



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 (12)

Le vendredi 16 février 1990 - No 17

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec	CAS-1007
Ordre des pharmaciens du Québec	CAS-1020
Corporation professionnelle des psychologues du Québec	CAS-1032
Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec	CAS-1041
Syndicat professionnel des acupuncteurs et acupuntrices du Québec	CAS-1051
Centre de recherche sur les services communautaires de l'université Laval	CAS-1059

Intervenants

Mme Pauline Marois, présidente

M. Marc-Yvan Côté

M. Rémy Trudel

M. Henri Paradis

M. Henri-François Gauthier

Mme Denise Carrier-Perreault

- * Mme Claire Pagé, Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
- * M. Robert Létourneau, idem
- * Mme Denise Demers, idem
- * M. Raynald Tremblay, idem
- * M. Claude Lafontaine, Ordre des pharmaciens du Québec
- * M. Alain Boisvert, idem
- * Mme Janine Matte, idem
- * M. Mario Poirier, Corporation professionnelle des psychologues du Québec
- * Mme Francine Cyr, idem
- * Mme Danielle Marchand, idem
- * Mme Nicole Perreault, idem
- * Mme Marie Émond, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec
- * M. René Pagé, idem
- * M. Pierre Pinard, idem
- * Mme Renée Ouimet, Syndicat professionnel des acupuncteurs et acupuntrices du Québec
- * M. Serge Quenneville, idem
- * Mme Lyne Grisé, Centre de recherche sur les services communautaires de l'université Laval
- * M. Jean-Pierre Bélanger, idem
- * M. Jean Boudreau, idem
- * M. Hector Ouellet, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

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

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1000, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28
Québec, (Québec)
G1R 5E6 Tél. 418-643-2754

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le vendredi 16 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**

(Neuf heures trente-sept minutes)

La Présidente (Mme Marois): La commission des affaires sociales va reprendre ses travaux. Je rappelle que le mandat de la commission est d'étudier l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux, en consultant un certain nombre de groupes et d'organismes qui ont bien voulu nous faire connaître leur point de vue.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. M. Atkinson (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Holden (Westmount); M. Beaudin (Gaspé) par M. Camden (Lotbinière); M. Chevette (Joliette) par Mme Blackburn (Chicoutimi)...

M. Trudel: Il ne siégeait pas à Montréal, aujourd'hui?

M. Côté (Charlesbourg): Il ne siège pas à Montréal aujourd'hui?

La Présidente (Mme Marois): Il ne semble pas qu'il soit à Montréal. Peut-être sera-t-il avec nous.

La Secrétaire: ...et M. Marcil (Salaberry-Soulanges) par M. Poulin (Chauveau).

La Présidente (Mme Marois): Merci, Mme la secrétaire. Nous entendrons ce matin l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec.

Je rappelle aux gens de la commission que nous terminerons à 12 h 30, pour reprendre à 14 h 30. C'est bien cela, M. le ministre? Ça va?

M. Côté (Charlesbourg): Ça pourrait même être 14 heures, si vous le souhaitez. Mais je ne pense pas. On n'est pas capables? O.K.

La Présidente (Mme Marois): C'est parce que les groupes ont été prévenus, je crois. À 14 h 15? Alors, on pourrait reprendre à 14 h 15. Est-ce qu'il y a des objections de la part des autres membres de la commission? Ça va? Alors, on prévient les groupes d'être disponibles à ce moment-là.

Je vous souhaite la bienvenue à la commission. Mme Pagé, j'imagine, la présidente, j'aimerais que vous présentiez les personnes qui vous accompagnent et que vous procédiez à la présentation de votre mémoire en une vingtaine de

minutes. Ensuite, les membres de la commission, le ministre, le critique de l'Opposition officielle, pourront vous poser des questions et échanger avec vous. Merci.

**Association des pharmaciens des
établissements de santé du Québec**

Mme Pagé (Claire): Merci, Mme la Présidente. Alors, il me fait plaisir de vous présenter les pharmaciens qui m'accompagnent: à mon extrême droite, Mme Denise Demers, qui est pharmacienne au Centre hospitalier universitaire de Laval et qui est vice-présidente de l'Association; M. Raynald Tremblay, qui est au Centre hospitalier de Chicoutimi et qui est vice-président de l'Association; à mon extrême gauche, M. Jean Trudé, qui est au Centre hospitalier de Valleyfield et qui est trésorier de l'Association; et M. Robert Létoumeau, qui est au centre hospitalier Fleury et qui est le rédacteur de notre mémoire. Je suis Claire Pagé et je suis à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

Mme la Présidente, M. le ministre, distingués membres de la commission parlementaire, il nous est agréable de vous présenter les commentaires de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, relativement à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

Constituée en vertu de la loi des syndicats professionnels du Québec, notre Association regroupe 850 pharmaciens et représente l'ensemble des pharmaciens oeuvrant dans les établissements de santé du Québec. Au-delà de la mission traditionnelle de défense des intérêts professionnels et économiques des pharmaciens d'établissements, l'APES a toujours eu le souci de rechercher l'organisation fonctionnelle et le développement harmonieux de la pharmacie dans le réseau des affaires sociales, en étroite collaboration avec le ministère.

Fondée il y a 28 ans, l'APES s'est fait un devoir de participer tout au long de son existence aux commissions parlementaires qui ont contribué à doter le Québec d'un système de santé toujours orienté vers les intérêts les plus légitimes des citoyens, grâce aux ajustements périodiques apportés par la législation.

En 1981 et 1983, la loi 27 et sa réglementation ont entraîné une réforme majeure des services pharmaceutiques en établissement de santé, en modifiant considérablement le statut du pharmacien au sein de l'établissement. Le but recherché et atteint de cette réforme visait à favoriser une communication accrue entre le

médecin et le pharmacien, et une contribution significative des pharmaciens aux activités de leurs principaux collègues, les médecins.

