'il faudra prendre, axée sur la prévention. Vous en avez parié tantôt, vaut peut-être mieux prévenir que guérir. On est dans un système curatif au possible. On en discutait hier avec les centres de réadaptation qui sont venus; eux aussi, sont dans le curatif dans leur domaine. Évidemment, il faut faire un virage très important sur le plan de la prévention, mais en admettant vous et moi que c'est un virage qui va demander du courage et qui va demander aussi du temps. Le courage, on l'a, mais ça va être extrêmement important de faire un virage à ce niveau-là.

J'ai très bien compris le message et la portée de l'importance du social par rapport à... Et la création du ministère que vous proposez vient peut-être du fait qu'étant parent pauvre, si on avait notre propre ministère, on serait peut-être moins pauvres sur le plan budgétaire pour être capables de faire ce qu'on veut faire ou d'avoir les sommes pour. Mais il y a des messages très importants qui se passent à la commission depuis le début où il y a un virage très important à faire sur le plan de la prévention, de tout ce qu'on doit faire avant même qu'on arrive avec un bénéficiaire qui est poqué sur toutes les manières. Ça, le message est très bien capté. On va tenter de se creuser les méninges et le génie et, si vous avez des solutions miracles, gênez-vous pas pour nous les donner, sur comment le faire et comment le faire à partir de demain, dans un an, dans deux ans, dans trois ans, mais il faut faire des choses qui vont être durables et permanentes. Vous savez d'ailleurs très bien qu'il va y avoir une résistance assez importante de la part de ceux qui, aujourd'hui, trônent en rois et maîtres sur le médical.
(11 h 45)

Ceci étant dit, vous avez abordé le problème - puisqu'il faut quand même en discuter - de structure et vous êtes l'un des premiers groupes à venir nous dire, comme constat, qu'on n'a pas besoin de réinventer une structure sur le plan régional, qu'on en a une qui fonctionne bien. Bon, à part de ceux qui seraient venus eux-mêmes se vanter, parce que, évidemment, quand on veut protéger sa structure, on vient se vanter et on dit qu'elle est bonne et qu'elle a atteint ses objectifs, vous êtes le premier à venir nous dire: La structure régionale - donc, dans laquelle vous oeuvrez à Montréal - n'est pas parfaite. Elle a besoin d'ajustements mais au lieu de tenter de refaire, il faut parfaire. C'est ça. Alors, il faut davantge parfaire que refaire. En tout cas, je vous dis, si c'est vrai chez vous, ce n'est pas nécessairement vrai ailleurs, mais j'aimerais vous entendre davantage sur le "parfaire" au niveau de la structure régionale.

M. Charest: Bon, je pense qu'il existe différents... Sur la structure régionale, je vais parler, bien sûr, plus abondamment dans le domaine des services offerts aux jeunes. Je vais peut-être le redire, il existe des tables de concertation, il existe des projets au niveau de plans de services, au niveau de la clientèle, il existe une collaboration interétablissements, je dirais, qui est très intéressante et qui est au service des clients. "Parfaire", pour moi, je reprends l'exemple, "parfaire" pourrait être de faire en sorte que le conseil régional joue un rôle encore plus actif au plan de la coordination. "Parfaire", ce pourrait être de mettre de l'avant une plus grande diffusion de ce qui existe comme ressources dans la région de Montréal et je pense que ça faciliterait l'accessibilité des jeunes et des familles à des ressources que souvent ils ne connaissent pas et que souvent, également, des professionnels et des citoyens ne connaissent pas non plus.

M. Côté (Charlesbourg): Je trouve ça excellent. Évidemment, ça revient constamment. On l'a vu au "Match de la vie", les gens ne connaissent pas l'existence des CLSC. Donc, ils se dirigent directement à l'urgence. Donc, il y a une méconnaissance des services qui sont existants. Ça, c'est un constat très, très important et il faut faire des efforts de ce côté-là. Évidemment quand on parle... Vous êtes dans un secteur qui a - on nous l'a dit hier - une bonne structure de complémentarité, de collaboration et de concertation, à votre niveau.

M. Charest: Oui. Je peux donner un autre exemple. Je parlais tantôt de la planification. On a mis sur pied, au niveau des centres 0-12 ans de la région de Montréal, un travail de façon à essayer de planifier, à essayer de cibler, si je peux dire, les besoins des enfants au cours des cinq prochaines années et d'essayer, compte tenu de cela, de peut-être repenser à adapter différemment nos services. Et, pour moi, c'est un exemple aussi concret de quelque chose qui est fait pour une meilleure concertation, en faisant le lien également avec la planification.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce qu'il y a des pouvoirs additionnels qui pourraient être donnés à l'organisme régional - bon, nommons-le, le CRSSS - des pouvoirs additionnels qui pourraient être donnés qui permettraient... Parce que la volonté n'est pas de tout centraliser à Québec, la volonté est de donner davantage de pouvoirs au niveau de la région sur le plan de cette complémentarité et de coordination aussi. Évidemment, quand on dit qu'il y a des problèmes de connaissance des services offerts, c'est peut-être une partie de la faute du central à Québec, mais il y en a une bonne partie aussi au niveau de la région. Est-ce qu'il y a des pouvoirs additionnels qu'on pourrait transférer au niveau régional pour corriger ces lacunes-là?

M. Charest: Je pense que l'allocation et la distribution des enveloppes budgétaires pourraient permettre un leadership peut-être plus musclé.

M. Côté (Charlesbourg): Et, pour vous, l'allocation des enveloppes budgétaires, est-ce que ça serait une véritable régionalisation...

M. Charest: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...ou si ça serait une déconcentration?

M. Charest: Ça serait une véritable régionalisation.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que dans des cas comme ceux-là - parce qu'on se l'est dit tantôt, on a à peu près le même langage... Des objectifs...

M. Charest: Oui. Clairs.

M. Côté (Charlesbourg): Mais ça, je n'ai pas encore entendu grand monde contester les objectifs. Évidemment, quand on tombe dans le dédale des projets de loi article par article, on se retrouve plus ou moins, ou selon l'interprétation qu'on a. Mais, dans les objectifs, c'est clair. Des objectifs de santé. Mais, si on arrivait demain matin en disant: Parfait, dorénavant, l'argent sera versé en fonction d'objectifs de résultats par programme, dites-moi donc, de par votre expérience - parce que, moi, c'est quelque chose qui me plaît et c'est peut-être le seul moyen d'être capable de virer le système et de mettre le bénéficiaire au centre de nos préoccupations - si on en arrivait à prendre cette décision d'objectifs de résultats par programme, donc les allocations de ressources vont aller en conséquence, comment est-ce qu'on réussit à opérationaliser tout ça. Si on disait demain matin: Parfait, la dotation budgétaire pour une région comme celle de Montréal est de X centaines de millions de dollars, on vous envole ça. et c'est maintenant un objectif par programme et, donc, il y a une répartition ou il y a un jugement à poser avec des objectifs de résultats, comment est-ce que la régie régionale pourrait opérationaliser une idée comme celle-là?

M. Charest: Je pense qu'elle pourrait demander à ce réseau-là et aux gens qui en font partie de présenter des plans pour arriver à atteindre ces objectifs et superviser, dans le fond, très étroitement l'atteinte des objectifs, suivant les propositions qui auraient été faites. J'en conviens avec vous, ce serait un changement majeur. Mais il y aurait, pour moi, une très grande mobilisation.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que vous croyez que les régions sont prêtes pour un exercice comme celui-là? Il faut bien se le dire entre nous autres, il y a un peu de compétition dans le système. On dit que, dans le monde médical ou dans les centres hospitaliers, il y a passablement de compétition. Ce n'est pas différent dans d'autres domaines non plus.

M. Charest: Effectivement.

M. Côté (Charlesbourg): La complémentarité est peut-être plus facile ailleurs, mais il y a un peu de compétition dans le système.

M. Charest: Oui. De la compétition, il y en a dans le système actuellement. Je pense qu'elle serait là, mais elle serait là avec des règles du jeu qui seraient très claires. Avec des objectifs clairs et un certain nombre de règles énoncées, on aurait peut-être une compétition que je qualifierais peut-être de plus saine dans le sens de plus au service des besoins que l'on veut desservir dans ce réseau-là.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, dans votre esprit, c'est possible.

M. Charest: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Ça va quand même demander de fouiller passablement la mécanique parce qu'on sera inévitablement pris dans une mécanique de répartition. Dans la mesure où on allait dans ce sens-là, il reste un problème à régler qui est celui de l'Imputabilité, qui est quand même extrêmement important. Selon votre expérience, comment est-ce qu'on peut régler le problème de l'imputabllité? Le ministre veut bien répondre et être imputable des 10 400 000 000 $ qui sont sous sa responsabilité, mais, en transférant des pouvoirs comme ceux-là sur le plan régional, on étire l'élastique de l'imputabilité. Comment est-ce qu'on règle ce problème-là?

M. Charest: Peut-être qu'une des façons de le régler - mais, en même temps, ça ne m'ap-

paraît pas un moyen nécessairement performant - ce serait un peu sur le modèle scolaire, d'avoir une représentation, des gens élus au niveau régional. Cependant, quand je regarde dans le domaine scolaire, l'intérêt à cela, il est mince. Mais l'imputabilité pourrait être à ce niveau-là, tout comme l'imputabilité pourrait être directement au niveau des gestionnaires de ce réseau, une plus grande imputabilité au niveau des gestionnaires, ceux qui sont impliqués.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, ce sont des pistes à explorer. Mon temps est terminé, de ce que je comprends. J'ai négligé d'autres aspects qui sont exprimés de manière assez claire dans le mémoire; il y a des messages que je comprends aussi à l'intérieur. Je ne les partage pas tous, mais je comprends le sens des messages qui sont dans votre mémoire. Merci.

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

M. **Chevrette:** Merci, Mme la Présidente. Je partirai précisément du dernier point que le ministre vous souligne, le transfert des enveloppes en région. C'a été notre dada pratiquement depuis le début, le dada de l'Opposition, transférer l'ensemble des enveloppes au niveau de la région. Mais ça présuppose une décision préalable, sinon on ne ferait que transporter les iniquités existantes. Il faut corriger d'abord, par des formules précises, les iniquités existantes dans les régions parce que, si on ne faisait qu'attribuer aux régions les enveloppes actuelles par un moyen arithmétique, on ne corrigerait absolument rien des situations, des iniquités actuelles. Donc, pour nous, il y a une opération préalable au transfert des enveloppes. C'est d'abord d'apporter les correctifs pour dire: Voici ce que ça donnerait, corrigé. Sinon, on ne changerait aucun iota des iniquités régionales et ça m'apparaîtrait une aberration. En voulant corriger un système inéquitable, on ne ferait que transposer l'iniquité sous prétexte qu'il y a une grosse décentralisation des enveloppes budgétaires, mais on ne donne pas les moyens, pas plus qu'avant, aux personnes en place de prendre des décisions. Donc, opération préalable, correction des iniquités; ensuite, application, une véritable décentralisation des enveloppes, on croit que c'est là, pour nous, l'Opposition, une piste extrêmement intéressante où les gens devront se parler. Donc, c'est à se parler qu'on se comprend, hein? Puis, si on se comprend, on va aller en complémentarité. Donc, on n'ira pas en se pilant sur les pieds ou en empiétant sur les terrains des autres puisqu'on aura à arbitrer le partage d'une enveloppe éventuelle.

Nous sommes allés plus loin que ça. Nous avons dit cependant que pour le côté social ça prendrait peut-être des enveloppes réservées pour qu'elles ne soient pas gobées exclusivement par le secteur santé qui a un lobby extrêmement puissant et ça pourrait prendre la forme d'une enveloppe protégée, sans enlever l'autorité ultime. Au contraire, ça entrerait dans l'autorité ultime du ministère de voir à ce que le côté social ne soit pas ignoré par rapport au côté santé. Je pense que l'Opposition officielle de l'Assemblée nationale a une perception assez juste des choses.

Ce qui m'a plu énormément dans votre mémoire, c'est tout l'aspect préventif. J'ai eu la chance, je pense que c'est une chance, oui, d'avoir été un an à la tête du ministère pour me rendre compte que tout le monde se targue, dans leur discours, de parler de l'interdépendance du social et de la santé, si bien que je suis allé jusque, pour bien identifier qu'il y avait deux missions, j'ai changé le nom, le temps que j'étais là. Au lieu du MAS, le ministère des Affaires sociales, j'ai dit: Ça va être MSSS, Santé et Services sociaux. Je voulais démontrer qu'il y avait deux missions véritablement importantes dans le sigle. Ceci dit, ça ne change pas grand-chose si, de ce beau discours, les gestes ne suivent pas et les gestes, ça veut dire consacrer une plus large part d'argent, des ressources financières à la vocation que représente le social, mais aussi à la prévention.

J'ai été scandalisé, à ma première conférence fédérale-provinciale à laquelle j'ai assisté. On parlait avec M. Crosbie, qui était alors ministre de la Justice, qui refusait littéralement de recommander au gouvernement conservateur de subventionner la partie prévention. Par exemple, les centres d'accueil pour délinquants. Si un jeune est incarcéré, il nous coûte 72 000 $ par an. Ça, c'est subventionné par le fédéral. Mais donner de l'argent à des groupes ou à des centres d'accueil qui veulent faire de la prévention, ça, ce n'est pas subventionné - croyez-le ou non - et c'est un coût social beaucoup plus prohibitif, aller exclusivement vers le curatif, que de consacrer un peu de finance pour aller dans le préventif.

Mais notre société est bâtie de même, imaginez-vous. Ce n'est pas seulement auprès des conseils d'administration qu'il faut changer les mentalités, ce n'est pas seulement auprès des personnels ou des différents corps professionnels qu'il faut changer les mentalités, c'est même dans l'approche même des gouvernants qui doivent imprégner ce nouveau courant. Je trouve que votre mémoire est très éloquent, et je vous en félicite, sur tout cet aspect.

J'aurais une seule question à vous poser. C'est de nature purement axée, encore une fois, sur le domaine de la prévention. Comment voyez-vous les ressources alternatives du milieu par rapport à votre rôle d'établissement? Comment les voyez-vous?

M. Charest: Je dirais comme des partenaires. Si je regarde le territoire de la ville de

Saint-Laurent où on offre des services externes, on fait partie d'une table régionale où on travaille avec différents organismes et différentes ressources. Ils sont là de façon complémentaire. Je pense que le plus possible on implique directement, et le plus près possible, les citoyens et les gens qui rencontrent des difficultés pour solutionner leurs problèmes. Je pense qu'on se donne des garanties que l'intervention porte plus.

J'aimerais peut-être ajouter à ce qui a trait à la prévention. Je pense que la prévention première peut commencer par de l'information aux citoyens sur la santé, sur leur bien-être. Je pense également qu'elle peut se traduire par un investissement majeur auprès des enfants et auprès des familles. Il peut se traduire, également, le préventif, sans jouer sur les mots, par un curatif auprès des enfants.
(12 heures)

M. Chevrette: Mon collègue en a une aussi.

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

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Une remarque d'abord pour aller dans le sens que vous le dites. On a bien l'impression que tout ce projet de réforme est un projet de réforme du système de la santé, que le rouleau compresseur de la santé continue "exonérablement" sa poussée et que la prévention, le communautaire, la réadaptation, les services sociaux, on traite ça après, quand on a le temps. Et là-dessus, je voudrais peut-être poser une question en relation avec ce que vous faites sur le territoire auprès de votre clientèle, dans le réseau actuel, en m'intéressant particulièrement aux bénéficiaires.

Une personne qui, actuellement, est Insatisfaite du service qu'elle obtient, du plan de service qu'on lui a fait, de l'inaccessibilité à tel ou tel type de service s'adresse à son CRSSS pour déposer une plainte. Est-ce que vous avez l'impression que le système de traitement des plaintes et d'accueil des bénéficiaires dans le système de santé et des services sociaux répond effectivement avec justesse et justice aux réclamations de services ou de traitements dans notre actuelle organisation du système de santé et des services sociaux?

M. Charest: Je peux difficilement répondre à la question de façon précise. Cependant, ce que je peux dire, il y a des suites qui sont données à ces plaintes-là. Si un parent n'est pas satisfait des services que son enfant reçoit et qu'il y a une plainte qui est faite au Conseil régional, je suis assuré, et l'expérience, elle est là, quo va ôtro donné suito à SH plainte Est co que la personne va être satisfaite après ça? Je peux difficilement me prononcer, malheureusement, là-dessus.

M. Trudel: Mais ce que vous nous dites, c'est que ça suit les mécanismes et ça se rend chez vous.

M. Charest: Oui.

M. Trudel: Grosso modo, on vérifiera très certainement cela parce qu'il pourrait bien arriver que tout ne se rende pas chez vous. En termes de redressement de situation, on vérifiera ça bien sûr avec les CRSSS, parce que, je lis ça à votre élément extrêmement pertinent, tout cela devrait peut-être commencer par l'élément information. On ne peut exercer nos droits, nos recours et la juste part auxquels on a droit dans tout système que si on est bien informé, et on a bien l'impression qu'on est effectivement sous-informé, qu'il y a un grand nombre de personnes qui ne peuvent avoir accès à des services parce qu'ils sont mal informés ou que le mécanisme de traitement de leur situation ou de leur plainte est dans une situation difficile. J'illustre ça par le fait, par exemple, que toute plainte qui est déposée en générai dans un CRSSS quant à une situation difficile, on va demander d'abord à ces personnes-là de faire ça par écrit. Or, il y a 20 % de la population du Québec, les plus pauvres, qui sont analphabètes ou qui ne savent pas écrire. Comment retrouver la justice et le service à rendre quand des personnes ne peuvent même pas rendre leur demande à terme en vertu des mécanismes qui sont actuellement fixés?

Une toute petite question maintenant avant de terminer, puisque le temps nous presse. Sur cette question des régies régionales et de l'imputablllté, vous nous avez dit: Une des façons d'y arriver serait peut-être de passer par l'élection au suffrage universel des personnes qui siégeraient éventuellement à l'organisme de gestion des programmes au niveau régional. Est-ce que vous avez l'impression - parce que vous nous avez aussi rappelé la situation du monde scolaire - que, s'il y avait une espèce d'alliance avec le monde municipal, nous pourrions en arriver à ce nécessaire intéressement et que les gens appelés à siéger sur les régies régionales, pour ne pas multiplier les gestes, pour ne pas multiplier les occasions d'élections - si vous me passez l'expression - est-ce que vous pensez qu'on pourrait, par exemple, utiliser les élections municipales pour en profiter pour élire les membres qui seraient responsables de cette régie régionale et créer, à l'occasion de ces élections, l'information nécessaire, le courant d'information nécessaire pour responsabiliser et faire en sorte que ce soit un geste responsable au niveau de la population? Est-ce que ça vous apparaît UMB volo passible?

M. Charest: À première vue, ça pourrait être une piste intéressante. À première vue.

M. Trudel: Très bien. Merci.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Il y a de vos collègues qui sont venus hier, représentants des centres de réadaptation de la région de Montréal. J'imagine que vous avez, bien sûr, vu leur mémoire. Et dans leur présentation, ils étaient assez critiques quant à l'état actuel des relations avec soit la DPJ, soit les centres de services sociaux ou d'autres institutions; ça pouvait être les CLSC. Et quand on lit votre mémoire et qu'on vous écoute, vous semblez dire qu'il y a des pas de géant qui ont été franchis et que, au contraire, vous en arrivez presque à commencer à avoir une vision planifiée. Donc, votre évaluation à vous, à ce moment-ci, des liens que vous avez avec les institutions environnantes dont vous dépendez mutuellement, bien sûr, est - si je comprends bien - beaucoup plus positive. J'aimerais vous entendre un peu sur ça.

M. Charest: Elle est plus positive, bien sûr. Il y a beaucoup d'établissements dans la région de Montréal. Et, tantôt, M. Côté parlait de la compétition qu'il y a entre les établissements. Elle est là certainement. Mais il y a des pas de... Ça fait près de quinze ans que je suis dans le réseau. Et, au départ, si dans les établissements le travail était fait d'une façon très cloisonnée, aujourd'hui, je peux dire qu'il y a un décloisonnement qui est présent. Il y a des attitudes qui ont changé. Et je pense que ces attitudes sont garantes, en tout cas, d'un avenir qui est prometteur.

Et, pour moi, l'attitude fondamentale, c'est... Je pense que chacun des établissements dans ce réseau est de plus en plus convaincu qu'il a un mandat réseau et non pas uniquement un mandat établissement.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Quand vous suggérez, à la fin de votre intervention, que l'on constitue un nouveau ministère qui serait préoccupé de la famille et de la jeunesse, vous nous dites que ce qui s'est fait, jusqu'à maintenant, par l'Intermédiaire du nouveau Conseil de la famille n'est pas satisfaisant et n'est pas suffisant.

M. Charest: Tout à fait. Je pense que ça demanderait une volonté beaucoup plus vigoureuse. Si on veut faire des choses et intervenir au niveau de la famille et des jeunes, je pense qu'une voix ministérielle pourrait contribuer énormément, à ce niveau-là.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Nous vous remercions de votre présentation qui fut très enrichissante, j'en suis persuadée, pour tous les membres de la commission.

M. Charest: Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci. J'inviterais maintenant les représentants et représentantes de la corporation de l'hôpital Marie-Clarac et les soeurs de Charité de Sainte-Marie à venir prendre place pour nous présenter leur point de vue.

Je vous souhaite la bienvenue à la commission. J'aimerais que la personne qui sera porte-parole pour présenter le mémoire se présente, au moins, et présente les personnes qui l'accompagnent.

Corporation de l'hôpital Marie-Clarac et soeurs de Charité de Sainte-Marie

M. Tremblay (Charles): Mme la Présidente, M. le ministre, M. le leader de l'Opposition, MM. les membres de la commission, mon nom est Charles Tremblay. Je représente les soeurs de Charité de Sainte-Marie, de même que l'hôpital Marie-Clarac des soeurs de Charité de Sainte-Marie (1965).

J'ai, à mes côtés, mère Anselme-Marie, directrice générale pour le Canada et présidente du conseil de l'hôpital; à ma droite, soeur Anne-Marie, secrétaire de l'hôpital et directrice des résidences Les Cascades et Angelica; soeur Louise Beaulac, directrice générale actuelle de l'hôpital, ici à ma gauche, le Dr Hector Gravel, qui est DSP de l'hôpital, et M. Pierre Lalonde, que je n'avais pas vu, excusez-moi, qui est le contrôleur des finances.

La Présidente (Mme Marois): Vous connaissez nos règles, je n'ai pas à vous les rappeler. Il y a environ 20 minutes de présentation et, par la suite, nous vous adresserons soit des questions ou des commentaires.

M. Tremblay (Charles): Je ne pense pas avoir besoin des 20 minutes pour l'exposé que je préférerais résumer d'une façon très concrète, étant donné qu'il doit y avoir beaucoup de répétition, de toute façon.

Il m'apparaît d'abord important, étant donné le message que l'on veut transporter, de connaître ce que sont les soeurs de Charité de Sainte-Marie. Les soeurs de Charité de Sainte-Marie, ce sont d'abord des religieuses d'origine italienne qui viennent de Turin et qui sont arrivées au Canada vers 1940-1943. Elles se sont établies à Montréal-Nord où elles ont graduellement monté différentes institutions qui sont les suivantes. En 1963, l'institut Marie-Clarac. L'institut Marie-Clarac est un complexe immobilier composé d'un seul immeuble, très moderne, très joli, qui abrite un hôpital, l'hôpital Marie-Clarac, qui a 204 lits et qui est un hôpital de réadaptation essentiellement et de convalescence, également une école secondaire de 750 élèves et un noviciat.

Cette description n'est pas inutile lorsque l'on touche au problème de la propriété des immeubles. Vous voyez donc qu'il s'agit ici d'un hôpital qui fait partie d'un complexe et qui n'est

donc pas isolé et facilement isolable. En 1968, on a construit la résidence Angelica qui est située sur le bord de la rivière des Prairies et qui peut recevoir 500 personnes âgées. En 1972, la résidence Les Cascades, également sur le bord de la rivière des Prairies - de toute beauté comme site, n'est-ce pas - où il y a 500 personnes âgées également. Il y a aussi le collège Clarac de Mexico qui va être en opération dès septembre, qu'on achève de construire et qui va recevoir 1200 élèves. Il faut aussi mentionner le camp Mère-Clarac qui est situé à Salnt-Donat dans le nord de Montréal, qui peut recevoir 225 personnes et également, qui date de 1984, l'Étoile-du-Nord qui est une résidence d'été, pour 80 personnes âgées. Il faut aussi souligner que toutes ces constructions et Institutions ont été fondées par soeur Anselme qui est à ma droite, dont on a pu dire, par probablement de mauvaises langues, qu'elle était à la tête d'un véritable petit empire.
(12 h 15)

Nous n'entendons pas, bien entendu, faire une analyse critique détaillée de la réforme proposée. Cet aspect du problème est laissé au Regroupement des petits et moyens hôpitaux de Montréal que nous n'avez peut-être pas encore entendu, mais qui se fera entendre, je pense, après nous. Nous espérons que nous ne vous ennuierons pas avec trop de répétition. Nous nous en excusons, s'il y en a. Mais, d'ores et déjà, de ce que j'ai entendu ce matin, nous avons des points de vue différents à certains égards et surtout, pour autant que ma part est concernée, d'aspects légaux.

Nous croyons essentiel de faire d'abord un petit rappel de l'évolution de la situation jusqu'à maintenant. Ce sera très bref, mais ça nous apparaît vraiment essentiel pour démontrer comment nous en sommes arrivés à la situation actuelle où les corporations qui sont propriétaires des immeubles ont été écartées petit à petit de l'administration de leurs hôpitaux. Remarquez que ce n'est pas du tout notre propos que de se plaindre ici d'une expropriation déguisée et autres formes de spoliation; nous ne demandons aucune indemnité du genre. Les religieuses n'ont qu'un seul but, c'est de poursuivre leur mission dans le domaine de la santé et non pas, en aucune façon, de vous soumettre des considérations d'ordre purement économique, même en ce qui regarde leurs immeubles.

Avant 1960, le monde hospitalier était essentiellement celui des communautés religieuses. Est arrivée, en 1962, la loi sur les hôpitaux. La loi sur les hôpitaux a dit que, dorénavant, les corporations sans but lucratif qui sont propriétaires d'immeubles servant d'hôpitaux seraient des hôpitaux publics. Alors, pourquoi arrive, sans autre préavis, cette nouvelle notion d'institutions qui étaient, évidemment, tout à fait privées et que l'on vient déclarer publiques, contrairement, par exemple, au système de l'éducation où on a reconnu des établissements privés, mais d'Intérêt public? Là, on a dit: Non, ce sont des hôpitaux publics. On doit en attribuer, je pense, la principale raison à une loi fédérale de 1958 qui exigeait, pour obtenir des subventions, que l'on soit des hôpitaux publics.

Alors, ça a été le début, n'est-ce pas? Pour s'adapter à cette demande du gouvernement fédéral, on a dit: Très bien, on devient des hôpitaux publics. Et là, la loi sur les hôpitaux exigeait que l'on constitue des corporations distinctes de celle de la communauté, qui n'auraient d'autre objet que d'opérer l'hôpital. C'était donc une séparation des patrimoines de la communauté et de l'hôpital même, ainsi que de tout ce qui se trouve dans l'hôpital. Le conseil d'administration était celui de la corporation, auquel on adjoignait un médecin et un directeur général. Et c'est la première année que l'on a exigé un permis pour opérer un hôpital.

Devant cette situation que nous imposait la loi, l'hôpital Marie-Clarac s'est incorporé. Ça s'appelle la corporation de l'hôpital Marie-Clarac des soeurs de Charité de Sainte-Marie (1965). Ça a été fait en vertu de lettres patentes. Je m'excuse d'insister sur ces aspects qui peuvent vous paraître assez loin du problème de la santé, mais qui sont importants, comme nous le verrons plus loin. Parce que les lettres patentes en question prévoient la composition des membres de l'hôpital et du conseil d'administration. On dit, n'est-ce pas, que l'hôpital sera administré par son propre conseil d'administration et, de plus, que les membres de l'hôpital seront choisis par la communauté. Vous voyez comme on en est loin de ça, aujourd'hui. Pour permettre l'émission de ces lettres patentes, il a fallu que les religieuses obtiennent d'abord une loi privée, spéciale, qui les incorporait et qui leur permettait de faire une requête au lieutenant-gouverneur pour obtenir les lettres patentes d'un hôpital, ce qui a été fait.

Je pense que la situation est demeurée telle quelle jusqu'en 1971. Donc, de 1962 à 1971, cet hôpital-là a été mené entièrement et uniquement par les religieuses. En 1971, la première Loi sur les services de santé et les services sociaux a greffé, au conseil d'administration des lettres patentes dont je viens de parler, un conseil d'administration imposé par la loi. Et on a dit aux religieuses: Vous pourrez élire, non pas vraiment élire mais déléguer quatre représentants sur douze à ce conseil d'administration. On a dit que tous les pouvoirs de l'hôpital, dans le cas de Marie-Clarac, seraient exercés par ce conseil d'administration. Cependant, des interprétations du temps ont ramené cette expression "tous les pouvoirs" en seulement "des pouvoirs de gestion", en sorte qu'on a continué à avoir le conseil d'administration de la corporation originale en parallèle avec le conseil d'administration qui était chargé, lui, des pouvoirs de gestion. Je pense qu'il est important d'attirer votre attention

sur un point avec lequel ceux qui nous ont précédés et d'autres ne sont pas d'accord, et c'est le suivant. Se sont alors exprimées deux tendances différentes. La loi disait: Le conseil d'administration de l'établissement. En droit, ça n'a évidemment aucun sens. C'est comme dire: Le conseil d'établissement d'un gymnase, le conseil d'établissement d'une piscine. Ça n'existe pas. Il aurait fallu que l'établissement soit lui-même une corporation pour que ça ait du sens. Or, l'établissement n'est pas une corporation en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. On a dit, à l'article 68, que l'établissement était une corporation au sens du Code civil. On s'est appuyé là-dessus pour dire: Voyez, l'établissement, c'est une corporation, donc ça a du sens. Mais on a oublié, n'est-ce pas, que l'article 68 ne s'appliquait qu'aux corporations créées par la loi de 1971 et non pas aux corporations antérieures, en sorte qu'il ne fait aucun doute, dans mon esprit et dans celui d'autres juristes qui se sont prononcés sur le problème, qu'il n'y a pas deux corporations, il n'y a jamais eu deux corporations, qu'il n'y a qu'une seule corporation encore aujourd'hui. Et j'entendais tout à l'heure un de ceux qui est venu ici prétendre que le conseil d'administratlon de l'établissement devrait être maintenu alors que le projet de loi l'abroge. Je soumets respectueusement que le projet de loi ne l'abroge pas, qu'il n'a jamais existé. Il n'y a jamais eu qu'un seul conseil d'administration, qu'une seule corporation qui était menée par deux conseils d'administration: un conseil d'administration original, originaire, celui des lettres patentes, qui avait une juridiction évidemment assez limitée puisqu'on avait enlevé les pouvoirs, et cet autre conseil greffé qui, lui, avait les pouvoirs de gestion, en 1971. En 1974, on a amendé la loi pour dire, cette fois-là, écoutez bien: Tous les pouvoirs maintenant seront exercés par ce conseil d'administration imposé par la loi. Il semblait qu'on aurait dû alors admettre qu'il n'y avait plus de pouvoir possible pour le conseil d'administration originaire. Je soumets, à ce propos, que môme si telle était la situation, ce que je nie, ça n'aurait pas fait disparaître pour autant le conseil d'administration originaire parce que c'est une chose que d'avoir des pouvoirs et une autre que de les exercer. Et le conseil original de l'hôpital conserve toujours les pouvoirs que ses lettres patentes lui ont donnés, sauf qu'il est empêché de les exercer parce que la loi dit: Ça sera exercé par un conseil d'administration greffé, imposé par la loi.

Cependant, lorsque la loi dit, en 1974, que tous les pouvoirs vont être exercés par le deuxième conseil d'administration, on dit aussi, à l'article 49, que ce conseil - c'était vraiment trop demander - ne pourrait pas aliéner les biens de la corporation des religieuses sans le consentement de ces membres-là. Il faut donc lire la loi de 1974 comme disant: Tous les pouvoirs sont transférés au deuxième conseil d'administration, sauf ceux que la loi lui reconnaît encore. Alors, il y avait des pouvoirs, n'est-ce pas, que cette loi-là lui reconnaissait, en sorte que ce ne sont pas tous les pouvoirs qui ont été transférés au deuxième conseil, mais certains pouvoirs qui sont presque la totalité, mais il est resté pour le conseil original certains pouvoirs dont celui de s'objecter à l'aliénation, celui de déléguer des membres au conseil d'administration du second conseil, etc.

En 1977, est arrivé l'élément important de notre représentation ici. En 1977, est arrivée pour nous une bouffée d'air. Le centre d'accueil, qui était un établissement public, pouvait, à certaines conditions, conserver, lui, un seul conseil d'administration, le sien propre, ce qui était déjà une preuve, n'est-ce pas, qu'il n'y a jamais eu deux conseils d'administration. Ça va de soi, parce qu'autrement on aurait vu une corporation dont le conseil d'administration serait celui d'une autre corporation, ce qui n'avait évidemment aucun sens. Alors, on a dit: Certains centres d'accueil, à certaines conditions, pourront avoir leur propre conseil d'administration.

Cette disposition-là a été maintenue dans le projet de loi actuel, et vous verrez que c'est là l'objet de notre demande principale. Nous vous disons: N'est-il pas possible de permettre certaines exceptions dans la loi? Nous ne vous demandons pas que tous les établissements publics aient leur propre conseil d'administration. Ce serait aller plus loin que 1971, revenir sur des aspects importants de la loi. Nous ne vous demandons pas ça. Nous vous demandons cependant: Dans certains cas, n'est-il pas possible que la loi permette, comme dans le cas des centres d'accueil, à certains centres hospitaliers, à certaines conditions et toujours avec tous les contrôles, n'est-ce pas, qui sont le droit de celui qui paye, d'avoir leur propre conseil d'administration? Nous croyons pouvoir faire la preuve devant vous, et d'une façon péremptoire, qu'un conseil d'administration mené par les religieuses qui m'entourent est plus efficace, est plus humain et, à toutes fins pratiques, est dans un meilleur intérêt de l'État que celui que vous nous proposez maintenant.

Ce n'est évidemment pas une règle générale. J'en conviens et, encore une fois, je ne demande pas l'ouverture de la loi "at large" sur un point aussi délicat. Je demande cependant qu'il y ait une possibilité de prévue dans la loi comme on en a prévu une pour les centres d'accueil. Vous allez me dire: Qu'est-ce qu'il y a de particulier à Marie-Clarac que les autres n'ont pas? Il y a ce petit boniment, que je vous ai fait au début, de leurs oeuvres, qui n'était pas inutile, comme vous le voyez maintenant, et qui signifie qu'elles ont réussi à la perfection. À date, elles ont ce deuxième conseil d'administration aussi, mais les relations sont excellentes.

L'hôpital marche parce que les relations avec le conseil d'administration, dont des membres sont ici, sont excellentes. Il va de soi que ça peut continuer comme ça à la limite, mais on n'a aucune garantie pour l'avenir de ce qui va se présenter. On ne contrôle pas cette composition du conseil d'administration qui est déterminée par l'État. Cependant, Marie-Clarac a fait la preuve, avec et sans conseil d'administration connexe, annexe, de sa compétence et du succès de ses entreprises. Et, de plus, et c'est peut-être là le point principal, la corporation, les religieuses ont de la relève. Vous avez dû entendre d'autres corporations ou d'autres communautés vous dire: Nous n'avons presque plus de relève. Ce n'est pas le cas et les questions là-dessus seront les bienvenues après. Mes soeurs pourront vous répondre, ce que je ne connais pas personnellement. Mais il existe une relève et le passé qui est garant de l'avenir vous dit: Ils ont fait une oeuvre magnifique et, nous, on vous dit: On peut faire une meilleure job nous-mêmes, dans ce cas particulier, qu'en appliquant la loi.
(12 h 30)

Voyons maintenant ce que le projet de loi est venu ajouter à tout ça comme Imbroglio. Il y a évidemment...

La Présidente (Mme Marois): Vous allez me permettre de vous demander de ramasser un peu les derniers éléments de votre proposition, non pas que ce ne soit pas intéressant, au contraire, nous vous écoutons très attentivement, comme vous l'aurez sans doute remarqué, mais il restera peu de temps aux membres de la commission si vous utilisez...

M. Tremblay (Charles): Je m'excuse. Alors très brièvement, je vais vous dire ceci. Pour ce qui est du conseil d'administration unifié, il va de soi que ça nous paraît absolument inacceptable dans les circonstances. Nous croyons surtout que l'article 74, qui permet maintenant aux conseils d'administration greffés de venir déterminer les conditions d'admission et de rejet des membres, est absolument inacceptable pour la communauté et c'est facile à comprendre, n'est-ce pas? On dit: Vous pourrez faire des règlements qui vont régir l'entrée et la sortie des religieuses - parce qu'il s'agit de religieuses - dans la corporation. Maintenant c'est clair, c'est établi. Votre nouveau projet de loi dit bien que, maintenant, l'établissement constitue une corporation et que c'est la corporation, dans ce cas-ci, des religieuses initiale. Alors vous pouvez travailler sur les membres, changer les règlements. Vous pourrez aliéner les immeubles très facilement, parce que vous allez avoir leur consentement, il n'y a plus personne sur ce conseil d'administration-là. Alors on voit que ce n'est certainement pas ce que le gouvernement a voulu; c'est un lapsus, je pense, de quelque sorte que cet article 74 dont on demande Instamment qu'il ne se représente pas dans le projet de loi ou dans la loi à venir.

Nous demandons également une meilleure représentation au sein du conseil d'administration. Si ce système continue d'exister, nous demandons un droit de regard sur la nomination du directeur général. Il va de soi que c'est extrêmement important. Également, que son mandat puisse être étendu. Nous demandons que soient précisés les droits de propriété restants, qu'un statut analogue à celui des centres d'accueil puisse être ouvert quelque part dans la loi afin qu'on puisse s'en prévaloir. En dernier lieu, s'il était possible que les conditions pour devenir privé conventionné soient plus explicites, plus clarifiées et plus faciles d'accès dans la loi à venir.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci. Je vous souhaite la bienvenue. C'est un rappel historique qui, je pense, était nécessaire dans le cas précis que vous représentez. Ma première question serait la suivante: À votre connaissance, est-ce qu'il existe d'autres Institutions qui vivraient le même problème que vous vivez?

M. Tremblay (Charles): M. le ministre, il me fait plaisir de vous dire que je l'ignore. Je n'en ai aucune... Peut-être que soeur Louise pourrait répondre.

Mme Beaulac (Louise): Soeur Beaulac. Des hôpitaux de notre genre, actuellement, il se trouve à y avoir Villa Medlca; c'est un centre hospitalier pour convalescents et de réadaptation. Il a 240 lits et, chez nous, nous en avons 204.

M. Côté (Charlesbourg): Mais, avec les mêmes problèmes sur le plan juridique, lettres patentes...

Mme Beaulac: C'est-à-dire que cette Institution est privée conventionnée.

M. Côté (Charlesbourg): Ah bon! O. K. Je vous écoutais et j'essayais de vous suivre. J'ai dit: On va aboutir où? Évidemment, je me disais, en cours de route, on va certainement entendre parler de privé conventionné, qui pourrait être une solution au problème. Effectivement, je sais que vous avez eu des contacts sur le plan juridique avec les gens du contentieux du ministère la semaine dernière sur le plan d'échange d'informations. Ça me paraît effectivement très particulier. Je n'ai pas la prétention de connaître tous les aléas de ce qui a pu se passer sur le plan juridique au fil des années. Évidemment, heureusement qu'il y a des gens comme vous qui l'avez vécu pour être capables

de nous rappeler ce qui a été fait dans le passé.

Je vous poserai cependant une question. Conseil d'administration originaire, j'ai suivi ça avec Intérêt. Originaire par rapport au C. A. de gestion. Le CA. originaire se réunit de manière, j'Imagine, régulière.

Mme Beaulac: Il se réunit environ trois ou quatre fois par année pour des réunions régulières, disons, pour réviser le budget. Aussi quand la demande se fait pour renouveler notre permis d'exploitation et aussi quand il y a le renouvellement des obligations. Alors, à certaines occasions... On nous demande justement la résolution du conseil d'administration de la Corporation. À chaque fois que je vois le mot "corporation", j'en profite pour réunir le conseil d'administration pour étudier ces points et faire les demandes.

M. Côté (Charlesbourg): Quelle est l'interaction entre les deux conseils de gestion?

Mme Beaulac: Au fond, il y en a un qui se réunit... Disons que le conseil d'administration, selon la loi, se réunit sept fois par année, mais, au fond... Quand la Corporation se réunit pour étudier, supposons pour faire la demande du permis, l'autre conseil est mis au courant. Le conseil demandé par la loi est mis au courant que la Corporation s'est réunie pour faire telle demande. Justement, pour le renouvellement des obligations, je mets au courant le conseil d'administration.

M. Côté (Charlesbourg): Vous étiez ici tout à l'heure. Vous avez entendu les discussions qu'on a eues avec les groupes précédents sur les conseils d'administration unifiés. Je pense qu'on n'a pas à les reprendre. Ça me paraît, pour le stade où on en est, assez clair. Évidemment, les choses vont se clarifier ultérieurement. Il y a beaucoup d'appréhensions qui vont disparaître si on fait disparaître les conseils d'administration unifiés. Je pense qu'il faudra se trouver des mécanismes pour les permettre mais pas les obliger. C'est une distinction quand même assez importante. C'est quand même souhaitable. Il y a des économies à faire. Je vous répète que sur le plan de la mission, malgré le fait que ça puisse paraître comme ça dans le projet de loi, d'aucune manière il n'était de l'intention des concepteurs de la réforme de toucher à la mission et de toucher aux droits.