Les principales caractéristiques de la loi et des règlements qui ont traduit cette volonté de changement furent les suivantes: insertion du pharmacien au Conseil des médecins et dentistes; création du département de pharmacie; relation d'autorité avec le directeur des services professionnels; relation d'autorité avec le Conseil des médecins et dentistes; changement de nom du CMD en CMDP; ajout de la vocation pharmaceutique au mandat du CMDP; ouverture au pharmacien du comité exécutif; engagement du pharmacien par le C.A. et nomination du chef de département de pharmacie par le C.A.

Ce changement radical du statut du pharmacien a permis de maximiser le rendement de la ressource pharmaceutique de l'établissement au profit des intervenants: le patient, les professionnels de la santé et les administrateurs. Ainsi donc, aujourd'hui, alors que l'ensemble du réseau vit une phase de réorientation, la pharmacie hospitalière vit davantage une phase de consolidation.

À cet effet, au-delà de nos remarques particulières à propos de certains articles, nous présentons les demandes suivantes à cette commission parlementaire:

Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée afin que: le département de pharmacie soit formellement reconnu comme département clinique; Que les mesures soient prises pour ouvrir enfin le réseau des CLSC et des DSC aux pharmaciens des établissements de santé, de sorte que les services pharmaceutiques de nature préventive y soient désormais disponibles.

Que la Loi sur l'assurance-maladie soit amendée pour que le ministre de la Santé et des Services sociaux ait le pouvoir, avec l'approbation du gouvernement, de conclure avec l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec une entente qui s'applique à tous les pharmaciens en établissement et lie tous les établissements de santé.

Au titre de la représentation de ses membres, l'Association a toujours tenu le même langage: elle demande d'être reconnue comme l'agent négociateur de tous les pharmaciens oeuvrant dans tous les établissements de santé du Québec aux fins de négocier leurs conditions de travail.

Présentement, tel que prévu à l'article 3 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec est l'agent négociateur de tous les pharmaciens oeuvrant en centre hospitalier. Cette reconnaissance doit maintenant être étendue à l'égard des pharmaciens oeuvrant dans les autres établissements de santé. C'est à la fois une question de principe et une question de rationalisation administrative.

C'est une question de principe parce que, dans notre société, le droit à la négociation des conditions de travail fait partie de nos valeurs démocratiques fondamentales. C'est ainsi que les conditions de pratique et de rémunération des médecins spécialistes ou généralistes, des dentistes, des pharmaciens communautaires, des optométristes sont déterminées par négociation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et leur association représentative. Pourquoi ce droit à la libre négociation nous serait-il reconnu pour les pharmaciens oeuvrant en centre hospitalier, alors qu'il nous est refusé pour ceux exerçant dans les autres établissements de santé?

Nous avons toujours tenu le même langage sur cette question. Il y a quelques années, le gouvernement a cru répondre partiellement à notre demande en décidant que les conditions de travail des pharmaciens oeuvrant en centre d'accueil ou en CLSC seraient établies par décret gouvernemental suite à une consultation avec l'Association. En pratique, nous disait-on, vous négociez vos conditions de travail pour les centres hospitaliers et celles-ci seront étendues par décret gouvernemental aux établissements de santé.

Depuis deux ans, nous avons appris à nos dépens qu'une consultation n'est pas une négociation. Il est évident que le comportement de l'appareil gouvernemental est fondamentalement différent lorsque le texte de loi prévoit qu'il doit y avoir négociation des conditions de travail ou qu'il doit simplement y avoir consultation quant aux conditions de travail. Nous le savons pour l'avoir vécu. Nous savons également, parce que cela est une évidence, qu'aucun autre groupe de professionnels de la santé n'accepterait d'être simplement consulté avant la détermination par décret des conditions de travail de ses membres.

Cette discrimination à notre égard est d'autant moins justifiée qu'elle amène la société québécoise à se priver d'un outil de rationalisation et d'optimisation des ressources pharmaceutiques dans les établissements de santé. Il est évident, pour quiconque veut regarder les faits avec objectivité, qu'une entente collective unique s'appliquant à tous les établissements de santé peut permettre d'optimiser les ressources pharmaceutiques disponibles. Cette optimisation est importante pour rencontrer les besoins de nombreux centres d'accueil ou centres locaux de services communautaires laissés à eux-mêmes.

Personne ne contestera que TAPES a toujours collaboré à améliorer, tant au plan administratif qu'au plan professionnel, la dispensation des services pharmaceutiques dans les établissements de santé. Nous offrons, une fois de plus, notre collaboration.

En pratique, les demandes de l'Association au titre de la représentation de tous les pharmaciens oeuvrant dans tous les établissements de santé impliquent simplement que la loi soit

amendée pour autoriser le ministre de la Santé et des Services sociaux à conclure une entente dans un tel cadre législatif. Nous suggérons que le législateur procède à notre égard comme il l'a fait avec les internes et les médecins résidents. Comme les pharmaciens, les internes et les médecins résidents sont à l'emploi des établissements. L'article 19.1 de la Loi sur l'assurance-maladie prévoit que le ministre de la Santé et des Services sociaux est autorisé à conclure avec eux une entente collective. L'ajout d'un article 19.2 visant les pharmaciens répondrait à nos attentes sans modifier pour autant les autres paramètres de notre statut juridique.

Permettez-moi de passer en revue quelques articles qui, pour nous, sont plus importants. L'article 9, le plan de services individualisé. L'importance du médicament comme agent de prévention ou de traitement est indéniable. Largement utilisé chez la très grande majorité de ceux qui ont recours à des services de santé, le médicament doit faire l'objet d'une pharmacovigilance accentuée qui garantisse l'atteinte des résultats souhaités et la détection des effets secondaires ou indésirables. L'orientation clinique qui caractérise désormais l'acte pharmaceutique concrétise l'importance capitale de la fonction de contrôle de l'utilisation des médicaments. Cette fonction fut trop longtemps en veilleuse ou encore masquée par la très évidente fonction de distribution du médicament.

Le pharmacien d'établissement entend collaborer et contribuer à l'élaboration d'un plan de services individualisé, lequel pourra comprendre les services pharmaceutiques suivants: l'histoire médicamenteuse du patient à son arrivée; les conseils en cours d'hospitalisation et au départ; les services de pharmacocinétique; la surveillance thérapeutique des dosages sanguins des médicaments; le contrôle des algies; le suivi des protocoles d'alimentation parentérale; les programmes de dépistage des réactions adverses.

La dispensation de ces services cliniques est conditionnée non pas par l'intérêt des pharmaciens, mais bien par le nombre des ressources disponibles supplémentaires à celles qui sont assignées à la distribution des médicaments.

Nous passons à l'article 121, les départements cliniques au plan d'organisation. C'est à la page 15 de notre mémoire.

L'évolution constante de la pratique de la pharmacie depuis les années soixante-dix a fait que le rôle du pharmacien en établissement de santé est désormais axé sur des activités de contrôle clinique de la médication.

Selon le règlement sur la tenue des dossiers (règlement 8 de l'Ordre des pharmaciens), un pharmacien doit tenir un dossier pour chaque patient pour le compte de qui une ordonnance est exécutée. Ce dossier contient les principaux renseignements susceptibles d'aider à l'homologation des ordonnances, par exemple: l'âge du patient, son poids, le diagnostic, ses pathologies,

les allergies, les habitudes de vie, la fonction rénale. Le dossier pharmacologique du patient est la pierre angulaire de la pharmacie clinique puisque le médicament n'est pas délivré à l'aveuglette, mais bien en tenant compte des besoins particuliers de chaque individu.

Ce médicament spécifique, utilisé à un dosage déterminé, administré selon une posologie adaptée devant procurer un effet thérapeutique visé, doit être surveillé afin de vérifier s'il n'entraîne pas d'effets secondaires défavorables, d'interactions médicamenteuses, de toxicité, et ce, pour chaque patient.

La pharmacie clinique s'exerce donc via le contrôle de l'utilisation des médicaments chez un individu et consacre l'adéquation entre médicament spécifique et patient particulier.

Cette dimension clinique, c'est-à-dire cette orientation du médicament et des services pharmaceutiques vers le patient, est inscrite à l'article le plus fondamental de la Loi sur la pharmacie, soit celui qui définit et décrit l'exercice de la pharmacie. En effet, on y stipule entre autres que "l'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit (...) des médicaments." En établissement de santé, cette disposition trouve application lors des rencontres avec les patients en vue de dresser leur histoire médicamenteuse, lorsque des conseils sont donnés en cours d'hospitalisation ou en fin d'hospitalisation ou, encore, lorsque des malades externes reçoivent leurs médicaments à partir des départements de pharmacie.

On retrouve une autre illustration de la pharmacie clinique à l'intérieur des programmes de pharmacocinétique où le pharmacien conseille le médecin sur la dose appropriée de certains médicaments en fonction de l'interprétation par le pharmacien des paramètres biologiques et biochimiques du patient.

L'ultime consécration de l'exercice clinique en pharmacie intervient lorsque les pharmaciens regroupés en réunion départementale évaluent, entre pairs, la qualité des actes posés envers des patients particuliers dont les dossiers ont été sélectionnés, exactement de la même façon que le font les médecins lors des réunions de leurs départements cliniques.

En conséquence, l'APES revendique à nouveau la reconnaissance par le législateur du statut de département clinique pour le département de pharmacie.

À l'article 122, le plan d'organisation des CLSC, page 18 de notre mémoire. Les nouvelles orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux mettent en évidence des objectifs orientés vers la réduction des problèmes de santé. On y affirme qu'une fois ces problèmes identifiés les priorités d'action doivent être arrêtées et l'allocation des ressources doit permettre la réduction de ces anomalies.

S'il est un problème qui a été clairement

identifié et dont l'ampleur est incontestable, c'est bien celui de la surconsommation des médicaments chez la population adulte, en particulier chez la personne âgée.

Avant d'indiquer une mesure importante pour s'attaquer à ce problème de façon efficace, il importe d'abord de modifier une perception du rôle du pharmacien. La fonction de distribution des médicaments, parce qu'elle est la plus évidente, la plus visible, la plus perceptible, la mieux connue, a pour effet pervers de créer ombrage à d'autres fonctions qui méritent une reconnaissance grandissante si l'on convient que la distribution du médicament n'est pas une fin en soi, mais plutôt un moyen d'atteindre l'objectif majeur, soit l'utilisation optimale du médicament.

L'intérêt public nous incite à faire la promotion des fonctions qui sont indispensables à la prestation de services pharmaceutiques de qualité; il s'agit de l'information pharmaceutique et du contrôle de l'utilisation des médicaments. À cet égard, notons que le phénomène de l'utilisation inadéquate des médicaments est directement responsable de 10 % des hospitalisations. Par ailleurs, les nombreuses réactions adverses et les effets secondaires imputables aux médicaments diminuent la qualité de vie des patients. Tous ces facteurs témoignent des limites de l'accessibilité aux médicaments et de l'impératif d'organiser les services pharmaceutiques pour atteindre la finalité du médicament comme: agent diagnostique, agent de prévention de la maladie ou agent thérapeutique devant servir à ajouter, et je cite: "des années à la vie, de la santé à la vie et du bien-être à la vie."