Évidemment, lorsqu'on fait l'analyse comme vous l'avez faite, et c'est votre devoir, du libellé des articles - on parle de 39, vous avez parlé de 74 et d'autres articles - il n'est pas évident qu'on a parfaitement atteint notre but. Évidemment, un avant-projet de loi nous permet de voir la portée de ce qu'on a écrit et l'interprétation qu'on peut en tirer. S'il y a des ambiguïtés dans l'interprétation, évidemment, le signal est donné pour faire en sorte qu'on puisse faire des modifications qui s'Imposent pour que ce soit clair et qu'il n'y ait pas d'ambiguïté.

Donc, ça me paraît, à ce niveau, assez important. Ce que je souhaiterai évidemment, pour ne pas aller plus loin, c'est de prendre l'initiative d'une rencontre éventuelle. On pourra regarder vos problèmes spécifiques parce qu'ils me paraissent spécifiques. Ça va. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

M. Chevrette: Merci, madame. Je voudrais vous dire que j'ai assisté à un cours de droit accéléré sur le plan des droits initiaux. Je voudrais vous demander, M. Tremblay, s'il y a eu délégation de pouvoirs de la corporation originaire suite aux législations antérieures. Dans le fond, vous profitez de l'avant-projet actuel pour démontrer que les législations antérieures n'ont pas enlevé les droits originaux C'est un peu ça que vous démontrez. Est-ce qu'il y a eu des contestations du droit originaire au moment où il y a eu les législations préalables, par exemple, en 1974, vous dites, et en 1977 et en 1971.

M. Tremblay (Charles): C'est bien sûr que ça a posé d'énormes problèmes. On disait, n'est-ce pas, que l'établissement serait une corporation et qu'en conséquence elle pouvait avoir un conseil d'administration. Mais il faut bien réaliser que l'établissement n'avait pas de permis pour opérer l'hôpital; c'était la corporation originale. Or, si cette théorie devait être reçue, ça voudrait dire que l'établissement opérait un hôpital sans permis. Ce n'est pas ça.

M. Chevrette: Est-ce qu'il y avait délégation de pouvoirs à ce moment-là de ta corporation originale?

M. Tremblay (Charles): Je ne le pense pas. Délégation de pouvoirs, non je ne le pense pas. Je pense que c'est un pouvoir qui a été donné et imposé par la loi. C'est la loi qui vient dire: Telle corporation aura un conseil d'administration greffé à l'autre... C'est un peu comme dans le domaine municipal. Si une municipalité vient en tutelle...

M. Chevrette: Sans abolir les droits. Par loi là... Dans le cadre... Parce que je n'ai pas les législations devant moi. Avoir su, je serais allé avec les législations de l'époque pour vérifier. C'est parce que ce que je me pose comme question - vous êtes un homme de droit - c'est: Lorsqu'on a légiféré pour amener un conseil d'administration en lieu et place du conseil d'administration de la corporation originale - vous me suivez jusque-là - le nouveau conseil d'administration qui oeuvrait dans cette bâtisse-

là, qui ne leur appartenait môme pas parce que ce n'était pas un hôpital privé conventionné... on a voulu en faire un établissement public alors qu'il appartenait à des particuliers. Je pense que j'ai saisi le dossier. Donc, à partir de ce fait, il n'y a pas eu de demande de délégation de pouvoirs, il n'y a pas eu de protocole de signé entre la communauté et ladite corporation supposément légale qui ne l'est pas. Pardon?

Une voix: On s'est laissé faire, comme de bonnes femmes.

M. Chevrette: Il n'y a rien eu de ça?

M. Tremblay (Charles): Non. Ce qui est arrivé, c'est que la communauté, au début, lors de la création de la corporation de l'hôpital Marie-Clarac (1965) lui a transféré ses immeubles. Ensuite, si vous me parlez d'une délégation de pouvoirs entre la corporation elle-même et le second conseil d'administration, je ne pense pas qu'on puisse parler de délégation de pouvoirs parce que c'est en fait la loi qui vient se superposer et qui dit: Les pouvoirs de cette corporation seront exercés en partie par son conseil original, en partie par celui que l'on vous dit.

M. Chevrette: Et sans exprimer d'une façon expresse qu'on soustrait les droits qui ont été conférés par une loi privée à une corporation privée. Je pense que vous avez un excellent fondement en droit, sans être juge, parce que - Je ne peux pas croire - on ne pourrait pas enlever un droit Inaliénable à une corporation qui en est propriétaire en fonction d'objectifs précisés dans une loi privée, sans, par une loi de portée publique, enlever explicitement les droits qui ont été accordés. Je ne vols pas comment on pourrait faire ça. Ce serait complètement illégal. Je pense que je vous suis dans votre raisonnement en tout cas. Je vous souhaite bonne chance, si jamais vous devez y aller, mais je pense que ça peut être corrigé sans aller en cour. Le meilleur règlement hors cour vaut le pire des procès ou l'inverse. Le meilleur procès n'est pas aussi bon que le pire règlement hors cour. C'est ça?

M. Côté (Charlesbourg): On a compris pareil.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevrette: En tout cas, je pense que vous savez ce que je voulais dire.

La Présidente (Mme Marois): Le pire... c'est ça, oui.

M. Chevrette: Le pire règlement hors cour vaut le meilleur des procès. Là, je l'ai.

La Présidente (Mme Marois): Voilà! Voilà!

M. Joly: La pire des ententes vaut mieux que le meilleur des procès.

M. **Chevrette:** Bon. Après avoir entendu trois ou quatre gaffes, il est capable d'en sortir une bonne. C'est bien. Merci. Donc, cela dit, je voudrais vous poser une question parce que dans votre présentation vous semblez ne pas avoir de problème de relève en ce qui vous concerne, puisque Me Tremblay a dit que vous aviez des novices, un noviciat.

Une voix: Oui.

M. Chevrette: Est-ce que c'est Indiscret de vous demander combien de novices vous avez?

Mme Beaulac: Actuellement, nous avons...

Une voix: Elles sont quatre, cinq.

Mme Beaulac: Oui, cinq novices. Mais, dans la communauté, nous sommes 70 et puis la moyenne d'âge est de 37 ans. Alors, je pense que nous avons une bonne relève. Actuellement, il y en a treize qui sont à faire leur cégep et Il y en a cinq à l'université.

M. Chevrette: Vous êtes quasiment l'exception!

Une voix: C'est beau!

M. Chevrette: Est-ce que la mission sociale, par rapport à la mission santé, parce que vous semblez insister beaucoup sur la mission sociale aussi, de par vos oeuvres... Par exemple, les colonies de vacances font partie de votre mission sociale, comme communauté. Est-ce que vous vous êtes donné une double mission santé et services sociaux? Et c'est à l'intérieur môme de votre charte...

Mme Beaulac: Oui, nous avons toutes les oeuvres...

Sr Anselme-Marie: Toutes les oeuvres de charité corporelle et spirituelle. On s'occupe de la personne complète, physique, morale, spirituelle. On cherche le bonheur de nos assistés.

M. Chevrette: Et c'est vous qui êtes à l'origine, la fondatrice de la communauté?

Sr Anselme-Marie: Mais non, les soeurs, toutes les soeurs ensemble.

M. Chevrette: Oui, mais ça en a pris une pour déclencher le mouvement; c'est vous.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevrette: Donc, c'est vous qui êtes la fondatrice de tout ça?

Sr Anselme-Marie: Mais on est toutes ensemble. On est toutes des pauvres...

M. Chevrette: Vous êtes donc bien humble. Vous avez donc peur de dire que c'est vous) Ha, ha, ha! Vous avez le droit de dire que vous êtes la première à avoir pensé à créer cette communauté.

Sr Anselme-Marie: Bien...

M. Chevrette: Il doit y avoir un phénomène d'Identification..

Sr Anselme-Marie:... j'avais des responsabilités et il fallait bien agir selon l'esprit de la communauté. Nous venons de saint Vincent de Paul. Notre mère Clarac était une fille de la Charité. Elle a vécu 30 ans dans sa communauté en Italie; elle a été obligée de se séparer à cause de la guerre franco-prussienne en 1871. Nous sommes restées en Italie. Elle est restée à la tête et la communauté était partie et les supérieures ne se trouvaient même plus... On ne savait pas où elles étaient. Elles s'étalent sauvées pendant le siège de Paris. Et nous sommes nées comme ça. Mais on vient de saint Vincent de Paul, on a toutes les règles et l'esprit de sa communauté. On essaie de faire quelque chose.

M. Chevrette: Comment voyez-vous l'humanisation des soins de santé au Québec?

Sr Anselme-Marie: Pardon?

M. Chevrette: Comment voyez-vous l'humanisation des soins de santé au Québec?

Sr Anselme-Marie: L'humanisation, je la vols en traitant les malades avec bonté, avec empressement, avec conscience, avec dévouement et sacrifices surtout.

M. Chevrette: Est-ce que vous considérez que le système... Vous vivez dans votre établissement, mais vous entendez, vous savez ce qui se passe à l'extérieur de votre établissement dans le domaine de la santé. Si vous aviez un reproche ou deux reproches... Ne soyez pas avaricieuse, si vous en avez plusieurs, dites-les. On est là pour les écouter. Quels sont les reproches que vous adresseriez au système de santé, si vous en aviez à distribuer?

Sr Anselme-Marie: Je n'ai de reproches à faire à personne.
(12 h 45)

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevrette: Non, non, ce n'est pas à personne. Je comprends que votre très grande générosité vous empêche de... Mais le système de santé qu'il y a au Québec, il n'est pas parfait.

Sr Anselme-Marie: Bien, c'est parce qu'il n'est pas...

M. Chevrette: D'abord, qu'est-ce qui lui manque de bonté? On va y aller à l'inverse: Qu'est-ce qui lui manque en bonté pour être meilleur?

Sr Anselme-Marie: Bien, nous, c'est notre idéal, c'est notre vie. Pour les autres, c'est un gagne-pain et, quand 15 h 30 arrive, ils vont poinçonner parce qu'ils ont leur famille, leurs affaires. Nous autres, on est là et c'est toute notre passion; notre Idéal, c'est ça, le bien des malades.

M. Chevrette: Donc, une plus grande attention, une plus grande disponibilité, une plus grande humanité.

Sr Anselme-Marie: En somme, on n'est pas parfaites non plus. On ne s'imagine pas être parfaites, mais on donne 100 % de nous-mêmes.

M. Chevrette: J'ai l'impression, de la manière que vous le décrivez, que ça dépasse les 100 %. Je pense que vous avez 110 %.

Sr Anselme-Marie: On n'est pas miraculeuses, on fait tout bonnement notre devoir comme ça.

M. Chevrette: Est-ce que vous avez eu maille à partir avec le ministère, par exemple, sur les perceptions des soins de santé, je ne sais pas, je ne parle pas des élus nécessairement, mais avec le ministère, des fonctionnaires ou d'autres personnes? Est-ce que vous avez déjà eu maille à partir avec certains fonctionnaires, par exemple, qui ne voyaient pas la façon dont vous traitiez les soins de santé à l'intérieur de vos établissements par rapport à votre perception à vous, qui vous est bien personnelle?

Sr Anselme-Marie: Nous avons toujours trouvé beaucoup de sympathie. Je suis ici, je viens rendre témoignage à ce bon peuple québécois que j'ai trouvé magnifique quand je suis arrivée à la fin des années quarante. Après, ça a été moins beau, mais en tout cas, ça reste que la racine est le peuple... C'est un très bon peuple.

M. Chevrette: Si je suivais votre raisonnement, ma sœur, il n'y aurait rien à changer. On a 240 mémoires nous disant qu'il y a beaucoup de

choses qui clochent. Mme la directrice, vous qui exercez quotidiennement votre rôle d'autorité à l'intérieur d'un centre hospitalier, où vous êtes soumise à des contraintes, à des directives, que suggéreriez-vous à des élus du peuple pour améliorer les services de santé à l'intérieur des établissements?

Mme Beaulac: Je pense qu'il y a beaucoup de directeurs d'hôpitaux qui se plaignent qu'il y a beaucoup de paperasses. Alors, ça limite notre temps pour essayer de penser davantage à ce qu'on peut apporter de mieux à nos bénéficiaires.

M. Chevrette: Donc, l'allégement des paperasses.

Mme Beaulac: Ah! oui. Je pense, que le Regroupement des petits et moyens hôpitaux en parlera probablement, cet après-midi parce que...

M. Chevrette: Est-ce que les ressources financières sont suffisantes par rapport à l'alourdissement des clientèles?

Mme Beaulac: Il faut porter beaucoup d'attention, il faut qu'il y ait un contrôle toujours très serré de toutes les dépenses parce que... Jusqu'à maintenant, on ne peut pas se plaindre. On arrive, mais il faut surveiller ça de très près.

M. Chevrette: Est-ce que vous avez eu des effets de l'application de la loi 160 dans votre milieu?

Mme Beaulac: Pas beaucoup parce que, nous, ce sont seulement des thérapeutes qui ont fait une journée de grève. Comme elles ont manqué seulement une journée, il n'y a pas eu de décret, ça n'a pas touché l'ancienneté. Alors, on n'a pas eu de problèmes dans ce sens-là. Mais, pour les deux premiers points, elles ont eu des pénalités pour la journée qu'elles ont manquée, mais ça ne touchait pas l'ancienneté.

M. Chevrette: Mol, je voudrais vous remercier et vous dire que j'irai vous rendre visite lorsque j'Irai rendre visite à mon père. Vous êtes à trois portes, donc j'irai vous voir.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre présentation.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je dis, c'est que j'irai vous rendre visite aussi et j'Inviterai mon collègue de Joliette pour qu'on y aille ensemble, de façon... On va y aller ensemble vous rencontrer. Comme ça, il y aura une solution qui ne sera pas remise en cause par les parlementaires.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Si je comprends bien, vous aurez de la visite sous peu.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Nous suspendons les travaux de la commission jusqu'à 13 heures, cet après-midi.

(Suspension de la séance à 12 h 53)

(Reprise à 15 h 11)

La Présidente (Mme Marois): La commission des affaires sociales va reprendre ses travaux. Nous entendrons, dans un premier temps, cet après-midi, des représentants de l'hôpital Saint-Luc. J'aimerais que la personne qui va lire le mémoire se présente, nous présente les personnes qui l'accompagnent, prenne environ 20 minutes pour présenter le mémoire. Par la suite, on partage équltablement le temps entre les membres de la commission pour des questions, des commentaires, des échanges avec les personnes qui font la présentation.

Hôpital Saint-Luc

M. Roch (Gilles): Mme la Présidente, M. le ministre, mesdames, messieurs les députés, permettez-moi de me présenter et de présenter les personnes qui m'accompagnent tel que vous le demandez. Mon nom est Gilles Roch. Je suis le représentant de la corporation et président du conseil d'administration de l'hôpital Saint-Luc ainsi qu'un membre fondateur de la Fondation de l'hôpital Saint-Luc. A mon extrême gauche, nous avons le Dr Morgan, qui représente le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens; à ma gauche, le Dr Lajoie, qui est le directeur des services professionnels; à mon extrême droite, M. Alain Halneault, représentant du personnel non clinique et, finalement, à ma droite, M. Jean Leblanc, notre directeur général.

Je tiens à vous remercier, Mme la Présidente, ainsi que les membres de la commission des affaires sociales de nous donner l'occasion de présenter notre mémoire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux et vous assurer de notre plus entière collaboration.

Nous avons l'honneur d'avoir été mandatés par le conseil d'administration de l'hôpital Saint-Luc pour vous exprimer notre point de vue sur un aspect particulier de l'avant-projet de loi, soit la composition des conseils d'administration des établissements. Sans plus tarder, Mme la Présidente, je demanderais à notre directeur général, M. Jean Leblanc, de vous décrire

brièvement notre centre hospitalier et d'exposer notre philosophie de gestion et les valeurs fondamentales que nous préconisons. M. Leblanc, s'il vous plaît.

M. Leblanc (Jean): Mme la Présidente, M. le ministre, mesdames, messieurs les députés, je viens vous présenter succinctement notre mémoire sans suivre nécessairement et de façon très précise le texte déposé. Saint-Luc est l'un des quinze établissements de la province à avoir été désigné comme centre hospitalier universitaire. Il a comme mission principale les soins ultraspécialisés. C'est un centre majeur d'enseignement universitaire qui compte 814 lits. C'est également un centre de recherche clinique, plus spécifiquement au niveau de l'hépatologie, de l'endocrinologie, de la gastro-entérologle et de la microbiologie. Nous avons également un département de santé communautaire qui oeuvre plus spécifiquement au niveau de la prévention santé publique et santé au travail.

Saint-Luc représente également une particularité, en ce sens qu'il gère le Laboratoire en santé publique du Québec qui a une mission de dépistage et de traitement épidémiologique au niveau des maladies infectieuses, et ce, à l'échelle du Québec. Donc, vocation en aigu, vocation en accueil-hébergement, en santé communautaire et, par le biais de ce qu'on appelle communément le LSPQ ou le Laboratoire en santé publique du Québec, le dépistage des maladies Infectieuses à l'échelle provinciale.

La marque de commerce de Saint-Luc, si vous me permettez de m'exprimer ainsi, s'est toujours faite par l'application de deux objectifs fondamentaux. Le premier: une grande collaboration médico-administrative; le deuxième: le respect de l'équilibre budgétaire. Et il faut vous dire qu'à Saint-Luc, les règles du jeu qui ont été établies par le ministère ont toujours été acceptées et appliquées. Nous avons également acquis une renommée dans le domaine de l'innovation technologique par l'acquisition d'appareils de haute technologie. Qu'il me soit permis de signaler le yag laser, la tomodensltométrie axiale, le lithotriteur appliqué aux reins et au foie, le scanner à résonance magnétique. Nous avons également implanté des programmes assurant l'accès à la technologie de pointe au niveau, par exemple, entre autres, si vous me permettez de le signaler, de la transplantation hépatique et de la fécondation in vitro.

Il est évident que ces développements nécessitent, dans les règles du jeu actuel, certains prérequis. On sait fort bien que les principaux prérequis sont, d'une part, que ces développements doivent être faits et effectués dans la réalisation de l'équilibre budgétaire qui est maintenant, dans le milieu, une condition sine qua non à tout développement. C'est aussi relié à une implication médicale très étroite, que ce soit au niveau de la conception, de la recherche et du consensus organisationnel. Et tout ça aussi doit être appuyé par une capacité de financement. Ici, je tiens à signaler l'apport de notre fondation. Il y a neuf ans, à l'hôpital Saint-Luc, le budget d'Immobilisation était de 80 000 $ par année. Laissez-moi vous dire que, depuis 1981, la Fondation de l'hôpital Saint-Luc a pu ramasser 12 000 000 $ et nous avons actuellement un rythme de croisière, non pas de promesses mais d'encaissement de 2 000 000 $ par année.

Également au chapitre de la technologie, je tiens à signaler que Saint-Luc est l'un des rares hôpitaux qui, par contrat de services avec d'autres hôpitaux, rend sa technologie disponible aux médecins d'autres hôpitaux; entre autres, la résonance magnétique et le lithotriteur. Vous avez les médecins d'autres hôpitaux de Montréal qui utilisent les appareils et la technologie, et nous mettons notre personnel à leur disposition. Donc, ce ne sont pas uniquement les bénéficiaires qu'on nous réfère, mais ce sont les médecins d'autres hôpitaux qui viennent à Saint-Luc y travailler.

Voyons maintenant comment se vit concrètement cette complémentarité médico-administrative. Elle se vit d'abord au niveau des structures. À titre d'exemple, chez nous, le directeur général est membre de tous les comités du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Tous les chefs de département, le président du comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le coordonnateur de l'enseignement, le directeur du Centre de recherche clinique sont membres du comité consultatif à la Direction générale. Donc, à ce comité, on retrouve une participation des médecins à la planification, aux orientations et aux priorités d'action de l'hôpital. Au niveau des services, le médecin est impliqué dans la gestion courante de l'hôpital. À titre d'exemple, vous entendez rarement parler des problèmes d'urgence à l'hôpital Saint-Luc. Pourtant, nous sommes continuellement - et je tiens à le préciser - parmi les trois hôpitaux montréalais qui reçoivent le plus de cas d'ambulances. Cela s'explique en grande partie par l'application d'une politique stricte d'admission gérée par les médecins, et je tiens à le signaler.

L'avant-projet de loi prévoit l'exclusion des médecins des conseils d'administration. Nous croyons que c'est une mesure rétrograde au plan législatif car la loi 27, adoptée en 1981, préconisait l'intégration des médecins à la gestion des établissements. Cela a pour conséquence une privation d'un droit de représentation, une démotivation et un désintéressement des médecins. À notre avis, la participation médicale doit être sauvegardée car la composante médicale est un facteur clé dans le processus de prise de décision d'un centre hospitalier ultraspécialisé. Par son expertise, par sa compétence, ses connaissances spécialisées, le médecin apporte une contribution que nous considérons indispen-

sable au conseil d'administration. C'est également une courroie de transmission par excellence des décisions du conseil et des politiques vis-à-vis de ses collègues.

Voilà, Mme la Présidente, M. le ministre, les arguments militant en faveur de la présence médicale au conseil. Par contre, on peut invoquer la possibilité de conflit d'intérêts. À cette objection, on peut répondre que les médecins ont à défendre, au même titre que les autres, certaines opinions. Les intérêts ou ces opinions ne sont pas monolithiques, mais varient selon les milieux ou les personnes. Et je pense que la plus grande contribution qu'on peut vous présenter, c'est que l'expérience qu'on a vécue à Saint-Luc, dans notre milieu, est à l'effet que les médecins sont capables aussi de faire montre d'objectivité.

Un même constat en gestion des ressources humaines. La commission Rochon et le ministère, au niveau du livre blanc, considèrent unanimement que l'on doit mettre l'accent sur le développement des ressources humaines et ils estiment essentiel que le personnel participe à la gestion de l'établissement auquel il appartient. Si la commission et le ministère tendent vers le même but, Il y a une divergence profonde quant aux moyens d'y parvenir. Alors que la commission Rochon recommande de maintenir la présence des professionnels et du personnel au sein des conseils d'administration, le ministère estime qu'on doit plutôt limiter la participation des permanents du réseau et les confiner à un rôle que l'on considère strictement consultatif sinon d'exécution. Ce qui nous porte à dire que cette attitude nous amène à conclure qu'il y a une différence entre le geste et le discours.

En conclusion, nous encourageons une participation accrue de la population au conseil et une représentation majoritaire des citoyens au sein des conseils d'administration des établissements. Nous ne pensons pas que les intérêts de la population seront mieux servis en excluant les compétences du milieu. Les citoyens veulent de meilleurs soins et services et non pas, à notre avis, occuper en totalité les sièges au conseil d'administration. Être membre d'un conseil d'administration exige des qualifications élevées et Il faut y consacrer beaucoup de temps et d'énergie avant de pouvoir intervenir efficacement dans le fonctionnement d'un système complexe.

À l'heure où le Québec s'apprête à effectuer un Important virage en matière de santé et de services sociaux et compte sur le maintien d'un système public fort pour y arriver, il est important que tous les acteurs de ce système, y compris les conseils d'administration locaux, puissent compter dans leurs rangs des personnes qui disposent de la connaissance la plus précise possible des problèmes à résoudre. C'est pourquoi nous demandons que des représentants des établissements, des représentants du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du personnel clinique et du personnel non clinique puissent continuer à siéger aux conseils d'administration des établissements. Merci.

La **Présidente (Mme Marois):** Nous vous remercions de cette présentation. Je vais maintenant inviter le ministre de la Santé et des Services sociaux à vous poser des questions.

M. Côté **(Charlesbourg):** Merci, Mme la Présidente. Je suis très heureux de recevoir les représentants de l'hôpital Saint-Luc qui, effectivement, fait parler de lui, mais pas dans des situations d'urgence difficiles. Vous aviez raison de le souligner et, d'ailleurs, je me suis pris une petite note pour ne pas oublier de le dire, moi aussi, mais évidemment de garder ce point pour la fin, parce que si ça va bien chez vous, on va essayer de trouver pourquoi ça va bien chez vous, pourquoi ça ne marche pas ailleurs avec les mêmes ressources. C'est toujours un bon moyen.

On a parlé de conseils d'administration. Je pense que vous le dites bien dans votre mémoire, il y a un point principal de votre intervention, l'exclusion des médecins et aussi des professionnels de la santé du conseil d'administration fait en sorte qu'on se prive d'une ressource - si on disait indispensable, j'ai l'impression qu'il y a des gens, à votre table, qui pourraient rougir - très importante sur le plan de l'expertise, sur le plan de l'expérience. Je pense que dans les discussions - et vous avez participé à l'une de ces discussions la semaine dernière, une journée - on a convenu qu'on avait des réajustements à faire à ce niveau-là et qu'on les ferait en bonne partie. Évidemment, on ne sait pas jusqu'où on va les faire pour la simple et bonne raison que, maintenant, on dit le potentiel conflit d'intérêts", même si vous nous avez dit que les médecins ou d'autres professionnels sont capables de s'élever au-dessus des conflits personnels ou potentiels. On nous a proposé que les professionnels, puisqu'ils sont compétents, qu'ils ont une bonne expérience qu'on doit utiliser, puissent oeuvrer dans un autre conseil d'administration que là où ils travaillent. Évidemment, à ce moment-là, on ne serait pas privés de ressources, connaissant très bien le fonctionnement, une bonne expérience qu'on peut utiliser dans un autre centre hospitalier, par exemple. Qu'est-ce que vous en pensez?

M. Morgan (Stephen): Il est certain que l'apport d'un médecin dans un centre hospitalier différent du sien priverait le conseil d'administration d'énormément d'informations pertinentes au milieu: la connaissance des individus, la connaissance des points forts et des points faibles, des conflits, des difficultés rencontrées sur le plan des personnes. Je pense qu'il y a une autre dimension dont le conseil d'administration se priverait, c'est qu'on attend du médecin et de l'ensemble du corps médical qu'ils soient sen-

sibilisé8 au contrôle des coûts, au contrôle de la surconsommation, à la bonne marche de l'établissement. Le médecin de l'établissement qui siège au conseil d'administration est un peu le symbole de cette participation du corps médical. En le déconnectant parce qu'il serait dans un milieu différent, on garderait un élément d'information positif, mais certainement qu'on perdrait l'aspect humain de motivation. Ce que je dis est vrai, d'ailleurs, autant pour le personnel clinique, non-clinique que pour les médecins, cet aspect de motivation qu'on veut aller chercher dans le corps médical, pour que la gestion de l'établissement soit efficace. Alors, Je pense qu'on perdrait sur deux tableaux. On ne garderait, finalement, qu'un élément d'information purement abstrait.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que... Oui?

M. Leblanc: M. le ministre, qu'il me soit permis d'ajouter que moi, j'oeuvre depuis au-delà de 20 ans dans le système comme directeur général, pas au môme endroit, et j'ai eu à vivre les deux systèmes. Quand on a amené la participation du réseau au conseil d'administration, une des critiques qu'on avait, à ce moment-là, était de dire: Ça n'a pas de bon sens. Mais moi, qui ai vécu les deux systèmes, je peux vous dire que ç'a toujours été très positif, en fonction des expériences personnelles que j'ai pu vivre. D'autant plus que comme directeur général, l'apport... Il ne faut pas oublier qu'il y a une espèce d'autocontrôle. Quand vous représentez, comme directeur général, un conseil d'administration, sans que ce soit un rôle de policier que ces gens-là aient à jouer au conseil, pas du tout, il reste qu'il faut que le D. G. soit drôlement préparé, parce que vous avez, autour de la table, toujours des gens qui vivent les problèmes en môme temps que vous, dans votre organisation, et ça, je pense que c'est un élément très positif de la participation des éléments du milieu au conseil d'administration.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que vous nous dites, c'est que ça fait le contrepoids au D. G.

M. **Leblanc:** Dans un sens, mais lorsque c'est bien appliqué, c'est intéressant. Mol, je l'ai toujours bien vécu. Ha, ha, ha!

M. Côté **(Charlesbourg):** Non, mais... Évidemment, je le pose à vous, très ouvertement parce que, à plusieurs occasions, le ministère a requis vos services pour aller faire des analyses ailleurs. C'est probablement parce que le ministère jugeait que vous en étiez un bon. C'est pour ça que je me permets de poser la question, parce que, évidemment, je sais qu'elle ne vous embarrasse pas. Mais si ça va bien chez vous, c'est parce qu'il y a un rapport de force qui peut être intéressant. Là, on a parlé du D. G. par rapport aux médecins parce qu'ils seront pesants, les médecins. Je sais qu'ils sont assez humbles pour ne pas l'admettre, mais c'est très pesant dans un centre hospitalier, un médecin et, évidemment, le personnel clinique aussi. On se place dans la peau de quelqu'un qui vient de l'extérieur et qui est un bénévole qui s'en va au conseil d'administration d'un hôpital, je te dis que quand le médecin parte, ce n'est pas tout le monde qui a tout ce qu'il faut pour être capable d'y faire face et quand le D. G. parle aussi avec ses grands documents, le bénévole est vite perdu. Je pense que ça, c'est une expérience dont on peut se parler aussi. À moins qu'il ne soit président du conseil d'administration...

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Il est bénévole.

(15 h 30)

M. Côté (Charlesbourg):... mais il est bénévole, on admet ça. Mais c'est quand même à ça que voulait s'attaquer la réforme pour tenter de trouver un équilibre et ça ne voulait pas dire que, dans certains hôpitaux, il n'y a pas un travail qui se fait de manière extraordinaire. Je pense que Saint-Luc est peut-être un exemple. Mais je m'adresserais à M. Leblanc. Vous qui avez été sollicité à plusieurs reprises par le ministère pour aller faire un petit tour ailleurs - on ne dira pas où, ce n'est pas nécessaire - est-ce que ça marche comme ça partout ailleurs?

M. Leblanc: Écoutez, vous me posez une question directe, je vais vous répondre aussi directement: Non.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, il y a des problèmes ailleurs. S'il n'y en a pas chez vous, il y en a ailleurs.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Leblanc: Ça dépend beaucoup de la dynamique de la direction. Je pense que cette collaboration médico-administrative... Parce que c'est ça fondamentalement, ça dépend de la dynamique, comment on l'applique. C'est donc drôle comme quand on sait l'appliquer, ça va bien et, non seulement ça va bien, mais c'est qu'à ce moment-là vous prenez... En tout cas, encore une fois à titre d'exemple à l'hôpital Saint-Luc, je pense qu'il y a eu une évolution extraordinaire au cours des cinq ou six dernières années. Tout en respectant, comme je le mentionnais tout à l'heure, tout en respectant les normes du ministère, à travers ça, on a pu se développer de façon que je veux qualifier d'extraordinaire dans le contexte, au niveau technologique et au niveau du développement de programmes. Bien ça, ça s'explique par une raison. Ce n'est pas le D. G. tout seul, ce n'est pas le conseil d'administration tout seul qui fait

ça. C'est une polarisation des effectifs, des ressources et de l'énergie de l'établissement. Quand les gens arrivent à comprendre ça, c'est donc drôle comme ça marche. Ça n'a pas l'air compliqué, la recette, mais c'est celle-là.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, c'est assez étonnant parce que quand je regarde votre performance en équilibre budgétaire, vous réussissez à vous développer, vous n'avez pas d'attente aux urgences, vous réglez vos problèmes. En tout cas, il va falloir l'éditer parce que ce serait probablement un succès assez exceptionnel ailleurs.

M. Leblanc: Les gens sont bienvenus.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Évidemment, vous avez abordé, par le fait même, une question. Dans un conseil d'administration, comme dans une administration, tout est question de relations humaines et quand on parle de gestion de ressources humaines, avez-vous l'Impression, vous, que vous gérez des conventions collectives?

M. Leblanc: Au niveau du conseil d'administration?

M. Côté (Charlesbourg): Non, comme D.G., j'Imagine que... Saint-Luc, ce n'est pas petit, hein? Il y a d'autres sortes de gens qui travaillent à l'hôpital. Parce qu'on se l'est fait dire ce matin par des communautés religieuses - d'ailleurs d'autres nous l'ont dit la semaine dernière - on a l'impression que notre système n'a pas mis au centre de ses préoccupations le bénéficiaire, mais davantage, et de manière presque quotidienne, la gestion d'une convention collective. Ça nous a été dit, lorsqu'on mettra le bénéficiaire au centre de nos préoccupations, on aura moins de récriminations vis-à-vis de notre système. Donc, quand on parte de l'aspect de gestion de ressources humaines, vous ne semblez pas avoir beaucoup de problèmes. Qu'est-ce que vous mettez en application?

M. Leblanc: Écoutez, M. le ministre, encore là, c'est la même chose, on n'a pas de formule miracle. Je peux vous dire qu'au niveau des ressources humaines et des relations avec les syndicats - il y en a 28 à l'hôpital Saint-Luc, pour votre information - le principe de base est le même: Nous sommes sujets aux conventions comme les autres centres hospitaliers. Maintenant la notion de base, c'est de mettre les problèmes sur la table et d'en discuter ouvertement.

Je peux vous dire qu'on vit aussi des situations difficiles, entre autres l'application de la loi 160... Chez nous, elle a été appliquée, et bien sûr qu'H y a une démotivation, bien sûr que ce n'est pas de gaieté de coeur, mais Il reste qu'avec une discussion franche, ouverte et une approche ouverte avec les syndicats, on a réussi à régler ça et à appliquer la loi. Tout a été appliqué Intégralement sans que ça fasse sauter quoi que ce soit. Mais c'est plus une philosophie, c'est plus une approche, c'est plus une ouverture.

La philosophie de gestion de l'hôpital Saint-Luc, c'est simple, on ne veut pas réinventer la roue, on revient fondamentalement aux notions de base de l'administration, au respect des droits de chacun et chacun a sa place dans l'organisation. C'est vrai à partir des professionnels, c'est vrai à partir des syndicats, mais l'administration a aussi sa place, ses droits, ses privilèges.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, on pourrait...

M. Leblanc: Et le bénéficiaire aussi.

M. Côté (Charlesbourg): ...en parler encore plus longuement, mais on a des... J'ai quand même d'autres questions à vous poser qui m'Intéressent. Vous nous avez dit tantôt que vous n'entendez jamais parler de problèmes d'urgence. Parce que ça, c'est plus croustillant. Sur la place publique, pour faire un article quand l'urgence est bondée, c'est extraordinaire. L'oeil de la caméra aussi, Je pense que ça choque le monde comme s'il n'y avait pas d'autres sortes de problèmes. Mais celui-là revient périodiquement et Il semble capter davantage l'attention. Vous vous y prenez comment? Parce que vous nous avez bien dit tantôt "par une gestion de lits avec le corps médical". C'est donc possible, ça, à ce que je comprends.

M. Leblanc: Écoutez, M. le ministre, Je vais répondre à la première partie de la question et je vais demander au Dr Morgan, qui participe à cette gestion, de vous expliquer plus en détail comment on s'y prend. La façon dont on s'y prend, encore une fols, c'est par l'application d'une politique d'admission à l'urgence. Je peux vous dire que la politique d'admission est très stricte à l'urgence, elle est suivie. Il n'y a pas de bénéficiaires, sauf exception, qui vont séjourner à l'urgence de l'hôpital plus de 24 heures et il y a une réglementation automatique où le patient quitte l'urgence pour prendre un lit lorsqu'il y a finalement un diagnostic d'hospitalisation de posé. Ce qui veut dire qu'à ce moment-là, dans les faits et dans la réalité, on privilégie l'admission par l'urgence. C'est un des aspects. Dans tout ça, ici. personnellement...

Je vais sortir du cadre de l'hôpital Saint-Luc et vous faire plutôt part de mon expérience régionale; c'est qu'un hôpital, ça représente, comme toute organisation, un **ensemble** de ressources et ça obéit aux mêmes lois. Un des problèmes qu'on vit dans plusieurs hôpitaux, c'est le nombre de médecins, le nombre de spécialistes qui sont acceptés par service ou par départe-

ment. Je dois dire que, par le passé, ça n'a peut-être pas été l'une des préoccupations des centres hospitaliers. Le centre qui réussit à maintenir cet équilibre entre le nombre de médecins par département et par service et sa vocation au niveau de l'urgence s'évite beaucoup de problèmes. Si, d'un autre côté, vous n'avez pas eu cette précaution et qu'au cours des années vous avez accepté, dans des départements ou des services, plusieurs professionnels, ces départements et ces services ont une clientèle, ce qu'on appelle la clientèle élective, et ce qui est toujours confronté, finalement. Le problème majeur qu'on rencontre, à mon avis, c'est toujours le partage ou l'accès à l'hôpital entre la clientèle élective et la clientèle provenant de l'urgence.

Maintenant, au niveau du vécu quotidien, j'aimerais que le Dr Morgan poursuive parce nous aussi, nous avons nos problèmes à l'urgence dans les périodes de "peak" où il y a un accroissement et où on doit justement interagir au niveau de cet équilibre. Il y a même des mécanismes qui sont en place pour nous permettre d'interagir, que ce soient des périodes de grève, des périodes de vacances où, à ce moment-là, les besoins de l'urgence deviennent prioritaires ou excédentaires par rapport à l'électif. À ce moment-là, il y a des mécanismes d'équilibre qui interagissent. J'apprécierais que le Dr Morgan explique brièvement ce qui en est.

M. Morgan: Je pense que la problématique au niveau de l'urgence et de la gestion des lits dans son ensemble retourne encore à une question de motivation du corps médical. Si tous les médecins de l'établissement, omnipraticiens ou spécialistes, réalisent qu'il est à l'avantage du bénéficiaire, des médecins et de l'établissement que le système fonctionne de façon efficace, à ce moment-là, ça a des conséquences à tous les niveaux. Ça a une conséquence, par exemple, dans le délai d'attente entre le moment où l'omnipratlcien fait la consultation et la visite du spécialiste à l'urgence. Ça fait une différence si c'est une demi-heure ou si c'est quatre heures. Ça a aussi une influence si, par exemple, il n'y a pas de lits disponibles à ce moment-là, si le médecin prend sur lui d'aller voir chez les patients déjà hospitalisés s'il n'y a pas un patient qui pourrait partir un peu plus rapidement ou dont le congé est prévu le lendemain et que la famille pourrait venir le chercher. Il y a une foule de situations qui demandent une dépense d'énergie et il faut qu'il y ait la motivation en dessous. Si les médecins n'ont pas leur motivation principale pour le centre hospitalier et leurs bénéficiaires, à ce moment-là, c'est sûr qu'on a plus de misère à les convaincre de faire ces efforts supplémentaires. S'ils sont polarisés à différents niveaux à l'extérieur de l'hôpital, à leur bureau, tout dépend des activités de chacun, mais il faut s'assurer à l'intérieur, dans l'hôpital, d'avoir les ressources sur place pour accélérer le fonctionnement dans les exemples que je vous ai donnés.

Également, dans l'ensemble, pour les durées de séjour, dans la gestion, on a une excellente collaboration - je prends ça comme point clé - avec le service d'accueil à Saint-Luc. Si un patient est admis de façon idéale par rapport à sa cédule opératoire ou par rapport à ses examens de radiologie, il n'y a pas de perte de temps. Alors tout ça suppose une implication, une imbrication médico-administrative, de sorte que ce concept de collaboration médico-administrative entre le mot et ce qui se vit dans la réalité, moi, je pense que c'est une question de motivation.

Il y a une problématique qui est particulière aussi, en terminant, sur le nombre des ressources d'omnipraticiens dans les milieux d'urgence montréalais et cette problématique-là, évidemment, on la vit, on la "manage" comme on peut, mais il y a un problème de ressources certainement qui nous limite jusqu'à un certain point.

M. Côté (Charlesbourg): Je poserais peut-être une petite question additionnelle là-dessus, parce que dans les mesures qu'avait mises en place Mme Lavoie-Roux, il y avait le coordonnateur à l'urgence. Est-ce que vous l'avez chez vous et comment se fait l'interaction entre le coordonnateur à l'urgence et le coordonnateur à l'admission au niveau de chacun des centres hospitaliers?

M. Morgan: Le Dr Lajoie peut répondre à cette question.

M. Farrah-Lajoie (Claude): Oui, pour répondre d'abord à votre première question, il y a un coordonnateur à la salle d'urgence. Le coordonnateur à l'admission, je ne sais pas à qui vous faites allusion à ce niveau-là. Je pense que le coordonnateur de la salle d'urgence à Saint-Luc est en étroite collaboration avec les chefs de département et de service. C'est à eux qu'il se reporte. Et lorsque nous sommes en situation d'urgence, lorsqu'il y a une augmentation impossible à vivre en termes de civières, en termes de nombre Intolérable, lorsqu'on passe dans une situation difficile, c'est sûr que le coordonnateur avise le groupe d'admission, c'est-à-dire que des gens comme le Dr Morgan et d'autres se présentent à l'urgence pour évaluer chacune des admissions qui sont demandées et là, H y a un mécanisme de contrôle, de contact avec le confrère sur les étages pour libérer un certain nombre de lits pour faire monter ceux qui sont en bas. Ce n'est pas le coordonnateur qui va hospitaliser, c'est lui qui va déclencher le mécanisme.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière petite question et j'en aurais d'autres. Je pense que c'est au début des années quatre-vingt que le

Laboratoire de santé publique du Québec a été détaché du ministère pour aller chez vous. Quel est le bilan que vous en tracez depuis ce temps-là?

M. Leblanc: Le Laboratoire de santé publique du Québec, lorsqu'on s'en est vu confier la responsabilité, Je peux vous dire, M. le ministre, qu'on a carrément transformé la programmation. Essentiellement, la vocation du Laboratoire de santé publique, à ce moment-là, était de recevoir des échantillons par courrier. C'était, à ce moment-là, un laboratoire de première ligne, au même titre qu'un laboratoire de centre hospitalier qui desservait les CLSC ou d'autres ressources du milieu. La vocation du Laboratoire de santé publique, tout d'abord, comme c'est une vocation provinciale, on a eu la précaution de mettre sur pied un comité d'orientation représentatif du milieu où siègent les représentants des DSC, des représentants des universités en vue de nous indiquer au conseil d'administration de l'hôpital les orientations que devait prendre ce laboratoire. Or, essentiellement, la mission du laboratoire a été changée. On en a fait maintenant un laboratoire, ce qu'on appelle, de deuxième ou de troisième ligne de confirmation. Donc, il n'est plus question de première ligne là parce que la première ligne est faite et confiée à d'autres responsabilités et ce laboratoire, maintenant, développe une expertise en microbiologie au niveau de la confirmation, entre autres tous les tests de sida du Québec. Il n'y a aucun test positif qui est émis à moins qu'il n'ait été confirmé en deuxième instance par le Laboratoire de santé publique du Québec. Il se développe aussi au niveau de la qualité et maintenant on s'est vu confier un dernier mandat au niveau de toute la compilation informatique et information des maladies à déclaration obligatoire et où maintenant on aura le profil d'évolution de ces maladies grâce au système qui a été développé au labo de santé publique. Alors, l'évaluation que l'on peut en faire, je crois, est plus positive par rapport au mandat qui nous a été confié.

La Présidente (Mme Marois): M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

M. Chevrette: Merci, Mme la Présidente. Je vais me contenter d'une rapide question pour essayer, vu que vous avez eu la chance de voltiger à plusieurs endroits, de vous demander des réactions différentes. Chez vous, avez-vous été touchés par les compressions budgétaires au point de fermer des lits?

M. Leblanc: Chez nous, on a été touchés par des compressions budgétaires et, actuellement, effectivement, on a des lits de fermés par les compressions budgétaires. Maintenant, je peux vous dire qu'une fois qu'on a rationalisé tous nos services, il reste qu'actuellement il y a des lits de fermés par les compressions budgétaires.

M. Chevrette: Combien?

M. Leblanc: Actuellement, il y a une unité de fermée, 38 lits.

M. Chevrette: Combien de lits? Pour combien de temps?

M. Leblanc: Bon, les lits qui sont actuellement fermés n'ont pas été rouverts depuis l'automne passé. On prévoit les rouvrir dépendant des nouveaux programmes qui pourront être admis l'an prochain, mais à ce stade-ci, je peux vous dire qu'il y a une unité de fermée.

M. Chevrette: Combien de lits, pour combien de temps? Combien de lits?

M. Leblanc: 38 lits.

M. Chevrette: 30 lits, O. K., je n'avais pas compris. Des lits de soins de courte durée?

M. Leblanc: C'est ça.

M. Chevrette: Quel est votre pourcentage de lits de soins de longue durée?

M. Leblanc: Notre pourcentage de lits de longue durée, nous avons deux unités de ce qu'on appelle "long terme", 76 lits au permis et on excède. Il y a 28 lits actuellement qui excèdent le permis, qui se retrouvent en aigu, des lits de long terme.

(15 h 45)

M. Chevrette: Donc, vous avez 28 lits de soins de courte durée occupés par 28 patients de soins de longue durée, plus 30 lits de soins de courte durée qui sont fermés pour fins d'équilibre budgétaire.

M. Leblanc: C'est ça.

M. Chevrette: Vous avez donc 58 lits de soins de courte durée de fermés, à toutes fins pratiques, non accessibles à la population.

M. Leblanc: Pas fermés. Je peux vous dire que...

M. Chevrette: Non, mais non accessibles pour les soins de courte durée.

M. Leblanc: En soins aigus, d'accord.

M. Chevrette: C'est plus précis. D'accord. C'est le premier point.

Vous avez eu la chance de faire plusieurs hôpitaux. Est-ce que c'est comparable?

M. Leblanc: Je peux vous dire que dans les

autres hôpitaux où j'ai été mandaté pour oeuvrer, il n'y avait pas de lits de fermés. Essentiellement, c'était dans les hôpitaux plus périphériques et tous les lits étaient ouverts au moment où j'ai fait mon étude.

M. Chevrette: Tous les lits étaient ouverts?

M. Leblanc: Oui.

M. Chevrette: Est-ce que c'étaient des centres universitaires ou des centres hospitaliers réguliers?

M. Leblanc: C'étaient des centres réguliers.

M. Chevrette: Des centres réguliers.

M. Leblanc: Non universitaires.

M. Chevrette: Est-ce que c'est Indiscret de vous demander quels endroits vous avez faits?

M. Leblanc: Écoutez, ça a été connu publiquement.

M. Chevrette: Oui, c'est pour ça que je vous le demande.

M. Leblanc: Il y a eu l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et, plus récemment, le centre Anna-Laberge. Actuellement, j'ai un mandat, qui est tout nouveau, au Centre hospitalier d'Alma.

M. Chevrette: O. K. Vous avez affirmé tantôt que la loi 160, vous aviez réussi à l'appliquer intégralement sans créer de problèmes. Je voudrais bien savoir comment vous avez fait ça et je vais vous expliquer pourquoi. Je ne peux pas concevoir que vous puissiez avoir appliqué intégralement la lof 160 et que vous n'ayez pas créé des préjudices à quelqu'un qui avait deux mois d'ancienneté chez vous, par exemple, par rapport à celui qui est rentré la veille ou le lendemain, vu qu'il est en perte d'un an d'ancienneté par année. J'aimerais que vous me donniez votre recette pour avoir appliqué intégralement la loi 160 sans créer aucun préjudice chez vous.

M. Leblanc: On a un représentant du personnel non clinique qui oeuvre aussi au niveau des ressources humaines. Peut-être que M. Haineault pourrait répondre à votre question.

M. Chevrette: Je vous pose la question et je vais vous dire pourquoi. Dans mon milieu, il y a du monde qui travaillait depuis huit ans à raison de deux Jours par semaine et dont le droit au travail est même en cause présentement parce que celle qui est rentrée après trois jours, après la grève, si elle a trois semaines de faites, elle a trois semaines d'ancienneté et l'autre est à moins deux ans d'ancienneté. La fille de trois semaines continue à travailler, elle a plus d'ancienneté que celle qui est à moins trois ans. Expliquez-moi donc, chez vous, comment vous avez pu appliquer ça concrètement sans pouvoir créer de préjudice envers qui que ce soit, alors que, dans certains milieux, c'est le droit môme au travail de certains individus qui est en cause.

M. Haineault (Alain): Je voudrais préciser une chose. Il n'y a personne qui peut avoir une ancienneté négative. Au pis aller, quelqu'un qui avait deux ans d'ancienneté et qui aurait fait deux jours de grève se retrouvait sans aucune ancienneté. On ne peut pas dire qu'il n'y a pas eu de préjudice. C'est sûr qu'il y a des gens qui ont perdu de l'ancienneté. Il y a des gens qui se sont fait récupérer du salaire. Mais ce qu'on dit, c'est qu'on a appliqué la loi 160 et qu'en général, il n'y a pas eu de problèmes qui ont été soulevés.

M. Chevrette: O. K. C'est l'interprétation légale que vous donnez, c'est qu'il ne peut pas y avoir d'ancienneté, comment dirais-je, négative. Est-ce que c'est l'interprétation que le niveau national vous a donnée? Je pourrais peut-être rendre service à du monde sur le terrain.

M. Haineault: Je ne pourrais pas vous dire si...

M. Chevrette: Ou si c'est l'interprétation que vous avez donnée.

M. Haineault: C'est l'interprétation qu'on a faite du texte qu'on a reçu.

M. Chevrette: Donc, si j'ai bien compris, vous l'avez appliquée intégralement selon votre conception.

M. Haineault: C'est parce qu'on voyait difficilement que quelqu'un se retrouve avec de l'ancienneté négative et, ensuite, recommencer à cumuler...

M. Chevrette: Moi aussi, je n'ai jamais compris ça. On a tous pensé ça aussi, mais c'est parce que ce n'est pas de même partout que je vous pose la question. Une autre question que je voudrais vous poser. Comment pouvez-vous dire qu'il n'y a pas de préjudice pour ceux qui n'ont pas fait la grève, qui répondaient aux services d'urgence ou au plan d'urgence et qui ont perdu de l'ancienneté par rapport à ceux qui ont fait la grève et qui ont été pénalisés sur le plan de l'ancienneté?

M. Leblanc: Écoutez, je pense que, pour bien saisir, on n'a pas prétendu qu'il n'y avait pas de préjudice. Ce que j'ai signalé tout à l'heure lors de mon exposé, c'est qu'on l'avait

appliquée, mais de là à dire sans que les murs de l'hôpital soient placardés! Maintenant, si vous remarquez bien, dans notre exposé, je ne me suis pas avancé d'aucune façon, mais ce que j'ai dit, c'est qu'on avait une job, on nous a demandé de la faire. La loi demandait de le faire et on l'a fait, et la réaction... C'est bien sûr que ce n'est pas parce que c'est l'hôpital Saint-Luc que ça a été appliqué et que ça a été accepté de gaieté de coeur, mais je peux vous dire que ça a été appliqué. Là-dessus, quant à nous, on ne passe pas d'autre jugement. On a dit: On a à le faire. Il y a eu une bonne discussion au niveau du conseil d'administration et, finalement, le conseil d'administration nous a mandatés pour l'appliquer. Il a dit: On n'a pas le choix. On sait que c'est une loi, un règlement, il faut y aller.

M. Chevrette: La question est directe. M. le directeur général. Est-ce que ça crée des préjudices, oui ou non?

M. Leblanc: Écoutez, c'est certain que la perte d'ancienneté, c'est sûrement au niveau syndical une application qui est très sévère...

M. Chevrette: Est-ce que...

M. Leblanc:... parce que ça ne se récupère pas.

M. Chevrette:... ça peut aller, à cause des conventions collectives existantes, vous savez, qui sont basées les trois quarts du temps sur l'ancienneté, jusqu'à des préjudices graves sur la qualité des soins, selon votre évaluation?

M. Leblanc: Selon notre évaluation, on ne considère pas, en ce qui concerne notre établissement, que ça peut aller jusque là actuellement.

M. Chevrette: Jusqu'à date.

M. Leblanc: Jusqu'à date.

M. Chevrette: O. K. Ça peut en *créer* dépendant du réaménagement qu'il pourrait y avoir ou des postes qui pourraient se créer.

M. Leblanc: Ça, c'est votre affirmation, M. Chevrette. Ha. ha, ha!

M. Chevrette: Non, c'est la question que je vous pose, M. le directeur.

M. Leblanc: Moi, je peux vous répondre que jusqu'à date, je ne considère pas qu'il y en ait eu.

M. Chevrette: Jusqu'à date vous ne considérez pas que vous en avez eu. Advenant un réaménagement des tâches avec les contrats collectifs que vous avez, vous serez obligés de respecter les nouvelles listes d'ancienneté. Est-ce que j'interprète bien la loi, à venir jusque là? Parce que je ne voudrais pas que vous disiez que c'est mon opinion. Je vous la pose sous la forme Interrogative. Si vous aviez à appliquer... Vous allez avoir à appliquer la convention collective dans les mois qui vont venir, vous allez devoir respecter la nouvelle liste d'ancienneté, oui ou non?

M. Leblanc: C'est ça, oui.

M. **Chevrette:** Est-ce que c'est la liste modifiée que vous allez appliquer, ou si c'est l'ancienne, ou si vous avez une entente officieuse avec le syndicat pour dire que vous allez afficher l'ancienne au niveau des postes?

M. Leblanc: Moi, je peux vous dire actuellement qu'il n'y a pas d'entente officieuse avec le syndicat. C'est la liste d'ancienneté qui est appliquée. C'est la liste conformément à la réglementation.

M. Chevrette: Donc, vous pouvez vous retrouver avec une infirmière qui a à peine un an d'ancienneté, par exemple, dans l'établissement et qui peut aller "bumper" une femme qui en a six et qui est très compétente.

M. Leblanc: En appliquant cette liste, oui.

M. Chevrette: Merci. Une autre question que je voulais vous poser, c'est au niveau du conseil d'administration. J'ai bien compris que vous y alliez en détail dans votre mémoire. J'ai manqué cette partie, mais j'ai lu votre mémoire. Vous êtes contre le fameux conseil d'administration proposé. Est-ce que le ministre vous a posé... Je retirerai ma question si le ministre vous l'a posée. Mais est-ce que le contrepoids au D. G. unique, cela a été posé? Vous allez âtre correct sur cet aspect.

M. Leblanc: Ce que j'ai compris, c'est que le contrepoids au D. G., c'étaient les médecins et les professionnels.

La Présidente (Mme Marois): C'étaient aussi les bénévoles d'après ce que j'ai compris.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Après ça, ce sont les bénévoles.

M. Chevrette: O. K.

M. Côté (Charlesbourg): C'est un autre contrepoids. C'est un tiers, un tiers, un tiers.

M. Chevrette: Un tiers, un tiers, un tiers. Ha. ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est une formule

que vous connaissez. Ha, ha, ha!

M. Chevrette: D'accord. Donc, je vais laisser mon collègue continuer le questionnement.

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

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Puisque la question avait été posée au conseil d'administration, j'irai peut-être dans des dimensions qui ne sont pas traitées strictement dans le mémoire, puisque vous ne nous parlez que des conseils d'administration pour les autres institutions, puisque, étant une institution universitaire, vous n'avez pas ce problème en soi, sauf pour la composition. La régie, la décentralisation, la déconcentration, vous ne nous dites pas un mot de ça. Vous êtes complètement d'accord avec tout ce qui est présenté et vous n'avez pas de problème à travailler avec ça.

M. Leblanc: Moi, je peux vous dire que comme expérience, encore là, personnellement j'ai oeuvré au niveau de ce qu'on appelle le conseil régional pendant plusieurs années. J'ai oeuvré au niveau des diverses commissions administratives, à partir des commissions d'achat, des commissions de services médicaux, et aussi étrange que ça puisse paraître, actuellement, j'assume la présidence du Conseil régional de Montréal. Alors, je crois à la régionalisation personnellement. Ça c'est une opinion personnelle. Quant à l'application de la régionalisation, je pense qu'il y a sûrement des améliorations à y apporter, mais c'est comme d'autre chose à mon avis. Quand on s'embarque dans la régionalisation, quand on y met le prix, il y a des effets, à mon sens, très positifs.

Je tiens à signaler, par exemple, qu'au niveau des hôpitaux ultraspécialisés, au niveau, par exemple, de la haute technologie, vous avez quand même des orientations qui sont prises par des hôpitaux universitaires, en ce qui a trait, par exemple, à la lithotritie. Il y a déjà des orientations de prises depuis trois ans. On sait où ça va. Ce qui reste maintenant, c'est le financement. C'est la même chose au niveau de la résonance magnétique. Alors, il y a déjà des centres définis, dans la région de Montréal, qui sont identifiés comme justifiés pour recevoir cette technologie en fonction des volumes et en fonction de la clientèle. Ce qu'on vit actuellement, c'est qu'au niveau du financement, c'est laissé à l'Initiative à la fois de l'État, à la fois régionale et aussi à la fois des centres hospitaliers par le biais de leur fondation.

Actuellement, la toile de fond est désignée et on sait qui va l'obtenir. Maintenant, elle va être obtenue selon les possibilités de financement, selon les programmes disponibles et selon aussi les initiatives du milieu et des fondations qui permettent cette acquisition. Alors, la régionalisation en sol, le problème qu'on y vit est le suivant, c'est que les conseils régionaux ont des pouvoirs de recommandation. Une fois que la recommandation est faite, quelle application en fait-on? Là, ça devient plus aléatoire. Mais il reste qu'il y a quand même eu... En tout cas, au niveau de la région de Montréal, cette planification est faite par les gens, par les ressources du milieu et ça, à mon avis, c'est essentiel.

M. Trudel: Ce que vous nous dites, c'est qu'on est capables de décider, en région, de faire les bons arbitrages et qu'on peut s'y fier, une délégation, une remise de pouvoirs, de programmes et de fric et une responsabilité d'allocation des ressources financières des organismes régionaux - et je ne définis pas la bebite - c'est possible que ça se fasse et on peut s'y fier que ça se réalise.

M. Leblanc: Écoutez, moi, j'y crois. Si je n'y croyais pas, ça serait renier l'énergie que j'ai placée dans ce secteur-là depuis nombre d'années.

M. Trudel: On a eu ici beaucoup de représentations, par exemple, des mouvements communautaires qui, pour employer une expression simple, ont une peur bleue de toute régie régionale, de conseil d'administration régional, de toute délégation de pouvoirs. On s'est même fait dire ici: S'il vous plaît, de grâce, tout ce qui regarde l'enveloppe du communautaire, laissez ça entre les mains du ministre ou du ministère. On aime mieux faire affaire là que de faire affaire en région. Vous admettrez avec moi qu'il y a comme quelque chose d'incompréhensible là-dedans. Est-ce qu'ils se sont déjà trop fait mordre les mains et les doigts, jusqu'à maintenant, et qu'ils ont une crainte qui n'est peut-être pas justifiée? Comment est-ce que vous expliquez qu'on entende des choses comme cela et, dans la même question, est-ce qu'à l'égard du communautaire qui craint beaucoup cette décentralisation, il serait de bon aloi que le ministère ou le ministre puisse, dans l'allocation au niveau des programmes, fixer un pourcentage qui devrait obligatoirement aller aux organismes, au soutien et au développement communautaires?

M. Leblanc: Il y a aussi le Dr Lajoie qui a oeuvré passablement au niveau régional, peut-être qu'il pourrait répondre à cette question.

M. **Farrah-Lajoie:** Je regrette un peu de ne pas avoir à mes côtés le Dr Jean Robert, directeur du Département de santé communautaire de l'hôpital Saint-Luc. Je pense qu'il aurait été beaucoup plus à même que moi de répondre à cette question-là. Bon, j'ai oeuvré au niveau du conseil régional et, évidemment, j'ai remarqué cette implication, du moins pour le Conseil

régional de Montréal. Je pense que, sans l'ombre d'un doute - je ne sais pas quel organisme communautaire est venu vous rencontrer et vous dire ces choses, ce sont peut-être des gens des organismes communautaires de Montréal - en général, ceux de la région 06-A ont été, à l'exception de quelques-uns peut-être, bien servis par le conseil régional.

Ceci étant dit, je pense qu'au niveau des départements de santé communautaire où les organismes communautaires oeuvrent beaucoup plus de façon précise, bien je pense que le DSC Saint-Luc en est un exemple assez important au niveau des communautés qui se prennent en main, par exemple, avec la nouvelle problématique du sida. Je pense, encore une fois, que c'est un niveau d'Implication communautaire fort intéressant qui, actuellement, fait état d'une discussion, même au niveau de l'hôpital, avec une implication médicale pour faire en sorte qu'on retourne le plus rapidement possible certaines pathologies dans les milieux parce que les organismes veulent absolument se prendre en main et je pense qu'on travaille très, très, très loin avec ça. Évidemment, au niveau du département de santé communautaire, encore une fois, le Dr Robert aurait été beaucoup plus à môme que moi de vous répondre, mais je pense que c'est suffisant.

M. Trudel: On questionnera d'autres organismes aussi là-dessus parce qu'il y a quelque chose d'incompréhensible.

(16 heures)

Une dernière question plus en relation avec les urgences. Vous avez expliqué pourquoi ça marchait bien et qu'il y avait relativement peu de problèmes. À cet égard, j'imagine que ça pourrait être, entre guillemets, exportable, cette recette et cette façon de faire les choses, et que pensez-vous, à cet égard, de la suggestion des médecins, des urgentologues, de créer, dans la région de Montréal, un centre sur le modèle, si nous avons bien compris, de Toronto, un centre unique de répartition et d'acheminement des bénéficiaires qui doivent faire appel aux services d'urgence? Et j'ajouterais, si possible, à partir de votre recette qui marche bien, comment ça vous apparaît, cette possibilité-là?

M. **Farrah-Lajole:** Écoutez, notre recette, comme le Dr. Morgan l'a mentionné tantôt, ce n'est pas une panacée. C'est quand même quelque chose qui est vécu de façon journalière. Ça prend une implication médicale très importante. Ça prend une collaboration administrative de tout instant. Imaginez-vous un petit peu qu'est-ce que ça peut signifier, pour un service d'accueil et d'admission dans un hôpital, de gérer des sorties et des entrées de bénéficiaires qui se font à la minute. Alors, c'est un travail gigantesque et à l'intérieur de ça, sans oublier aussi toutes les infirmières qui se retrouvent sur les étages. Lorsque le médecin retourne sur les étages et dit: Je donne un congé, des fois à trois heures de l'après-midi, quand ça n'avait pas été prévu, on met en marche tout un processus administratif. Alors je pense qu'il faut quand même le souligner. Ce n'est pas juste une question de gestion via la salle d'urgence. Ce n'est pas un ordre que le médecin donne: Hospitalisez-moi ce malade-là, c'est urgent. Le médecin signe une demande, et là, il y a tout un processus médico-administratif qui s'installe avec tout ce que j'ai impliqué. Je pense que c'est exportable, mais ça prend une volonté ferme de gérer ses propres lits. Les médecins ont tout avantage à faire rouler, si vous me permettez cette expression, leurs lits sans, évidemment, exagérer. Je pense que tous les médecins de l'hôpital Saint-Luc sont bien conscients de cette chose-là. C'est pour ça que ça va. Ça ne veut pas dire qu'on n'a pas des problèmes occasionnellement. On a aussi nos périodes d'engorgement.

Quant à la position des médecins urgentologues, bien, écoutez, je pense qu'entre l'idéal et le pratique, pour la région de Montréal, Il y toute une marge. Je suis bien conscient de ce qui se passe à Toronto, mais j'invite certains membres de la commission à aller voir le fonctionnement. C'est complètement différent de tout ce qui existe en termes de possibilité, en termes d'hôpitaux ultraspécialisés versus les hôpitaux généraux, etc. Le système est complètement différent. On peut très difficilement le transposer à Montréal. Je pense qu'avec une bonne gestion Interne, et évidemment d'autres composantes qui ne sont pas de la discussion aujourd'hui ici, mais qui sont aussi importantes, je pense qu'avec l'aide des médecins, dans chacun des milieux, oui, c'est exportable, et c'est faisable, mais ce n'est pas facile.

M. **Trudel:** Merci.

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

M. **Chevrette:** Oui, Mme la Présidente, on sait que c'est dans les milieux économiquement pauvres qu'on consomme le plus de soins de santé. Vous êtes les premiers, sans doute, à vous en rendre compte, que la mauvaise nutrition, le logement Incorrect, etc. font en sorte que c'est dans les milieux pauvres que, malheureusement, on consomme le plus les soins de santé. Et souvent les gens, au premier coup d'oeil, sont portés à dire qu'il y a des abus seulement sur un côté, c'est-à-dire que c'est toujours le bénéficiaire. Ça me désarme à chaque fois d'entendre des gens dire que c'est toujours le bénéficiaire qui abuse et jamais de l'autre côté. Moi, je voudrais vous poser une question: Êtes-vous, comme l'Association des hôpitaux, en faveur du ticket modérateur, ou d'Impôt à rebours, ou si vous préconisez des contrôles administratifs

contre les abus venant des deux bords, du producteur et du consommateur?

M. Leblanc: Bon, écoutez, ce qui est important, c'est l'accessibilité aux services. Encore une fois, vous me posez une question directe, je réponds en mon nom personnel. Ça n'a pas été évidemment discuté au niveau du conseil, mais, pour moi, il y a encore un bout de rationalisation à faire, et, de plus en plus, il va falloir que les programmes soient examinés, à toutes fins pratiques, et possiblement que certains programmes périphériques pourront être évalués. Mais il y a une chose qui m'apparaît essentielle, c'est que l'accessibilité aux soins, au niveau de la population, je pense qu'il ne faudrait pas toucher à ça.

En ce qui concerne les moyens de financement - je mentionnais tout à l'heure - ça semble vite dit, mais il y a un apport important du milieu. Quand je pense aux fondations, H ne faut pas oublier qu'à Montréal actuellement, - en tout cas, dans notre région - il y a beaucoup de... tous les équipements ultraspécialisés ou l'évolution technologique est en grande partie financée par les fondations. J'ai été étonné de voir comment, par exemple, dans une région périphérique... J'ai fait une visite récemment dans la région d'Alma, à l'Hôtel-Dieu d'Alma, et je peux vous dire que cette fondation-là, l'an passé, a ramassé 300 000 $. C'est là qu'on voit que, au niveau du milieu, au niveau de la population, il y a tout un potentiel où les gens sont prêts a s'impliquer. Il s'agit de les motiver et de les organiser, mais j'ai été... Encore une fois, si un hôpital comme Saint-Luc peut ramasser 2 000 000 $ par année, je me dis que probablement, par rapport à Alma, ce n'est rien. Alors, quand...

M. Chevrette: Vous êtes habile politicien. Je vous ai posé une question et vous êtes rendu à Alma.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevrette: Vous me parlez de la générosité des Saguenéens qui est proverbiale, vous n'avez pas besoin de me convaincre de ça. Je vous ai posé une question directe. Êtes-vous pour ou contre le ticket modérateur tel que proposé par la Fédération des centres hospitaliers du Québec, l'AHQ, l'Association des hôpitaux du Québec, oui ou non? Sinon, considérez-vous qu'il y a des moyens administratifs pour contrer les abus des deux côtés? Vous avez habilement, comme un politicien d'expérience, patiné sur la bottine.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Leblanc: Je peux répondre plus directement à votre question. Personnellement, je ne suis pas en faveur du ticket modérateur.

M. Chevrette: Parfait!

M. Leblanc: J'ai répondu, en tout cas, je crois avoir répondu en partie ou sinon totalement à la deuxième partie de votre question, en disant qu'il y a encore un bout de rationalisation qu'on peut faire au sein des établissements et il y aurait peut-être une revue de certains programmes, que j'ai qualifiés de phériphériques, qui pourrait être faite.

La Présidente (Mme Marois): M. le député de Fabre et vice-président de la commission.

M. Joly: Merci, Mme la Présidente. J'étais très heureux, M. Leblanc, d'apprendre que, chez vous, tout semble baigner dans l'huile. J'imagine que c'est un modèle à suivre et j'espère qu'il y en a beaucoup qui vont se permettre de se servir, peut-être, d'une ligne directe qui est le téléphone et vous appeler. Peut-être pour vous demander certains conseils parce que ce n'est peut-être pas tout le monde qui a la chance d'être ici en commission ou de lire sur ce qui se passe.

Avec les données que le Or Morgan nous mentionnait, à savoir que la majorité des opérations chirurgicales se faisaient ou étaient commandées par l'urgence, du moins en partie - je pense que le gros venait des urgences, si j'ai bien compris - j'imagine qu'à ce moment-là, il doit y avoir une certaine quantité de médecins qui doivent être moins heureux, ceux qu'on appelle les spécialistes pour la chirurgie élective. Alors, partant de là, je me demande quel est le pourcentage des opérations qui proviennent de l'urgence et quel est le pourcentage de la différence qui devient élective et, par après, est-ce que vous avez des longues listes d'attente pour la chirurgie?

M. Morgan: On ne peut répondre à la question simplement parce que les notions d'urgence et d'élective sont des notions absolues alors qu'en pratique chez les patients, il y a des urgences relatives et il y a des cas électifs qui deviennent urgents parce que les patients attendent trop longtemps à la maison, comme vous vous en rendez compte certainement. Ce qui est important de maintenir, c'est un équilibre entre la demande de l'urgence qui, elle, est toujours prioritaire parce qu'il y a une question de vie ou de mort ou encore d'aggravation de l'état de santé. Donc ça, ça passe toujours de façon prioritaire. Mais il y a également un certain impératif à maintenir en faveur des patients dits électifs qui sont toujours les éternels oubliés, mais qui souffrent à la maison. Vous avez le patient ou la patiente qui fait des cholécystites à répétition, etc. et dont l'état se détériore. Donc, il faut qu'il y ait, encore là,

une gestion, une collaboration pour que ces patients-là ne soient pas d'éternels oubliés. Évidemment, il y a un arbitrage à faire au niveau médical. Cet arbitrage-là doit se faire en fonction de considérations médicales d'abord, c'est-à-dire que la qualité des soins doit être le guide premier et non l'avantage ou l'inconvénient que ça apporte au médecin. Ceci dit, ça ne peut pas se faire quand même. Môme si l'hôpital, vous le décrivez comme baignant dans l'huile, ça ne peut pas se faire de façon immédiate. Donc, il y a des listes d'attente. Ces listes d'attente sont, encore là... C'est très relatif une liste d'attente. Je me souviens, quand on a pris en main la liste d'attente de l'hôpital Saint-Luc, elle était à environ 2000. On s'est rendu compte qu'il y a des noms en attente qui sont soustraits de la liste parce qu'un patient peut avoir été opéré d'urgence ou opéré ailleurs. Donc, la liste d'attente véritable oscille au niveau de quelques centaines, 600, 700, 800 patients, de façon continuelle. Et ces attentes sont presque toujours des listes d'attente chirurgicale.

En résumé, il y a un arbitrage à faire entre les urgences immédiates, les électifs semi-urgents et les électifs, et il y a un prix à payer pour ceux qui ont des collectifs.

M. Joly: Merci, Monsieur.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le leader. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux remercier et dire à M. Leblanc qu'avec l'exemple d'Alma, il faut faire attention, sur le plan de la fondation, parce qu'on pourrait prendre aussi celui de Brome-Missisquoi-Perkins que certains médecins de chez vous connaissent, avec Granby. Évidemment, on peut toujours aller chercher de l'argent par des fondations, mais c'est qu'il y a un objectif, acheter un scanner. Et finalement c'est la bataille de deux municipalités moyennes qui se battent pour l'avoir la première. Là, on fait jouer bien des choses. Mais je ne suis pas sûr que pour d'autres causes nobles, on réussira à en avoir autant. C'est la seule petite distinction que je voulais faire. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Je vous remercie au nom des membres de la commission. Oui? Vous vouliez intervenir certainement, M. le président, bénévole. Ha, ha, ha!

M. Roch: Mme la Présidente, j'aimerais vous remercier et remercier les membres de la commission parlementaire qui nous ont permis de présenter notre mémoire. Inutile de vous mentionner que nous étions très flattés et quelque peu stressés de nous présenter devant vous. Cependant, je pense que cela s'est très bien déroulé et je retournerai présider le conseil d'administration de l'hôpital, comme bénévole, bien sûr, et ce sera le pivot entre les deux contrepoids, les médecins et la direction générale. Je pense que le seul danger que Je vois, c'est de repartir vers Montréal avec la tête peut-être un peu trop enflée. Il va falloir arriver puis se calmer. Encore une fois, Messieurs et Mesdames, merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): C'est pour les mauvais jours.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): J'invite maintenant les représentants du Centre hospitalier de Verdun à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

S'il vous plaît, nous allons reprendre nos travaux. Je souhaite la bienvenue aux personnes qui représentent le Centre hospitalier de Verdun. Mon collègue me fait remarquer que nous avons au moins un habitué à la table, enfin, qui est déjà venu au nom d'un autre groupe, nous lui souhaitons la bienvenue. Je vous inviterais donc à présenter votre mémoire, et que la personne qui va présenter le mémoire nous présente les personnes qui l'accompagnent. Par la suite... pas plus d'une vingtaine de minutes et le reste du temps est Imparti aux membres de la commission.

Centre hospitalier de **Verdun**

M. Chénier (François): Mme la Présidente de la commission, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, Mesdames et Messieurs, membres de la commission, je me présente: mon nom est François Chénier, président du conseil d'administration du Centre hospitalier de Verdun. J'aimerais vous présenter les personnes qui m'accompagnent. Tout d'abord, M. Roger Cadieux, directeur du DSC de Verdun; M. Ghislain Girard, directeur général du Centre d'accueil Le Manoir, situé sur notre territoire; M. Jacques Demers, membre du conseil d'administration et aussi président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de notre établissement, et M. Serge Ménard également membre du conseil d'administration, nommé par le ministre et représentant des groupes socio-économiques.
(16 h 15)

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevrette: Son allégeance est connue.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Ah oui?

M. Chénier: Enfin, Mme la Présidente, Mme Johanne Côté, infirmière, représentante du personnel clinique à notre conseil et M. Jean-Léon Lachaine, représentant des centres

d'accueil nous accompagnent également ainsi que M. Georges Maillet, directeur général du centre hospitalier de LaSalle; M. Gilles Létoumeau, directeur général du centre hospitalier Champlain, qui est un hôpital de soins de longue durée et, finalement, M. Jean-Paul Bouchard, directeur général du CA-CLSC, LaSalle.

Ceci dit, Mme la Présidente, je tiens à vous dire que c'est un privilège pour le centre hospitalier de Verdun et pour son département de santé communautaire d'être entendu ici aujourd'hui et de présenter les principales réflexions que nous a Inspirées l'étude de l'avant-projet de loi sur la services de santé et les services sociaux.

M. Levine vous présentera, dans quelques minutes, les principales idées que nous désirons discuter avec vous. Auparavant, j'aimerais vous expliquer les raisons qui ont Incité le centre hospitalier de Verdun à préparer ce document à votre intention, il faut d'abord dire que le centre hospitalier de Verdun est un centre de soins de courte durée, à vocation régionale et communautaire. Fondé en 1932, il dessert principalement la population de Verdun et des quartiers environnants, l'une des populations les plus pauvres et les plus âgées au Québec, comme vous pouvez le constater à l'aide de la carte qui est jointe au mémoire.

Notre établissement a une capacité de 372 **lits,** sans compter les vingt lits de l'hôpital à domicile, et il compte un peu plus de 1500 employés et reçoit un budget annuel d'environ 50 000 000 $. Enfin, il est affilié à la faculté de médecine de l'Université de Montréal et il offre des programmes de formation aux futurs omnlpraticiens. En tant que conseil d'administration d'un tel centre à vocation communautaire, nous avons une double responsabilité. La première est d'assurer à notre population un accès réel à l'ensemble des services et des soins répondant à ses besoins et auxquels elle a droit; la deuxième est d'assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources qui nous sont attribuées par le ministère. Ces budgets n'ayant jamais été définis d'après les besoins de la population à desservir, vous comprendrez que cette double responsabilité pose des choix difficiles, des questions qui ne peuvent être résolues que dans la contradiction.

En venant devant cette commission aujourd'hui, nous voulons exprimer notre volonté de poursuivre nos efforts pour que soit assumée correctement cette double obligation vis-à-vis de notre population et vis-à-vis du ministère et du gouvernement. C'est dans cet esprit que nous désirons vous présenter nos réflexions sur certains aspects de l'avant-projet de loi qui risquent d'affecter nos activités.

En premier lieu, nous aimerions porter à votre attention la question de l'enseignement aux omnipraticiens qui constitue une activité importante de la vie hospitalière d'un établissement comme le nôtre. Ensuite, nous discuterons de la mission du DSC de Verdun et nous expliquerons les trois critères qui devraient, à notre humble avis, justifier l'existence d'un DSC, soit, premièrement, la présence d'une zone sociosanitaire cohérente; deuxièmement, la présence dans cette zone de ressources adéquates pour que la concertation et le partenariat puissent se développer harmonieusement et, troisièmement, la présence d'une organisation de taille performante.

Après cette discussion sur notre DSC suivront quelques commentaires sur les conseils d'administration unifiés proposés dans l'avant-projet de loi. Enfin, nous aborderons la question de la décentralisation et du financement du système de santé, question incontournable dans le contexte actuel. En vous remerciant d'avance de l'intérêt que vous accorderez à ces quelques réflexions, Madame et Messieurs, je cède la parole à notre directeur général, M. David Levine.

M. Levine (David): Merci beaucoup, Mme la Présidente. M. le ministre, membres de la commission. Pour notre centre, les trois points que notre président vient de mentionner sont réellement des points cruciaux. Je débute avec celui de la formation des omnipraticiens. Je ne sais pas si les membres de la commission ont déjà été confrontés à la question de la formation en médecine familiale. Et qu'est-ce que c'est, cette formation? C'est sûr que les autres centres universitaires vont présenter leur mémoire concernant l'enseignement universitaire. Mais une chose que j'aimerais souligner, c'est l'importance à l'intérieur de la loi d'un libellé qui touche la question de la formation des omnipraticiens. 60 % de tous les médecins formés dans la province de Québec sont des médecins de famille maintenant et, dans la loi, on parie uniquement de la formation en spécialité. On ne donne aucune place et on ne mentionne aucunement la formation de cette autre partie si Importante.

Pourquoi la médecine familiale est-elle aussi importante? Elle est aussi importante parce que la médecine familiale parie de la santé. Elle ne parie pas de la maladie. La médecine familiale est importante parce que si chaque Québécois avait un médecin de famille, il n'y aurait pas de magasinage. Si chaque famille au Québec avait un médecin de famille, ce serait possible à ce moment-là d'orienter cette famille vers les soins appropriés et de ne pas abuser des urgences de nos institutions. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Cette question de la formation en médecine familiale est importante pour nous au Centre hospitalier de Verdun et pour d'autres centres dans la province de Québec qui offrent un programme de médecine familiale. On a été l'une des deux premières UMF dans la province de Québec et la demande des étudiants d'oeuvrer dans notre milieu a toujours été la plus forte au sein de notre université. Pourquoi? Un étudiant

en médecine familiale peut travailler dans un milieu communautaire où H a une chance de toucher réellement des malades et d'avoir une responsabilité directe auprès des malades. Donc, il n'a pas à suivre la hiérarchie traditionnelle: résident 3, résident 4, résident 5 et, par la suite, le patron. Pans un milieu comme le nôtre, il a un lien direct avec le patron et une responsabilité réelle. Quand ce médecin va aller par la suite travailler à Alma, travailler à Arthabaska, c'est sûr qu'il va vivre une expérience où il n'y a pas de spécialistes en masse dans l'hôpital. Ce ne sera sûrement pas une Institution ultraspécialisée, et cet omnipraticien va être obligé de réagir, de réagir vite et il aura vécu une expérience importante. Pourquoi je parle de l'importance de mentionner dans la loi le rôle de l'omnipraticlen? C'est parce que veux, veux pas, pour les universités, la médecine familiale et les omnipraticiens sont des citoyens de deuxième classe. Ce n'est pas la priorité. C'est nécessaire, c'est une partie de notre "business", mais ce n'est pas vraiment notre première préoccupation. Et tant et aussi longtemps qu'on ne mentionnera pas... parce que si, maintenant, on est prêt à mentionner, dans la loi des centres universitaires, si maintenant on est prêts à souligner la formation en spécialité, on doit être capable de mentionner quelque part dans la loi, un statut à accorder aux omnipraticiens. C'est pourquoi, nous autres, on suggère qu'il y ait à l'intérieur de la loi des centres de formation universitaire en médecine familiale et que ces centres soient reconnus. Ces centres peuvent exister à l'intérieur d'un centre universitaire comme Saint-Luc, comme Maisonneuve-Rosemont. Ils peuvent aussi exister dans des types d'institutions, comme la Cité de la santé à Chicoutimi, par exemple, qui ont des unités de médecine familiale. Mais l'importance de souligner ce type de formation, je pense que c'est un point qu'on voulait vous mentionner.

Deuxièmement, je vais toucher à la question du département de santé communautaire, parce que, je pense qu'il y a beaucoup de choses à expliquer quand on parle des DSC. Premièrement, je pense qu'on comprend mai le rôle d'un département de santé communautaire. Ça, ce n'est pas une boîte de recherche, ce n'est pas une entité attachée à une université pour faire de la réflexion. Un département de santé communautaire, c'est une entité qui doit oeuvrer sur un territoire à faire de la prévention et être réellement impliqué. C'est la philosophie que le département de santé communautaire de l'hôpital de Verdun qui dessert le sud-ouest de l'île de Montréal a depuis maintenant 18 ans. C'est une philosophie qui a abouti à des réalisations extrêmement concrètes. Si on veut traiter la santé et non pas réagir sur la maladie, si on veut arrêter de produire des services et des services et qu'on est intéressé à assurer à la population une chance de ne pas devenir malade, je pense qu'il est Important, pour être capable de développer les structures à l'intérieur d'une communauté, d'être capable de répondre aux besoins avant que la maladie ou l'Incapacité arrive. Dans ce sens-là, on mentionne les trois points qui sont importants pour l'existence d'un DSC.

Un département de santé communautaire doit avoir une zone sociosanitaire cohérente; ça veut dire une population homogène, une population qui a les mêmes problèmes. Si vous faites référence à la carte qui se trouve dans notre mémoire que vous avez devant vous, vous trouverez facilement que notre territoire est extrêmement pauvre, l'un des plus pauvres de l'île de Montréal et surtout du Québec. J'ai reçu une lettre du directeur général du CLSC Saint-Henri, M. Pierre-Paul Lachapelle, qui demandait si le territoire de Saint-Henri et de la Petite-Bourgogne pouvait s'attacher aux territoires soclosanltaires du sud-ouest parce qu'il vit les mêmes types de problèmes, les mêmes difficultés et que, en réalité, appartenir au territoire du Montreal General ne reflète pas nécessairement sa propre réalité. Dans ce sens-là, je pense que l'idée d'une zone homogène est fort importante. Si on est en train de refaire la carte en ce qui concerne les DSC, je pense qu'il est Important de regarder cet aspect.