Dans les établissements de santé où les pharmaciens sont présents, on a assisté au cours des 15 dernières années, avec l'orientation clinique de nos activités pharmaceutiques, à l'effet bénéfique d'une nouvelle catégorie de services pharmaceutiques dissociés de la distribution des médicaments, notamment: des études pharmacologiques des dossiers patients; des revues d'utilisation des médicaments; la surveillance thérapeutique des dosages sanguins des médicaments; l'instauration des programmes de pharmacovigilance; le développement des services pharmacocinétiques; les entrevues à l'arrivée pour dresser l'histoire médicamenteuse; les conseils au patient en cours d'hospitalisation ou au départ; le contrôle de l'analgésie chez les patients en phase terminale; le suivi des protocoles d'alimentation parentérale.

Tous ces services à orientation clinique, adaptés de plus en plus aux besoins individuels et spécifiques de chaque bénéficiaire, contribuent à garantir l'activité recherchée pour chaque médicament et à renforcer le volet prévention dans la prestation de services pharmaceutiques. Cependant, ils sont actuellement accessibles à une clientèle fort restreinte: celle des centres hospitaliers et des centres d'accueil. Force nous

est de constater une lacune majeure dans l'organisation des services pharmaceutiques dans les établissements de santé: les services pharmaceutiques préventifs font tragiquement défaut dans le réseau des centres locaux de services communautaires, type d'établissement dont la vocation est, paradoxalement, la plus appropriée à la dispensation des services de prévention.

Vu l'absence de programme de prévention relié aux médicaments dans les CLSC, ceux-ci n'ont généralement pu retenir les services de la ressource compétente formée à cette fin, le pharmacien, il faudra recourir à des moyens particuliers pour assurer que cette situation préjudiciable au patient soit corrigée.

Conséquemment, l'APES demande: qu'un plan régional d'effectifs pharmaceutiques soit créé; que le plan d'organisation d'un centre local de services communautaires prévoie le nombre de pharmaciens qui peuvent exercer leur profession dans ce centre.

En 1983, devant la commission parlementaire permanente des affaires sociales, lors de l'étude du projet de règlement en vertu de la loi 27, nous affirmions: "À notre avis, l'établissement constitue le milieu privilégié de questionnement et de réévaluation de la médication pour chacun des patients. L'établissement doit devenir l'usine de filtration des ordonnances de médicament et, si indiqué, le milieu de modification des habitudes de consommation des médicaments".

Nous pouvons affirmer que nos usines de filtration fonctionnent à la satisfaction générale dans les centres hospitaliers et les centres d'accueil. La filtration étant un moyen de prévention, nous recommandons que les mesures soient adoptées pour rendre opérationnelle l'usine de filtration dans les établissements dont la mission est la prévention: le centre local de services communautaires.

À l'article 132, page 25 de notre mémoire, le département de santé communautaire. L'exercice d'activités de prévention, de promotion et de protection de la santé par les départements de santé communautaire concerne également le médicament et les services pharmaceutiques. Même si la collaboration interdépartementale peut permettre la réalisation de certains programmes, nous croyons qu'il serait souhaitable et avantageux que des pharmaciens, particulièrement s'ils ont complété des études en santé communautaire, puissent faire partie des départements de santé communautaire et contribuer de l'intérieur à l'atteinte des objectifs de ces derniers. Nous n'avons pas de raison de douter que l'apport des pharmaciens spécialisés en santé communautaire ne puisse être apprécié et que leur intégration ne puisse s'effectuer aussi harmonieusement, pour établir un parallèle, que lors de l'intégration des pharmaciens au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

À la page 29, l'article 152, les ententes interétablissements. Nous avons identifié précé-

demment l'absence des services pharmaceutiques au niveau des CLSC et l'importante lacune qui en découle en ce qui a trait à la prestation des services pharmaceutiques de nature préventive. Nous croyons que la gestion de plus d'un établissement ou d'une catégorie d'établissements par un même conseil d'administration est susceptible de favoriser le partage, l'extension ou l'échange de services pharmaceutiques au sein de ces établissements. Voilà un des moyens à exploiter pour corriger le problème majeur relié aux services de prévention en pharmacie.

Nous croyons également que la structure prévue permettra enfin à l'APES de voir se réaliser un vieux rêve d'échange temporaire de pharmaciens entre établissements, pour le plus grand bénéfice à la fois des établissements et des pharmaciens. Ces échanges nous apparaissent comme un moyen de développer l'expertise professionnelle et une mesure complémentaire pour favoriser la formation continue de nos membres.

En conclusion, l'Association des pharmaciens des établissements de santé s'est toujours préoccupée d'aligner la défense des intérêts de ses membres sur les besoins réels des concitoyens québécois, en toute collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutes nos représentations, lors des diverses commissions parlementaires antérieures appelées à étudier la législation dans le domaine de la santé, ont visé à conseiller le plus judicieusement et le plus consciencieusement le législateur dans sa recherche des meilleurs intérêts de la population. La même constance a guidé la présente consultation législative, à la préparation de laquelle nous avons apporté autant de soin que s'il s'agissait d'une des nombreuses consultations d'ordre clinique que nous fournissons régulièrement à nos collègues médecins et autres professionnels de la santé.

(10 heures)

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre présentation. J'inviterais maintenant le ministre de la Santé et des Services sociaux à vous adresser quelques questions et à échanger avec vous.

Mme Pagé: Merci, madame.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Je trouve rafraîchissant de vous entendre. Je disais à mes collaborateurs que, même si je vais avoir bien des choses à lire en fin de semaine, je vais prendre le soin de l'amener à la maison pour le relire parce qu'il me paraît aborder des questions très importantes qu'on se pose. Effectivement, je l'ai dit moi-même, on est dans un contexte où il y a un abus de consommation et, inévitablement, si les patients consomment peut-être trop... Si j'ai bien saisi, vous nous avez dit que 10 % des hospitalisations sont liées à une mauvaise utilisation des

médicaments.

Une voix: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Quand on considère qu'il y a 27 000 lits en courte durée au Québec, ça commence à faire du monde un peu. Évidemment, tout ça est au centre de nos préoccupations. On en a discuté, pas nécessairement en connaissance de cause - je parle de moi - au fil des jours de la commission, mais c'est la première fois ce matin qu'on réussit à aborder un point de vue comme le vôtre sur le plan de la médication et je trouve ça très intéressant. Il y a un pharmacien à côté de moi qui a pris la peine de venir de Mont-Joli, ce matin.

Vous souhaitez que le département de pharmacie devienne un département clinique. Très clairement, l'objectif visé, quel est-il? Un meilleur rapport de forces avec le prescripteur ou une meilleure position pour le pharmacien pour être capable de discuter à l'intérieur de rétablissement?

Mme Pagé: Je vous répondrai spontanément que c'est à la fois l'un et l'autre. C'est surtout pour concrétiser les changements qui sont intervenus dans la pratique de la pharmacie à l'intérieur des établissements de santé depuis cinq ans, compte tenu que la pratique de la pharmacie en établissement de santé, a évolué très rapidement vers un contexte de clinique, en ce sens que les services que l'on dispense sont orientés vers le patient. De plus en plus, les pharmaciens qui oeuvrent en établissement de santé sont en contact avec les patients, tout en ayant développé des contacts plus intimes avec les médecins et les autres professionnels de la santé.

Avec les programmes qu'on vous a cités brièvement, le pharmacien a développé une expertise très précise de tout ce qui s'appelle médicament et devenir du médicament dans l'organisme. Donc, la demande de contexte clinique du département, c'est un peu une concordance par rapport à ce qu'on vit actuellement dans les établissements de santé.

Il y a peut-être de mes collègues qui désirent ajouter quelque chose là-dessus. Robert?

M. Létourneau (Robert): En fait, ce qu'il faut dire, c'est que le médicament comme tel, on l'a vu, doit être approprié à une personne donnée qui a une pathologie particulière. C'est ça, justement, la dimension clinique, c'est ce trait d'union qui s'établit entre un agent thérapeutique, qui est le médicament, et une personne particulière qui a besoin de doses particulières, de sélection de médicaments tout à fait appropriés. C'est ça qui, en fait, concrétise la dimension clinique, c'est ce trait d'union qu'on établit entre un médicament donné et un patient donné.

Pour revenir à l'affirmation de tout à l'heure quant aux hospitalisations qui sont dues aux médicaments, c'est là qu'on voit qu'il peut y avoir un lien, si le médicament qui est utilisé par l'individu n'est pas le médicament approprié ou, encore, est un médicament approprié, mais dont le dosage ne convient pas à l'individu. Entre autres, je peux citer chez des asthmatiques la médication théophylline qui a une marge de sécurité très étroite, de sorte qu'en augmentant quelque peu le dosage on sort de la zone thérapeutique pour s'en aller dans une zone toxique. Un certain nombre de patients qui figurent dans les 10 % mentionnés, entre autres, sont des patients asthmatiques.

M. Côté (Charlesbourg): Ça me rend inquiet. Ça me rend très inquiet et je vais vous dire pourquoi. Il faut donc qu'il y ait quelqu'un, quelque part, qui prescrive le médicament. Il faut aussi qu'il y ait un pharmacien dans la chaîne qui, lui aussi, finalement, fasse la dispensation. Quel est le lien, dans ces cas-là, entre.. Parce que, évidemment, les patients dont on parle, ceux que vous traitez, ce sont ceux qui sont déjà hospitalisés. Donc, le problème est déjà là. On est rendu dans le curatif, rendu chez vous. De votre expérience, qu'est-ce qui fait qu'on se retrouve avec 10 % des patients chez vous qui ont déjà vu un professionnel de la santé, qui s'appelle un médecin, qui, lui, a prescrit et qui sont passés aussi au tamisage ou au filtrage chez le pharmacien? J'ai de jeunes enfants, moi aussi, puis, évidemment, pour savoir les effets d'un médicament, on va bien plus chez un pharmacien. En tout cas, je ne dis pas ça pour vous glorifier, mais c'est la pratique chez nous aussi. Mais comment est-ce que vous expliquez ça? C'est quand même considérable, 10 %.

M. Létourneau: C'est dû, M. le ministre, au fait que le médicament est un agent chimique complexe. On est porté à les idéaliser; on voudrait bien que les médicaments, ce soit une substance simple qu'on emploie, qui automatiquement donnerait le résultat qu'on souhaiterait. Or, c'est une réalité qui est complètement différente. Il s'agit de penser que le médicament est un élément chimique, un produit chimique particulier qui circule dans un organisme qui a à le métaboliser. Cet organisme-là est variable. L'individu peut avoir une bonne fonction rénale, avoir une mauvaise fonction hépatique, etc., et, dans le fond, c'est la complexité du médicament qui est à l'origine de ces problèmes-là. Ce n'est pas tellement que les praticiens pourraient avoir des lacunes. Il est bien sûr que tout médecin ou tout pharmacien n'est pas parfait.