Deuxièmement, on parie d'une organisation de taille, d'une organisation capable de répondre aux besoins de la clientèle. Le département de santé communautaire de l'hôpital de Verdun est un département avec 5 000 000 $ de budget. C'est l'un des plus grands parmi les 32 de la province de Québec. 1 000 000 $ de cet argent provient de la collecte que le département de santé communautaire a faite auprès des entreprises à l'intérieur de notre territoire, celui de Montréal, et auprès des différents gouvernements. Parmi ce 1 000 000 $, 600 000 $ sont mis dans la promotion de la santé. Ce n'est pas de l'argent qui vient du gouvernement du Québec, c'est de l'argent qui provient d'autres sources, mis dans la promotion de la santé. C'est le rôle d'un département de santé communautaire.

Je mentionne quelques programmes. Il y en a un dont beaucoup ont sûrement entendu parier; on l'appelle L'amitié n'a pas d'âge. C'est un programme qui vise à mettre ensemble les personnes âgées et les jeunes à l'intérieur de l'ensemble des écoles de l'île de Montréal. Je pourrais vous parler de plusieurs programmes. On a reçu une subvention de Johnson & Johnson pour le programme Un sourire en santé, pour les programmes de soins dentaires. Je pourrais en nommer d'autres. Ça, c'est le rôle d'un département de santé communautaire sur un territoire.

Il y a aussi un rôle extrêmement Important en ce qui concerne la concertation sur un territoire donné. On a décidé, à l'intérieur de notre territoire qui regroupe treize institutions, et vous avez plusieurs représentants ici aujour-

d'hui, de former une table de concertation présidée par le département de santé communautaire où on a décidé de faire une planification stratégique sous-régionale; non pas individuelle pour chaque institution, mais sous-régionale. Notre première priorité qui était dégagée était les personnes âgées sur notre territoire parce qu'on est un des territoires ayant les personnes âgées les plus vieilles au Québec et au Canada. Suite à cette planification, on a développé des programmes très concrets.

Je vous donne un exemple. On l'appelle ROSAM. C'est un programme d'enregistrement des personnes âgées qui entrent quelque part dans le système. Alors, chacun des treize établissements serait interrellé par informatique et, chaque fois qu'on aurait une personne âgée a domicile, dans un CLSC, dans un centre d'accueil ou à l'urgence de l'hôpital, elle serait enregistrée. On a fait notre demande au conseil régional pour nous supporter dans ce projet-là et le conseil régional a répondu: La concertation, ce n'est pas possible. On n'embarque pas dans ça. Alors les treize établissements eux-mêmes ont investi 100 000 $ de leur propre budget d'opération parce qu'ils ont vu la nécessité de ce programme sur leur territoire.

(16 h 30)

On pourrait parler d'un autre programme, par exemple, d'un service mobile en soins dentaires. Je vous donne cet exemple parce que c'est un exemple dé. Un centre d'accueil où il y a une personne âgée qui a besoin d'un nouveau "set" de dentiers, ça coûte cher, c'est difficile. Il y a déplacement du malade et il est difficile même de trouver des dentistes. On a créé un programme autofinancé de soins dentaires mobiles, on a dépensé 40 000 $ pour avoir des équipements mobiles, qui se promènent d'institution en Institution, sur notre territoire, pour faire des dentiers et régler des problèmes de soins dentaires chez nos personnes âgées dans nos institutions.

Je souligne ces points. Il y en a plusieurs autres qu'on pourra probablement mentionner suite à vos questions. Je pense que quand on regarde ces trois éléments, une région sociosanltaire cohérente, une taille appropriée ainsi qu'une capacité de faire de la concertation, voilà, on a des critères pour l'existence d'un département de santé communautaire sur un territoire.

Très brièvement, j'aimerais parler de la question du conseil d'administration unifié parce que, évidemment, on est un des centres très affectés par ce type de réorganisation. Ce que je pense qu'on a prouvé, c'est que sur un territoire, c'est possible de faire des programmes unifiés. C'est possible de connaître les besoins d'une population et, par la suite, répondre à ces besoins. Dans ce sens, je pense qu'il est important qu'il n'y ait pas une formule unique appliquée à travers le Québec et qu'on laisse à chacun des différents Intervenants de voir à la concertation possible dans leur territoire.

Je veux toucher, dans les dernières minutes de notre intervention, la question du financement. Évidemment, le financement est un élément clé pour nos institutions hospitalières. C'est une question qui doit être discutée sur deux volets: 1° La capacité à l'intérieur de notre réseau actuel de récupérer des sommes d'argent. 2° Quel type de financement on pourrait faire pour ce qu'il nous manque. Présentement, on reste sur le premier volet parce qu'on croit fondamentalement qu'il y a des mécanismes de contrôle et de suivi qui ne sont pas encore mis à l'intérieur de notre réseau. À cette fin, notre conseil d'administration a accepté d'être l'hôpital pilote pour le projet SIRACOOF. L'hôpital Saint-Luc nous rejoint dans ce projet et nous autres, à partir de la première ville, on va appliquer à travers l'ensemble de notre institution le programme de coût par diagnostic dont on a déjà fait 1000 cas dans notre institution. Ce programme est subventionné par le ministère pour 500 000 $ jusqu'à ce jour. Alors, déjà, il y a une amorce dans cette Importante réflexion. On croit que ça doit continuer.

Si on mentionne dernièrement la régie régionale, pour nous autres, comme institution, je pense qu'il est Important qu'il y ait une décentralisation. Mais si on parle d'une décentralisation, il faut que ce soit une vraie décentralisation avec des pouvoirs. Il faut réellement éviter la possibilité d'une bureaucratie plus lourde que celle qu'on trouve à Québec. Pourquoi une bureaucratie plus lourde? On dit plus lourde parce que face à des établissements d'un territoire qui ont une certaine force, c'est plus facile de se cacher derrière des règlements et une bureaucratie pour avoir votre pouvoir. Au Québec, Il y a un ministre, il y a un sous-ministre. Le pouvoir est là. Quand le pouvoir n'est pas clairement défini au niveau régional, il y a un danger que ça devienne une bureaucratie deux fois plus lourde que celle qu'on vit actuellement, avec plus de paperasse et non pas moins de paperasse.

Je pense qu'il est aussi important de s'assurer que le décloisonnement qu'on recherche est véhiculé, parce que si on regarde les CRSSS actuellement, ce sont des commissions de courte durée, ce sont des commissions de CLSC, ce sont des commissions de santé mentale, ce sont des commissions par établissement et non pas des commissions par programme. Il n'y a rien qui a empêché jusqu'à ce jour les conseils régionaux de développer des commissions par programme. Ils ne l'ont pas fait parce que la volonté n'était pas là dans la communauté des établissements. Je pense que cela aussi, c'était quelque chose d'important à regarder.

Je pense que je vais vous remercier à ce moment-ci, et les membres présents avec moi

sont prêts à répondre à l'ensemble de vos questions. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Nous vous remercions de cette présentation. J'Inviterais maintenant M. le ministre de la Santé et des Services sociaux à vous poser des questions ou à vous faire ses commentaires.

M. Côté (Charlesbourg): Merci. De tout ce que j'entends, je me sens privilégié cet après-midi de recevoir la crème des centres hospitaliers de la région de Montréal.

M. Chevrette: S'il fallait que les autres vous entendent!

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, je fais juste constater, là. évidemment, vous êtes les premiers à aborder, de manière très claire, le département de santé communautaire et je commencerai par ça, parce que ça me pose un certain nombre de questions.

D'abord, j'en ai une première et je l'avais avant même que vous nous exposiez vos points de vue. On reviendra au reste, après. Est-ce que les départements de santé communautaire sont viables s'ils ne sont pas rattachés à un hôpital, et pourquoi faut-il qu'ils soient rattachés à un hôpital?

M. Levine: Pour répondre à cette question, et on a eu sûrement *un* sentiment qu'il y aurait une question de cet ordre aujourd'hui, je pense que la réponse a déjà été faite de ma part. Il n'est pas nécessaire qu'un département de santé communautaire soit rattaché à un hôpital pour être capable d'oeuvrer sur un territoire et de poser des gestes qu'il a à poser. Ce qu'on veut dire, c'est que le fait, depuis 18 ans, d'être rattaché à un hôpital, a donné une crédibilité qu'il était nécessaire de bâtir, au début. L'attache a une structure qui existe, sur le plan administratif, fournit l'ensemble de l'administration à un coût pas coûteux du tout. Ça permet à un département de santé communautaire d'oeuvrer sans trop se préoccuper de l'administration dé ses 5 000 000 $ et des autres choses qui sont liées à ça. Il y a aussi le lien avec le conseil de médecins et dentistes. Donc, l'hôpital a un conseil de médecins et dentistes et l'acte - parce qu'il y a des actes et des gestes posés par un département de santé communautaire - peut être évalué à l'Intérieur d'un hôpital. Alors, ce que je veux dire, c'est que ce n'est pas essentiel que ce soit rattaché à un centre hospitalier. Ça peut être détaché complètement et autonome, mais je ne vois pas d'avantages et je vois possiblement des désavantages en donnant le contexte déjà créé au Québec.

M. Côté (Charlesbourg): Je vous pose la question à vous parce que je me souviens de nos échanges, la semaine dernière. Ça avait été des échanges très directs et très francs sur le vécu; et c'est pour ça que je pose la question sans que j'aie des idées faites parce que... Le débat des départements de santé communautaire, ils se sont réunis à Québec il n'y a pas tellement longtemps, avant les fêtes, pour avoir une stratégie et, évidemment, on le voit dans les mémoires où chacun veut venir défendre son département de santé communautaire. La bataille se fait plus sur les 32, de ce que je comprends, de conserver les 32, que sur la mission des départements de santé communautaire.

Alors, qu'il y en ait 32, qu'il y en ait 22, qu'il y en ait 16, pour mol, ça n'a pas d'importance. L'importance, ce n'est pas le nombre. L'importance est la mission et ça, ça m'apparaîl extrêmement important de le dire, à ce moment-ci. Parce que lorsqu'on se compare ailleurs, Il y a un département de santé communautaire au Québec qui regroupe un territoire de 50 000 de population - le vôtre est de 180 000, 190 000 me dit-on, à peu près - et il y en a un pour la région de Toronto, ce qu'on garde avec, bien sûr, des satellites, il faut bien se le dire aussi, mais... Évidemment, ce n'est pas le nombre. Le nombre me préoccupe parce que plus il y en a, en règle générale, plus il y a de l'argent dans les structures, mais l'Important, c'est la mission, et mon avis reste là.

Donc, ce que je comprends, c'est qu'il y a certains avantages à être rattaché à un DSC, davantage sur le plan des gestes posés par rapport aux liens avec le CMDP sur le plan de l'expertise. Je vous ai entendu tantôt et, à un moment donné, je me disais: La semaine dernière, je disais: Il y a de la duplication dans les services. Je vous entendais tantôt et je me posais la question: Est-ce que certaines expériences que vous avez menées avec votre département de santé communautaire ne devraient pas, normalement, relever du CLSC?

Une voix: Du CLSC.

M. Côté (Charlesbourg): Avec le département de santé communautaire, ce que je comprends, c'est qu'on a de l'action de première ligne. Est-ce que le département de santé communautaire ne devrait pas être dans une deuxième ligne pour qu'on clarifie très, très bien les champs d'intervention de chacun?

M. Levine: Bon, pour répondre, M. le ministre, à ces questions, je pense que je vais demander à notre chef de département de santé communautaire, le Dr Roger Cadieux, qui a sûrement vécu, depuis 18 ans chez nous, en tête de notre DSC, beaucoup d'expériences à ce sujet. D'ailleurs, l'hôpital de Verdun a géré trois CLSC pendant quatre ans avant que ces trois CLSC soient devenus autonomes sur notre territoire.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, ce que je comprends, c'est que vous avez fait la démonstration que c'était possible d'avoir un centre hospitalier, un CLSC et un département de santé communautaire sous une môme administration.

M. Levine: Je peux vous dire que, si vous voulez que)e réponde à cette partie-là, oui, et je vous dis honnêtement, notre conseil d'administration a donné beaucoup de rôles au conseil d'administration provisoire de chacune des trois entités. On a joué un rôle uniquement de fiduciaire de ça et le dynamisme à l'intérieur de chacune de ces trois entités venait de leur propre conseil d'administration, et sûrement pas du nôtre, qui avait les mains pleines avec beaucoup d'activités à faire à l'intérieur de l'hôpital.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Oui, Dr Cadieux.

M. Cadieux (Roger): C'est-à-dire qu'on a eu l'expérience, pendant dix ans, d'opérer, en somme, presque l'ensemble du territoire du DSC. Actuellement, il y a trois CLSC. Il y a eu des avantages, au début de la réforme, à faire ça, parce qu'on a intégré une foule d'organismes, au moment de la réforme, qui venaient d'un peu partout et, à ce moment-là, je pense qu'en termes d'unification, ç'a eu du bon.

En contrepartie, je pense que ç'a eu comme inconvénient de nous empêcher de jouer notre véritable rôle de santé communautaire, du fait qu'on était très accaparés par les services de première ligne. Le DSC, dans le temps, avait une cinquantaine d'infirmières. On couvrait toutes lès écoles, on couvrait les soins à domicile. Il faut dire qu'on était en structuration. C'était complexe.

C'était quoi les avantages de décentraliser les services de première ligne dans les CLSC? C'est d'abord de les laisser réellement aux services et de pouvoir adapter davantage les services d'une façon assez particularisée. Je pense que Pointe-Saint-Charles, ce n'est pas tout à fait la même dynamique, dans un territoire, que ville LaSalle, à cause des caractéristiques, et ça nous a permis, aussi, de développer une expertise. L'expertise qu'on a développée dans les dernières années, c'était d'identifier les besoins d'un territoire. C'était quoi, les gens? C'est quoi, les problèmes? Actuellement, le réseau de santé, habituellement, passe directement dans l'action, sans trop, trop souvent se préoccuper de c'est quoi les besoins. On a fait les études de besoins par groupe, après ça on a pu faire, comme M. Levine disait, une planification stratégique sous-régionale, où l'ensemble des établissements du territoire actuellement se servent de ces documents-là. Et je pense qu'il y a des services, dans les hôpitaux, sur lesquels on commence à se poser des questions par rapport aux besoins, parce qu'on a des données d'une façon spécifique là-dedans. Ça, c'était en termes de connaissance.

Le deuxième rôle, je pense, qu'on peut mieux jouer, ç'a été de faire de la santé publique, de la véritable santé publique. Quand j'ai commencé en santé communautaire, une petite épidémie de deux ou trois jours, ça mobilisait Québec. Je peux vous dire qu'on a fait le management du dépotoir toxique de LaSalle, avec tout ce que ça comporte comme inconvénients. Il n'y a pas eu de scandale dans tes journaux. C'était une opération qui a coûté 10 000 000 $ et, à ce moment-là, le département de santé communautaire assurait la santé des travailleurs, des personnes, c'est-à-dire qu'on ne se préoccupait pas de la maladie, parce que nos cas d'accidents, on les envoyait à l'hôpital, les maladies professionnelles, on les envoyait à l'hôpital, mais on a pu prévenir, par des programmes, sauvegarder la santé des gens. Je pense que c'est ça, notre préoccupation.

La troisième préoccupation, et je pense que là-dedans on commence à exceller, c'est de faire des programmes de promotion de santé sans être pris par la notion de service. Je pense qu'une des plus belles réalisations, c'est la campagne L'amitié n'a pas d'âge. C'est fantastique comme problème; vous pouvez vous imaginer que c'est difficile. Le service de santé n'est pas capable de se payer ça, c'est subventionné présentement par l'industrie privée, par toutes sortes d'organismes, mais c'est de demander, pas à des professionnels comme nous, mais de demander à des petits groupes de personnes âgées ou de demander à des étudiants de voir, dans les choses qu'on ne peut pas percevoir, c'est quoi les problèmes qu'ils ont. Et il y a des centaines et des centaines de sous-groupes qui se préoccupent de régler des problèmes avant que ce soit de la maladie. Alors, nos préoccupations, c'est ça. Je veux dire, c'est de s'occuper d'une deuxième ligne, mais une deuxième ligne qui est axée sur la promotion de la santé. C'est très différent.

(16 h 45)

Quand on parle avec notre réseau, je pense qu'au DSC on est assez près du réseau, on pilote la table des directeurs généraux en termes de services, bien sûr que la clinique de santé dentaire, ce sont des services, mais notre préoccupation à nous, c'est de s'occuper presque uniquement de la santé. On est à peu près les seuls à parler ce langage-là et ça va mieux parler de ça en dehors du réseau que dans le réseau. Nos partenaires, ce sont les gens du ministère des Transports pour les accidents, c'est la Communauté urbaine, c'est le ministère de l'Environnement. On pense que c'est le rôle qu'on joue de mettre ensemble des organismes de soins et des gens qui ont d'autres préoccupations. Ce qu'on comptabilise au niveau de la santé, ce sont les méfaits de ça Quand quelqu'un

se casse la gueule sur les routes et que ça entre dans les coûts de santé, peut-être qu'on peut faire des choses avant; môme chose pour l'environnement, pour d'autres choses. Je pense que c'est la grande caractéristique. On a autant de monde, je pense qu'on en a plus qu'on en avait *Su* début, mais ces gens-là sont complètement orientés vers la promotion et la protection de la santé aussi en termes d'épidémie ou de choses comme ça.

M. Côté (Charlesbourg): Vous parlez dans vos recommandations, en particulier à la recommandation 2, d'une autorité, de la nécessité d'avoir une autorité provinciale responsable de la santé publique. Là, parlez-vous d'un sous-mlnlstre adjoint?

M. **Levine:** Ce n'est pas spécifié. On parle principalement de quelqu'un qui, comme à Toronto, est un médecin responsable de la santé publique et que ce médecin ait le statut d'un sous-ministre associé ou qu'il ait le statut de médecin responsable de la santé publique, attaché directement au ministre, mais un peu à côté. On n'est pas ailés aussi loin dans la définition de la formule, mais ce qui est Important, c'est qu'il y ait une porte d'entrée en haut, très proche du ministre, qui peut véhiculer les besoins de la prévention et de la santé communautaire au Québec.

M. Côté **(Charlesbourg):** Pour tenter d'éviter ce qu'on a vécu à Saint-Basile, ça, je comprends, pour que l'action soit plus directe, c'est un peu ça qui est recherché, finalement.

Vous avez parlé, par la suite, de médecine familiale. Vous en avez fait état. La Corporation professionnelle des médecins aussi a fait des efforts pour qu'on puisse davantage former des médecins en médecine familiale, un peu pour contrer certaines difficultés que nous connaissions. Nous croyons, quant à nous, que l'article 153 de l'avant-projet de loi, même s'il n'est pas aussi spécifique que vous le souhaitez, permettait ce genre d'exercice-là et était en conformité avec les énoncés de politique de Mme Lavoie-Roux qu'on retrouve, à la page 77 en particulier, au niveau de la formation médicale. Ce que]e comprends de votre intervention, c'est que vous souhaitez que, de manière beaucoup plus spécifique dans le libellé même du prochain projet de loi, on puisse faire mention, oui, de la spécialisation, mais aussi de la médecine familiale pour être capable d'en retenir et d'en attirer. C'est ce que j'ai compris.

M. Levine: Je pense que c'est ça l'orientation. C'est clair que ça n'empêche pas, dans l'avant-projet de loi ni dans les orientations présentées antérieurement par Mme Lavoie-Roux, la formation des omnipratlciens. Ce qu'on dit, c'est que c'est une bataille pour les omnipratlciens à l'intérieur des universités, c'est difficile de trouver leur place et c'est difficile pour les institutions qui se spécialisent dans la formation des omnlpraticiens de trouver leur place. Dans ce sens-là, on pense qu'un libellé dans la loi donnerait le support à ce type d'effort.

M. Côté **(Charlesbourg):** Une dernière question. Vous avez dit que la structure régionale telle qu'elle est aujourd'hui est davantage dominée par l'établissement ou par la notion d'établissement que par la notion de programme. On en a parlé un peu depuis le début, on va continuer d'en parler dans les prochains jours. Mais, lorsqu'on s'adresse à un directeur général d'un hôpital qui, par surcroît, a la chance d'avoir un département de santé communautaire et qui souhaite le garder...

Une voix:...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté **(Charlesbourg):** La gestion par programme, c'est une notion que je trouve attrayante. On pourrait davantage atteindre de meilleurs résultats et avoir davantage l'objectif du bénéficiaire en premier lieu. Vous voyez ça comment? On décide demain... D'abord, H y aura une structure régionale, je l'ai dit, je le répète; on ira au maximum de ce qu'on peut aller sur le plan des pouvoirs, mais j'aimerais aussi qu'on fasse du chemin sur la gestion par programme. Comment on implante ça, demain matin? Vous qui avez à vivre avec une dynamique qui est celle qu'on connaît, comment est-ce qu'on fait pour implanter ça demain matin, la gestion par programme? Bien, demain matin, disons sur une période de X années.

M. **Levine:** C'est évident que c'est plus facile d'en parler, de la gestion par programme, mais vouloir l'implanter, ce n'est pas facile. On va prendre un exemple. Supposons que, sur notre territoire soclosanltalre, les personnes âgées sont la première priorité et qu'on décide que, pour cette clientèle, il y a 3 800 000 $ disponibles. Cet argent-là doit aller au programme de gériatrie actif à l'hôpital de Verdun, ça doit aller aux soins à domicile, pour les personnes âgées. Ça doit aller au programme psychogériatrie à domicile qui traite principalement des personnes âgées. Ça dort aussi aller à des groupes communautaires capables de développer un programme d'entraide, par exemple, les popotes roulantes, qui ont besoin d'être subventionnés.

On détermine, en regardant les besoins de la population âgée à l'intérieur d'une communauté donnée, une certaine somme d'argent par tête de pipe. On prend cet argent-là et on voit si on est capables, à l'intérieur d'une concertation sous-régionale, de développer des programmes qui peuvent répondre à ces besoins. Alors, chacune

des institutions qui offrent déjà des services aura des demandes. Il faut voir si les demandes peuvent entrer pour répondre à l'ensemble des besoins - peut-être qu'il y aurait besoin d'en couper quelques-unes, d'en augmenter d'autres - et demander aux groupes d'étudier ces questions. Je vous donne un exemple, ce n'est pas facile. C'est vraiment l'élément, probablement, qui va être le plus difficile à faire. Moi aussi, je crois qu'il est important de le faire et c'est une des recommandations principales de la commission Rochon.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

M. Chevrette: Merci, madame. Tout d'abord, je voudrais que vous me parliez quelques minutes des expériences d'hospitalisation à domicile. C'est une expérience que vous avez vécue sur votre territoire. Est-ce que c'est toujours de mise? Ce programme continue-t-il toujours? Quelle évaluation apportez-vous à ce stade-ci, relativement aux coûts?

M. Levine: On vient de recevoir, il y a trois semaines, notre millième admission et patient dans le cadre du programme. Le programme est demandé régulièrement. Mon évaluation était une moyenne, rajouter des lits de courte durée pour pallier des problèmes d'engorgement d'une urgence ou un problème de manque de lits de soins prolongés sur un territoire avec un programme qu'on dit élastique. Quand on a eu des crises à l'urgence après la période de Noël, j'ai donné l'autorisation de rechercher d'autres infirmières et d'augmenter le nombre de lits disponibles, parce qu'on avait des malades, à l'urgence, qu'on a été capable de traiter à domicile. Alors, c'est un programme qui a cette élasticité et on est capable d'absorber une clientèle quand la clientèle est là et on est capable de réduire des effectifs dans le programme quand la clientèle n'a pas besoin des services.

En termes de satisfaction de la part de la clientèle, il n'y en a pas un qui revient qui ne demande pas l'hôpital à domicile par après. Évidemment, on reçoit les plus grands remerciements de tout le monde. Sur le plan financier, on reste encore à un coût marginal par lit ou par jour-présence dans le programme autour maintenant de 164 $ comparé à un coût marginal qui est encore autour de 230 $ pour un lit dans nos institutions communautaires. Je ne parle pas du coût marginal dans les lits ultraspécialisés.

M. Chevrette: Est-ce que les médecins ont collaboré à la mise sur pied de ce programme?

M. Levine: C'était probablement l'élément le plus difficile au départ, de convaincre les spécialistes à l'intérieur de l'institution d'adhérer à ce type de programme, d'accepter qu'ils peuvent envoyer leurs patients très malades, ces personnes qui peuvent mourir, à l'extérieur de l'hôpital pour les traiter à domicile, mais après un certain nombre d'années. Et avec l'expérience qu'on a maintenant, on a de plus en plus de collaboration; les pneumologues, par exemple, collaborent énormément et, des fois même, on a maintenant des listes d'attente assez régulièrement dans notre programme.

M. Chevrette: Avez-vous quelque chose à ajouter, docteur?

M. Demers (Jacques): Moi, je voudrais simplement ajouter que c'est une question d'entraînement de se faire à l'idée de ce concept qui était, à toutes fins pratiques, nouveau. Est-ce que, du jour au lendemain, on peut permettre à une population médicale de changer ses habitudes de pratique et de permettre aux patients de rester chez eux et d'être supervisés à distance un peu? Mais, pour corroborer ce que M. Levine dit, les chirurgiens, maintenant, sont de moins en moins réticents à transférer leurs patients dans le postop immédiat, par exemple, pour aller finir la convalescence sous les soins de l'équipe de l'hôpital à domicile et ça se fait de façon routinière, maintenant.

M. Chevrette: Je voudrais vous poser la question suivante: Est-ce que vous avez été obligés de fermer des lits pour fins d'équilibre budgétaire?

M. Levine: La réponse, chez nous, est non.

M. Chevrette: J'espère, avec la...

M. Levine: Il arrive quand même que, pour fins de manque de main-d'oeuvre de soins Infirmiers pendant la période de vacances scolaires, on a été obligé de réduire la disponibilité des lits à la population pour une période de quatorze jours, mais, à toutes fins pratiques, disons pour à peu près juste dix jours, et qui n'était pas liée à des objectifs budgétaires, mais était uniquement liée à la question de la main-d'oeuvre. Je ne suis pas capable entre minuit et 8 heures le matin, même en utilisant des agences qui vous coûtent trois fois plus cher que le coût normal, de trouver de la main-d'oeuvre.

M. Chevrette: Merci. Concernant le DSC, j'aurais moi aussi une question à poser. Quelle est la frontière vis-à-vis de la prévention entre un rôle de DSC puis un rôle de CLSC? Ça m'apparaît, si j'écoute et si je lis, par rapport à ce que je sais que doit faire un CLSC... Quelle est la frontière pour... Est-ce qu'il y en a un des deux qui est de trop ou si ça se définit claire-

ment, de par votre expérience? Vous êtes considéré comme l'un des super D. G., pourriez-vous nous donner la nuance ou ce qu'on doit faire pour maintenir en vie un CLSC dans son champ d'action par rapport à un DSC dans son champ d'action?

M. Levine: Même les D. G. de ce type vont demander à leur directeur de répondre à ces questions précises...

M. Chevrette: Ah! C'est pour ça qu'ils sont super, ils savent partager les tâches. Ha, ha. ha!

M. Levine:... et il faut savoir à quel moment...

M. Cadieux: Non. Il faut dire que les DSC puis les CLSC ont été inventés la même journée; donc, ça a créé sûrement des problèmes au départ et il y a eu des gens qui se cherchaient, y compris les DSC, y compris les CLSC. Le rôle des DSC devait venir un petit peu plus tard parce que, pour jouer un rôle comme DSC, ça prend toute une série de prérequis, c'est-à-dire qu'on ne peut pas donner de l'expertise, ne serait-ce en santé publique, en environnement, en santé au travail, tant qu'on ne l'a pas acquise. Ça, c'a été une des forces pourquoi c'est une bonne chose d'être dans les hôpitaux. Vous savez qu'avant les médecins qui étalent dans les anciennes unités sanitaires avaient très mauvaise presse auprès de leurs confrères; ça passait pour des gens qui... Je ne sais pas, moi... Je ne veux pas donner trop de qualificatifs, parce que Je suis spécialiste en santé communautaire, Je ne voudrais pas être là-dedans. Mais la crédibilité de l'hôpital nous a permis, dans un hôpital comme chez nous, qui n'a pas le coefficient d'attraction d'un grand centre universitaire, d'attirer une trentaine de médecins. Disons-le, on est venus à bout de convaincre des gens d'aller se spécialiser en environnement, en santé au travail, en maladies infectieuses, à tel point qu'un département de santé communautaire, dans le cours des choses normales, peut régler des choses alors qu'il y a quinze ans ça prenait toute la batterie du ministère pour régler des problèmes. Cette expertise s'est développée.
(17 heures)

Vu qu'on n'est pas confrontés à des problèmes complexes fréquemment, je ne pense pas qu'on doive retrouver dans un CLSC toute cette gamme qui est d'ailleurs déjà difficile à trouver dans les DSC. C'est pour ça qu'on disait que ça prend un DSC avec une taille performante au point de vue de l'expertise. Si on n'a pas d'expertise, comment voulez-vous qu'on remplisse notre rôle pour aider les autres? Ça, c'est en termes de différence par rapport aux problèmes. Par exemple, dans notre coin, avec la problématique du sida, ce n'est pas le CLSC qui fait la formation actuellement des gens dans les hôpitaux. Vous savez qu'il y a des crises dans les hôpitaux parce que, tout d'un coup, le personnel ne veut pas traiter les gens; ça prend des semaines de formation. On a fait une semaine de formation qui a duré dix Jours au Douglas avec des experts, des gens qui connaissent ça pour amener les gens à évoluer. Nous on travaille sur les intervenants. On ne travaille pas beaucoup sur la population par rapport à de l'expertise. Quand on tombe dans la promotion de la santé, là on veut que ça soit le monde. Ce n'est pas nécessairement... Alors, on a deux paliers d'action. Un palier qui est au niveau de l'expertise dans des domaines complexes de santé publique et on a un autre domaine parce qu'on a ça comme préoccupation et qu'on n'est pas occupé par les services... Quand je gérais les trois CLSC, j'étais comme tout le monde, Je cherchais les Infirmières qui ne rentraient pas et j'étais pris avec les appels de nuit et toutes sortes d'histoires comme ça. Maintenant, j'ai le temps avec l'équipe de me préoccuper de la santé des gens en faisant des choses pour eux. Donc, deux paliers: mobilisation de la population et l'autre, au niveau des intervenants. C'est ça, nos rôles. Et ce qui est complexe, c'est que tant que les gens ne viennent pas nous voir parce qu'ils pensent qu'on a de l'expertise, c'est parce qu'on n'est pas encore dans notre rôle. L'expertise, c'est quand les gens nous disent en appelant chez nous: On peut trouver des choses. Ce sont les grosses différences. Le CLSC, plus l'organisation communautaire, plus les cas-problèmes quotidiens de maintien à domicile; c'est le quotidien. Et ça, c'est complexe, c'est difficile, ça accapare toutes leurs ressources.

La Présidente (Mme Marois): Une question, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, oui?

M. Trudel: Mme la Présidente, merci. Vous nous avez dit, M. Levine, à deux ou trois occasions, dans votre intervention, qu'en termes de planification, vous avez toujours utilisé l'expression d'une planification stratégique sous-régionale. Qu'est-ce que c'est "sous-régionale" dans le cas du territoire que vous desservez?

M. Levine: C'est la carte que vous avez devant vous illustrant ce qu'on appelle le sud-ouest de l'île de Montréal qui inclut: LaSalle, Côte-Saint-Paul, Ville-Émard, Verdun, Pointe-Saint-Charles, île-des-Soeurs, et on suggère: ville Saint-Pierre, Saint-Henri et Petite-Bourgogne à la suite de leur demande.

M. Trudel: O. K. Île-des-Soeurs.

M. Levine: Île-des-Soeurs est effectivement dans notre territoire.

M. Trudel: Il y a moins de problèmes un

petit peu, là?

M. Levine: Un peu moins de problèmes.

M. Trudel: Vous considérez donc qu'à cet égard, la planification régionale qui, forcément, travaille à partir de moyennes, de statistiques représentant des problématiques moyennes qui font que ça s'équilibre quelque part quand on met l'Île-des-Soeurs avec les quartiers dont vous venez de nous parler, ça ne nous décrit pas bien la réalité et qu'il faut travailler au niveau de la sous-région et non pas au niveau de la grande région de Montréal, par exemple, si l'on veut atteindre des résultats probants en santé communautaire, etc.

M. Levine: Si on parle très spécifiquement de l'île de Montréal, la réponse est oui. La problématique du "Lakeshore", avec le type de communauté, la culture et d'autres choses est totalement différente de celles de Verdun et de Pointe-Saint-Charles qui ont des populations parmi les plus pauvres au Québec et au Canada.

M. Trudel: Et avec la mécanique des régies régionales, est-ce qu'on ne risque pas de passer à côté de ce type de planification nécessaire que vous venez de nous décrire, compte tenu des territoires qui seront couverts, du nombre d'Institutions, etc. ?

M. Levine: Si la régie régionale n'est pas capable de comprendre et de réaliser la nécessité de ce type de sous-régionalisation à l'intérieur de sa région, oui on va passer à côté royalement et, à ce moment, ce serait important que la régie régionale regarde sa capacité de fonctionner. Mais l'un des principes, j'ai l'impression que ce sera surtout à Montréal de réaliser la divergence et les distinctions entre les différentes populations de Montréal.

M. Trudel: Très bien.

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

M. Trudel: Non, j'en aurais une autre si j'ai le temps encore.

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Trudel: Le ministre a souvent dit, et de notre côté aussi, qu'il y a une apparence de gros problèmes de financement dans le réseau. Vous l'avez abordé, vous avez même dit au tout départ: Voyez-vous, une des solutions, ça passe par l'omnipratique, par les médecins omnipraticiens et tout ce que vous avez décrit comme système, c'est que ça pourrait nous éviter ce qu'on appelle communément le magasinage. Il est évident, pour reprendre une expression du ministre, qu'il faut se questionner aux deux bouts, et sur le magasinage, mais aussi sur le système de production d'actes et d'analyses, le système producteur d'actes. Est-ce que vous êtes d'accord avec plusieurs milieux qui nous affirment qu'il y aurait dans le système hospitalier, en particulier au niveau des actes médicaux, à peu près 20 % d'actes au-dessus de ce qu'on pourrait considérer comme normal, c'est-à-dire une surproduction de 20 % d'actes médicaux? Ou prenez-le autrement: Est-ce qu'on pourrait réduire assez facilement de 20 % le nombre d'actes commis dans le système actuellement, ou réalisés dans le système actuellement?

M. Levine: Pour répondre, je n'oserais pas donner un pourcentage. Je n'ai vraiment ni les données ni l'expertise pour le faire. On a le sentiment qu'effectivement il y a une surconsommation. Je ne suis pas convaincu que la surconsommation soit le réel problème. C'est ce qui découle de la surconsommation en termes d'examens demandés, de tests demandés et tout le reste qui est réellement problématique. Effectivement, l'introduction des médecins de famille et l'encouragement à ce que chaque individu au Québec ait son médecin de famille seraient des moyens d'éviter une partie de cette problématique.

M. Trudel: Vous avez une grande expérience de la situation et des gestes qui sont posés dans la pratique de la santé au Québec. Il y a des médecins qui sont présents ici; il y avait un docteur tantôt qui nous disait, par rapport à d'autres dimensions, qu'il y a moyen de changer des pratiques médicales par rapport à l'hospitalisation qu'on pourrait appeler "hors des murs". Il y a aussi beaucoup d'études qui nous disent que si nous avions un régime de "no-fault" en médecine au Québec, nous pourrions éviter jusqu'à 20 % de gestes et d'analyses qui sont posés par une espèce de surprotection que tendent à se donner les médecins, les praticiens de la santé et qu'à cet égard, toute la partie du financement qui coûte si cher, peut-être que l'Introduction d'un régime de "no-fault" avec des mécanismes afférents, bien sûr, pourrait nous amener à cette réduction d'environ 20 % des actes médicaux et des analyses, de tout ce qui en découle et qui est très coûteux. Et, à partir de ce moment-là, nous n'aurions plus cette problématique nécessaire du financement et l'obligation de penser à des impôts en avant, en arrière, à rebours, tout ce que vous pouvez penser, des tickets modérateurs et toute autre chose du même genre. Est-ce que c'est possible, cette situation?

M. Levine: Je vais demander au Dr Demers de répondre.

La Présidente (Mme Marois): Dr Demers?

M. Demers: C'est possible, comme vous le dites. Les pourcentages, à mon avis, sont difficiles à évaluer. Il est sûr que l'aspect médico-légal de la pratique a causé une augmentation du coussin de sûreté, si vous voulez, que le praticien est obligé d'utiliser dans le traitement des malades. Cela veut dire une plus grande utilisation d'examens de laboratoire, une plus grande utilisation de tests radiologiques, une plus grande utilisation de l'expertise de ses confrères, ce qui fait que vous avez une... C'est l'une des raisons d'une certaine surconsommation. Il est évident qu'un système "no-fault" pourrait diminuer et non abolir cette surconsommation. Il y aura toujours certains individus dont le sentiment de sécurité face à un patient n'est pas le même que celui de leur voisin, qui consomment peut-être un peu plus d'examens de laboratoire et qui se sécurisent un peu plus avec l'aide de leurs confrères. C'est humain et on ne pourra pas abolir totalement ce que vous notez comme une surconsommation de la part des praticiens.

La Présidente (Mme Marois): Ça va? Merci, M. le député. M. le député de Verdun, je crois que vous vouliez soulever une question.

M. Gautrin: Rapidement, Mme la Présidente, tout d'abord, je voudrais féliciter le DSC pour son implication dans la communauté. Je pense que je peux témoigner ici de son rôle Imaginatif et de son implication dans la protection de la santé publique dans ma région.

Dans le document de Mme Lavoie-Roux, on réduisait le nombre des DSC de 32 à 20. Si on devait réduire le nombre de DSC, compte tenu des critères que vous avez établis, qui sont les critères d'une zone homogène, la possibilité de développer un partenariat, la possibilité aussi d'avoir un certain nombre de ressources sur le territoire, quel est le territoire maximal qui pourrait constituer un nouveau DSC si on devait réduire le nombre des DSC, c'est-à-dire qu'est-ce que vous pourriez avoir pour satisfaire encore à ces critères d'homogénéité, de partenariat et de ressources nécessaires sur le territoire? Autrement dit, comment pouvez-vous agrandir votre territoire parce que si on diminue le nombre de DSC, bien sûr, ils vont chacun avoir un territoire plus grand?

M. Cadieux: D'abord, pour donner un aspect un petit peu plus régional à la réponse, mol, je pense que l'avant-projet de loi qui disait qu'on devrait faire des consultations régionales ou môme qu'on devrait avoir des consultations locales va venir amoindrir ce problème-là. Moi je pense que les critères en dehors de ceux qu'on a - et c'est bien sûr que je pourrais répondre spécifiquement à votre question par rapport à notre territoire, mais ça n'aurait pas de correspondance pour vous - c'est d'aller aux limites d'une zone soclosanltaire qui peut travailler ensemble. C'est-à-dire, nous on est limité, par exemple, par les communautés, par les chambres de commerce, par les associations de marchands, par les districts que la ville de Montréal vient de former présentement, ce que les journaux couvrent. A ce moment-là, une zone soclosanitaire, ce n'est pas uniquement une question de localisation.

L'autre chose à laquelle il faut faire attention, c'est aux acquis. Pendant ces quinze dernières années-là, plusieurs DSC ont appris à travailler ensemble avec des individus et ça, c'est compliqué que de mettre un réseau en contact, que les gens puissent se mettre à la table, abandonner les petits clochers et voir ce qui en est. Il est bien sûr que si on considère que le DSC devient un petit clocher, en soi, moi, je pense qu'il faut l'abolir. Si c'est une zone qui peut se concerter et mieux mobiliser la population, ça, c'est la limite territoriale qu'on doit avoir.

Moi, je ne pense pas que ce soit un critère géographique. Je ne pense surtout pas que ce soit une question de nombre. Il ne faudrait pas tomber dans des nombres trop grands de la promotion de la santé. À mon sens, dépasser 150 000, 200 000 personnes, c'est très compliqué. On peut bien travailler dans nos institutions, voir ce que cela a l'air, sauf que les résultats sont en termes de résultats. Il faudra voir comment cela a diminué, comment il y a moins de placements, comment il y a moins de marginalité. Ce sont des critères de résultats, je pense, qu'il faut voir, ce n'est pas le nombre. Pour moi, ce n'est pas Important qu'il y en ait 25, 30 ou 40. Je pense, par exemple, qu'on doit encourager des structures qui vont vers la promotion de la santé parce que la réforme est en termes, non pas de service, mais en termes de prise en charge et de mobilisation d'ensemble. Donc, dans ce sens, voyons quelles sont les bonnes raisons par rapport à tel ou tel critère et sûrement qu'à Montréal, ce n'est pas la même dynamique que sur la Côte-Nord ou dans le Bas-Saint-Laurent. Chaque région a probablement ses dynamiques locales.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Il n'y a pas d'autres questions. Une question très brève, une minute. Je ne reviendrai pas sur la médecine de famille. Les médecins qui oeuvrent dans les CLSC ont marqué non pas de la résistance, loin de là, mais ils ont dit: À cause des nouveaux modèles familiaux qui se développent, à cause de la mobilité de la population, c'est peut-être un peu un concept qui est difficile à appliquer au moment où on vit maintenant. Donc, est-ce que ce n'est pas plus une approche de continuité qu'une équipe, finalement, va assurer, pour atteindre le même objectif et qu'on peut difficilement revenir au concept de médecine familiale au sens du médecin attaché à une personne, à une famille, à un noyau, à un

groupe?