M. Côté (Charlesbourg): Comme les politiciens.

M. Létourneau: Mais il faut voir que le

pharmacien est, dans le fond, dans ses fonctions, impliqué dans quelque chose qui est très difficile à manier, qui est le médicament. Souvent, les gens sont habitués à un médicament: Ah! je prends les petites pilules jaunes depuis cinq ans. Un consommateur prétend connaître son médicament souvent parce qu'il en prend depuis longtemps. La réalité qu'il y a dans l'organisme est tout autre. Justement, un produit peut avoir donné des effets bénéfiques pendant un bout de temps et, au bout de trois ou quatre ans, à un moment donné, il se développe une toxicité dans l'organisme et, à ce moment-là l'objectif thérapeutique qui existait au départ n'existe plus. Donc, on peut voir que le médicament a une bonté en soi, de façon objective, mais relié à un individu, c'est variable, et c'est variable même par rapport au temps, c'est-à-dire que ça peut faire un certain bout de temps, puis, à un moment donné, ça ne fait plus du tout.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ce qui fait qu'en milieu hospitalier ou en centre d'hébergement il y a un meilleur suivi du bénéficiaire. On peut le suivre de très près pour voir les effets secondaires, ce qui n'est pas le cas dans le public en général. Lorsqu'on lui prescrit, qu'on lui donne un médicament et qu'il est chez lui, évidemment, le patient est moins suivi. C'est un peu ça, le problème qui fait que tous les effets secondaires se répercutent et qu'il se retrouve chez vous éventuellement.

Je reviens à la question principale, parce qu'on est toujours limité dans le temps: Si, demain, on acceptait votre demande que le département de pharmacie devienne un département clinique, ça changerait quoi? J'imagine que c'est pour changer des choses. Donc, ça changerait quoi dans la dynamique? Ça changerait quoi pour le bénéficiaire?

La Présidente (Mme Marois): Mme Pagé.

Mme Pagé: Oui, d'accord. Au niveau des établissements de santé dans lesquels on vit actuellement, l'importance du département clinique, c'est de reconnaître la valeur des interventions cliniques que le pharmacien fait, compte tenu qu'avant le pharmacien n'intervenait pas vraiment dans toute l'étude pharmacocinétique, la pharmacovigilance. Cette pratique-là s'est développée au cours des années. Moi qui ai quinze ans de pratique, je me souviens fort bien que, dans mes premières années, c'était la fonction de distribution qui était primordiale et qui existait partout et qui était à quelques exceptions près, la seule. La fonction de pharmacien, les activités pharmaceutiques se sont grandement diversifiées et l'implication des pharmaciens directement auprès des patients et directement auprès des prescripteurs et aussi des infirmières qui administrent les médicaments s'est développée. Et, maintenant, la pratique de la

pharmacie est constituée, je dirais... La fonction de distribution demeure encore importante, c'est bien évident. Mais il y a de nos collègues, dans tous les milieux, qui consacrent la totalité de leur temps à des activités cliniques.

Quand on fait de la pharmacocinétique, c'est l'évaluation de paramètres, l'interprétation des paramètres biochimiques et biologiques des patients. Et on conseille le médecin, tout comme un autre médecin, un consultant en neurologie va conseiller un omnipraticien dans le traitement, par exemple, d'un ACV. Et, donc, l'appellation clinique du département, c'est surtout une espèce de reconnaissance de ce qui se passe déjà dans le milieu.

Ensuite de ça, pour revenir aussi à l'histoire des 10 % d'hospitalisations dues aux effets secondaires des médicaments, c'est sûr qu'en milieu hospitalier on les a. Ils sont hospitalisés, les patients. Mais ce sur quoi on travaille beaucoup, c'est, quand ils vont avoir leur congé, que ça ne se reproduise pas. Et c'est à ce moment-là que l'activité clinique du pharmacien auprès du patient est très importante au niveau des conseils sur comment prendre ses médicaments. Et même, de plus en plus, dans certains milieux, entre autres, où on fait de la gériatrie active, on instaure des programmes d'automédication, c'est-à-dire que les patients, pendant leur hospitalisation, prennent eux-mêmes leurs médicaments sous surveillance du personnel infirmier et des pharmaciens qui vont les voir, tous les jours, afin de créer de bonnes habitudes de prise de médicaments, parce qu'on sait fort bien que les patients, quand ils sont hospitalisés...

Par exemple, une personne âgée qui est hospitalisée pour une intoxication à la digitale. Il y a quelques années, on lui a prescrit de la digitale parce qu'elle a eu un problème cardiaque ou qu'on a suspecté un problème cardiaque; elle en a pris depuis tout ce temps, elle a vieilli et ses fonctions naturelles ont vieilli, elles aussi; donc, là, elle est intoxiquée parce qu'elle a continué à toujours prendre son médicament. Après avoir vérifié la concentration sanguine de sa digitale, avoir consulté les médecins, on va suggérer aux médecins de diminuer progressivement la médication ou même de la cesser. Si on doit la réinstaurer parce qu'elle a toujours des besoins d'améliorer sa fonction cardiaque, le pharmacien peut, si c'est une personne âgée, permettre à la personne de prendre elle-même ses médicaments et surveiller la prise de la médication.

Ça aussi, c'est une activité clinique. Et c'est dans ce sens-là aussi qu'on réclame le clinique du département de pharmacie.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que je comprends mal en interprétant que, si c'était le cas, votre opinion aurait plus de poids et irait davantage dans la prévention que ce qu'on fait maintenant?

Mme Pagé: C'est probablement vrai.

Mme Demers (Denise): Je travaille déjà depuis cinq ans en milieu gériatrique. Nous avons implanté des services cliniques avec la personne âgée et le problème auquel on est confrontés actuellement, c'est lorsque la personne âgée est libérée du centre hospitalier, lorsqu'elle s'en va en ressources d'hébergement, on ne fait pas le suivi de sa médication. Actuellement, elle nous revient et, dans une très forte proportion des cas - et ça, on peut l'affirmer - la réhospitalisation est due à une mauvaise gestion de ses médicaments.

Alors, la confirmation du statut clinique actuellement viendrait, je crois, faciliter dans beaucoup d'autres milieux l'instauration de ces services-là et viendrait diminuer l'apparition de réactions indésirables, surtout chez nos personnes âgées qui ont, comme on le sait, un problème de surconsommation qui est identifié par tous les professionnels.