M. Cadieux: C'est-à-dire que pour moi, la mobilité, la mobilisation, disons, il ne faut pas que ce soit un terme, un concept abstrait. La notion... Ça, ce n'est jamais abstrait. Mobiliser des gens, ça veut dire leur donner des choses pour pouvoir eux-mêmes s'attaquer à ça. C'est ça, la mobilisation. C'est sûr que ça prend des choses très concrètes et ça nous prend des objectifs très précis. Si vous regardez la campagne, L'amitié n'a pas d'âge, notre objectif est **de** cinq à dix ans, c'est d'amener une génération de jeunes à se préoccuper de l'entraide et à se préoccuper des personnes âgées. Donc, il faut que les gens trouvent eux-mêmes leurs solutions. Ce n'est pas nous qui devons les trouver et, plus le noyau est petit, plus ça fonctionne, c'est sûr.
(17 h 15)

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Oui, M. Levine.

M. Levine: Sur votre question, la médecine familiale qui se développe, est un peu différente de la pratique des omnlpraticiens qu'on connaît:. Vous avez de plus en plus de polycliniques, vous avez de plus en plus de regroupements de médecins en médecine familiale. Je pense qu'il est Important d'encourager par la publicité et d'autres moyens, que chaque famille au Québec trouve un endroit stable où elle peut rencontrer un médecin qui a autour de lui un autre groupe de médecins et qu'on développe une habitude d'utiliser ces mêmes médecins chaque fois qu'il y a une action ou chaque fois qu'il y a un événement qui se passe.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Merci, M. le leader. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Alors, ce que je comprends, c'est que concernant la mise en place de gestion par programme et de subventions par programme, il faut continuer de réfléchir sur la mécanique d'implantation.

M. **Levine:** Absolument.

M. Côté (Charlesbourg): On compte sur vous.

M. Chevrette: Bonne chance!

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre présentation et de votre présence à la commission. J'inviterais maintenant le Regroupement des petits et moyens hôpitaux de la région de Montréal à prendre place à la table, s'il vous plaît.

Je vous souhaite la bienvenue à la commission. J'aimerais, comme les autres groupes qui vous ont précédés, que la personne qui va présenter le mémoire - je crois que c'est la présidente du Regroupement, Mme Bailly - nous identifie les personnes qui l'accompagnent.

Regroupement des petits et moyens hôpitaux de la région de Montréal

Mme Bailly (Juliette P.): Merci, Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les commissaires. Oui, effectivement, j'aimerais vous présenter Mme Turenne, à ma droite, qui est présidente du conseil d'administration du centre hospitalier Fleury et qui représente la corporation au conseil d'administration; aussi à sa droite, M. Bertrand Girard, directeur général du centre hospitalier Saint-Michel et secrétaire-trésorier du Regroupement des petits et moyens hôpitaux; M. Jean Michaud, à ma gauche, directeur général du centre hospitalier pour convalescents Julius Richardson; Mme Marie-Hélène Ouellette, à ma gauche, qui est secrétaire du Regroupement. Mme la Présidente, je voudrais aussi signaler que nous avons plusieurs présidents et directeurs généraux dans la salle, qui nous accompagnent, qui se sont libérés pour la rencontre d'aujourd'hui.

Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les commissaires, au nom du Regroupement des petits et moyens hôpitaux de la région de Montréal, je vous remercie de nous accorder le privilège de vous présenter nous-mêmes le résultat de notre réflexion en regard de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

Je vous rappelle que le Regroupement est l'assemblée des hôpitaux de la région de Montréal dispensant des soins généraux et spécialisés et qui ne sont pas affiliés aux universités pour l'enseignement de la médecine. Alors, ça va faire changement de ce que vous avez entendu depuis tantôt.

Au niveau du Québec, les hôpitaux généraux et spécialisés constituent les deux tiers des hôpitaux de soins de courte durée. Sans vouloir prétendre, bien sûr, parler au nom de tous les centres hospitaliers généraux et spécialisés de la province, le Regroupement est représentatif de la réalité provinciale, tout en gardant des caractères distinctifs propres à la région de Montréal. En effet, la réalité montréalaise est différente pour plusieurs raisons, dont les principales sont l'émergence de nouvelles ethnies, les différences socioculturelles, les regroupements de collectivités, les démarches socio-économiques, les particularités linguistiques, les diverses habitudes de vie. À titre Indicatif, sur une population régionale de 2 000 000, 19 % s'expriment dans une autre langue que le français et l'anglais, 25 % sont d'origine autre que francophone ou anglophone.

Compte tenu du rôle primordial des hôpitaux généraux et spécialisés auprès de la population, puisqu'ils sont confrontés habituellement les premiers aux problèmes de santé, ils sont égale-

ment les premiers à être touchés par la réforme des structures proposée par l'avant-projet de loi. Ladite réforme exigera du temps, de l'énergie et sera fort coûteuse. Nous croyons qu'elle devrait plutôt faire appel au dynamisme des établissements et à la responsabilité de ses administrateurs. Voilà pourquoi le Regroupement des petits et moyens hôpitaux a jugé important de vous transmettre ses principales préoccupations et recommandations en regard de l'avant-projet de loi. Nous profitons toutefois des quelques minutes dont nous disposons en ce moment pour vous exprimer les recommandations que nous jugeons les plus Importantes.

Premièrement, établir une politique globale de santé, préalablement à la mise en place des structures administratives, et qui tienne compte des droits et des responsabilités des citoyens.

Deuxièmement, adapter la politique et les objectifs de santé aux caractéristiques ilstinctives régionales, particulièrement pour la région métropolitaine de Montréal.

Troisièmement, réaffirmer et renforcer l'autonomie des conseils d'administration. Il est essentiel, en effet, qu'une politique globale soit connue, que chacun y adhère afin que les décisions administratives particulières en soient le prolongement logique dans lequel doit s'Inscrire le principe de l'autonomie des établissements. Cette dernière réalité est trop souvent Ignorée actuellement. Elle doit, au contraire, animer les conseils d'administration et les directions pour permettre aux établissements d'assumer leur véritable pouvoir, celui que leur confère la population pour laquelle ils existent. Il serait alors facile de respecter les caractéristiques de chaque collectivité, en adaptant à celle-ci les moyens d'atteindre les objectifs de santé et de bien-être.

En regard des principes d'universalité, d'accessibilité et de qualité des services, principalement reconduits avec vigueur par les orientations du gouvernement pour la santé et le bien-être au Québec, le Regroupement soutient que, pour maintenir l'universalité des services, il faut la renforcer par leur adaptation aux nouvelles réalités d'une société québécoise en constante évolution. Que ce soit au plan de la culture, de la langue, des valeurs ou de la santé, tous les services doivent évoluer pour demeurer universels. Quant à l'accessibilité des services, sa limite doit être clairement établie, et les citoyens doivent assumer leurs responsabilités face à la prise en charge de leur santé et de leur capacité de se payer le luxe de la facilité. Le citoyen bien informé saura, dans la majorité des cas, jouer le rôle économique d'ajuster sa demande de services à l'offre que lui en propose l'État.

Quatrièmement, renforcer le rôle des corporations propriétaires. Au chapitre des établissements, nous portons à votre attention la préoccupation du Regroupement quant à la place des corporations propriétaires. Je sais que ce matin, c'était très présent; on continue aussi, même si on n'est pas des religieuses. Elles ont dit que ces corporations assurent notamment le maintien des idéaux qui ont présidé au développement des hôpitaux. Elles contribuent également à assurer la continuité entre les promoteurs, les bâtisseurs et les réalisateurs. Leurs membres sont les mieux désignés pour maintenir les acquis alors que les autres membres des conseils d'administration sont susceptibles de mandats passagers. De plus, il faut maintenir l'autonomie des corporations au lieu d'assujettir la nomination de leurs membres au bon vouloir des conseils d'administration.

Cinquièmement, retourner les centres hospitaliers de soins de courte durée à leur mission. À cette fin, il est temps d'actualiser les promesses déjà faites en regard des personnes âgées. Actuellement, la dispensation des soins et services aux personnes de 65 ans et plus représente 60 % des dépenses du réseau. Ces mêmes personnes utilisent également plus de 40 % des jours d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. Cette situation est une des principales causes de l'engorgement des urgences. La priorité accordée à la prise en charge des personnes âgées ne signifie pas uniquement l'augmentation de places d'hébergement et de soins de longue durée, mais d'abord la consolidation des ressources déjà amorcée ou timidement réalisée, soit la gériatrie active dans les CH de courte durée, le maintien à domicile avec ce que cette réalité comporte de soins de prévention et curatifs à domicile, de réadaptation et autres ressources légères.

Sixièmement, renforcer l'autonomie des conseils d'administration. Quant aux conseils d'administration des hôpitaux, quelques points Importants sont abordés dans la représentativité des médecins et le statut du directeur général. En effet, partant du principe de la présence médicale dans les hôpitaux et de la responsabilité qui en découle, il va de soi que l'expertise professionnelle du médecin est requise au sein des conseils pour fournir l'éclairage qui facilitera le choix des orientations. D'autre part, nous sommes persuadés que la présence du directeur général comme membre à part entière du conseil d'administration ne devrait pas être questionnée.

Septièmement, faciliter la pratique médicale hospitalière. Il faut dire également à quel point la gestion médico-administrative est difficile dû à l'absence d'incitatifs financiers dûment budgétés, ce qui rend la situation des hôpitaux pour le moins inconfortable. Avec l'adoption, en 1984, de la loi 27, cette situation devait se régler. Les hôpitaux attendent toujours. Une autre situation problématique est celle causée par le mode de rémunération actuel des médecins, lequel n'a rien pour les attirer dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux de réadaptation. De plus, l'absence de charges universitaires et le contIn-

gentement des spécialistes ajoutent à la difficulté de recruter, et ce, même à Montréal.

Huitièmement, faire confiance au réseau public. Au niveau des ressources financières, souvent, le concept de privatisation est avancé. Sachons d'abord emprunter, au réseau privé ses méthodes de gestion, l'utilisation optimale qu'il fait de ses ressources humaines et surtout la marge de manoeuvre dont Il dispose. Il faut surtout transférer au système public le concept d'imputabllfté qui caractérise .le privé car les deux secteurs ont une clientèle à respecter. Les expériences de privatisation ont des résultats positifs dans des secteurs particuliers et non dans une gamme complète de services. De plus, du secteur privé, il faut accentuer l'utilisation de forces irremplaçables à titre de bénévoles, de membres des conseils d'administration et de membres de fondation.

Neuvièmement, encourager la créativité et l'autonomie. L'état actuel du réseau ne favorise pas les innovations et cela, en raison des multiples règles, procédures, normes et décrets, tous plus sclérosants les uns que les autres. Avant de dire que les conseils ne peuvent pas administrer et que les directeurs généraux ne peuvent pas gérer, il serait préférable de leur proposer des obligations de résultats au lieu d'obligations de moyens.

Compte tenu de ce que nous venons de vous exprimer et que nous présumons déjà de l'augmentation générale de l'autonomie des établissements, voici trois niveaux de recommandations que nous considérons comme les plus susceptibles de contribuer à l'amélioration que nous souhaitons.

(17 h 30)

Au niveau national, nous recommandons que le ministère élabore une politique globale de santé et de bien-être et y attache une enveloppe budgétaire adaptée; que le ministère précise et diffuse les objectifs de santé et de bien-être et y consente les enveloppes budgétaires adaptées; que le ministère précise le niveau d'atteinte des résultats pour en permettre l'évaluation; que le ministère spécifie ou confirme la classification des hôpitaux et consente les ressources financières cohérentes aux programmes; que le ministère actualise l'implantation de la carte-santé pour chaque citoyen; que le ministère développe des modes de rémunération facilitant l'engagement des médecins; que le ministère développe un mode de rémunération autorisé au budget des hôpitaux pour les médecins ayant une tâche administrative.

À l'égard du niveau régional, nous recommandons que la structure régionale soit légère et souple, tenant compte des différences régionales; que la structure régionale développe une concertation réelle et efficace avec les départements de santé communautaire; que la structure régionale développe des incitatifs favorisant l'innovation et la complémentarité des établissements; que la structure régionale soit responsable des programmes d'entretien des immobilisations et de renouvellement des équipements; que la structure régionale soit responsable de la promotion, de l'implantation des nouvelles technologies et des ressources afférentes dans les petits et moyens hôpitaux au même titre et en même temps que dans les centres universitaires.

Finalement, au niveau local, nous recommandons que les conseils d'administration favorisent et facilitent la fusion des établissements sur une base volontaire; que les corporations propriétaires soient maintenues comme élément de continuité; que le conseil d'administration soit maintenu dans chaque établissement qui ne va pas à rencontre des fusions; que le conseil d'administration de chaque établissement ait une complète autonomie en regard de la budgétisation des soins et services à l'intérieur du budget consenti; que le conseil d'administration soit l'unique responsable de la durée des mandats du directeur général; que les centres hospitaliers généraux spécialisés bénéficient de programmes spéciaux pour l'embauche et la rétention de médecins spécialistes; que les établissements favorisent et facilitent localement le développement des ressources humaines.

Nous souhaitons ardemment que vous considériez l'importance que nous attachons aux recommandations que nous vous avons formulées. Elles s'inscrivent dans la volonté de décentralisation manifestée par le ministre. Elles exigent un système administratif plus responsable, plus souple, plus respectueux des collectivités spécifiques. Elles favorisent les engagements professionnels et humains des individus qui conçoivent le système et qui dirigent les organisations dans un objectif ultime de mieux répondre aux besoins de la population.

Maintenant, Mme la Présidente, M. le ministre, Mme Denise Turenne complétera sur les points des conseils et des corporations.

La Présidente (Mme Marois): Certainement.

Mme Turenne (Denise): Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les membres de cette commission, il me fait plaisir de pousser un peu la réflexion concernant les cinq thèmes suivants, à savoir: l'autonomie des établissements comme tels, les corporations propriétaires, le conseil d'administration unique pour l'ensemble des établissements d'un territoire de CLSC, la présence médicale à nos conseils d'administration et la durée du mandat des directeurs généraux.

Premièrement, autonomie des établissements. Nous conviendrons facilement tous ensemble, probablement, que l'administration de notre réseau de la santé et des services sociaux n'est pas un mince défi. L'avant-projet de loi met de l'avant certaines structures et des mécanismes qui décentralisent pour certains points - on parie de planification, de programmation, ça c'est

de la décentralisation - et on met de l'avant également d'autres mécanismes qui sont de la déconcentration, en particulier quand on parle de budgèt.

À ce stade-ci, nos interrogations sont de l'ordre suivant. Nous nous demandons jusqu'à quel point les établissements ne seront pas confrontés à nouveau avec deux paliers de décision au point de vue administratif et au point de vue budgétaire. Pour les gestionnaires d'établissement, ces multiples paliers sont habituellement - c'est ce qu'ils nous disent régulièrement - associés à une importante bureaucratie, et qui dit bureaucratie dit inefficacité, inefficience et le reste. L'autonomie des établissements, la créativité des gestionnaires, des mandats clairs, des pouvoirs proportionnels aux responsabilités à assumer, des décisions prises le plus près possible de l'action sont des principes que notre regroupement privilégie.

Deuxième point: les corporations propriétaires. Je me permettrai, bien sûr, étant donné que nous avons assisté à la présentation des corporations religieuses ce matin, de soutenir évidemment les points qui ont été présentés à ce moment-là. Je pense, d'ailleurs, que M. le ministre a bien reçu, au môme titre que les membres de cette commission, les représentations qui ont été faites à ce moment-là. J'insisterai sur la représentation, toutefois, pour être bien certain qu'on s'en va du bon côté sur ce plan-là, de ces corporations à nos conseils d'administration, que ce soit au niveau des corporations religieuses ou encore au niveau des corporations laïques. Bien sûr que nous, cet après-midi, on peut plus vous parler des corporations laïques avec lesquelles on est plus familier.

Qu'est-ce que ça veut dire, ces corporations, pour nos conseils d'administration depuis les années que je les connais, c'est-à-dire une quinzaine d'années? En bref, je vous dirai, pour être bien claire, qu'habituellement, c'est un moyen pour avoir des gens Intéressants et des gens intéressés, des gens qui assurent, dans nos établissements, la continuité, des gens qui assurent la stabilité, des gens qui poursuivent les idéaux, qui poursuivent les programmes à réaliser. Chez ces personnes-là, habituellement, on retrouve ce que j'appellerai modestement de la maturité, un brin de sagesse; vous savez, des choses qu'on ne retrouve pas nécessairement partout.

La corporation, c'est aussi, à l'intérieur des modes et des collèges électoraux avec lesquels nous avons vécu ces dernières années, un collège qui a accueilli des administrateurs qui ont eu l'occasion de faire leurs preuves dans d'autres collèges électoraux et qui nous semblaient fort intéressants et intéressés et que, lorsque leur mandat n'a pas été renouvelé, nous avons Invités, finalement, à devenir des membres des corporations. Alors, ces gens-là, ce collège électoral accueille également des administrateurs, donc, comme je dis, qui ont fait leurs preuves. Cela permet ce que j'appellerai un équilibre avec de nouveaux administrateurs qui ont à faire leurs classes avant d'assurer pleinement leur rôle d'administrateur.

Alors, bien sûr, notre question, c'est: Pourquoi ne pas maintenir les acquis? On a quelque chose qui est bon, quelque chose qui est valable, pourquoi changer pour changer? Et notre regroupement, bien sûr, pousse dans le sens du maintien de ces corporations-là. Depuis quelques années, il y a trois membres à nos conseils; il y a quelques années, Il y en avait quatre, et je vous dirai, personnellement, que c'était encore mieux.

Notre point suivant: les conseils d'administration. Notre projet de loi dit: Un conseil d'administration unique par territoire de CLSC, et ceci amène, vous le savez - j'Insiste et j'y reviens, mais pardon - des modifications importantes pour des centres hospitaliers comme les nôtres, c'est-à-dire des centres hospitaliers généraux et spécialisés.

Comme membre du conseil d'administration, si j'essaie de voir cette structure-là comme ça, je vous dirai que je trouve que c'est une belle continuité pour continuer à servir la population. J'y vols également - je suis au conseil d'administration de l'hôpital Fleury depuis quinze ans - l'occasion d'agrandir mes horizons - donc, je vois ça positivement - l'occasion, encore une fois, d'agrandir notre vision. J'y vois également quelque chose que j'appellerais comme une diminution du petit esprit de clocher qu'on a facilement quand on est affilié à un centre hospitalier, à un établissement depuis de longues années. J'y vois également quelque chose que j'aime bien personnellement, ça s'appelle un processus électoral avec assemblées publiques et tout ça. Au départ, lorsque je suis arrivée, encore une fois, pour moi, dans le milieu hospitalier, j'étais élue par les usagers. Alors, pendant sept ou huit ans, ça a été de cette façon-là qu'a été ma participation. Alors, ce conseil d'administration unique, je ne suis pas réfractaire à ça au départ, mais Il y a des questions de structure hybride absolument importantes et c'est ce que j'aimerais porter à votre attention cet après-midi. Et ça, je suis très ambivalente à ce niveau-là. Structure hybride par rapport à des établissements qui sont distincts à l'intérieur, encore une fois, de ce territoire de CLSC, des établissements distincts, des établissements qui sont indépendants, qui ont chacun une mission complémentaire. Ça, ça va bien.

Un conseil d'administration, plusieurs D. G. et un seul D. G. à ce conseil d'administration-là; là, j'ai des problèmes, par exemple, par rapport à une situation qui pourrait être tout bonnement et tout carrément, tout honnêtement, tout directement une fusion de ces établissements avec un conseil d'administration et un D. G. de ces établissements-là, quitte à ce qu'il y ait des

adjoints.

Le scénario à l'étude veut dire - à un moment donné, on essayait de réfléchir à ce sujet-là - qu'à tour de rôle, à ces conseils d'admlnistratlon-là, on aurait un O. G. qui travaillerait avec nous pendant une année et, l'année suivante, il y aurait un autre D. G. Moi, je me dis: Mon doux seigneur, c'est difficile de développer ce que j'appellerais une relation adéquate avec les premiers gestionnaires de nos établissements. Je ne suis pas capable de faire ça, moi! J'ai beaucoup de difficultés. Imaginons-nous, à ce moment-là, si on pousse plus loin la réflexion, comment on va faire, comme conseil d'administration, pour évaluer ces gestionnaires-là - c'est un rôle important du conseil d'administration de s'assurer qu'on a le bon gestionnaire, la bonne personne, au bon moment, au bon endroit - si on ne les connaît pas, si on ne les voit pas? À toutes fins pratiques, c'est difficile de remplir ce rôle-là. Donc, à ce moment-là, un établissement, un conseil d'administration, ce sont des liens hiérarchiques, des structures claires, des structures limpides. Alors, il y a peut-être lieu, si on abandonne cette idée-là ou si on la revolt, de créer des incitatifs pour plutôt favoriser la complémentarité entre les différents établissements, puisque c'est ça l'objectif qui est visé par le projet de loi, probablement.

Un autre élément, la présence médicale à nos conseils d'administration. Mme la présidente, Mme Bailly, a mentionné tantôt que partant tout simplement - à un moment donné les choses sont claires, les choses sont lumineuses - du principe de la présence médicale dans nos établissements et de la responsabilité qui en découle, il semble aller de soi, pour les représentants de notre regroupement, que l'expertise professionnelle du médecin est requise au sein de nos conseils d'administration pour fournir l'éclairage qui va faciliter les choix, qui va faciliter les différents arbitrages qu'il y a lieu de faire régulièrement au niveau de nos conseils. Occasionnellement, vous savez, avec les contraintes et les restrictions budgétaires que nous vivons dans le réseau depuis plusieurs années, il est tentant de traiter ce que j'appellerai le budget. On fait ça régulièrement, vous savez, les gestionnaires, traiter les budgets. Il est bon, à ce moment-là, avec la présence médicale, de se faire rappeler que notre rôle est aussi de traiter le budget, mais c'est surtout de traiter le patient, de traiter le malade qui vient chercher des soins et des services à l'hôpital.

La Présidente (Mme Marois): Je m'excuse. Vous n'êtes pas sans savoir que vous avez dépassé un peu le temps. Je vous laisse aller, ça va.

Mme Turenne: Je termine; deux secondes, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): D'accord, c'est juste parce que ça laisse un petit moins de temps aux gens de la commission et comme on a des obligations, évidemment, on doit quand même terminer aux heures qui sont prévues.

Mme Turenne: Je veux bien. Je termine avec le mandat du directeur général. Pour nous, il nous apparaît important, à ce moment-là, de dire que, si l'objectif avoué au niveau du gouvernement est d'assurer la mobilité des cadres supérieurs, Il y a sûrement d'autres moyens et d'autres façons de faire pour assurer cette mobilité-là et qu'il est possible de regarder le dossier dans ce sens-là. Donc, la mesure mise de l'avant est négative et perçue très négativement par les gestionnaires du réseau, et je pense qu'elle peut l'être facilement par nos établissements. Donc, un maximum de deux contrats en huit ans, ce n'est peut-être pas la façon de faire; on veut être capable de garder nos D. G. quand Ils sont bons. Je vous remercie.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci. C'est effectivement une présentation qui couvre, je pense, beaucoup de points d'interrogation, évidemment, vus par des établissements qui ont aussi des problèmes quotidiens tout aussi importants que ceux des gros centres hospitaliers. Je serai obligé d'être très sélectif dans mes questions. Ça me tentait de faire une analogie avec ce que des infirmières auxiliaires, des infirmières et des médecins vivent quand on les écoute, lorsque vous nous parlez de la structure régionale. Les infirmières nous disent que leur champ a été envahi par les médecins et les infirmières auxiliaires nous disent, par le fait même, que les infirmières auxiliaires ont eu un champ qui a été envahi par les infirmières, laissant peu de place à l'infirmière auxiliaire. Donc, il y a le pouvoir central, l'omnipuissance et présence du ministère, il y a une structure régionale et il y a des centres hospitaliers qui ont à subir les contraintes budgétaires et des décisions de concertation au niveau régional.

(17 h 45)

On a proposé une structure régionale avec des pouvoirs. Peut-être que ça ne va pas assez loin. Évidemment, on a une commission parlementaire et c'est pour vous entendre et pour voir ce qu'on peut améliorer. L'intention était, bien sûr, de donner plus de pouvoirs à la structure régionale pour décider un certain nombre de choses en région puisque, à mon avis, la région est encore mieux sensibilisée à sa problématique et plus apte à faire des choix, compte tenu de sa spécifité, que le central. Ce que je trouve différent dans votre présentation ou dans votre

recommandation par rapport à ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant, c'est qu'il ne faut pas que le pouvoir régional se renforce de pouvoirs venant du central et de pouvoirs de la base, du local, montant au régional. Ce que je comprends, c'est que ce que vous voulez dans cette décentralisation des pouvoirs et cette reconquête d'autonomie, c'est que s'il en va au régional il faudrait peut-être qu'il en parte aussi du central et du régional vers l'institution locale. Est-ce que j'ai bien saisi?

Mme Bailly: Oui, c'est exactement ça. Évidemment, M. le ministre, il faut toujours relier cela à l'avant-projet déjà déposé. Compte tenu qu'on sait que les centres universitaires restent au niveau central, on volt les petits et moyens hôpitaux revenir vers les régies. À ce moment-là, si on lit bien l'avant-projet, il semble que ces établissements n'auraient plus de conseil ou, tout au moins, juste un pour tous les établissements du territoire. Il faut toujours mettre ça en dualité, ce qui fait que nous, on réfléchit de cette façon-là. On se dit: Si c'est seulement de la déconcentration au niveau régional, ce n'est pas ça, c'est une vraie décentralisation, et une vraie décentralisation comportera aussi des pouvoirs au niveau local, c'est-à-dire des établissements. Alors, la perception que vous aviez, c'était vraiment dans ce sens-là, toujours rattaché à l'avant-projet, bien sûr, mais on était là ce matin et on ne peut pas faire semblant qu'on n'a pas compris. Il y avait des indications qui disaient que peut-être que les conseils unifiés, on... Je ne sais pas. J'ai peut-être mal compris aussi. Corrigez-moi.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez très bien compris. Peut-être que. Alors, évidemment... Ha, ha, ha! Peut-être que. Non, non, ça va dans le sens de peut-être que. Donc, il y a une révision. Ce que je comprends, c'est que tout le monde nous dit qu'il y a possibilité de regroupement. Certains nous disent: Il faut le faire de manière volontaire, avec des incitatifs, et non pas par la méthode forte d'une loi. Alors, ce que je comprends, c'est que l'objectif de regrouper, de rendre complémentaires un certain nombre de services, c'est possible. Évidemment, ce sont les moyens sur lesquels on diverge, c'est pas mal toujours là qu'on finit par s'accrocher.

Sur le plan local, dans votre mémoire, à la page 28, recommandation 4: "Que le conseil d'administration de chaque établissement ait complète autonomie en regard de la budgétisation des soins et services. " Ça me tenterait de vous dire, même si je ne suis pas bilingue: "How much?" Évidemment, j'aimerais avoir un peu d'explications parce que, tantôt, Il reste encore que le ministre va être obligé de répondre devant l'Assemblée nationale. Il est question d'imputabilité budgétaire aussi. C'est une des barrières extrêmement importantes que nous devons franchir sur le plan de la régie régionale. Plus de pouvoir décentralisé et, par le fait même aussi aux centres hospitaliers.

J'aime vous entendre me spécifier un peu plus: complète autonomie en regard de la budgétisation des soins et services. Vous ne l'avez pas?

Mme Bailly: M. le ministre, je pense que l'objectif, il est grand dans ça. Je pense que l'intention du regroupement en disant ça, c'était de pouvoir mettre de l'argent pour répondre immédiatement au service de la population sur les besoins. Je pense qu'on n'enlevait de pouvoir à personne, mais c'était de pouvoir mieux gérer, à l'Intérieur de nos établissements, des programmes versus les besoins établis. Je pense que M. Girard pourra compléter sur ce propos.

M. Girard (Bertrand): Oui. Il y avait un volet qui voulait couvrir... Au fil des années, il est arrivé qu'on ait jusqu'à 25 %, 28 % de notre budget qui était dans des composantes détaillées. On avait de la difficulté à passer d'une enveloppe à l'autre et c'est cet aspect-là surtout qu'on voulait couvrir par cette recommandation-là.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, ce que je comprends, c'est un budget global...

M. Girard: Oui.

M. Côté (Charlesbourg):... et vous demeurez toujours responsables du budget, mais vous êtes capables de faire des choix ou vous avez une plus grande marge de manoeuvre pour faire des choix pour correspondre davantage, répondre davantage aux besoins spécifiques que vous voulez desservir.

M. Girard: C'est ça. C'est pour répondre à l'évolution des programmes qui se développent.

M. Côté (Charlesbourg): Comment se ferait, dans ces conditions-là, l'articulation ou la complémentarité entre les différents centres hospitaliers de l'île de Montréal que vous représentez, de façon à éviter qu'il y ait duplication et qu'il y ait même compétition?

M. Girard: On ne peut pas nier qu'il y a, à des moments donnés, des esprits de clocher. Il y a quand même eu des initiatives heureuses. Il y a eu... Par exemple - c'est plus facile de parler de ce qu'on connaît mieux - on a fermé, nous, l'obstétrique et on s'est dirigé vers l'urgence pour répondre à des besoins. À ce moment-là, on a dû discuter avec les établissements environnants, les centres de réhabilitation, les centres de troisième ligne aussi, pour pouvoir avoir des ententes de complémentarité. Le fait de pouvoir décider ça avec l'accord du ministère, on a pu

recycler 1 600 000 $ dans des programmes qui sont beaucoup plus présents aujourd'hui. Donc, on dit: Si on a cette souplesse, il y a des initiatives qui répondent davantage aux besoins actuels.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, je pourrais en discuter beaucoup parce qu'il y a des points très intéressants que vous avez soulevés. Mais je prends une recommandation que vous avez à la page 27, niveau régional, recommandation 2: "Que la structure régionale développe une concertation réelle et efficace avec les départements de santé communautaire." Ce que je comprends, c'est que, pour vous autres, c'est facile de le dire parce que vous n'avez pas de département de santé communautaire.

Mme Bailly. Comme je le disais tantôt, c'était plus difficile pour les gens avant nous.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, quand on questionne... J'aimerais ça, mol, avoir un peu plus de détails sur ce que vous voulez dire quand vous parlez de concertation réelle? Quand on marque là-dedans, dans une recommandation, "concertation réelle", ça peut peut-être supposer qu'il n'y a pas de réelle concertation, au moment où on se parte.

Mme Bailly: On vous a demandé si c'est "réelle" qui est de trop ou "concertation", c'est ça?

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. Michaud.

M. Michaud (Jean): Je pense que les départements de santé communautaire ont un point de vue très privilégié dans les sous-régions d'une grande région. Étant des observateurs sur le parquet, à toutes fins pratiques, ils sont en mesure de connaître les besoins de la population et de les exprimer clairement à un organisme qui est voué à une programmation et à une planification dans l'ensemble de la région. C'est à ce titre-là, je pense, que ces deux composantes, la régie et les départements de santé communautaire, ont un partenariat à développer parce que la responsabilité dévolue au niveau régional et l'observation importante des nouveaux besoins ou des tendances de mobilité ou autre qu'on peut retrouver sur un territoire peuvent être décelées et retransmises avec précision pour une réorientation des programmes et des entités qui distribuent les services.

M. Côté (Charlesbourg): On va être obligés d'aller vite, ça n'a pas de bon sens. On a discuté, tout à l'heure, avec des hôpitaux qui semblaient bien contrôler leur situation d'urgence, mais on en entend parler chaque année, à une période X dans l'année. Comment est-ce que ça se comporte dans vos établissements? Ce que j'ai bien compris, c'est que ceux qui réussissent à bien régler leurs problèmes, c'est parce qu'il y a probablement des appétits moins voraces sur l'électif. J'aimerais vous entendre là-dessus.

Mme Bailly: Je pense que vous vous référez... Évidemment, on a assisté beaucoup aux auditions, vous remarquerez, aujourd'hui... Je pense qu'il y a une réalité, et on en parie dans notre mémoire, dans les urgences des hôpitaux. Je pense qu'il y a des problèmes réels. On donne des solutions à ces problèmes-là, de revenir à nos lits de soins de courte durée et d'enlever les pourcentages de soins de longue durée, de donner du maintien à domicile avec la réadaptation. On réévalue aussi, on voit l'Importance des établissements de réadaptation versus... Je pense que ça va revenir, ces problèmes d'urgence, et c'est présent, mais il faut apporter des solutions.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux juste apporter un point spécifique, parce que ça m'a frappé; 25 %, dites-vous, de vos lits sont occupés par des chroniques. C'est ça que j'ai vu dans le mémoire, 25 %?

Mme Bailly: Non, je pense que 25 %, c'était au niveau de...

M. Michaud: On a dit: 40 % sont utilisés par les personnes âgées, et c'est la principale source d'engorgement dans les urgences. Si on prend l'exemple de deux personnes qui se présentent à l'urgence, une personne relativement jeune, victime d'un accident de la route, et une personne âgée qui a glissé sur le trottoir et qui a une fracture de la hanche, il est probable que la personne plus jeune va recevoir des services d'urgence de première ligne, alors que la personne qui a besoin, à la suite d'une fracture de la hanche, d'une réadaptation a des chances de ne pas la recevoir et de demeurer longtemps à l'urgence, ou encore de demeurer longtemps dans un milieu aigu, sans un programme de réadaptation et, à ce moment-là, on va la retrouver dans un lit de soins de longue durée presque à coup sûr.

Parce qu'une personne âgée qui est immobilisée pendant plusieurs jours est en voie de chronicisation, si elle ne reçoit pas des services de réadaptation. Or, le développement de services de réadaptation, particulièrement pour les personnes âgées, est un moyen important de déconcentrer les urgences à problèmes. Et, à ce titre-là, on a des exemples de collaboration entre des établissements, où les établissements à vocation de réadaptation sont, en quelque sorte, en ligne avec les établissements qui offrent des services d'urgence et, à ce moment-là, on permet de désengorger ces urgences-là et on permet de prendre et de donner des services à une population qui est en demande croissante de services.

Il y a de plus en plus de personnes âgées, de plus en plus de personnes âgées qui vivent plus longtemps, qui ont besoin de maximiser leur autonomie, et les établissements de réadaptation sont des spécialistes dans ce domaine. Il faudrait les développer au fil des années deux mille pour répondre véritablement aux perspectives de maintien à domicile et de maintien d'une population âgée le plus autonome possible.

M. Girard: M. le ministre, je pourrais peut-être vous aider là-dessus. Un bon argument pour vous, vous né devez pas entendre ça souvent. Une liste de 400 en électif, ce n'est pas une liste si élevée que ça. Ce n'est pas 400 personnes qui sont nécessairement prêtes à être hospitalisées demain. À preuve, il y en a qu'on rappelle quatre ou cinq fois, et ça nous prend des listes d'à peu près 400 pour pouvoir gérer puis maximiser l'utilisation de nos ressources. Mol, je pense qu'on peut vraiment doser l'urgence et l'électif sans mettre en péril les besoins de la population. Autrement, on a déjà baissé, nous, pour 250 lits, à 250 cas, puis tu as des lits qui sont inoccupés en chirurgie, parce que tu n'es pas capable de faire entrer le monde; ça prend un certain bassin.

M. Côté (Charlesbourg): Il ne faut pas qu'ils soient en vacances, il faut qu'ils soient prêts, mais évidemment l'urgence, ça n'attend pas, ça.

M. Girard: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): C'est un peu ça, une des difficultés. Je n'avais pas rêvé, au moins pour vous dire que j'avais pris un peu le temps d'en lire des bouts.

Mme Bailly: On l'apprécie beaucoup.

M. Côté (Charlesbourg): À la page 12, est-ce que je dois comprendre, lorsque vous dites, en bas: "La réalisation de cette opération est de nécessité évidente et connue puisque la clientèle de longue durée occupe près de 25 % des lits de courte durée des hôpitaux de Montréal. " Ce n'est pas nécessairement dans les hôpitaux que vous représentez, mais c'est l'ensemble des hôpitaux de Montréal.

Mme Bailly: Absolument.

M. Côté (Charlesbourg): O. K. Ce serait peut-être, dans ces cas-là, 40 % dans ce que vous représentez.

Mme Bailly: Dans notre résumé.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière question, pour qu'on en soit bien conscients. SI on réussit à diminuer de beaucoup la présence de malades chroniques, de personnes âgées dans les centres hospitaliers, ça signifie, évidemment, une rotation plus grande des gens qui seront admis à l'hôpital, ça signifie plus de gestes sur le plan médical et ça signifie aussi d'interpeller, d'une manière plus importante, la technologie qu'il faut à chaque fols payer. Ce qui signifie que ça nécessitera des ajustements des bases budgétaires des hôpitaux et, évidemment, tout ça faisant en sorte que dans la mesure où on paie des coûts quand même assez importants pour maintenir en centre hospitalier des personnes de longue durée, où ça nous coûterait moins cher dans des ressources alternatives, il y a peut-être des coûts pas très très élevés que le gouvernement pourrait encourir pour faire cette opération-là. Ce que je comprends, c'est que la journée où on baisserait le pourcentage de lits occupés dans vos hôpitaux respectifs, ça signifierait des ajustements assez appréciables de budget pour être capable d'accueillir ces nouvelles clientèles-là qui vont avoir, forcément, une rotation plus grande. Est-ce que je me trompe?
(18 heures)

Mme Bailly: Je pense qu'à ce moment-là il y aura un ajustement nécessaire des budgets pour recevoir des gens en courte durée, avec tout ce que ça comporte, bien sûr. D'autre part, avec les nouvelles technologies, on peut penser que les journées d'hospitalisation seront moins longues, les opérations moins traumatisantes, une meilleure réadaptation, une collaboration avec les centres de réadaptation pour ces gens-là, un retour à domicile rapidement, moins de perte de travail. Alors, je pense qu'on pourrait aussi mettre un fil conducteur à tous ces éléments, que ces nouveaux montants d'argent qui devraient être mis là donneraient des résultats.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis obligé de terminer. Je ne vous al même pas parlé de la mobilité.

Mme Bailly: Bien non.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, vous l'aviez mis comme cinquième point dans votre intervention. C'est parce que Je savais que c'était désintéressé, donc je n'en parlerai pas.

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Ce sont des recommandations, d'abord une analyse de la situation extrêmement intéressante parce que vous êtes présents partout sur le territoire et on a souvent l'impression **que** vous êtes comme les PME du système hospitalier, les PMH, et qu'à cet égard vous êtes les institutions qui jouent un peu le rôle de régularisation dans le système. Et on le volt, je pense, au niveau des

objectifs, pardon, des recommandations que vous nous faites en terminant votre mémoire. J'aurais bieh sûr quelques questions à vous poser là-**dessus,** en particulier sur cet aspect extrêmement intéressant que vous soulevez au départ et qui me semble marquer l'ensemble de votre présentation, de votre analyse. Dans vos recommandations, au niveau national, vous insistez pour dire que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit préciser et diffuser les objectifs de santé et de bien-être qu'il entend atteindre en mettant en place une nouvelle structure. Vous souhaitez que ces objectifs de santé soient précisés et soient diffusés. Est-ce que vous voulez aller jusqu'à les Inscrire dans la loi? Ce qui, entre vous et moi, je pense, est difficile. Mais quel est le mécanisme que nous devrions adopter pour préciser les objectifs de santé que nous voulons obtenir au Québec? Après quoi, on mettra en oeuvre une ou des structures pour atteindre ces résultats. Comment ça se ferait, la publication et l'adoption de ces objectifs de santé?

M. Mlchaud: C'est que les objectifs de santé ne concernent pas que le seul réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, le ministère a un rôle important à jouer à l'intérieur de l'ensemble de l'appareil gouvernemental, parce que beaucoup des moyens de prévention ne sont pas de notre seul ressort. Quand les gens entrent dans le réseau de la santé et des services sociaux, ils ont déjà un problème, un problème qui résulte de leurs habitudes de vie, un problème qui résulte des conflits de valeurs qu'on vit dans la société.

On parlait, ce matin, de tous les problèmes de santé, physique et psychologique, qui résultent, par exemple, du démantèlement familial. Quand on pense à tous les problèmes qui peuvent résulter de l'activité industrielle qui produit de la pollution qui peut amener des maladies, qui peut amener des problèmes de ce type-là, quand on pense aux habitudes de vie avec la consommation qu'on a de drogues, de boissons, de cigarettes, etc., qui génèrent beaucoup plus de coûts pour la société qu'elles ne procurent de revenus au gouvernement, généralement, quand on pense également à tous les éléments de promotion, sécurité routière, etc., donc, on volt que la prévention est beaucoup plus une affaire de l'ensemble de la société. Elle part davantage avec une conscientisatlon Importante du citoyen et, là, on peut voir le rôle que peut avoir le ministère de l'Éducation en termes d'enseignement de valeurs, d'autonomie des individus, de respect de la santé avec une bonne éducation alimentaire, avec une bonne activité physique, etc., qui sont parmi les moyens de prévention les plus efficaces, à court, à moyen et à long terme pour les sociétés. C'est à ce titre-là, je pense, que l'effort gouvernemental est très important.

Comme on le signalait tout à l'heure, les départements de santé communautaire peuvent être une source importante d'aiguillonnage de l'ensemble des autres Intervenants par l'observation de premier niveau qu'ils font des tendances, dans la population, au niveau morbidité. C'est dans ce sens-là qu'on voit un rôle moteur important au niveau du ministère face à la politique de santé qui doit être véhiculée et supportée par l'ensemble de l'appareil gouvernemental également.

M. Trudel: Parce que vous allez aller plus loin tantôt, vous êtes très cohérents en proposant la gestion par résultat dans les institutions, il va bien falloir que, quelque part, très concrètement, et je suis tout à fait d'accord avec votre description, (a responsabilité du ministère de la Santé et des Service sociaux à l'égard de l'atteinte d'objectifs de santé dépasse largement son mandat santé sectoriel en soi. Alors, à quel endroit établit-on ces objectifs-là? Est-ce que c'est l'adoption par le gouvernement du Québec - et je dis ça un peu au hasard - annuellement, d'objectifs de santé à obtenir à travers son ministère? Il faut que quelqu'un les fixe; alors, est-ce qu'on aurait à définir, est-ce que le gouvernement devrait publier des objectifs de santé ou adopter des objectifs de santé à poursuivre au Québec avec une certaine périodicité et axer la gestion de nos institutions, de nos établissements de santé et de services sociaux sur ces objectifs-là? Est-ce que c'est l'Assemblée nationale qui devrait aller jusqu'à adopter ces objectifs de santé au Québec?

M. Michaud: Je pense qu'il appartient définitivement au ministère et au gouvernement de fixer ces objectifs généraux de santé pour la population et, à partir de là, effectivement, le réseau de la santé et des services sociaux qui est davantage une sorte de réseau réparateur que préventionniste par son rôle actuel, et l'aspect prévention, on l'a vu, touche non seulement le réseau même, mais l'ensemble de la société... À ce moment-là, nous devons nous axer vers une efficience et une efficacité à appliquer les politiques, à répondre aux besoins de la clientèle et à faire en sorte qu'elle obtienne des services de qualité à des coûts les meilleurs avec un minimum d'emmerdements administratifs. La carte-santé, nous la voyons très importante, parce que le client arriverait dans l'établissement avec tout un paquet d'informations qui le concernent et dont on a besoin pour bien le traiter. Si on ne les a pas, on recommence des procédures de diagnostics qui sont coûteuses en termes de temps et en termes de ressources pour obtenir une information qui existe déjà ailleurs. À ce moment-là, la grande efficacité d'une carte-santé permettrait de donner aux professionnels de la santé l'Information requise pour traiter le malade d'entrée de jeu dans l'établissement. Le con-

naissant très bien et ayant déjà les données les plus cohérentes et les plus récentes sur lui, on sera en mesure de traiter immédiatement cette personne-là plutôt que de commencer à l'investiguer. Là, il y a des économies Importantes à réaliser et, là, il y a une possibilité également de contrôler certains abus qui existent dans le réseau, non seulement par des populations du Québec, mais également par d'autres qui utilisent nos services.

M. Trudel: J'allais sur ce terrain précisément, mais je ne peux pas laisser passer la dernière intervention sur les objectifs de santé. Les objectifs de santé énumérés à l'article 2 du projet de loi ne sont pas suffisamment précis à cet égard-là, ne permettent pas suffisamment de gérer par résultats, selon toute apparence, selon ce que vous me donnez comme opinion quant aux objectifs de santé à fixer. Vous voulez que ce soit plus précis si on veut en arriver à être capables de gérer par résultats obtenus.

M. Michaud: Il faut préciser les objectifs et il faut développer des moyens d'analyse de résultats qu'on n'a pas encore, malheureusement, à notre disposition. C'est là-dedans qu'un effort de recherche et de développement doit se faire pendant qu'on précise les objectifs généraux auxquels doit répondre l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

M. Trudel: Très bien. La carte-santé maintenant. Je mexcuse. Est-ce qu'il y avait un autre élément de réponse?

Une voix: Non, ça va.

M. Trudel: La carte-santé, vous venez de donner des motifs qui devraient favoriser son implantation, une plus grande efficacité, probablement, vous l'avez mentionné, un certain support à la réduction de la consommation ou de la réalisation des actes médicaux. Ça n'a pas l'air à vous inquiéter, ou vous êtes assez certains de votre affaire, au niveau de la confidentialité. Parce que je l'ai dit, pour le commun des mortels, pour quelqu'un autour de la table qui regarde pour économiser ou pour tenter de gérer le système comme il faut, qu'il rende plus de services aux bénéficiaires... Le ministre fait une observation.

M. Côté (Charlesbourg):...

M. Trudel: Ha, ha, ha! On a vu tellement de cas là-dessus et d'éléments qui sont quelquefois sortis en public. Est-ce que ça ne vous préoccupe pas, la confidentialité du dossier qui serait inscrit sur la puce?

M. Michaud: Si c'est l'individu qui transporte son dossier, normalement, il connaît l'Information que ça contient. Et si le moyen de lire cette carte-là est correctement protégé, qu'on ne peut pas passer ça, par exemple, dans un guichet automatique et lire ce qu'il y a dedans, à ce moment-là, ça présume que ça prend une technologie pour lire la donnée, et ça prend une technologie également pour la modifier. Cette technologie-là peut être contrôlée par les établissements. L'Information dont on a besoin, c'est pour traiter le bénéficiaire et être efficace avec lui. Dans ce sens-là, je pense que ça m'inquiète, au contraire, de ne pas l'avoir.

M. Trudel: Peut-être, en terminant, toujours autour de cette idée de la carte-santé sur laquelle il faudra, je pense, être extrêmement sérieux avant de décider, parce qu'on peut être pavé de bonnes intentions, mais on a déjà vu des amateurs, aux États-Unis, percer l'Informatique ou les programmes informatiques de NORAD. Percer la lecture de la carte-soleil, ça m'apparaît comme l'enfance de l'art, par rapport à traverser des systèmes de défense nord-américains. Il y a toutes sortes d'affaires là-dedans qui peuvent se produire.

Une voix:...

M. Trudel: Ha, ha. ha! Ça dépend, ça dépend, pour certaines entreprises, il y a peut-être beaucoup d'intérêt à le faire.

Toujours sur la carte-santé, mais par rapport au mécanisme, est-ce que vous pensez que non seulement ça nous permettrait de réduire la consommation de ceux et celles qui demandent des actes, mais également de contrôler la production des actes, de contrôler aussi les producteurs des actes?

M. Michaud: Ça pourrait peut-être permettre de diminuer une partie de la pratique défensive qu'on déplorait cet après-midi même, en termes de médecine défensive, dont l'origine vient du fait qu'on n'a pas l'information sur te patient. On ne l'a pas à temps, et on n'a pas une information de qualité pour pouvoir le traiter, donc on recommence tout le processus du diagnostic. Ça, c'est générateur de coûts, de temps et d'énergie.

M. Trudel: Très bien. Sur la mobilité des cadres, il existe peu de choses, si j'ai bien compris, actuellement.

La Présidente (Mme Marois):... M. le député.

M. Trudel:... j'avais fermé... Il existe peu de choses, actuellement, si j'ai bien compris, au niveau de la mobilité dans le réseau de santé, en particulier au niveau des cadres? Il y a peu de programmes qui existent?

M. Girard: Il n'y a pas de programme structuré, c'est l'individu qui créé sa propre progression.

M. Trudel: C'est la complète autonomie, quoi?

M. Girard: Oui, oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): La seule chose qui existe, c'est un programme de sécurité qui coûte 12 000 000 $ par année.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Nous vous...

M. Trudel: ...nous-mêmes.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne vous le souhaite pas, même après huit ans.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Nous vous remercions de votre présentation aux membres de la commission. M. le ministre ?

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Il y a un effort de réflexion et de sincérité qui a animé votre mémoire et je pense que c'est la somme des expériences vécues par des établissements qui est indispensable pour le réseau. Je vous remercie de manière particulière pour le temps que vous y avez mis, parce qu'on sait que ce n'est pas facile d'arrimer un certain nombre d'intervenants et d'être capable de camper dans un texte un certain nombre de choses et de recommandations. C'est tout à votre honneur. Évidemment, ça prouve aussi l'utilité des cadres et d'une certaine stabilité. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Nous suspendons nos travaux jusqu'à 20 heures.

(Suspension à 18 h 14)

(Reprise à 20 h 7)

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

Nous allons reprendre nos travaux. D'une part, nos gens sont arrivés et, d'autre part, nous avons déjà eu une très longue journée. Si on veut finir à une heure décente, on va procéder.

Nous entendrons ce soir, et je crois que les personnes sont déjà présentes devant nous, le Groupement régional des directeurs des soins infirmiers de fa région 06. C'est bien cela? Alors, Mme Lange, je crois, qui est présidente du Groupement et directrice des soins infirmiers de l'Hôtel-Dieu de Sorel va se présenter et nous présenter les personnes qui l'accompagnent. Ensuite, vous procédez à la présentation de votre mémoire à l'intérieur du temps qui vous est imparti, environ une vingtaine de minutes. Par la suite, le temps qui reste est alloué aux deux parties, à parts égales, pour des questions, des commentaires, des échanges avec vous. Nous vous entendons.

Groupement régional des directeurs des soins infirmiers de la région 06

Mme Lange (Gisèle): Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, Mesdames et Messieurs, nous vous présentons notre délégation, à savoir Mme Hélène Rajotte, à ma gauche, présidente sortante du Groupement et directrice des soins infirmiers à l'Hôtel-Dieu de Montréal; Mme Claudette Rh/ard, à ma droite, vice-présidente aux affaires internes et directrice des soins infirmiers au centre hospitalier Anna-Laberge de Châteauguay; à mon extrême gauche, Mme Jocelyne Paquette, vice-présidente aux affaires extérieures et directrice des soins infirmiers de courte durée au Centre hospitalier régional de Lanaudière et M. Richard Morin, secrétaire de l'exécutif et directeur des soins infirmiers de longue durée au Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Alors, c'est au nom de tous nos membres des régions de Montréal, Laurentides, Lanaudière, Montérégle, que nous vous remercions de nous avoir lus et aussi d'avoir accepté de nous entendre à cette commission des affaires sociales. Les quelques pages de notre mémoire comportent des réflexions, des propositions, parfois des commentaires sur des sujets que nous avons jugés essentiels pour nous, non pas que les autres sujets non présentés dans notre mémoire n'étaient pas valables sur le plan de la discussion. Et notre exposé sera présenté par quelques directrices.

Le Groupement des directeurs des soins infirmiers de la région 6ABC constitue une composante majeure dans le système de santé et des services sociaux. Nous représentons environ 20 000 bénéficiaires hospitalisés qui reçoivent des soins et des services dans 66 établissements, dans des lits de courte durée, de longue durée, d'hébergement de courte durée à vocation universitaire, sans oublier les bénéficiaires vus en externe, sans compter les bénéficiaires sur civière.

Le budget, géré par la direction des soins infirmiers dans ces établissements, est tout près de 1 000 000 000 $, soit environ 40 % du budget global. Les bénéficiaires ont toujours été et seront toujours, d'après nous, la raison d'être de ces établissements et, en même temps, notre raison d'être. Leurs besoins bio-psycho-socio-splrftuels, de la conception à la mort, demeurent

la toile de fond du quotidien du personnel en soins Infirmiers, jour, soir, nuit. Ces clientèles sont consommatrices de soins de plus en plus complexes. Il va sans dire que nous nous préoc-cupons de l'aspect préventif, curatif et de réadaptation.

L'ensemble de nos commentaires aujourd'hui repose sur la conviction que les soins infirmiers constituent un service essentiel en sol. Ce n'est pas en tant que support à d'autres dimensions du travail hospitalier que les soins infirmiers doivent être définis et évalués, mais bien en fonction d'éléments qui leur sont propres et spécifiques. Un corollaire de cette approche, c'est que les soins infirmiers doivent être complètement responsables et imputables du service rendu face au bénéficiaire lui-même ou à son répondant. Ils constituent une réalité globale, indivisible, fondée sur la dispensation de soins infirmiers qui s'adressent à l'ensemble de la personne. Un autre corollaire est celui de la place occupée par les directeurs de soins infirmiers et la nécessité de l'inscrire dans la structure légale.

Mme Claudette Rivard, à ma droite, du centre hospitalier Anna-Laberge de Châteauguay, vous présente la partie de notre mémoire touchant le rôle des directeurs de soins infirmiers.

Mme Rivard (Claudette): Bonsoir.

La Présidente (Mme Marois): Bonsoir.

Mme Rivard: Pour reprendre d'une façon plus explicite les propos de ma collègue sur le texte de l'avant-projet de loi, je dirais d'emblée que le libellé de celui-ci ne reflète pas la réalité quotidienne du rôle et des fonctions du directeur des soins. On s'interroge. Pourquoi les rôles et fonctions des chefs de départements cliniques et des directeurs des services professionnels sont-ils décrits et non ceux des soins infirmiers? On se pose des questions face à ça. Dans la structure actuelle des centres hospitaliers, la main-d'oeuvre en soins infirmiers composant notre direction est appelée à assumer le plus haut pourcentage du volume de soins et services et cette main-d'oeuvre est présente directement auprès des bénéficiaires ou de leur répondant à raison de 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'infirmière doit donc identifier les besoins de santé des bénéficiaires, contribuer aux méthodes diagnostiques...

La Présidente (Mme Marois): Madame, on s'excuse, il y a un peu de concurrence, mais nous n'y sommes pour rien.

M. Côté (Charlesbourg): Le Carnaval a une reine. On est quand même très heureux de vous avoir...

Mme Rivard: Et ce sont des événements heureux à l'extérieur, espérons que ça va en être autant à l'Intérieur.

Une voix: Nous savions que nous étions entendus, mais pas avec autant de bruit.

Mme Rivard: Est-ce que je parle assez fort, Mme la Présidente?

La Présidente (Mme Marois): Oui, ça va, merci.

Mme Rivard: Je reviens à l'infirmière.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

Mme Rivard: Alors, je vous disais que l'infirmière doit donc identifier des besoins de santé. Elle doit planifier, dispenser, contrôler les soins Infirmiers tout en prodiguant les soins selon une prescription médicale. Elle doit, de plus, dispenser des programmes d'enseignement aux bénéficiaires en vue de diminuer le temps de séjour moyen d'hospitalisation et le syndrome de la porte tournante que plusieurs d'entre nous connaissons. De par sa fonction, l'infirmière est l'agent intégrateur de l'ensemble des professionnels et des non-professionnels oeuvrant auprès des bénéficiaires. Elle est le lien entre le bénéficiaire et les Intervenants afin d'améliorer les services. C'est le pivot. L'Infirmière, elle est toujours là, 24 heures par jour, et c'est elle, vraiment, qui peut faire le lien entre tout le monde; que ce soit les professionnels et les non-professionnels, le bénéficiaire, s'il y a une Inquiétude, s'il y a quelque chose, c'est quand marne à cette personne-là qu'ils s'adressent la plupart du temps.

A la lumière de ces informations, vous comprendrez que la direction des soins infirmiers d'un établissement de santé doit mettre en place toutes les étapes du cycle de gestion, de façon à gérer efficacement les ressources humaines, financières et matérielles disponibles et ce, dans l'unique but de dispenser des soins et services de qualité sur une base Individuelle et continue en tenant compte de son environnement et de son milieu de vie. Les intervenants sont choisis en fonction des besoins des bénéficiaires car tous les intervenants ne possèdent pas le même degré de polyvalence. Le directeur des soins Infirmiers se doit d'élaborer des mécanismes d'orientation, d'intégration, de formation continue et d'évaluation de rendement de la main-d'œuvre, de s'assurer de la qualité des soins dispensés en établissant des programmes d'évaluation de la qualité. Les responsabilités du directeur des soins infirmiers sont en relation avec les activités de "top management" ou de sommet stratégique, comme le décrivent certains auteurs, puisque la direction des soins infirmiers est l'une des principales directions de production. On sait que les théories actuelles en management préconisent

la flexibilité des structures en fonction des organisations. Nous sommes d'accord avec des structures souples et légères. Par contre, le vécu quotidien du directeur des soins infirmiers nous amène à solliciter une reconnaissance de notre rôle et de nos fonctions dans un cadre légal, évidemment si on décrit tous les autres membres du sommet stratégique.

Notre motivation est de répondre aux besoins des bénéficiaires en soins infirmiers. Ceux-ci sont vraiment au coeur de nos préoccupations et de nos décisions. Je vais vous donner quelques exemples qui illustrent, dans le vécu quotidien, ces propos. Vous connaissez les intérêts divergents des professionnels - c'est vraiment humain - dans les équipes Interdisciplinaires. On a réussi à faire le consensus de tous ces professionnels qui ont quand même tous de bonnes intentions - on le sait très bien - quand on est capables de les ramener à la dimension du bénéficiaire. Le malade est toujours au coeur de nos préoccupations. C'est au coeur de nos décisions. Quand on réussit à railler tout le monde autour de ce principe-là, c'est beaucoup plus facile d'avancer, beaucoup plus facile d'établir des programmes d'enseignement et des programmes de soins.

La collaboration avec l'équipe médicale à la gestion des lits en termes de disponibilité des ressources de soins afin d'équilibrer l'offre et la demande. Bien sûr, quand on a une pénurie d'infirmières et qu'on n'a pas d'infirmières, on sait que ça a une grande influence sur la gestion des lits et à l'urgence aussi; la formation du personnel en regard de la nouvelle technologie; les changements de la pratique médicale et de l'alourdissement de la clientèle; les préoccupations de l'équipe soignante aussi envers toute la gestion des plaintes des bénéficiaires ou de leur répondant. Ça, c'est très présent dans les milieux psychiatriques et dans les milieux de soins prolongés. L'équipe soignante est très préoccupée et on investit quand même beaucoup de temps là-dedans. Ce sont quelques exemples que je vous donne. Je pourrais vous en donner plus, mais on va arrêter là. C'était pour vous Illustrer nos propos et nos préoccupations.

Il est impensable, ne serait-ce qu'un seul instant, d'imaginer un établissement de santé sans personnel infirmier. Lorsqu'on se pose la question: Pourquoi un malade est-il hospitalisé? Pourquoi l'hospltallse-t-on? C'est parce qu'il a besoin de soins infirmiers, 24 heures pas jour, sinon, le médecin va le soigner à l'externe, c'est bien sûr, parce que c'est pas mal moins traumatisant d'être à l'externe que d'être hospitalisé. Alors, je pense que ça nous porte à réfléchir.

Les soins et services que reçoivent les bénéficiaires sont tributaires de la qualité et de la quantité de personnel requis. C'est là une grande partie de notre rôle et de notre responsabilité. Cependant, la performance est actuellement évaluée à partir d'Indicateurs tels que les heures-soins, les ratios comparatifs interétablissements et ces indicateurs datent des années cinquante. Je venais de venir au monde. Ça ne tient vraiment pas compte des besoins réels des bénéficiaires. On apprécierait le fait que quelque chose change.

L'esprit dans lequel nous voulons gérer est le partenariat en complémentarité avec les autres professionnels de la santé et, pour ce faire, il faut être reconnu de fait à ce titre. Une de nos grandes préoccupations et à laquelle vous êtes certainement sensibilisés est la non-satisfaction et la démotivation de notre main-d'oeuvre.

Les institutions américaines dites d'excellence, entre guillemets, que l'on appelle les Magnet hospitals, dont vous avez sûrement entendu parler, se sont penchées sur le phénomène de la non-satisfaction et de la démotivation des infirmières et sont arrivées à la conclusion que les infirmières ont besoin de participer aux décisions qui les concernent et d'avoir un leader infirmier reconnu dans le "top management", capable de traduire les réalités quotidiennes du vécu des bénéficiaires au sommet stratégique. Pour les infirmières de la base, c'est très important que les dirigeants d'un centre hospitalier ou d'un établissement comprennent très bien leur vécu quotidien, les problèmes qu'ils vivent auprès des bénéficiaires.

Le discours qu'on entend sur les infirmières depuis quelque temps dit qu'elles sont la force vive et l'épine dorsale du système hospitalier. Cependant, on n'hésite pas, dans certaines organisations, à les éliminer du processus de décision concernant l'ensemble de l'établissement. Ceci illustre quand même l'incohérence entre le discours et le geste.

Je reviens aux Magnet hospitals. Ceux-ci reconnaissent l'importance d'avoir un gestionnaire infirmier capable de comprendre les réalités quotidiennes de la main-d'oeuvre et d'être en mesure de les traduire au niveau du "top management", comme je vous le mentionnais précédemment. Le directeur des soins infirmiers représente et interprète le nursing aux membres de l'échelon supérieur puisqu'il le connaît.

Un gestionnaire infirmier devient le symbole de la reconnaissance de l'importance de la main-d'oeuvre infirmière dans l'établissement. En ne reconnaissant pas le gestionnaire infirmier, est-ce qu'on ne risquerait pas de faire la preuve de la non-valorisation de la main-d'oeuvre en soins infirmiers? Est-ce qu'on ne risquerait pas de briser le lien qui relie la main-d'oeuvre infirmière et la main-d'oeuvre de base aux membres de l'échelon supérieur? On s'interroge.

Nous croyons fermement que le directeur des soins infirmiers doit avoir les connaissances et la compétence en soins infirmiers ainsi qu'une formation supérieure en administration. L'efficacité du directeur des soins infirmiers est reliée à ses connaissances et habiletés clinico-administratives afin d'établir et de réaliser des

objectifs en relation avec les tendances dans le système de santé et la pratique des soins infirmiers. Le grand défi de l'heure n'est-il pas de faire en sorte que le milieu de travail de notre main-d'oeuvre devienne tellement intéressant que le personnel ait le goût d'y travailler et le goût d'y rester, tenir leur emploi et inciter les jeunes à choisir la profession d'infirmière afin de pallier notre problème de pénurie actuelle?

Je vais céder la parole à Mme Rajotte, ma collègue de gauche, qui va nous entretenir sur la pénurie en main-d'oeuvre.

Mme Rajotte (Hélène): Bonsoir. En effet, la pénurie des infirmières qui se fait sentir au Québec depuis plusieurs années et qui ne cesse de s'accroître a pris une telle importance qu'elle prive actuellement la population de nos régions de l'accessibilité aux soins. En effet, nous voyons d'année en année une diminution du nombre de jours-présences. Par exemple, pour un seul établissement, la clientèle sera privée de 500 jours-présences de plus que l'an dernier pour la seule période des vacances d'hiver. Par ailleurs, il est devenu pratique courante de diminuer de façon significative le taux d'occupation les fins de semaine ou d'annuler des interventions chirurgicales par manque de ressources qualifiées aux soins intensifs, pour assurer la surveillance postopératoire. La surcharge de travail occasionnée par le manque de ressources épuise et démotive le personnel. Conséquemment, le taux d'absentéisme augmente et les Infirmières quittent la profession.

Depuis près de dix ans, les établissements s'inquiètent de l'état du marché du travail. Plusieurs études ont identifié les causes de cette pénurie et ont proposé des éléments de solution. En effet, en 1984, l'enquête Sobeco confirmait un malaise important. Par la suite, le comité d'étude sur la main-d'œuvre en soins infirmiers, dont le rapport fut publié en 1987, a permis de mesurer et de cerner les facteurs à la source des déséquilibres du marché et d'identifier un problème gravé d'inadéquation des besoins en infirmières au Québec.

Par la suite, les directeurs de soins infirmiers ont étudié et commenté ces rapports. En 1988, l'Association des hôpitaux du Québec présentait un mémoire intitulé: L'infirmière, force vive du centre hospitalier. Ce mémoire identifiait très clairement les mécanismes à mettre en place pour solutionner ce problème. Deux ans plus tard, où en sommes-nous avec toutes ces études qui rejoignaient d'ailleurs toutes les études américaines déjà faites sur le sujet?

Le gouvernement a manifesté un intérêt particulier aux conditions de travail des infirmières, lors de la dernière ronde de négociations des conventions collectives. Quoique certains problèmes demeurent, tel le travail de fin de semaine, un pas important a été franchi pour améliorer les conditions de travail reliées à la convention collective des infirmières. D'autre part, les établissements, à l'intérieur de leurs moyens, ont mis en oeuvre les changements qui s'imposent pour améliorer la situation. Cependant, les centres hospitaliers ne peuvent contrôler une situation qui dépasse la gestion de leur milieu. Par exemple, des postes à temps complet créés à partir des heures de remplacement afin d'assurer plus de stabilité, demeurent encore vacants, par manque d'infirmières sur le marché du travail.

Le rapport CEMOSI notait, en 1986, 1452 postes vacants dans les centres hospitaliers. Où en sommes-nous en 1990? Aucun monitoring de la situation ne se fait présentement pour mesurer l'ampleur de la pénurie. Nous croyons que le temps des études est révolu et qu'il est essentiel de passer rapidement à l'action afin de rétablir le marché par l'accroissement de l'influx annuel des infirmières. Il faut également donner aux établissements les moyens de mettre en oeuvre les mécanismes nécessaires à la rétention des Infirmières. La motivation des infirmières passe par la possibilité d'exercer pleinement leur rôle. Pour ce faire, il est essentiel que la charge de travail le leur permette et que l'on reconnaisse la contribution importante des infirmières à l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires. Valoriser et reconnaître l'infirmière, c'est aussi lui permettre de développer un sentiment d'appartenance. Nous croyons que de laisser les directeurs de soins infirmiers gérer leurs ressources est essentiel à un tel développement.

Devant l'urgence de la situation, des directeurs de soins infirmiers sont disposés à vous rencontrer, M. le ministre, afin de vous apporter toute la lumière nécessaire sur ce dossier et il nous fera plaisir de répondre aux questions des membres de la commission. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Marois): Merci beaucoup de votre présentation. J'inviterais maintenant M. le ministre de la Santé et des Services sociaux à vous poser des questions ou à faire les commentaires.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Pour avoir séjourné deux fois dans l'espace de 18 mois dans deux hôpitaux différents de la région de Québec, je partage totalement votre point de vue 24 heures par jour sur la présence des Infirmières par rapport à d'autres professionnels. Effectivement, c'est là qu'on retrouve le réconfort.

Une voix:...

M. Côté (Charlesbourg): Non, non...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Comme bénéficiaire. Alors, effectivement je pense que plusieurs l'ont

dit avant nous, vous avez raison de répéter avec beaucoup de fierté, que les Infirmières sont la cheville ouvrière de nos institutions, en particulier dans les centres hospitaliers, et c'est vrai, évidemment, vous avez présenté ça d'une manière très habile, très, très habile, pour en arriver à dire qu'on a une pénurie, tout le monde le constate. C'est pour ça que j'ai souri quand on a dit que c'était le temps de passer à l'action, parce que j'ai employé ça il n'y a pas tellement longtemps. Vous avez raison aussi là.

Pour en arriver au niveau de notre DSI, évidemment, ce que je comprends de votre intervention, c'est un des moyens de revaloriser la fonction. On se comprend bien?

Si je comprends bien votre interprétation, vous nous dites: Dans le cas du DSP, à l'intérieur du projet de loi, vous définissez, alors que dans le cas du directeur des soins infirmiers, c'est vague. Je me penchais devant mon souffleur officiel, ma conscience à moi, disons mon infirmière à moi 24 heures par jour...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg):... et je pensais avoir trouvé une mosus de bonne réponse, évidemment, on est toujours confronté, lorsqu'on est législateur, à se faire dire: Vous en mettez trop dans la loi, vous en mettez trop. Ma réponse est toute trouvée, je vais leur dire que ce qu'on a voulu faire, c'est de ne pas trop en mettre, mais que ce soit suffisamment général pour que ça puisse bien donner de l'autonomie, l'autonomie qu'il faut au niveau des centres hospitaliers pour être capable d'opérer. Cependant, mon raisonnement ne résiste pas puisque, lorsque je vais voir l'article 103, 101...

Une voix: L'article 103.

M. Côté (Charlesbourg): L'article 103 au niveau des DSP, là on l'a défini. Donc, il y a un poids, deux mesures, évidemment, ça a l'air fou un petit peu, un petit peu beaucoup. Vous avez raison de le soulever. Evidemment, si j'avais une décision à prendre ce soir, je vous dirais que, au lieu de vous donner une définition plus large dans la loi, je pourrais l'enlever à l'autre. Je ne sais pas si vous seriez heureuses, parce qu'évidemment, lorsqu'on l'encarcane à l'Intérieur d'un projet de loi et d'un article, on en est prisonnier, évidemment, la meilleure intention du monde, que de vouloir l'inclure à l'intérieur d'un article de loi, forcément à partir du moment où il est précis, il est aussi très contraignant. Alors que lorsqu'il est rédigé de manière plus large, ça laisse, d'habitude, plus de place à l'autonomie.

Après avoir entendu ça - et c'est la reconduction textuelle dans l'avant projet de loi, de ce qui existe maintenant - si vous étiez à la place du ministre, compte tenu de votre niveau de connaissance, qu'est-ce que vous feriez?

La Présidente (Mme Marois): Mme Lange, Mme Rivard?

Mme Lange: Je laisse la parole à Mme Rivard pour le moment.

Mme Rivard: Je peux en faire une partie. Moi, je pense que si j'étais ministre, je ne ferais pas deux poids, deux mesures, ça c'est évident.

(20 h 30)

M. Côté (Charlesbourg): Ça c'est acquis.

Mme Rivard: Ça c'est acquis?

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez au moins ça ce soir.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Rivard: C'est ça, ce soir. Je crois que je ne mettrais aucune définition de personne ou on les définirait pour chacun. Je définirais autant le rôle de la directrice des soins que du directeur des services professionnels. Pour moi, c'est impensable, si l'on veut vraiment que... Les infirmières de la base, la main-d'oeuvre en soins infirmiers, ils ont besoin d'un leader. Ça été quand même des études américaines. On a aussi des études de l'Ontario qui disent la même chose. Alors on veut les valoriser, on a un problème important de pénurie en main-d'oeuvre et on veut vraiment une reconnaissance de la main-d'oeuvre en soins infirmiers. Pourquoi la loi ne donne pas l'importance du rôle du directeur des soins? C'est leur leader. C'est vraiment la personne qui les représente dans le sommet stratégique. Et pour eux, c'est la personne qui peut vraiment traduire ce qui se passe dans le quotidien. Alors, moi, j'irais pour vraiment décrire... Si j'étais ministre, si j'étais très préoccupée par notre problème de l'heure qui est le problème de la pénurie... Pourquoi il y a pénurie? Je pense qu'on le sait. Il y a une dévalorisation de cette profession-là. Les gens travaillent 24 heures par jour, les fins de semaine. Au niveau familial, ils travaillent le soir, la nuit. Ils travaillent à Noël, au Jour de l'an, on sait tous ça. Et on en a bien besoin dans un hôpital, je pense qu'on ne peut pas s'en passer. Alors, pourquoi ne pas donner de l'importance à ça?

M. Côté (Charlesbourg): évidemment, lorsqu'on essaie de faire une réforme ou de faire une législation, ce n'est pas pour le plaisir de la faire, mais davantage pour qu'elle colle à la réalité. Je pense que votre expertise dans ce domaine-là est très intéressante. Ça va très certainement peser lourd dans la balance. Mais ce que je dois conclure, c'est que ce que vous préférez, c'est que ce soit inscrit dans la loi, malgré le fait que ça puisse être contraignant,

l'ayant défini. Comme ça, vous n'enlevez rien aux autres.

Mme Rivard: Non.

Mme Lange: Surtout pas. Il faut avoir la capacité d'anticipation des conséquences pour le quotidien si ça arrivait.

M. Côté (Charlesbourg): Et pour vous, un geste comme celui-là serait une valorisation du rôle du leader qui, lui, peut définitivement influencer les autres. Parce que, à partir du moment où on a *un* leader, il y a des gens qui peuvent vouloir le remplacer.

Mme Lange: Absolument.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est un élément de motivation, effectivement, assez intéressant. Oui.

Mme Rivard: Je peux juste renchérir en disant que les infirmières aussi ont des plans de promotion. Elles ont des plans de carrière. Il y en a plusieurs qui aspirent à ce rôle-là, vous savez.

M. Côté (Charlesbourg): Il n'y a pas de doute. Donc, ça ne veut pas dire que ce sera votre définition, celle que vous suggérez, mais ça peut être une référence assez Intéressante. Donc, on va se pencher sur le dossier de manière très évidente. Ça m'a frappé de voir deux traitements différents et je ne pense pas que ce soit souhaitable. Et si ça peut être pris comme une valorisation du rôle, tant mieux.

Avant de passer à la pénurie, parce que c'est extrêmement important, permettez-moi de vous dire que vous avez soulevé un point dans votre mémoire, qui est à la page - celui qu'on a, à tout le moins - 2, je crois.

Une vote: Oui, 3. 2.

M. Côté (Charlesbourg): C'est le point 2 où vous dites: "À notre avis, l'article 28, dans la définition d'un centre hospitalier, le concept prévention doit y être ajouté. " Je vais juste tenter de vous expliquer pourquoi il n'est pas ajouté. Parce que, évidemment, lorsqu'on est dans des centres hospitaliers de courte durée, en règle générale, à moins que je ne me trompe - ça arrive très souvent, donc, je ne serai pas Insulté si vous me corrigez - la prévention est quand même moins présente.

Mme Paquette (Jocelyne): Nous considérons qu'elle est quand même très importante. La réalité hospitalière démontre qu'H y a plusieurs actions qui sont posées dans le but d'Informer les bénéficiaires. Quand on informe les bénéficiaires, tant au niveau des renseignements que de l'enseignement, c'est qu'on veut qu'ils soient en mesure de prendre les moyens pour éviter la maladie. On va sûrement informer le bénéficiaire pour la prévention de la maladie cardiaque ou encore pour prévenir des désordres psychologiques, notamment au niveau de la gestion du stress. Alors, ça fait, pour nous, partie de la mission d'un centre hospitalier, et on trouvait ça Important parce que cette mission-là intègre tant les fonctions de prévention que de traitement et de réhabilitation. C'est pour ça qu'on l'a demandée.

Mme Lange: J'ajoute, M. le ministre, que plus il y a de prévention, ne serait-ce qu'au niveau des complications postopératoires ou autres, le temps de séjour est moins long, donc plus de bénéficiaires sont hospitalisés.

M. Côté (Charlesbourg): Prévention de la répétition.

Une voix: Le syndrome de la porte tournante.

M. Côté (Charlesbourg): J'entends l'exemple de problèmes cardiaques...

Une voix: Oui.

M. Côté (Charlesbourg):... j'accroche dans le sens que-

Une voix: Il y a la prévention...

M. Côté (Charlesbourg):... évidemment, l'éducation peut être extrêmement importante pour éviter une rechute et, à ce moment-là, je comprends l'aspect préventif. Alors que ce que le législateur souhaitait, c'est que la prévention soit davantage l'affaire des CLSC. Vous comprenez dans quel sens nous l'avions vu.

Une voix: D'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense qu'il y a quatre mémoires qui soulèvent ce point-là et vous avez apporté les éclaircissements que je souhaitais obtenir.

Évidemment, on parie de pénurie d'Infirmières. Vous nous avez dit tantôt que c'est *une* situation qui est dénoncée depuis de nombreuses années. On a eu le témoignage de directeurs de centres hospitaliers qui nous l'ont dit à la commission, il y a des lits de fermés; ça, j'ai trouvé ça extraordinaire, ce n'est pas l'argent qui manquait... C'est assez rare qu'on se fait dire ça évidemment...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg):... ce n'est pas

l'argent qui manquait, c'était le personnel infirmier. On n'a pas dit qu'il manquait de médecins, on a dit de personnel infirmier et, évidemment, ça relève directement de la pénurie et ça relève aussi d'une évolution des situations familiales.

J'ai encore le souvenir, durant la campagne électorale, pour le peu de porte-à-porte que j'ai fait, compte tenu de la crise que nous vivions à l'époque, je choisissais d'aller voir les infirmières chez elles et je me suis fait raconter, évidemment, les problèmes que ça engendre sur le plan familial de travailler le soir, de travailler la nuit, avec tout ce que ça suppose et, évidemment, c'est très certainement l'une des causes où c'est maintenant devenu moins intéressant de faire le travail infirmier et qui cause des problèmes en termes de recrutement de main-d'oeuvre. Mais on est dans un cul-de-sac épouvantable, compte tenu du fait que ne devient pas une infirmière qui décide aujourd'hui qu'elle sera Infirmière, ça prend à tout le moins six ans et peut-être davantage, à partir du moment où elle décide de faire un cours d'infirmière. Donc, on est dans une situation assez délicate, assez précaire. Vous me direz: On vous l'a dit depuis longtemps, toutes les études le démontraient; vous n'avez pas nécessairement fait ce qu'il fallait... Parfait. On n'a pas fait ce qu'il fallait, peu importe qui. Demain matin, qu'est-ce qu'on fait? Effectivement, tout le monde dénonce la pénurie au niveau des infirmières. Compte tenu de nos problèmes que nous aurons demain avec le vieillissement de la population, je pense qu'on a des problèmes assez importants. Si vous étiez à la place du ministre qui doit avoir, lui, de la sagesse absolument infaillible, qu'est-ce que vous feriez?

La Présidente (Mme Marois): Mme Rajotte.

Mme Rajotte: Je pense qu'il y a toutes sortes...

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, au-delà de ce qui a été fait dans la convention collective parce qu'on n'a pas...

Mme Rajotte: Oui.

M. Côté (Charlesbourg):... critiqué la convention, vous l'avez dit tantôt, elle était bonne.

Mme Rajotte: Exactement.

M. Côté (Charlesbourg): Merci.

Mme Rajotte: Alors tantôt...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Rajotte:... vous avez dit: On n'a rien fait, ce n'est pas tout à fait vrai, je pense que des efforts ont été mis au niveau de la convention collective, mais il demeure qu'il y a encore d'autre chose à faire pour améliorer les conditions à l'intérieur des établissements. Il y a aussi peut-être ouvrir un peu les portes des collèges et des universités pour avoir un influx plus grand d'infirmières. Depuis plusieurs années, ça on le dit, Il n'en sort pas assez. Il y a quand môme eu beaucoup de développement dans la province. Je pense au centre hospitalier Anna-Laberge qui a ouvert ses portes, les CLSC qui ont été créés, ça a créé une demande plus grande d'infirmières. Il y a toujours le même nombre d'infirmières qui sort chaque année. Alors, je pense que peut-être ça ne dépend pas directement de votre ministère, mais il y a des pressions qui doivent être faites pour assurer un plus grand nombre d'infirmières qui sortent à chaque année.

D'autre part, il faut les attirer, les gens, peut-être qu'on va avoir plus de places dans les collèges et les universités et que les gens ne voudront pas y venir. Alors, il faut essayer de rendre le travail plus intéressant dans les centres hospitaliers et je pense qu'un des moyens, c'est de diminuer la charge de travail des gens. Si ça devient plus intéressant, les Infirmières sont réduites à la partie incompressible de leur profession, là, c'est-à-dire répondre aux ordonnances médicales. Je pense qu'il faut absolument là, au point de vue légal aussi, répondre aux ordonnances médicales. Elles font le strict minimum alors qu'une des parties de leur rôle qu'elles aiment beaucoup c'est faire de l'enseignement, c'est faire des programmes de soins pour les bénéficiaires. Cette partie-là, elles n'ont pas le temps de la faire et elles se démotivent beaucoup. Alors, il faut mettre en place des mécanismes pour vraiment assurer aux infirmières la possibilité d'exercer leur profession. Il y a également au niveau de la charge de travail.

On a dit tantôt qu'on était toujours évaluées en fonction d'un indicateur de performance qui est le nombre d'heures-soins par jour-présence. Il y a des mécanismes qui existent ou des outils qui existent de façon plus précise pour évaluer le personnel requis en soins infirmiers. Et, on sait fort bien que les budgets ont été très serrés au cours des dernières années et qu'on a dû faire des compressions importantes au niveau des soins infirmiers et partout ailleurs dans les hôpitaux, pendant ce temps-là, la clientèle vieillit. Il y a un alourdissement important et on n'ajoute pas plus de ressources à cause des contraintes budgétaires et là, le fardeau de tâche augmente. Les infirmières se découragent et c'est un cercle vicieux finalement. Alors, on n'a pas le temps non plus de faire participer les gens à la vie de l'organisation. Vous avez l'air de douter de ce que je dis, là vous?

M. Côté (Charlesbourg): Non, ça me soulève certaines interrogations, parce que, évidemment... Et puis, ce n'est pas un blâme, de toute façon, on l'entend assez souvent. C'est toujours facile de dire que c'est les contraintes budgétaires. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas eu. Mais de ce que j'ai entendu, moi, depuis le début, c'est qu'il y avait possibilité, et ça, ça a été dit par des gens qui gèrent le réseau, qu'il y avait possibilité de resserrer la machine et de faire des économies. C'est qu'il y a encore dans le système de la place - et là, ce n'est pas dit par le ministre, ça a été dit par des gens qui ont administré quotidiennement des budgets. Est-ce qu'il y a des mauvais choix qui se font à l'intérieur des établissements? Ne me parlez pas des vôtres là, pour ne pas qu'il y ait de réprimandes demain là, mais de la connaissance et du vécu, est-ce que c'est toujours les bons choix qui se font au niveau des centres hospitaliers? Et, moi, en tout cas, il m'apparaît qu'il y a encore de la place un peu. Je ne vous dis pas que tout le monde doit vivre de manière très grasse. Il y a eu quand même des efforts assez appréciables d'indexation des budgets, de bases budgétaires qui ont été corrigées et d'un coût de système qui a été donné. Et ça, le secteur social du ministère est très jaloux de ce que le secteur santé a obtenu en termes de coûts de système.
(20 h 45)

Donc, à partir du moment où les bases budgétaires ont été réajustées avec une injection de 100 000 000 $, à partir du moment où 186 000 000 $ et même presque 200 000 000 $ ont été- où le gouvernement a pris les déficits accumulés des hôpitaux et qu'on indexe et qu'on ajoute un coût de système, expliquez-moi ce qui fait qu'on a encore des problèmes sur le plan financier? Je veux comprendre, je veux juste comprendre. Et si je comprends, c'est plus facile pour moi de le défendre parce que là, au moment où on se parle... et des intervenants sont venus nous dire qu'effectivement il y avait encore de la place dans le système. Ce n'est peut-être pas le cas où vous travaillez. Évidemment, c'est toujours embêtant d'en parler, mais ça m'apparaît assez important. Est-ce qu'on fait les bons choix au niveau des centres hospitaliers? C'est peut-être plus facile de dire non aux infirmières que de dire non aux dispensateurs de services à l'intérieur des hôpitaux.