M. Côté (Charlesbourg): À ce que j'ai compris vous travaillez principalement en centre hospitalier de courte et de longue durée et en centre d'accueil d'hébergement.

Mme Demers: Exactement.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, ils sont rendus chez vous, là.

Mme Demers: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Et quand on parle de 10 %, c'est majeur, je le répète. Est-ce que vous croyez que, pour être capables de contrer ça à la base même sur le plan de la prévention, cette prévention-là devrait se faire au niveau, par exemple, des CLSC?
(10 h 15)

Mme Demers: Il devrait y avoir une concertation. Effectivement, c'est déjà dans leur milieu, avant qu'ils viennent en centre hospitalier, qu'on doit travailler sur le problème de surconsommation de médicaments. Actuellement, nous, ce qui nous limite, c'est le volet préventif qu'on ne peut assurer. Une fois que l'individu est libéré du centre hospitalier, on n'a aucun contact avec la personne âgée. Alors, ça, c'est un volet important: développer l'aspect préventif, parce que la personne âgée est très sensible aux réactions indésirables des médicaments. Si on ne développe pas le volet prévention, on va tout simplement réussir à terminer l'hospitalisation, mais elle nous reviendra à plus ou moins brève échéance avec une autre réaction indésirable.

M. Côté (Charlesbourg): Je trouve ça très intéressant parce que c'est une piste et on parle de prévention depuis le début. Évidemment, on

peut en parier en termes très larges, de prévention. Tout le monde est capable d'en parier, mais je pense que vous nous fournissez, ce matin, un exemple plus précis où la prévention peut se faire en CLSC pour éviter, finalement, les engorgements que l'on connaît dans nos hôpitaux, au moment où on se parie: 10 %. Évidemment, c'est peut-être une mauvaise nouvelle pour ceux qui espèrent des agrandissements ou des ajouts de capacité, mais on n'a pas un système pour ajouter des lits. On a un système pour, autant que possible, tenter d'en diminuer.

Ce que j'ai bien saisi: d'abord, j'ai saisi le message de consultation par rapport à décret. Je pense qu'il est bien livré. Au moment où nous nous parlons, vous êtes rémunérés par les établissements. Est-ce que j'ai bien saisi que vous souhaiteriez être rémunérés par la RAMQ ou si c'est une mauvaise perception de ce que j'ai pu entendre?

M. Tremblay (RaynakJ): Je pense que notre demande va en fonction d'un encadrement législatif. Pour nous, la Loi sur l'assurance-maladie, parce qu'elle avait une concordance avec nos collègues médecins et qu'il y avait une image qui cadrerait bien avec celle du pharmacien en établissement de santé, celle du résident ou de l'Interne en médecine qui, lui, est rémunéré par l'établissement, on trouvait que c'était une façon logique et conséquente, pour nous, de négocier pour tous les pharmaciens dans cet encadrement législatif.

D'un autre côté, pour nous, ce n'est pas comme telle une demande de passer à la Régie de l'assurance-maladie. C'est plutôt une demande de négocier en fonction de la Loi sur l'assurance-maladie, ce qui n'est pas nécessairement une demande de changement de statut par rapport au statut de salarié ou non dans l'établissement, ou de travailleur autonome. Je pense que ce n'est pas l'objectif de la demande. C'est beaucoup plus de trouver un moyen, dans ce contexte-ci un moyen légal, de nous permettre de négocier pour l'ensemble de nos membres parce que, actuellement, on ne peut pas le faire. Ce qui fait que, pour nous, la Loi sur l'assurance-maladie, c'est un moyen, ce n'est pas une fin en soi. Je pense que c'est une piste, comme je l'ai mentionné.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez parié de mobilité. Ça aussi, c'est intéressant parce que c'est un des problèmes de notre système où il n'y en a pas, de mobilité. On a de la difficulté à demander à quelqu'un qui travaille dans un département, s'il y a un surplus ailleurs, d'aller dans un autre département si ce n'est pas dans la convention collective ou si ce n'est pas selon les règles. Mon syndicat me l'interdit ou, évidemment la convention l'interdit. C'est facile de dire le syndicat, mais...

Vous pariez de mobilité. J'aimerais vous entendre davantage là-dessus parce que c'est la

mobilité interétablissements, peu importe, pas uniquement des centres hospitaliers. Ça pourrait être un centre d'hébergement, ça pourrait être un CLSC éventuellement, si c'était le cas. L'objectif de ça est-il d'avoir une meilleure connaissance de ce qui se passe partout, à la fois pour le pharmacien et pour le bénéficiaire?

Mme Pagé: Oui, d'une part, et ce qui est intéressant pour nous... C'est peut-être une caractéristique de l'APES, même si on est un syndicat: la convention collective, c'est important, mais on n'a jamais fonctionné "by the book", comme on dit en bon français. Ce qui est important pour nos membres, pour les établissements et pour les patients, c'est aussi d'avoir une personne de référence souvent. En plus de ça, on est fort conscients du fait qu'il y a certains petits établissements qui pourraient difficilement recruter une ressource pharmaceutique professionnelle à temps complet. Donc, en assurant la mobilité interétablissement... C'est déjà actualisé, M. le ministre. Il y a beaucoup de centres hospitaliers de soins de courte durée qui ont des contrats de services professionnels et je ne parie pas de services de distribution de médicaments interhospitaliers, c'est-à-dire un pharmacien qui est rattaché, qui est à l'emploi d'un centre hospitalier de soins de courte durée, qui peut passer sept heures par semaine à travailler au centre d'accueil d'hébergement de la même localité, par exemple.