La Présidente (Mme Marois): Mme Paquette, oui.

Mme Paquette: Je vous dirais qu'il y a peut-être des facteurs, M. le ministre. Notamment, je mettrais la réglementation qui est excessive. Je dirais aussi que le manque de concertation et le manque de complémentarité provoquent une duplication des services et, notamment, une multiplication des coûts. Ce sont nettement des facteurs Importants qui font qu'on a des problèmes financiers au niveau de notre système de santé. Ce sont deux facteurs importants que je vois. De plus, je crois que, quand on... Je ne suis pas certaine; vous vouliez peut-être intervenir?

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Je vous trouve excellente. Continuez. Je trouvais ça excellent. Je m'approchais parce que j'ai beaucoup d'Intérêt à vous entendre. Je vous laisse aller. J'aurai une question supplémentaire à vous poser, si vous le permettez.

Mme Paquette: Vous savez, quand on a commencé avec la politique financière au début des années quatre-vingt, il y a eu des restrictions budgétaires, pour ne pas dire plan de redressement avec plan de redressement budgétaire qui ont fait que des décisions ont été prises au niveau de la rationalisation des effectifs infirmiers. Il y a eu aussi des craintes au niveau de la Corporation des infirmières qui ont fait qu'on a augmenté le contingentement des inscriptions dans les cégeps et dans les universités, ce qui fait que c'est un élément non négligeable pour se retrouver aujourd'hui avec une pénurie de main-d'oeuvre en soins infirmiers. C'est l'élément que je voulais ajouter. Je vais répondre à votre question, si vous le voulez.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez parlé de duplication et d'un manque de concertation. Évidemment, on peut l'appliquer à l'ensemble du réseau mais, dans le cas d'un centre hospitalier, est-ce que ça n'existe pas aussi?

Mme Paquette: Oui, ça existe. Je pourrais peut-être donner un exemple. Quand nous transférons un bénéficiaire d'un centre hospitalier à un autre centre hospitalier, et ce n'est pas pour jeter le blâme à personne...

M. Côté (Charlesbourg): Non.

Mme Paquette:... ce sont des constatations. Alors vous savez qu'il y a une multitude d'analyses de laboratoire, par exemple, qui sont demandées et, lorsque le bénéficiaire arrive dans l'autre centre hospitalier, la même gang d'analyses de laboratoire est redemandée. Alors on pourrait peut-être se questionner. C'est un exemple.

M. Côté (Charlesbourg): En avez-vous d'autres comme ça?

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: C'est assez!

M. Côté (Charlesbourg): Celui qui a dit: C'est assez, en arrière, est-ce un directeur général d'hôpital?

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Vous savez, à cette commission, attention! Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Ou c'est peut-être un médecin.

La Présidente (Mme Marois): Mme Lange.

Mme Lange: J'allais continuer avec M. le ministre à savoir peut-être qu'on pourrait en trouver. On se rencontrera.

M. Côté (Charlesbourg): Avec grand plaisir. Je vais vous montrer mon petit calepin ici là.

Mme Lange: Votre petit calepin vert.

La Présidente (Mme Marois): C'est ça!

M. Côté (Charlesbourg): Mon petit calepin vert. J'avais déjà pris des notes pour vous rencontrer avant même que vous ne m'Invitiez à le faire. Ça va. Je pense que j'ai déjà suffisamment pris de temps. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, s'il vous plaît.

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Effectivement, lorsqu'on regarde et qu'on observe attentivement en particulier tout notre système de santé, notre système hospitalier au Québec, on se rend compte facilement que les femmes, les infirmières - et c'est important de noter les deux dimensions: femmes et infirmières - sont celles qui ont permis au système souvent de durer et de traverser les périodes les plus difficiles et à travers les crises.

Mme la Présidente le faisait remarquer ce matin, par exemple, à des communautés religieuses qui sont venues témoigner devant nous et qui ont été les premières femmes et aussi infirmières à tracer un peu la voie que vous conservez si bien aujourd'hui. Je m'étonne un peu, un peu beaucoup, que le ministre vous demande ce qu'il y aurait à faire demain matin, ce qu'il faudrait faire au niveau de la pénurie, et que vous ne lui répondiez pas tout de suite: Le premier geste que vous pouvez faire, c'est de retirer les décrets de la loi 160 qui permettent de couper l'ancienneté. Voilà un geste très concret que le ministre pourrait faire pour répondre à une de vos aspirations là-dessus et revaloriser la profession que vous partagez si bien et par laquelle vous remplissez si bien votre devoir.

M. Côté (Charlesbourg): C'est probablement moins dommageable que moins 20.

M. **Trudel:** Et, là-dessus, est-ce que vous pourriez nous dire, effectivement, depuis la promulgation des décrets, en particulier sur les coupures d'ancienneté, comment ça se passe dans vos services? On va régler le circonstancié). Après ça, on ira un petit peu plus profondément.

Mme Lange: Ça ne se passe pas bien. Sauf que nous sommes des administrateurs. Alors, il faut avoir une vision globale des choses. La loi 160 a des gains. Il y a des gains importants, sûrs, qu'on apprécie. C'est que le bénéficiaire, soit qu'il est à l'hôpital, soit qu'il est sur une liste d'attente, soit qu'il est à domicile, il peut avoir espoir que l'Illégalité vient de prendre fin dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ce n'est pas peu dire d'avoir réussi cette chose-là, si tel est le cas.

Par contre, comme Alain Dubuc disait dans **La Presse,** ça peut aussi briser le cercle vicieux d'aller en grève, de signer un protocole de retour au travail et, bon, tout est oublié et on recommence, et de façon quasi systématique, peut-être tous les trois ans parce qu'on n'a pas de système qui nous permet d'avoir une négociation continue. Tous les trois ans, le réseau est perturbé, les bénéficiaires attendent plus longtemps sur la liste d'attente. En tout cas, vous les connaissez autant que moi, ces choses-là. Alors, la loi 160 peut être la fin de l'illégalité à moyen terme. Comme administrateurs, comme personnes qui partent pour les bénéficiaires, vous ne pouvez pas être contre.

Par contre, pour les employés, tous les employés qui ont à souffrir de la loi 160, c'est très souffrant. La proportion, l'ampleur des sanctions, nous, on pense que ça devrait être révisé dans le temps pour proportionner l'ordre de grandeur des sanctions. Je ne sais pas si je me fais bien comprendre, proportionner l'ordre de grandeur. Je pense qu'on serait assez grands puis on serait assez capables de revenir un petit peu... Bon, laissons finir les négociations peut-être, laissons un peu le temps, mais pas trop longtemps parce que c'est souffrant comme climat, c'est souffrant pour nos gens de savoir que, quand vous prenez deux ans et demi à ramasser une année d'ancienneté sur le plan d'ancienneté d'une convention collective et puis que, tout à coup, vous la perdez pour une heure, une journée donnée, que vous avez accepté d'allonger votre heure de repas, c'est hors de proportions. Mais moi, je fais confiance aux gens qui vont peut-être réajuster ce système. L'effet y est peut-être. Les effets d'entraînement voulus, je pense qu'on les a. Je ne sais pas si ça répond un petit peu à votre question; en tout cas.

M. **Trudel:** Ça répond très bien. Vous faites confiance aux gens qui ont la responsabilité de la décision.

Mme Lange: Bien sûr! Bien, il faut faire confiance.

M. Trudel: Ils vont y réfléchir. Et vous avez confiance au sens du devoir et des responsabilités. Très bien. Très bien, madame. Merci.

M. Côté (Charlesbourg): Je me retrouve dans les propos de Mme Lange. Je me retrouve parfaitement.

M. Trudel: Sur la partie 1 et 2. Sur la partie 3 des décrets, vous vous retrouvez aussi?

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Je me retrouve parfaitement dans ce qu'elle dit. C'est sensé. Je n'ai pas dit de choses différentes depuis que je suis ministre.

Mme Lange: Non?

M. Côté (Charlesbourg): Et, lorsque madame dit que, après que les conventions collectives seront signées, il y a moyen de revoir un certain nombre de choses, c'est ce que j'ai dit. Je l'ai dit à l'Assemblée nationale lorsque vous étiez présent.

Mme Lange: C'est une question de bon sens.

M. Trudel: Très bien. Alors, on va donc revoir tout ça au nom du gros bon sens et on va revenir très certainement à l'Assemblée nationale avec cela, c'est bien sûr. Vous aviez quelque chose à rajouter, madame, peut-être?

La Présidente (Mme Marois): Mme Lange, est-ce que vous vouliez... ?

Mme Lange: Non, non.

La Présidente (Mme Marois): Non? D'accord.

Mme Lange: SI c'est complet pour vous autres, çà l'est pour mol.

M. Trudel: Je voudrais toucher un autre aspect de la présentation que vous nous avez faite au plan de l'administration, au niveau des régies régionales. Vous nous dites de façon assez brève que la décentralisation qui est présentée dans la loi, ça va et qu'il y a là des espoirs. Cependant, vous vous questionnez sur l'efficacité d'une telle structure en regard de la lourdeur bureaucratique, comités d'établissements, etc. C'est comme si vous nous disiez que l'orientation est bonne et que vous perceviez que ça ne va être qu'un niveau de plus au niveau de l'administration. Je pense qu'il est assez évident que ce M'est pas dans l'esprit du législateur de vouloir ajouter... On en a assez parlé. C'est principalement l'objet. Vous avez vraiment cette impression qu'on va ne faire qu'ajouter une autre structure, un autre niveau par les régies régionales?

La Présidente (Mme Marois): Mme Paquette.

Mme Paquette: En fait... Pardon?

La Présidente (Mme Marois): Mme Paquette, oui.

Mme Paquette: Oui. En fait, pour nous, la création de cette nouvelle structure, quand on regarde avec les collèges, bon, pour nous, ça ajoutait de la lourdeur. Ce qui existe présentement, ce sont les conseils de santé et de services sociaux. Et, pour nous, cette structure mériterait qu'on puisse l'investir d'un pouvoir décisionnel. Parce que, quand on parle de décentralisation, ce n'est pas de déconcentration, et on est intéressé, on l'a mentionné, à ce que vraiment le pouvoir décisionnel se retrouve, mais pas au niveau d'une régie régionale qui est une nouvelle structure, mais bien au niveau de ce qui existe déjà, les CSS.

Le rôle des CSS, présentement, est très **justifié** en ce qui concerne la coordination et la concertation parce que - j'irais même plus loin - quand ce sera bien Intégré, ces deux concepts-là, on pourra même aller aussi loin que décentraliser au niveau des établissements de santé, particulièrement au niveau des budgets qui sont alloués et, ce faisant, ça permettrait, notamment, aux cadres d'être beaucoup plus motivés, d'être beaucoup plus Innovateurs. Est-ce que ça répond?

M. **Trudel:** Pas autour des CSS, mais vous voulez dire au niveau du CRSSS, aux régies régionales? Bon. Ça va.

Mme Paquette: Oui, les CSS et les conseils de santé et de services sociaux.

La Présidente (Mme Marois): C'est ça.

M. Trudel: O. K., ça va. Donc, aller le plus possible jusqu'au niveau local, la décentralisation, là où se passe l'action. Le ministre a dit, cet après-midi, qu'au niveau des conseils d'administration unifiés, il allait peut-être, et il l'a noté dans son petit carnet comme étant quelque chose qui est d'assez grande évidence pour notre part, n'a pas grand bon sens en termes de complémentarité, mais qu'il faut par ailleurs chercher des solutions, comme vous l'avez mentionné, à l'Intérieur aussi des Institutions pour des établissements pour permettre de réaliser la mission pour laquelle nous sommes dans ce système-là.

Troisième élément de question, c'est au niveau des ressources. Le ministre vous a indiqué, par ailleurs, le niveau d'argent qu'on investissait dans notre système de santé et de services sociaux et que souvent, en particulier le secteur des services sociaux, les secteurs communautaires se plaignaient assez amèrement du

fait qu'ils étaient le parent pauvre du système. Il faut noter aussi, cependant, que, malgré l'ampleur du montant que l'on investit au Québec en termes de santé et de services sociaux, on ne va pas vers la hausse, mais on va vers la baisse. Vous savez, en 1985-1986, on consacrait au Québec 7,3 % de notre produit intérieur brut à notre système de santé et de services sociaux, quand on serait passé en 1989-1990 à 6,8 %.

Est-ce que vous, vous avez l'impression que l'on pourrait encore, au Québec, dire: Il faudrait en mettre un peu plus, compte tenu de l'importance de ce secteur, tout en assurant des mesures de rationalisation nécessaires pour faire en sorte qu'on s'intéresse vraiment aux services à rendre aux bénéficiaires, ou si on est vraiment rendu à l'extrême dans votre façon de voir les choses, à l'extrême de ce qu'on peut se payer, ce qu'on peut s'offrir comme services?

Mme Paquette: Nous dirions que nous sommes rendus à l'extrême. Le gouvernement a des responsabilités au niveau de la réduction du déficit provincial. On sait aussi que les transferts fédéraux sont réduits. On sait encore, même si vous dites qu'il y a une réduction, qu'il y a encore une bonne proportion du produit national brut qui est consacrée par le gouvernement au budget de la santé, même qu'il est supérieur à d'autres provinces. Or, il y a peut-être d'autres sources de financement qui doivent être étudiées. Par exemple, la privatisation de certains types de services pourrait être étudiée. Nous pensons réellement que la capacité de l'état à payer est limitée.

Une voix: Est-ce ce que tu voulais savoir, Rémy? Ha, ha, ha!

M. **Trudel:** Le ministre est certainement tenté de poser la question: Et quels types de services - puis je lui rends service - quels types de services, par exemple, on pourrait privatiser? C'est ça, la comparaison...

Mme Paquette: Vous posez... Excusez, non.

M. **Trudel:** Non, mais donnez-nous... Je pense qu'il faut...

Mme Paquette: Ça pourrait être des types de services médicaux, paramédicaux; la radiologie, par exemple, des services auxiliaires, l'entretien ménager aussi, la cafétéria, etc. Je pense qu'il y aurait lieu qu'on aille se chercher des sources de financement de cet ordre-là.
(21 heures)

M. Trudel: Je terminerai là-dessus, Mme la Présidente, avant que vous alliez trop loin.

La Présidente (Mme Marois): Avant de reposer une question, je crois que Mme Lange voulait intervenir.

M. Trudel: Excusez-moi, madame.

Mme Lange: Je voulais ajouter, pour notre propre gouverne à tous, qu'il y aurait peut-être, au niveau des clientèles, des montants d'argent à investir. Des personnes âgées sont la priorité, bravo! Elles sont nombreuses et elles ont vraiment besoin, c'est indéniable. Mais il y a d'autres clientèles dans la province de Québec qui ont des besoins majeurs, ce sont nos futures personnes âgées. Quand on voit nos jeunes adolescents, quand on voit les problèmes de toxicomanie, les rechutes, les problèmes d'alcoolisme chez des jeunes adolescents, quand on voit nos jeunes adultes qui sont atteints de sida, c'est grave dans une province. Alors, là, il y a peut-être à réviser au niveau de cette clientèle-là. Les jeunes adultes qui sont aux prises avec de la violence, en tout cas, toute cette proportion-là, jeunes adultes, adolescents, il y aurait peut-être de l'investissement solide à faire, je pense, à ce niveau-là, si ça répond à votre question.

M. Trudel: On va tous convenir qu'on est très mal pris puisque c'est une problématique très grandissante, énorme, quand on parle des personnes âgées.

Mme Lange: Oui, oui, c'est vrai.

M. Trudel: Et vous nous pariez aussi de la jeunesse, et on s'en rend bien compte. On a tout un défi de société parce qu'il nous reste le milieu et on s'en va irrémédiablement vers quelque chose d'encore plus grave et ça dépasse, je pense, bien sûr, la simple question des investissements ou des coûts qu'on doit verser pour s'intéresser à ces clientèles-là. On a une problématique sociale importante à laquelle il va falloir réfléchir au Québec. Merci, c'était très intéressant, madame.

Une toute petite dernière question qui va également dans le même sens que le ministre, les coûts dans le système. SI on avait à investiguer là où il y a des rationalisations, là où il faudrait regarder pour faire en sorte qu'on puisse se servir mieux de l'argent qu'on a actuellement, est-ce qu'on doit surtout regarder du côté de l'abus de consommation ou surtout regarder dans le secteur d'un certain abus qu'il pourrait y avoir au niveau des producteurs? On commence à regarder où quand on veut aller chercher quelque chose pour aller au plus urgent dans le système?

Mme Lange: Les sources d'argent. On a quelques sources, évidemment, auxquelles on pense. On discute souvent de l'argent, des millions qui sont du côté des frais d'arbitrage. C'est une source d'argent qui pourrait être récupérée par les employés du réseau, les cadres

du réseau, leur formation, leur développement. Il y aurait peut-être un transfert à faire à un moment donné, en tout ou en partie, peu importe, mais s'il y avait quelque chose qui était commencé de ce côté-là, les premiers gagnants seraient les employés et les cadres qui seraient mieux développés, mieux formés et ainsi de suite. Il y aurait peut-être de la récupération à faire de ce côté-là, limiter le nombre d'arbitrages sur le même sujet. Par exemple, il n'y a qu'à voir la fête de la saint Jean-Baptiste, le congé légal, qui a été discuté en arbitrage à maintes et maintes reprises. Il y a peut-être des récupérations d'argent à certains endroits. Je regarde le transport ambulancier: durant des années, on a envoyé deux patients en ambulance, un couché, un assis; on a divisé nos coûts de moitié. C'est quand on ne peut pas le mettre en taxi, c'est bien sûr; le taxi est autant utilisé maintenant que des ambulances et quand on en met deux dans une ambulance, vous voyez la réduction des coûts qu'on fait. Mais, là, tout à coup, quelqu'un décide que: Non, c'est juste un par ambulance, et il n'y a rien à faire, et ainsi de suite. Alors, là, on double nos coûts, on ne les divise plus. Alors, il y a des choses comme ça qui peuvent être regardées, il y en a. Évidemment, ce n'est peut-être pas un milliard qu'on irait chercher, mais il y en a.

M. Trudel: Je vous avoue que je ne pensais pas tout à fait à cette...

Mme Lange: Dimension?

M. Trudel:... dans cette direction-là.

Mme Lange: Ah non?

M. Trudel: Vous ajoutez des dimensions qu'il faudrait regarder. Cependant, on dit souvent: Écoutez, ça coûte cher. En termes simples, ça coûte cher parce que les gens vont aller faire du magasinage au niveau des médecins, ils vont aller se promener d'un cabinet à l'autre. D'autre part, on nous dit: Bien, vous savez, au niveau de ceux et celles qui fournissent les services, du côté de la pratique médicale, il y a aussi - vous en avez donné un exemple tantôt - des abus qui coûteraient très cher au système. Alors, je vous demande: S'il faut aller au plus urgent, est-ce qu'on regarde surtout du côté de ceux et celles qui consomment les services et là où il y aurait possiblement des abus ou si on regarde surtout du côté des producteurs de services?

Mme Paquette: Je voudrais vous dire que l'un comme l'autre seraient à regarder parce que l'un engendre l'autre, si vous voulez, tant les producteurs de services qui ont des services à donner. Si vous augmentez, évidemment, le nombre de producteurs, nécessairement, vous augmentez ou vous stimulez la consommation des services, c'est évident. Je me rappelle - je ne sais pas en quelle année - on demandait à la population de consommer. On a à rééduquer notre population qui consomme sans cesse, parce qu'on l'a amenée à faire ça. Or, c'est pour ça que je vous dis: il y a les deux côtés à regarder. Je ne serais pas en mesure de vous dire un plus que l'autre. Il est évident que la complémentarité dont je vous parlais tantôt, elle est toujours présente. Il y a beaucoup d'argent à aller chercher au niveau de la duplication des services, c'est sûr.

M. Trudel: Une toute petite dernière question. Vous êtes constamment auprès des bénéficiaires. Est-ce que vous avez l'Impression que, dans le système actuellement, les bénéficiaires sont bien protégés, que, lorsque les services seraient déficients, tes appels, les lieux pour se faire entendre sont suffisants, sont corrects, et ça nous permet de respecter le besoin qu'auraient les bénéficiaires? Est-ce que dans la système le bénéficiaire a sa juste part, au niveau des appels en particulier, lorsqu'il se sent lésé dans ses droits ou ses droits apparents?

La Présidente (Mme Marois): Il y a M. Morin, je pense, qui veut répondre.

M. Morin (Richard): Oui. Je pense qu'effectivement, Il y a eu beaucoup d'amélioration à ce niveau-là. Le personnel infirmier, considérant sa présence continue auprès des bénéficiaires, est de plus en plus sensible au respect des droits, est beaucoup plus à l'aise pour supporter le bénéficiaire ou son répondant - parce qu'on travaille beaucoup avec l'équipe, avec la famille, tout ça - est beaucoup plus à l'aise pour supporter le bénéficiaire dans toute la gestion des plaintes. Je pense aussi que plusieurs centres hospitaliers sont très Innovateurs en employant, par exemple, des ombudsmen ou des conseillères à la clientèle. Je peux vous dire qu'en longue durée et en psychiatrie, de plus en plus, le personnel est très conscient que le bénéficiaire doit être protégé dans toute son Intégrité.

M. Trudel: Merci.

La Présidente (Mme Marois): J'aimerais juste vous poser une question, vous me le permettrez sûrement. Lors de votre intervention, de votre présentation, vous avez beaucoup parlé, évidemment, des problèmes de motivation, de non-reconnaissance de statut, finalement, des personnes qui travaillent en milieu hospitalier, particulièrement des Infirmières. Je vous fais un commentaire et je voudrais avoir de votre part une certaine réaction. J'ai l'impression que dans un souci de très bonne volonté, entre autres, de réduire un petit peu les coûts en matière d'investissement dans les soins de santé, on a réduit, par exemple, non pas le temps de travail, mais

on a réduit la possibilité d'avoir accès à la permanence. On a Introduit l'utilisation du temps partiel d'une façon très systématique, ça fait déjà un bon moment, dans les conventions collectives, dans la gestion des personnels en milieu hospitalier, etc. Donc, dans un souci très positif, d'une part, de permettre à des gens d'exercer des choix, mais, d'autre part, de réduire les coûts, en faisant en sorte qu'on soit moins pris - je le dis comme ça s'est fait à ce moment-là - avec la permanence d'un nombre très grand de personnes, on a, dans les faits, précarisé, bien sûr, les conditions de travail des gens qui y sont, qui y oeuvrent, mais aussi créé un effet de démotivation, créé un effet qui a engendré, d'autre part, d'autres coûts dans le système.

Mme Lange: Il y aurait des choses à proportionner, là.

La Présidente (Mme Marois): Oui, c'est ça, je le dis un petit peu crûment et j'en suis consciente. Je veux avoir votre réaction là-dessus.

Mme Rajotte: Effectivement, les contraintes budgétaires nous ont amenés à gérer de façon très serrée nos ressources. Le phénomène du temps partiel est venu du fait qu'à un moment donné, au niveau des conventions collectives, on a dû accorder une fin de semaine sur deux aux infirmières et à tout le personnel, d'ailleurs, qui travaille en milieu hospitalier. C'est bien évident que, la fin de semaine, on se retrouve avec la moitié du personnel en place. Ça prend des temps partiels pour combler les fins de semaine, à moins d'avoir des ressources à n'en plus finir, en surplus, au cours de la semaine. Alors, ça, c'est un des phénomènes.

Dans le découpage des postes, aussi, on a créé de plus en plus de temps partiel pour quand môme arriver à donner des temps partiels qui sont intéressants. Si vous avez un fort pourcentage de temps complets, ce qui reste pour les temps partiels, ce sont des deux jours-semaine, un jour-semaine. Alors, à un moment donné, pour équilibrer nos ressources, on a augmenté le nombre de jours à temps partiel et ça en est arrivé à une proportion assez grande de temps partiels par rapport aux temps complets. Il ne faut pas penser, par exemple, que le temps partiel ne répond pas à un certain besoin de la part du personnel infirmier qui comprend particulièrement des femmes. Pour certaines, ce sont des postes très intéressants, mais il y a aussi une limite à en avoir. Je pense que des temps partiels, si tout le monde était à sept jours-quinzaine, ce serait le bonheur parfait, mais il n'y aurait aucun temps complet. Là, ça irait bien, ce serait facile de gérer nos ressources. Mais c'est très difficile de faire le dosage, entre les besoins du personnel, les besoins de l'établissement, l'équilibre de nos ressources, tout au cours de la semaine. Alors, c'est un fait qu'il y a eu un accroissement des temps partiels. Le balancier est allé à la limite. Ça revient un peu. On crée des postes plus stables, mais il va y avoir une limite à ça. C'est sûr qu'on ne pourra pas éliminer complètement les temps partiels.

La Présidente (Mme Marois): Vous vouliez intervenir, Mme Rtvard?

Mme Rivard: Par ailleurs, je peux vous dire que, de plus en plus, les directrices de soins tentent de faire des projets pilotes. Par exemple, on permet à nos ressources, lorsqu'il y a consensus au niveau d'une unité de soins.... Je pense à l'urgence où je suis présentement, où les infirmières ont demandé de faire du 12 heures. Elles font du 12 heures et elles ont une fin de semaine de plus. Alors, dans le cadre de ta rétention de la main-d'oeuvre et de l'attraction de la main-d'oeuvre, on leur permet ça. Alors, comme directrice des soins, on a une très grande souplesse face à la confection des horaires, plein de choses qu'on fait pour vraiment attirer notre main-d'oeuvre. C'est ce que j'avais le goût d'ajouter.

La Présidente (Mme Marois): Donc, vous me dites que les ajustements finissent par se faire et qu'avec le temps on atteint un certain équilibre. C'est ça?

Mme Rivard: Oui, c'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Je m'en permettrais peut-être une petite dernière... comme on est dans la même veine. Je ne me souviens plus quelle année, mais on a octroyé, dans une convention collective, probablement pensant bien faire, des postes permanents de jour à celles qui avaient le plus d'ancienneté. Je ne me souviens plus en quelle année. Est-ce que ça, aussi, n'a pas eu l'effet de faire en sorte que les postes... Parce que ce que tout le monde recherche, c'est un huit à quatre, on ne se le cachera pas. Et il y a un certain nombre de postes qui, aujourd'hui, sont occupés de manière permanente par un certain nombre d'infirmières qui, effectivement, ont plus d'ancienneté que d'autres. Est-ce que ça, aussi, n'a pas créé un certain problème?

Mme Rajotte: C'est sûr que les quarts stables ont un avantage. Et le roulement des quarts de travail a aussi un avantage et des inconvénients. On pense aux jeunes qui sortent des collèges ou des universités. Elles vont s'en aller particulièrement dans le milieu anglophone parce qu'il y a du roulement de quarts de travail, mais elles nous reviennent après un certain bout de temps parce que c'est épuisant, c'est fatigant. C'est sûr que ça va attirer les jeunes, mais, par contre, celles qui sont plus

anciennes... Entreprendre une carrière et penser que, toute sa vie, on va faire de la rotation, je pense que, ça aussi, c'est *un* peu décourageant. Ce qu'on tente de faire, dans les milieux, c'est de faire des postes mi-temps de jour, mi-temps de nuit, pour essayer d'attirer les jeunes et, en même temps, leur permettre de récupérer une partie de l'année. Il y a toutes sortes de projets qui se font dans nos centres hospitaliers pour essayer de rejoindre toute la population infirmière et de répondre à l'ensemble des besoins. Mais ce n'est pas facile de prendre une décision là-dessus parce que, ou bien on s'engage pour la vie à faire de la rotation, ce qui n'est pas alléchant trop, trop - on pense à l'attraction des infirmières - ou bien on dit: Bon, bien, on va prendre cette profession-là, aussi, pour quatre, cinq ans, on va être de nuit. Alors, il faut trouver un juste milieu qui nous permette de répondre et d'attirer des gens dans tous les...

La Présidente (Mme Marois): M. Morin, vous voulez compléter?

M. **Morin:** J'aimerais, peut-être, juste ajouter que la convention, aussi, parle beaucoup trop, d'après nous, je pense, d'ancienneté. Alors, le critère absolu et divin pour obtenir un poste intéressant, c'est l'ancienneté. Alors, évidemment, les jeunes Infirmières doivent, comme on dit, faire leur temps de soir et de nuit avant de penser, par ancienneté, à pouvoir s'en venir de jour. C'était un commentaire additionnel.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que c'est la loi ou les conventions collectives...

Une voix: Pardon?

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que c'est...

Une voix: Les conventions collectives.

M. Côté (Charlesbourg): ...la loi ou les conventions collectives qui parlent d'ancienneté?

M. Morin: Les conventions collectives.

M. Côté (Charlesbourg): J'avais entendu "la loi".

M. Morin: Ah non! Pas du tout!

Des voix: Non, non.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Mais, évidemment, les conventions collectives ne sont pas toujours centrées sur le bénéficiaire, celui qui est hospitalisé.

La Présidente (Mme Marois): Si nous pouvions, j'imagine, inventer d'autres types de critères et arriver aux mêmes fins... J'espère qu'on le fera dans l'avenir. M. le ministre. M. le député.

(21 h 15)

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. C'est assez rare qu'on a dépassé notre temps de manière aussi considérable, c'est que cela valait la peine, je pense, pas parce que les autres ne valent pas la peine, mais comme vous êtes la cheville ouvrière ou les chevilles ouvrières des hôpitaux, compte tenu des excellentes pistes que vous nous avez indiquées et de celles que vous avez en réserve pour notre rencontre, je veux vous remercier et c'est avec beaucoup de plaisir qu'on aura une prochaine rencontre, certainement. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci beaucoup de votre contribution à la commission.

Une voix: Merci.

La Présidente (Mme Marois): J'inviterais maintenant les représentants du Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal. Nous vous souhaitons la bienvenue à la commission. J'aimerais inviter le porte-parole de votre groupe à se présenter et à présenter les personnes qui l'accompagnent. Par la suite, vous avez environ 20 minutes pour présenter le mémoire, le reste du temps étant laissé aux membres de la commission. Merci.

Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal

M. Carrière (Serge): Je vous remercie, Mme la Présidente. Je suis Dr Serge Carrière, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Je suis accompagné de directeurs généraux d'hôpitaux universitaires affiliés à l'université: M. Claude Desjardins, de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, à l'extrême droite; M. Florian Brissette de l'Hôtel-Dieu de Montréal; M. Richard L'Écuyer de l'hôpital Sainte-Justine; M. Marcel L'Abbé de l'hôpital Notre-Dame et M. André Ducharme, de l'Institut de cardiologie de Montréal. M. Richard L'Écuyer et moi vous ferons une brève présentation - chacun une dizaine de minutes environ - des grands points du mémoire.

Tout d'abord, notre groupe représente les directeurs généraux et les doyens des Facultés de médecine, pharmacie et sciences infirmières de l'Université de Montréal. L'objectif premier, évidemment, de l'université dans son association avec les hôpitaux, c'est de former des professionnels de la santé dont la mission sera de permettre aux individus de protéger, de main-

tenir, d'améliorer et de récupérer leur état de santé et leur qualité de vie.

J'aimerais tout de suite mentionner que, si la formation de médecins et de chercheurs dans les différentes sciences de la santé est une partie importante de nos activités, nous formons également de nombreux professionnels de la santé, par exemple, dans les Facultés de médecine et, ceci, dans diverses disciplines telles la nutrition, la réadaptation, l'ergothérapie, l'audiologie, l'orthophonie et, également, des administrateurs de la santé. Évidemment, comme notre groupe comprend également les sciences Infirmières et les pharmaciens, la formation de ces deux groupes de professionnels est également d'un intérêt constant pour nous. L'atteinte de ces objectifs se fait en partie par une formation en milieu universitaire, mais la formation qui se donne en milieu hospitalier est d'une très grande Importance. Si je peux me servir de deux exemples: Tout d'abord, lorsque nous formons un médecin généraliste, eh bien, à compter des débuts de sa formation comme médecin, 70 % de sa formation s'acquiert dans les milieux hospitaliers affiliés. Quand on parle de la formation d'un médecin spécialiste, plus de 80 % de sa formation est acquise dans les milieux hospitaliers, c'est-à-dire que ces milieux-là servent donc, en très grande partie, à la formation de nos professionnels de la santé.

L'importance de la participation de l'université dans l'organisation de l'enseignement et de la recherche dans les institutions est évidemment capitale. Tout d'abord quant au choix des hôpitaux universitaires. L'avant-projet de loi mentionne que le ministre décidera des hôpitaux qui seront de calibre universitaire. Eh bien, nous croyons que les universités devraient certainement être consultées dans cette dénomination et dans ce choix.

Deuxièmement, dans la direction également et par la participation au conseil d'administration, nous croyons que, à cause de l'impact que le milieu hospitalier a sur la formation de nos étudiants, que la participation des professionnels de la santé, par exemple, dans le milieu, devrait jouer un rôle beaucoup plus grand que celui qui leur est conféré par l'avant-projet de loi nouveau. La participation, évidemment, des universités dans ces conseils d'administration devrait sûrement être élargie.

Une grande participation à l'élaboration des programmes d'enseignement, de formation et de recherche, est également essentielle, et nous croyons que nous devons avoir un impact marqué sur les décisions des conseils d'administration de ces centres hospitaliers universitaires, et sur l'orientation qu'ils donnent à l'institution. Le rôle prépondérant que doivent jouer nos directeurs de départements universitaires et les directeurs de départements hospitaliers de ces centres affiliés doit être d'une importance capitale également dans l'orientation des programmes de formation et également dans l'orientation, jusqu'à un certain point, des services qui sont dispensés par ces institutions affiliées, sans compter, évidemment, leur participation à l'élaboration des programmes de recherche. Je me permettrai de parler très brièvement du mode de financement qui est retenu pour les centres hospitaliers universitaires et mes commentaires se limiteront, personnellement, à ce qui concerne la recherche. Quand on viendra au secteur de l'enseignement, M. L'Écuyer fera davantage les commentaires appropriés.

Tout d'abord, un mot de la situation actuelle. Je pense que le Québec s'est doté d'une structure, il y a plus de 25 ans, pour subventionner la recherche dans les centres hospitaliers affiliés au ministère des Affaires sociales; cette politique était tout à fait avant-gardiste, il y a 25 ans, et a permis le développement de la recherche au Québec de façon harmonieuse. Les coûts Indirects ont tout d'abord été identifiés dans les milieux hospitaliers et remis à un organisme qui a été formé - qui avait déjà été formé sous le nom du Conseil de recherche en santé du Québec, devenu le Fonds de recherche en santé du Québec - pour ensuite être remis aux milieux hospitaliers, mais les coûts indirects qui étaient nécessaires à l'élaboration des programmes de recherche ont donc été bien identifiés dans les hôpitaux affiliés.

Quant aux coûts directs de la recherche, le ministère a créé une structure, le Conseil de recherche en santé du Québec, comme je disais tout à l'heure, et par la suite, eh bien, d'un fonds de FRSQ. Cette structure s'est intéressée surtout à subventionner des centres de recherche dans les milieux hospitaliers et à former de jeunes chercheurs dans ces centres et à créer une structure d'accueil pour les nouveaux chercheurs qui veulent s'établir dans les milieux hospitaliers. Donc, du point de vue de la recherche, je crois que le Québec s'est doté d'une structure qui est enviée non seulement dans d'autres provinces du Canada, mais également à l'extérieur du pays. Je pense qu'il faut avoir eu l'occasion d'être appelé à consulter et à collaborer avec des collègues à l'extérieur du Québec pour se rendre compte de l'importance que l'on accorde à cette structure et de la façon jalouse dont on la regarde dans les autres provinces.

Dans le document d'orientation, les endossements des consultations de la communauté scientifique et l'endossement des recommandations qui avaient été faites par cette communauté lors de la consultation, à l'occasion de la commission Rochon ou encore de l'élaboration des deux plans triennaux qui ont été présentés par cet organisme, ont été largement endossés dans le document d'orientation de telle sorte qu'un accroissement des subsides voués à la recherche, qui vont jusqu'à l'ordre de 1 % du budget du ministère de la Santé et des Services

sociaux, eh bien, était une proposition faite dans ces orientations. L'avant-projet de loi est silencieux à cet égard, aussi bien sur la structure que le financement de la recherche, mais je me demande si on ne doit pas considérer ceci comme étant déjà un acquis, et qu'on veut bien nous assurer qu'il n'est pas nécessaire de l'inclure dans le projet de loi puisque c'est une structure qui existe déjà et un financement qui est déjà acquis par d'autres mécanismes.

La raison pour laquelle j'ai peut-être Insisté sur ce financement de la recherche quoique très brièvement, c'est que je pense que si on a réussi, dans le secteur de la recherche, à bien identifier un mécanisme par lequel on pouvait supporter adéquatement la recherche, un tel mécanisme pourrait être également possible pour les activités d'enseignement qui, elles, sont beaucoup plus problématiques au niveau de leur financement. Encore une fois, M. L'Écuyer vous en fera l'exposé.

Un autre point que j'aimerais soulever, et qui est, pour les facultés de médecine et les universités, une grande source de soucis, c'est le contingentement des effectifs médicaux et la façon dont ce contingentement est mis en application. Nous sommes bien conscients que si, d'une part, un contingentement est peut-être nécessaire pour obtenir un développement harmonieux et pour permettre de dispenser des soins de façon adéquate dans les différentes régions de la province, si le contingentement des effectifs médicaux doit être fait, d'une part, en fonction des soins qui doivent être rendus aussi bien dans chacune des régions, et d'autre part en fonction des soins ultraspécialisés qui doivent être concentrés dans certaines de ces réglons, il y a également d'autres fonctions que l'on doit considérer quand on parte de contingentement des effectifs médicaux.

Je crois que le système qui a été adopté et qui est en fonction présentement, répond de façon passablement adéquate aux besoins académiques, c'est-à-dire qu'on a considéré, actuellement, que les individus qui répondaient à la classification de cliniciens-chercheurs par un organisme comme le FRSQ, étaient exemptés du décret. Nulle part dans le nouvel avant-projet de loi, nous ne trouvons une exception pour les gens qui ont parfait leur formation bien au-delà des limites minimales normales exigées, qui ont acquis une expertise dans un domaine de l'enseignement, dans un domaine de la pédagogie ou de la recherche et qui envisagent une carrière académique dans nos milieux. Il faut absolument qu'une telle structure soit reconnue dans l'avant-projet de loi pour que nous puissions continuer à remplacer le corps professoral de nos rangs, des rangs de notre corps professoral qui vieillit et qui approche d'une date où un bon nombre de médecins prendront leur retraite. Nous avons engagé beaucoup de gens pendant une certaine période, dans les années soixante, et les embauches, par la suite, ont été beaucoup plus rares. Donc nous avons un bloc d'Individus qui évoluent de la même façon, c'est-à-dire tous ensemble.

Nous aurons et nous avons déjà un problème dans les années quatre-vingt-dix, un problème majeur, pour remplacer notre corps professoral par des médecins qui sont bien formés, bien au-delà des normes habituelles, et à qui nous ne pouvons garantir de situation, lorsqu'ils reviendront dans nos milieux, à cause de l'incertitude de tout programme concernant le contingentement des effectifs médicaux. Ce sont, en résumé, les quelques points majeurs que nous avions à soulever du côté de l'université concernant cet avant-projet de loi. Je demanderais à M. L'Écuyer de bien vouloir continuer.

M. L'Écuyer (Richard): Vous voyez un peu le contrat que nous donne l'Université de Montréal: avoir des centres capables d'accueillir, dans tous les domaines des sciences de la santé, des étudiants. Mais qu'avons-nous entre les mains pour pouvoir accueillir ces centres-là? Si on regarde les centres hospitaliers, toute l'organisation, les lois, les règlements, les objectifs, les procédures, le financement, tout est fait en relation avec les soins. Jamais ou à peu près jamais nous ne nous penchons sur le volet enseignement et tout ce qui en découle pour le financement.

C'est donc dire que ces centres hospitaliers n'ont à peu près pas de budget. Pour faire face à toute la problématique de l'enseignement, ils doivent gruger à même les budgets de soins pour être en mesure de financer l'enseignement. Je peux vous donner un exemple. Un hôpital qui aurait 500 lits et qui pourrait avoir huit pharmaciens, et le même hôpital qui aurait 500 lits, mais qui serait un hôpital d'enseignement universitaire, avec ses mêmes huit pharmaciens, ne pourrait pas offrir la même gamme de soins parce que l'équivalent d'un pharmacien participerait à tous les programmes d'enseignement et les programmes de recherche. Vous voyez un peu les contraintes qu'on a sur les soins pour être capables de faire face au volet de l'enseignement. Dans les deux cas, nous sommes dans une situation un peu plus précaire.

Il serait intéressant si, au cours des prochaines années, le ministère de la Santé - évidemment, est en cause beaucoup le ministère de l'Éducation - si ce volet d'enseignement était vraiment reconnu et obtenait ses lettres de noblesse comme un vrai programme dans ces centres, de telle sorte que le financement, comme on a fait toutes les démarches au niveau du FRSQ pour financer les coûts indirects, la gamme des coûts indirects reliés à l'enseignement serait financée. Nous avons des budgets très petits pour ces secteurs.

(21 h 30)

Le deuxième volet dont j'aimerais vous entretenir, c'est tout le volet suprarégional des centres hospitaliers universitaires. Ces centres, reliés à l'Université de Montréal, se logent dans la région 06-A, mais, d'une façon générale, 55 % de leur clientèle seulement viennent de cette région. Ces centres ont environ 50 % de leur clientèle en dehors de la région 06-A. Nous ne voulons pas partir le débat pour ou contre la région. Il faut participer à l'intérieur de nos régions, qu'il y ait une régie, qu'il y ait un conseil régional, peu importent les structures, nous devons participer, être présents parce que nous desservons 50 % de la clientèle de ce milieu. Mais, nous pensons majeur d'avoir un rattachement au niveau provincial, étant donné que nos programmes sont provinciaux et que nous desservons une clientèle d'au-delà de 50 % souvent en dehors de la région 06-A. Ça nous semble majeur d'être en relation directe avec une structure provinciale pour faire face à la problématique provinciale.

Le dernier volet dont je voudrais vous entretenir, c'est le volet de la technologie. Plusieurs ont parlé, de tout le secteur de la technologie. Dans chacun des centres hospitaliers universitaires, il y a des comités d'évaluation technologique qui tentent de rationaliser, qui tentent d'évaluer l'impact, qui tentent de suivre de très près ces dossiers qui évoluent à une vitesse vertigineuse. La technologie nous rattrape à tous les jours et nous avons de la difficulté à nous y retrouver. C'est pour ça que nous avons mis sur pied, dans chacun de ces centres, des comités. Mais, ce qui nous semble encore plus majeur que le développement de la technologie à un rythme accéléré, c'est la vétusté de notre technologie. Souvent, ces centres hospitaliers ont des parcs de 35 000 000 $ à 40 000 000 $. Figurez-vous que, seulement avec un remplacement de la valeur de 5 %, ça veut dire 40 000 000 $, 2 000 000 $ par année, seulement pour remplacer la vétusté, et déjà, ça vous prend 20 ans pour remplacer votre parc d'équipements. Imaginez-vous la problématique qu'on vit d'année en année. Il nous semble qu'il faudrait trouver une formule de financement statutaire, incluse dans les budgets annuels, qui fasse en sorte qu'on puisse faire face à l'avenir et qu'on ne fasse pas face au futur comme on a passé les dix dernières années, en ne remplaçant à peu près pas le parc d'équipements. La vétusté est très grande et nous ne réussissons pas à y faire face.

Comment faire face à toutes les nouvelles technologies qui nous sortent de partout à travers le continent nord-américain et l'Europe? Comment faire face à la fine pointe? Les fondations, au cours des dernières années, ont fait un effort spécial, mais cet effort est très peu par rapport à tout ce qui peut se produire au niveau de la fine pointe. Si nous voulons avoir des centres universitaires avec une Université de Montréal qui va rayonner à travers le Canada, nous devons faire face à cette problématique. Actuellement, face à nos fondations - et c'est rendu très critique - nous les amenons, nous leur demandons de financer la vétusté. Peu de membres dans nos fondations sont heureux de contribuer au financement de la vétusté. J'espère que nous ne les découragerons pas, parce qu'ils ont le goût de venir nous aider à aller plus loin, mais de là à faire le vieux, c'est moins intéressant.

Un petit mot, en terminant, sur le Bureau de coordination. Le Bureau de coordination regroupe, comme l'a dit le doyen, l'ensemble des milieux universitaires affiliés à l'Université de Montréal et les trois doyens qui y participent: nursing, médecine et pharmacie. Mais, ce bureau s'est donné une mission importante, mission que nous essayons d'améliorer de jour en jour, soit de coordonner, de compléter, de faire en sorte que nos ressources aient leurs résultats optimaux pour qu'on puisse en tirer le maximum et développer toute cette grande complémentarité dont tout le monde rêve.

Ça m'a fait plaisir de vous entretenir.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Merci de votre présentation. Est-ce qu'il y a autre chose que vous vouliez ajouter? Ça va?

Une voix: Ça va.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci. Nous avons entre les mains un mémoire d'une qualité nettement haut de gamme. Évidemment, lorsqu'on reçoit des gens de milieu universitaire, on né s'attend pas à moins que ça. Vous maintenez bien votre réputation, il y a des pistes très intéressantes qui sont développées à l'intérieur du mémoire: comité d'éthique, recherche, développées à l'intérieur du mémoire, comité d'éthique, recherche, technologie, ce sont des points très intéressants. Évidemment, ce ne sont pas ceux-là qu'on va questionner parce qu'on pourrait être encore là demain matin.

Ce qui m'a frappé, d'autre part, dans la lecture du mémoire, c'est que les quatre missions d'un centre hospitalier universitaire sont bien définies: soins spécialisés et ultraspécialisés, enseignement, recherche et évaluation des technologies. Quand je prends le mémoire à la page 2, donc, du résumé, il y a un petit paragraphe, qui est au bas de la page, qui se lit comme suit: "En fonction de ces caractéristiques des hôpitaux universitaires, le Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal soumet une série de recommandations visant, d'une part, à mieux intégrer à la fois dans l'esprit de la loi et dans

ses articles - c'est là qu'on les reprend - les dimensions de l'enseignement, de la recherche, de l'évaluation des technologies et de la dispensation des services ultraspécialisés.

Évidemment, si je suis du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, je suis très heureux de l'ordre dans lequel elles sont présentées. Mais si je suis dans ma situation de ministre de la Santé et des Services sociaux, ça m'inquiète un petit peu. Ça m'inquiète et lorsque je tourne la page et que j'en arrive à la liste des recommandations, *on* voit en caractères plus gros: "Les centres hospitaliers d'enseignement universitaire". Je dénote, à ce moment-ci, une de vos préoccupations majeures au niveau de l'enseignement. Et ça, comme ministre de la Santé et des Services sociaux ça devrait, d'un côté, sur le plan de la formation, me réjouir, mais, comme ministre de la Santé aussi, ça m'inquiète un petit peu l'ordre des priorités parce que, pour nous, la première devrait être soins spécialisés et ultraspécialisés. Je ne sais pas si vous partagez mon avis.

M. L'Écuyer: Vous avez tout à fait raison, M. le ministre, mais cela a été voulu. Étant donné qu'il y a plusieurs groupes qui viennent rencontrer la commission, que l'avant-projet de loi est rempli d'une gamme d'articles, nous avons voulu faire ressortir que le volet enseignement et recherche, sachant que beaucoup d'autres organismes viendraient vous parler des soins. Et c'est pour ça que je traitais ces deux points tantôt. Enseignement, parce que c'est l'enfant pauvre du système. Nos centres hospitaliers doivent, comme je disais tantôt, pour offrir de l'enseignement, pour avoir du financement pour l'enseignement, le gruger dans les soins. Jamais le système de santé n'a été reconnu comme étant un système d'enseignement universitaire. Le volet enseignement universitaire n'a vraiment pas été reconnu et ce n'est pas certain que ça ne se ferait pas des échanges entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation, de telle sorte que le ministère de l'Éducation devrait financer à un très haut point les secteurs d'enseignement.

Vous savez qu'il y a des centres hospitaliers qui reçoivent au-delà de 2500 étudiants par année. Imaginez-vous tous les coûts indirects engendrés par ce centre-là et comparez ces coûts à n'importe quel autre centre de 500, 600 lits qui n'a pas d'enseignement. Or, c'est pour ça qu'on a voulu se concentrer et notre désir était: Nous espérons que le ministre va nous parler seulement de l'enseignement et de la recherche et non pas des soins, gardant ses questions pour les autres centres, afin qu'on puisse aller plus loin et qu'il nous promette, jusqu'à un certain point, que les prochaines législations, les prochains écrits, les prochaines politiques vont donner des lettres de noblesse à toute cette facette de notre mission. Nous avons habituellement quatre grandes missions, il va de soi, mais, celle-ci, comme elle est très méconnue, nous voulions l'explorer.

M. Côté (Charlesbourg): Une chose est certaine, c'est que, sur les quatre grandes missions, on ne se chicanera pas longtemps. Vous comprendrez que pour moi, la majeure doit être celle que j'évoque. Je comprends que la vôtre peut atteindre d'autres buts et avoir d'autres préoccupations. Le rangement n'est pas le même. Mais en vous écoutant parler de parents pauvres, il y a une question qui m'est venue à l'esprit: Pourquoi autant de monde veulent-ils être un centre universitaire si c'est la pauvreté?

M. L'Écuyer: Vous savez, je pense que ça c'est un petit peu comme rêver à la gloire. Tant que vous n'avez pas connu ce que c'était, vous rêver de le devenir, mais à partir du moment où vous êtes rendu un centre universitaire, que vous avez découvert ce qu'est cette réalité-là et les défis avec lesquels vous devez vous confronter, vous voyez ça avec des yeux différents. Je pense que c'est un petit peu ça.

M. Côté **(Charlesbourg):** Comme ça, évidemment, si on décidait, demain matin, d'en éliminer un certain nombre, on n'aurait pas de problème, on nous remercierait.

M. **L'Écuyer:** Ils auraient certainement moins de problèmes budgétaires ces centres-là, soyez-en certain.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, c'est quand même très agréable de pouvoir échanger comme ça, à une heure comme celle-là, et avoir du plaisir tout en passant des messages.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Soyez sûr d'une chose, c'est que je me ferai un grand plaisir de parler avec M. Ryan et de lui faire part de vos préoccupations et du fait que ça nous libérerait passablement nous autres s'il prenait ça à sa charge.

M. L'Écuyer: Vous êtes bien aimable.

M. Côté (Charlesbourg): À l'intérieur de vos recommandations, à la recommandation 2, vous suggérez - c'est nouveau - une troisième classe ou catégorie, en pariant d'un centre hospitalier affilié. Après avoir un centre hospitalier universitaire, un institut, vous suggérez un centre hospitalier affilié. Ma question est très simple: Pourquoi?

M. Carrière: Je pense que les définitions sont relativement claires. C'est qu'un centre hospitalier universitaire doit représenter toute la

gamme, non seulement des services, mais toute la gamme des enseignements qui peuvent être dispensés. Ce centre hospitalier universitaire doit également avoir des programmes de recherche bien structurés qui sous-tendent ces programmes d'enseignement et de soins ultraspécialisés. Tandis qu'un centre affilié peut être un centre qui peut nous rendre de grands services dans un secteur donné ou dans une discipline donnée. Par exemple, un programme de médecine familiale n'a peut-être pas besoin de toute la môme infrastructure qu'un centre hospitalier universitaire qui dispenserait tout l'enseignement de toutes les surspécialités à partir de la neurochirurgie jusqu'à la médecine interne.

Alors, donc, un centre hospitalier affilié, pour nous, n'a pas nécessairement la môme connotation, ne demande pas la môme Infrastructure et n'a pas non plus les mêmes coûts indirects pour son implication dans l'enseignement. Mais ce sont des centres qui, par contre, peuvent nous rendre de très grands services, mais où l'essence même, l'objectif même de ce centre n'est pas exactement le même que celui du centre hospitalier universitaire où, comme M. L'Écuyer le mentionnait, la composante enseignement et recherche doit être très vivement défendue, doit être très présente. Dans un centre hospitalier affilié, on peut s'attendre que ceci soit très présent à l'intérieur d'un programme, mais moins généralisé dans le reste de l'institution.

M. Côté (Charlesbourg): Vous évoquez, dans une autre recommandation, la recommandation 12, que les centres hospitaliers universitaires et instituts, et j'Imagine, par le fait même aussi, les centres hospitaliers affiliés devraient relever directement du ministre. J'ai compris tantôt, sur le plan de dépassement, de débordement des régions, mais ça, c'est une idée que Rochon, dans ses recommandations, supportait. Beaucoup de réticence au niveau du ministère parce qu'il est clair que le ministère aura quand même un jour un rôle à jouer sur l'approbation d'un certain nombre de choses. Sur le plan de la gestion, dites-moi pourquoi les centres hospitaliers universitaires ou des instituts ou affiliés devraient relever du ministre?

M. L'Écuyer: Disons que ça s'implique dans un contexte de décentralisation où le ministère n'a pas à assumer la gestion de ces centres hospitaliers, mais se situe au niveau des grands objectifs et de l'opérationnalisation des programmes. Alors, ce n'est pas une gestion comme elle est faite actuellement en relation avec les centres où toutes les choses sont gérées plus quotidiennement. Pourquoi ces centres-là relèveraient-ils du provincial? Je pense que la raison est assez simple et je vais l'illustrer par un exemple. Vous êtes dans la région. Prenons pour acquis qu'il y a une régie. La responsabilité de la région 06-A, c'est de voir à ce que la population de la région recoive la gamme des services. Donc, cette région-là se préoccupe de la population de cette région-là. Ces centres hospitaliers universitaires ont la responsabilité de répondre à... Je donne un exemple que je connais plus particulièrement: l'hôpital Sainte-Justine ne donne des services qu'à 38 % de sa clientèle qui vient de la région 06-A, 62 % viennent de l'extérieur. Alors il est bien sûr que si Saint-Justine est partie prenante et uniquement partie prenante de la région 06-A, elle est prise dans une souricière parce que cette région-là n'a la responsabilité que d'offrir des services à 32 % de sa clientèle. Alors, il faut absolument que la programmation soit provinciale et qu'a y ait des liens, mais pas des liens de gestion qui fassent en sorte que le ministère soit pris dans le quotidien.
(21 h 45)

Le ministère, je pense, plus il aura des objectifs globaux et une opérationnalisation de ces programmes-là, plus on sera en mesure de pouvoir décentraliser les choses, parce qu'on s'attendra que les gens s'inscrivent dans ces grands projets-là.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends le fait qu'on desserve une clientèle qui sort de la région 06-A. Ca peut être les Laurentides en termes de services, Lanaudière, ça pourrait être la Montérégie. Évidemment, notre objectif, parce qu'on voulait décentraliser des pouvoirs au niveau d'une régie régionale, c'était parce que les régies régionales connaissaient mieux leurs besoins, qu'elles étaient capables de mieux prioriser leurs besoins que le ministère au central. Dans la mesure où les centres hospitaliers universitaires relèvent du ministre, comment est-ce qu'on fait? Parce que vous dispensez quand même des soins dans cette région-là, comment est-ce qu'on fait pour s'assurer de la complémentarité et s'assurer qu'il n'y a pas de duplication des services?

M. L'Écuyer: Les centres hospitaliers de cette région-là devront s'impliquer et participer avec la régie de la région pour tous les programmes qui sont offerts dans cette région-là et aussi avec l'ensemble du ministère pour les programmes qui sont offerts dans toutes les autres régions de la province. Or, il y aura des liens de coordination avec la région et des liens provinciaux pour l'ensemble des autres régions, parce que, figurez-vous comment vont se situer les autres régions s'il n'y a aucune préoccupation provinciale ni aucune démarche provinciale de ces centres-là? Ce sera une minorité de centres, mais il reste que, ces programmes étant provinciaux dans une minorité de centres, c'est ceux-là que l'on doit... Mais il faudra s'orchestrer au niveau des régions, il va de soi, parce qu'il y a des clientèles qui sont celles de ces centres-là aussi, dans cette

région-là.

M. Côté **(Charlesbourg):** Évidemment, cela tait une mécanique qui est un petit peu plus difficile, là. Ça peut nous mettre dans une situation difficile. Mais vous l'aimez, le ministre, pour dépendre de lui? C'est extraordinaire, il doit y avoir des liens affectifs sur le plan de l'histoire qui ont été très bénéfiques, parce que dans l'état de pauvreté où vous êtes, de vouloir toujours dépendre de celui qui vous nourrit mal, je trouve ça extraordinaire. C'est un esprit d'abnégation tout à fait remarquable.

J'aimerais, à ce moment-ci, poser une question sur le contingentement des effectifs médicaux, parce qu'il y a un volet qui m'est apparu très Intéressant et peut-être inédit à la commission jusqu'à ce moment-ci sur la relève du niveau d'enseignement, de ceux qui enseignent. Évidemment, je suis un jeune nouveau qui arrive dans ce ministère-là, j'en al beaucoup à apprendre, et ça va très vite. On m'a parié de cette fameuse table de concertation sur les effectifs médicaux. Un des illustres personnages du Québec et du réseau de la santé au Québec, qui a ouvert notre commission, M. Castonguay, est venu nous dire que, d'après lui, il y avait trop de médecins au Québec. On devait arrêter d'en produire au rythme où on en produit. On est donc passé de un médecin par 575 habitants à un par 450. Ce que je comprends, c'est que vous nous dites qu'on ne forme pas assez de médecins, mais davantage dévolus à la recherche. Mais pour être capable d'être un bon professeur, à ce que j'ai compris, il faut aussi faire du terrain de temps en temps. J'aimerais vous entendre là-dessus. Qu'est-ce qui fait que la table de concertation sur les effectifs médicaux, elle - si vous le revendiquez, c'est parce qu'elle ne le retient pas - ne tient pas compte de ce critère-là?

M. Carrière: Je pars de ce que j'ai expliqué de la situation actuelle. Premièrement, sur les effectifs médicaux, généralement, au Québec, c'est probablement vrai dans un certain nombre de disciplines que pour des gens qui ont obtenu la formation de spécialiste selon les critères exigés, dans certaines disciplines, il y a peut-être trop de spécialistes, et il faut peut-être voir... Et même de gens dans d'autres... En médecine familiale également, dans certaines régions, peut-être qu'il y en a trop, et dans d'autres, pas tout à fait assez.

L'ensemble des médecins, possiblement qu'il y a un remaniement à faire, ça, c'est une chose. Mais le point sur lequel nous voulons insister, c'est que des médecins qui sont formés et qui ont acquis une formation nettement supérieure aux critères minimaux qui sont exigés, nous en retrouvons de moins en moins de ces médecins-là. Nous avons de plus en plus de difficultés à en recruter. Quand nous avons de ces médecins que nous pouvons recruter avec une telle formation, il est devenu pour nous d'une importance capitale de pouvoir les recruter pour continuer nos programmes d'enseignement, nos programmes de recherche et également de dispensation des soins ultraspécialisés dans des milieux. Vous savez, des gens qui sont des chirurgiens cardiova8culaires et qui sont allés faire, en plus de leur formation, trois ou quatre années de recherche, qu'elle soit clinique ou plus fondamentale, à l'extérieur, ces gens-là, nous devons être capables de les accepter dans nos milieux hospitaliers universitaires, au-delà des contingentements qui sont fixés uniquement pour la dispensation des soins, soit dans une région ou pour l'ensemble de la province. Donc, c'est dans cet esprit que nous devons recruter ces gens qui, finalement, participent peu aux soins, directement. Parce que si on recrute ces gens par le biais de programmes de chercheurs boursiers du FRSQ et que 80 % de leurs activités sont des activités de nature académique, ces gens ne participent que 20 % de leur temps à de la dispensation directe de soins. Donc, nous avons besoin de ces gens dans les milieux. Et quand nous comptons ces gens comme une personne dans un milieu, il évident qu'en termes de rendement, au point de vue des soins, on ne peut pas les comptabiliser comme une personne. Donc, il faut tenir compte de ce facteur quand on considère le recrutement de la main-d'œuvre. Si on veut des programmes de recherche et d'enseignement qui continuent et qui se développent, on ne peut pas faire un recrutement basé uniquement sur des besoins en soins, H faut tenir compte d'autres considérations.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que ces problèmes, de manière spécifique, ont été abordés à la table de concertation?

M. **Carrière:** Je ne saurais vous dire, M. le ministre, parce que, personnellement, Je n'ai jamais été invité à cette table de concertation. Il y a un doyen qui est invité annuellement. Alors, c'est aux quatre ans que nous sommes Invités. Ce problème a sûrement dû... La situation actuelle qui existe et qui a été créée par un décret, jusqu'en 1991, est une situation que nous considérons acceptable. Par contre, nulle part dans l'avant-projet de loi nous ne pouvons prévoir qu'une telle situation se prolongera et nous croyons qu'elle est essentielle pour assurer la relève de notre corps académique.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, conclusion: la table de concertation n'a pas si mal travaillé. Ce qu'on espérerait, c'est qu'elle continue de bien travailler au-delà des années 1991.

M. Carrière: Exactement.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière

question sur le développement technologique. C'est Inquiétant de parier de vétusté de nos appareHs, de notre équipement. C'est aussi très inquiétant de voir ce que ça coûte. C'est aussi très inquiétant de voir avec quelle frénésie et avec quelle rapidité nos équipements deviennent très vite dépassés. Vous avez été généreux, tantôt, lorsque vous avez dit: 5 % par année, ça prend 20 ans, imaginez-vous ce que ça va être dans 20 ans. Je regardais, en début de semaine, à l'émission Le Point, toutes les inventions de gadgets, sur le plan électronique, au cours des dernières années, au cours de la dernière décennie, de 1980 à 1990. Il y a des équipements qu'on a et, finalement, ça nous est parti de l'esprit, on pensait bien que ça faisait 20 ans à tout le moins qu'on avait ça alors que ça fait à peine dix ans. Il y a eu une véritable révolution en l'espace de dix ans. Est-ce que vous pensez qu'on a les moyens, comme société, Québec, en Investissant 10 400 000 000 $ dans la santé, de faire face à tous ces besoins-là, demain matin, et comment est-ce qu'on fait? Probablement que mon collègue de Rouyn-Noranda-Témiscamingue va vous dire tantôt: Santé, vous êtes les gavés du système et le social, c'est le parent pauvre et on devrait davantage Investir dans le social. Comment est-ce qu'on fait? Ça me paraît être un problème difficilement soluble parce que, finalement, on va le régler avec des piastres et des cennes additionnelles. C'est très inquiétant, très très Inquiétant. Comment est-ce qu'on fait? C'est vétuste. Si on achète aujourd'hui, dans deux ans c'est vétuste. Je pense qu'on peut se le dire. Évidemment, il y a des vendeurs, des compagnies qui vendent très bien aussi, parce que nos centres hospitaliers sont sollicités tous les jours, avec des équipements complètement modernes, un peu partout sur le territoire et, autant que possible, en mettant en compétition deux petites communautés pour avoir un scanner, par exemple. On pourrait vous donner des exemples très précis à ce niveau-là. C'est clair que ça me paraît un défi presque insurmontable.

M. L'Écuyer: Vous avez raison. La marge de manoeuvre est très mince parce que la problématique est de taille. Mais nous pensons que nous ne devons pas faire face aux dix prochaines années comme nous l'avons fait dans les dix dernières. Dans les dix dernières années, le système a arrêté et on a dit: Les équipements, on ne touche pas à ça et on laisse ça là. On aurait peut-être pu il y a dix ans, mettre sur pied un système qui aurait fait en sorte que, sans Investir des fortunes, on réussisse à même nos coûts d'opération à avoir une forme d'amortissement qui nous permette de préparer l'avenir. Et c'est peut-être ce volet-là qu'il faut commencer à instaurer pour faire face graduellement aux prochaines années. La marge est mince et c'est pour ça qu'il faut aussi y aller avec toute la rigueur et tout le sérieux. Tout le monde de l'évaluation des technologies, le conseil qui a été formé, ce sont toutes des avenues qui sont extrêmement intéressantes et il faut continuer dans ce filon-là. Mais que l'on veuille ou que l'on ne veuille pas, nous ferons face à cette réalité-là. Il y a des volets aussi qui peuvent, jusqu'à un certain point, nous donner des ouvertures. Pendant des années, il y a eu des efforts considérables pour tenter de développer tout le monde de l'Informatique afin de nous permettre de gérer à des meilleurs coûts, mais en investissant pour récolter dans le futur, et afin de nous permettre aussi d'être capables de dégager des profils de gestion. Avec l'information, vous savez, tout le monde se rend aux évidences. Quand on n'a pas d'Information, tout le monde en discute. Il y a des nouveaux projets qui ont été mis sur la table. On n'a qu'à penser à CEMOSI. Vous savez, ces projets de développement de logiciels vont nous permettre d'aller chercher du temps de travail équivalant à peu près à un tiers du travail d'une infirmière dans une journée. Il y a de l'avenir dans ça. Alors, ces marges de manoeuvre qu'on pourra dégager nous le permettront dans cinq, six, sept ans, parce que c'est le temps de développer et de recueillir les résultats. Une infirmière passe facilement le tiers de son temps et un médecin passe un temps considérable assis à écrire. À partir du moment où nous n'écrivons plus, nous récupérons une somme de temps considérable. Alors, il faut être proactif et essayer de trouver toutes ces avenues-là. Mais ce qu'il faut se dire, c'est que les solutions ne viendront pas toutes seules et qu'on ne peut pas attendre.

La Présidente (Mme Marois): Oui, vous pouvez compléter. Vous voulez compléter.

M. Carrière: Oui. M. le ministre, je vous félicite d'être aussi conservateur jusqu'à un certain point en disant que les équipements de dix ans, ce sont encore des équipements jeunes. La génération des équipements actuels et l'évolution de la technologie font que des équipements de cinq ans sont déjà des équipements désuets. Je suis entièrement d'accord avec vous, c'est un problème majeur, c'est un problème de choix de société jusqu'à un certain point. Jusqu'à quel point peut-on se doter d'équipements modernes pour alléger le fardeau, si vous voulez, des investigations et le fardeau ou les douleurs infligées par les investigations et les traitements à des gens qui viennent requérir des soins? Alors, c'est vraiment un choix de société. Quand on regarde le coût de ces équipements et qu'on lit, par ailleurs, les journaux et que l'on voit qu'un F-18 qui s'écrase est devenu un fait divers - je me suis presque amusé à lire les journaux au cours des dernières années et à faire la moyenne qu'environ trois F-18 tombent par année, des engins qui coûtent environ 75 000 000 $ chacun - je ne peux pas faire

d'autre raisonnement, en arriver à d'autre raisonnement que c'est un choix de société entre du bon équipement médical ou des avions qui servent je ne sais pas à quoi?
(22 heures)

M. Côté (Charlesbourg): Ce que vous nous suggérez, c'est que le fédéral nous transfère ces budgets-là?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Carrière: Évidemment, nous sommes entièrement d'accord.

La Présidante (Mme Marois): Un F-18...

M. Côté (Charlesbourg): Pourtant, au cours des dernières années, les transferts ont chuté dramatiquement. Mais vous avez raison, quand on le prend sous cet angle-là, bien sûr. Merci.

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

M. Trudel: Nous, on suggère de les prendre.

La Présidente (Mme Marois): Ha, ha, ha!

M. Trudel: Assez rapidement, compte tenu de l'heure. Il y a effectivement beaucoup de choses qu'on retrouve dans votre mémoire. Il faut bien reconnaître que la mission que vous remplissez au Québec et les devoirs qui vous sont dévolus sont peut-être quelquefois un peu moins glorieux au niveau de l'actualité quotlenne et que les problèmes que vous vivez au niveau du développement et de la recherche en particulier sont moins spectaculaires souvent, compte tenu des périodes de temps Impliquées et des résultats que l'on obtient. Une fois pendant une dizaine d'années, on aura une découverte tout à fait spectaculaire, mais c'est avec un peu de chance qu'on aura ce résultat. On aura d'excellents résultats quotidiens qui feront avancer la science et qui feront avancer l'application de la découverte un tout petit peu, et c'est déjà un grand pas pour l'humanité, et c'est parfois difficile.

Je suis un peu étonné quand même, tout comme le ministre d'ailleurs, que vous nous disiez que vous êtes obligés de gruger sur les budgets de soins pour réaliser cette mission d'enseignement universitaire et de recherche. Avez-vous déjà chiffré ça, à quelles proportions? Est-ce que vous avez regardé ça dans vos affectations totales? Qu'est-ce que ça peut représenter comme pourcentage de ce que vous êtes obligés de prendre pour réaliser cette mission universitaire?

La Présidente (Mme Marois): M. L'Écuyer.

M. L'Écuyer: Écoutez, je pense que dans nos documents, on les a listés, je ne sais pas trop à quel endroit. Ça équivaut à peu près à 20 %.

M. Trudel: À 20 %? Et est-ce qu'on peut continuer le raisonnement jusqu'au bout en disant: Lorsque, au niveau du financement par le ministère, on vous exige l'équilibre budgétaire - la religion de certains hôpitaux, paraît-il - ça se transforme, en fin d'année ou en cours d'année, en fermeture de lits parce qu'il faut en arriver à l'équilibre budgétaire.

M. L'Écuyer: Vous savez, tantôt, nous étions ici quand les directrices de soins vous ont parlé. Il y a différentes façons d'être en équilibre budgétaire. Alors, actuellement, si vous regardez le ratio heures-soins en relation avec tout l'alourdissement des clientèles, le vieillissement des clientèles, notre monde des soins Infirmiers nous le dit tous les jours: On n'a pas le minimum nécessaire en relation avec ce qui devrait être fait. Ça, c'est une façon d'être en équilibre, vous mettez moins de monde dans vos unités et, évidemment, tout le monde des lits qui sont fermés, c'est relié, selon les périodes de l'année, à cette rareté des finances.

M. Trudel: Au niveau de l'administration et de la réalisation de votre mission, vous réclamez ce rattachement direct la tuyauterie directe auprès du ministère. La connexion, on comprend facilement qu'il y a des motifs ou des raisons pour ça, que vous avez bien exposées. Dans la mesure où la décentralisation - déconcentration ou décentralisation, on ne le sait trop encore jusqu'à maintenant, mais on Irait vers une décentralisation du ministère de la Santé et des Services sociaux, vers quelque chose de régional: régie, collège, etc., peu Importe le terme - où le ministère déterminerait des espèces de programmes protégés vers les régies, c'est-à-dire pour ce qui est de la mission universitaire, la mission d'enseignement et la mission de recherche, l'argent, les montants ou la partie qui va jusqu'à la régie rurale qui doit être consacrée spécifiquement à ces programmes, à ces objets dans vos Institutions, est-ce que vous ne seriez pas là rassurés d'être, d'une part, à la table régionale au niveau de vos budgets pour ce qui est des soins larges, des soins à offrir à la population et, par ailleurs, dans des programmes protégés, pour ce qui est de la réalisation de vos missions de type universitaire?

M. L'Écuyer: Les deux, que ce soit le programme régional ou le programme protégé, vont être dans la région, à ce que vous nous dites. Je pense que la problématique qu'on va vivre, et vous le verrez, c'est qu'une région qui reçoit de l'argent pour une clientèle et ses activités aura tendance à refuser les autres régions du fait que cette région a déjà assez de difficultés avec ses budgets. J'imagine que ce

n'est pas parce qu'on va régionaliser que l'argent va sortir du ciel. Il y aura une rareté.

Si on veut vraiment que ces programmes, ces établissements soient ouverts à l'ensemble du Québec, il faut que ces gens ne soient pas rattachés à un petit bloc qui va se refermer sur lui-même du fait que la rareté y sera. Mais il faut qu'il participe parce qu'il dessert cette clientèle-là aussi dans cette région.

Je pense que si on veut vraiment que les programmes soient ouverts à l'ensemble des régions, il ne faut pas les attacher à une région, ces types de programmes. Et ça demeure une minorité par rapport à l'ensemble des centres hospitaliers, des centres locaux, des CLSC, de la gamme des soins et services, vous savez. C'est une goutte d'eau.

M. Trudel: Oui, Il y a certainement des moyens d'en arriver à respecter, à travers la régionalisation, ces besoins spécifiques; il faudra être un peu plus inventifs, vous avez raison. Mais je pense qu'il faudrait faire bien attention d'entacher le principe de régionalisation parce que nous aurions quelques difficultés d'ajustement de certains programmes ou de missions par rapport à certaines de nos institutions.

Deux autres petites questions pour terminer. Au niveau des conseils d'administration, donc, vous allez conserver, vous autres les instituts universitaires et les hôpitaux d'enseignement universitaire, vos propres conseils d'administration. Là-dessus, vous le savez, vous faites l'envie de beaucoup d'autres établissements au Québec qui nous en ont parlé très souvent depuis le début de cette commission. Vous nous parlez, à la page 18, des caractéristiques, en quelque sorte, ou des qualifications requises pour être membre d'un conseil d'administration, le cas échéant, ici, dans le type d'institutions que vous représentez, au niveau des institutions d'enseignement, des instituts ou des hôpitaux d'enseignement universitaires. Ça m'intrigue un peu, je dois le dire, la recommandation 18: "...que les organismes nommant des représentants au conseil d'administration d'un établissement s'assurent au préalable que ces personnes partagent et appuient les objectifs de l'établissement et puissent assumer adéquatement leurs fonctions." Je comprends très bien la préoccupation, mais je trouve ça un petit peu fort de dire: Oui à la démocratie, mais on voudrait bien contrôler les démocrates.

M. **L'Écuyer:** Alors, l'esprit de ça c'est que les gens qui viennent diriger nos centres, Il faut qu'ils aient la piqûre de l'établissement. Il faut qu'ils l'épousent, il faut qu'ils y croient, puis qu'ils viennent y travailler. On n'a pas besoin de spectateurs. Deuxièmement, on veut la crème. Ça veut dire que ceux qui viennent, ce n'est pas le président nécessairement de la plus grande compagnie, c'est celui qui est plus que dévoué, qui est compétent. Donc, on veut les meilleurs et on veut qu'ils aient le goût, qu'ils viennent tirer avec nous autres, parce que, vous savez, être sur un conseil d'administration dans des établissements comme ça, ce n'est pas une sinécure. Il ne faut pas être seulement de bonne volonté. Alors, si la loi "explose" ça, ça ne changera peut-être pas la réalité, mais au moins le message va être clair: Ceux qui veulent coucher avec cet établissement-là et ceux qui sont capables, parmi les meilleurs, allez-y donc. C'est ceux-là qu'on veut.

M. Trudel: On va convenir que c'est un peu difficile à contrôler.

M. L'Écuyer: C'est tout à fait vrai, mais au moins Il faut que le message y soit, il faut que ce soit clair, il faut que les attentes soient connues.

M. Trudel: Le message y est mais c'était... Je pense qu'on a souvent, et heureusement que la démocratie nous l'a montré à travers les temps, à travers les siècles, de très heureuses surprises. Par exemple, pour faire plaisir au ministre, une madame des Messagères de l'espoir qui nous disait, la semaine dernière: Vous savez, quand j'ai vu l'ancien ministre des Transports être nommé à la Santé et aux Services Sociaux, que j'ai eu peur, que j'ai eu peur, que j'ai eu peur.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Pourtant, ça a l'air de vous faire plaisir un peu. Certaines transactions... Et voyez-vous, il y a même des choses dans l'avant-projet de loi qui ont été changées et qui vont être changées. On est sûr qu'il y a beaucoup de choses qui devraient changer aussi. On a toujours espoir d'entrer beaucoup de choses dans le petit calepin vert. Vous voyez, parfois la démocratie nous réserve de très belles surprises.

M. Côté (Charlesbourg): Vous n'avez pas complété...

La Présidente (Mme Marois): Mais quel compliment, cher ami!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...le message de la messagère de l'espoir!

M. Trudel: Je ne suis pas pour tout dire!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Pour un ex-recteur de l'université, ce n'est que citer...

La Présidente (Mme Marois): Ça manque de rigueur, vous croyez, M. le ministre?

M. Côté (Charlesbourg): Ça manque de rigueur.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: La toute dernière question. Vous recommandez aussi qu'au niveau de ces conseils d'administration, majoritairement, ils proviennent de l'extérieur du réseau. C'est quoi les motifs, les raisons?

M. **L'Écuyer:** C'est parce qu'on pense qu'il ne faut pas que les gens soient trop de l'intérieur afin d'éviter qu'entre nous, on se regarde et on s'encense. C'est bon qu'on ait un regard des gens de l'extérieur, et aussi, ça nous permet d'avoir des antennes, des ouvertures, des liens avec beaucoup d'autres milieux qui viennent nous aider. On a besoin de conseils pour nous permettre d'aller plus loin. Alors, majoritairement, il faut qu'ils soient de l'extérieur.

M. Trudel: Tout en acceptant, par ailleurs, dans votre dernière recommandation, que le personnel de l'intérieur ne soit pas exclu de l'institution, ne soit pas exclu de la participation, parce qu'il y a, là aussi, une richesse importante, lorsqu'il y a des échanges qui peuvent se produire entre l'intérieur et l'extérieur, et une compétence que recèle aussi le réseau lui-même au niveau des hommes et des femmes qui y oeuvrent.

M. **L'Écuyer:** Ce qu'on trouve intéressant, c'est qu'il n'y a peut-être pas une formule mur-à-mur, où tout le monde a le même modèle et tu suis la roue. Pourquoi est-ce que ça ne pourrait pas être des conseils qui pourraient être modulés aux réalités de chacunes des organisations, avec des grandes balises? Selon nos préoccupations à nous autres, je pense qu'il y a de la place pour les gens de l'interne, oui. Mais il ne faudrait pas qu'on la campe trop, pour qu'elle puisse s'adapter aux différents milieux.

M. Trudel: Pas trop de mur-à-mur?

M. L'Écuyer: Pas trop de mur-à-mur.

M. Trudel: Très bien, merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): C'est une formule que notre chef utilise, d'ailleurs, assez fréquemment. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, je veux tout simplement vous remercier et peut-être un peu vous rassurer aussi, parce qu'il y a des éléments qu'on n'a pas touchés. Vous aviez, comme recommandations, que le milieu universitaire soit consulté sur les désignations de centres universitaires. Je pense que ça va de soi. Ça ne peut pas se faire dans les officines de Québec, pour quelqu'un qui a un simple petit bac ou seulement par fui. Je pense que ça prend plus que ça. Vous serez définitivement des partenaires privilégiés. Nous aussi, on recherche la crème, pour nous conseiller sur le plan des choix à faire. On fera donc le nécessaire pour que vous soyez impliqués dans les décisions qu'on prendra.

La Présidente **(Mme Marois):** Je m'excuse, M. le ministre. M. le député de Verdun, vous aviez une question assez brève à poser?

M. **Gautrin:** J'avais une question, mais, enfin, je ne veux pas retarder indûment le travail de la commission. J'avais même deux questions, mais enfin... La première touchait... On a eu des représentations, cet après-midi, de gens qui se posaient des questions sur l'enseignement de la médecine familiale, particulièrement sur l'implication de certains centres hospitaliers dans la formation en médecine familiale. Je comprends que, dans la distinction que vous proposez, il existe des centres hospitaliers universitaires, il existe des instituts universitaires et une troisième classe qui sont les centres hospitaliers affiliés. Peut-être qu'entre un peu dans le concept de centre hospitalier affilié ce qui était et ce qui correspond à l'enseignement de la médecine familiale. Mais, à part des distinctions de nom entre ces différents établissements, qu'est-ce qu'il y aurait de particulier? Qu'est-ce qu'il y aurait comme traitement différent entre les trois types d'établissements dans la loi, à part leur donner des noms différents? C'est-à-dire qu'il existe, à l'heure actuelle, des centres hospitaliers qui donnent un enseignement et qui correspondent à des centres hospitaliers affiliés, particulièrement dans le cas de la médecine familiale. Je pense aussi au centre hospitalier de Verdun, par exemple. Alors, qu'est-ce qu'il y aurait de changé si on lui changeait son affiliation, son appellation?

M. **Carrière:** Dans la loi, on dit qu'un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire doit avoir un centre de recherche, par exemple.

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

M. **Carrière:** Dans un centre hospitalier affilié, pour nous, ce n'est pas une condition sine qua non. D'ailleurs, nous ne tenons pas à ce que nous ayons une multitude de centres de recherche et qu'il n'y ait pas les concentrations, les masses critiques voulues de chercheurs dans chacun de ces centres. Donc, un centre hospitalier affilié, c'est une première distinction. Une autre distinction, c'est qu'évidemment, quand on parle de développement des technologies, etc., ceci peut être concentré dans un secteur spécifique, et quand on parle de coûts Indirects de l'enseignement, ce n'est pas sur l'ensemble des

coûts de l'institution, dans ces conditions-là, c'est sur un secteur donné. En plus, une affiliation, à notre sens, veut dire un Investissement à beaucoup moins long terme. Quand vous parlez d'un centre hospitalier universitaire, c'est vraiment un centre qui fonctionne en symbiose constante avec l'université. Il y a des professeurs qui sont nommés dans ces centres-là, il y en a en grand nombre et des chercheurs en grand nombre. Tandis qu'un centre hospitalier a des masses critiques beaucoup plus petites et beaucoup plus restreintes, ce qui fait que, dans une période d'années XYZ, si le centre ne répond plus aux critères, il est beaucoup plus facile de changer un petit groupe d'étudiants et de le concentrer dans un autre centre hospitalier. C'est donc une plus grande flexibilité du système à cause d'une moins grande concentration et d'un moins grand Investissement dans un secteur donné.

M. Gautrin: Mais il pourrait recevoir des professeurs de cliniques, par exemple, quand môme.

M. **Carrière:** Exactement.

M. Gautrin: Parfait.

M. **Carrière:** Certainement. D'ailleurs, nous voyons très bien que ces centres devraient fonctionner en étroite collaboration avec des grands centres pour que la formation puisse se parfaire en différents établissements.

M. Gautrin: Merci, monsieur.

La Présidente (Mme Marois): Ça va? Alors, on vous remercie de votre contribution très appréciée, sûrement, de la part de tous les membres de la commission. Merci.

Nous ajournons nos travaux à demain matin, 10 heures.

(Fin de la séance à 22 h 15)