Il est évident que ces programmes existent beaucoup plus dans les régions. Dans le grand Montréal et dans le grand Québec, ça existe, mais c'est beaucoup plus popularisé et développé dans des régions un peu excentriques des grandes villes, des centres-villes.

Cette mobilité-là, d'une part, est très intéressante pour le pharmacien, compte tenu qu'il y a une continuité de services. Parce que, souvent, les patients qui sont hospitalisés se retrouvent en centre d'accueil d'hébergement et, éventuellement, quand on le peut, ils se retrouvent à domicile. S'il y avait, via les CLSC, des ententes de services où la ressource professionnelle est disponible, le pharmacien pourrait assurer une espèce de surveillance à distance de ses patients qui ont été hospitalisés à son unité de gériatrie, par exemple, qui ont été en centre d'accueil d'hébergement ou même de retour à domicile. Parce qu'il est évident que nous, les pharmaciens, dans les moyens limités qu'on a d'intervenir là-dedans, on souhaite beaucoup plus que les patients soient retournés chez eux, dans leur milieu de vie, que dans un contexte d'hébergement, parce qu'on crée toute la dépendance vis-à-vis des services en hébergeant les patients. La mobilité interétablissements nous apparaît comme étant un moyen bénéfique pour le patient et très intéressant pour les pharmaciens. Ça permet effectivement une expertise dans tous les domaines.

M. Côté (Charlesbourg): On sait que, pour l'ensemble des établissements du Québec, la dimension achat, c'est 1 300 000 000 \$. Ce n'est pas de la petite bière, 1 300 000 000 \$, en termes de volume d'achat. Qui décide de l'achat des médicaments au niveau d'un centre hospitalier? Je sais que, dans certaines régions, on a réussi à "pooler" des achats pour avoir des meilleurs prix. C'est une question que je me pose et que je vous pose, si vous pouvez me répondre: Qui décide de l'achat de tel ou tel médicament et du volume de médicaments?

Mme Pagé: Bon. Dans un premier temps, qui décide de l'achat des médicaments? Ultimement, c'est le pharmacien, le chef du département, avec ses collègues pharmaciens et ses collègues médecins, au sein d'un comité de pharmacologie. Vous savez fort bien que la liste des médicaments acceptée par le ministère, la liste des médicaments-établissements est restreinte par rapport à la liste générale. Et, à l'intérieur de la liste des médicaments-établissements, le chef du département a la responsabilité de sélectionner d'autres médicaments. Donc, avant d'acheter un médicament, il doit être accepté pour utilisation dans le centre, via une demande au comité de pharmacologie. Ce comité-là étudie les demandes et juge de la pertinence de la demande et du besoin du médicament. Je dois vous dire qu'actuellement les comités de pharmacologie sont très actifs dans tous les établissements de santé, courte durée, longue durée et centre d'accueil, ce qui est tout à fait récent, nouveau; ce n'était pas habituel auparavant.

On a, quand même, un problème majeur, c'est qu'on a des moyens bien minces face au lobbying des compagnies pharmaceutiques. Ultimement, votre milliard, le voici, M. Côté, et il risque d'augmenter très rapidement si on n'a pas des moyens plus appropriés, plus développés de justifier l'utilisation des médicaments dans un établissement. Parce qu'il est évident que tout le monde a besoin de tout, mais est-ce qu'on a les moyens de tout donner? Pas vraiment. On est convaincus de ça. Je dois vous dire que souvent, dans les établissements de santé, un pharmacien qui, au comité de pharmacologie, discute d'une demande d'introduction d'un médicament dans un centre hospitalier et qui refuse parce que, disons, ce n'est pas prouvé - un de mes collègues, hier soir, en citait un exemple, Raynald pourra vous en parler - il a très mauvaise presse parce que la compagnie pharmaceutique a fait beaucoup de lobbying, a mis souvent beaucoup de ressources pour faire accepter un médicament, parce que les compagnies pharmaceutiques ont très bien compris que, si vous l'utilisez à l'hôpital, le patient risque de sortir avec sa prescription, puis de l'avoir longtemps. Mais, les moyens dont on dispose sont très limités pour faire face à ça. Il est évident que le coût des médicaments, si on ne développe pas de meilleurs

moyens, va continuer d'augmenter de façon faramineuse. Les achats en commun permettent une certaine économie, oui, mais on sait fort bien que les compagnies qui répondent aux appels d'offres sont celles qui ont des médicaments copiés et non pas les compagnies novatrices.

M. Côté (Charlesbourg): Les compagnies pharmaceutiques ont développé des moyens assez extraordinaires, des fondations...

Mme Pagé: Elles ont beaucoup d'argent, M. Côté.

M. Tremblay (Raynald): C'est plus subtil que ça encore, maintenant. Par exemple, si on prend vos quelque 1 300 000 000 \$, il y a sûrement 500 000 000 \$ qui vont à l'achat d'antibiotiques. Alors, il y a une concurrence féroce de la part des compagnies pharmaceutiques pour l'introduction de leurs molécules dans le centre hospitalier. Maintenant, par exemple, ce qu'on fait, on appelle ça des études de phase IV, des études postcommercialisation. Là, on dit à un groupe de recherche d'un centre hospitalier X: Vous avez le bonheur d'être sélectionné pour participer à une étude multicentrique nord-américaine sur l'utilisation de tel nouvel antibiotique. Là, on sélectionne 20 ou 30 patients, on utilise le produit. Une fois que les résultats sont cumulés, on envoie l'équipe de recherche à Hong Kong ou à Tokyo, en congrès, deux semaines, pour présenter les résultats et tout ça. Ce qui fait qu'on a créé l'habitude de l'utilisation du produit, on a créé une pression sur les médecins et sur l'équipe de recherche pour dire que les résultats sont concluants. Mais ce qu'on ne dit pas, c'est que, d'un autre côté, on pourrait peut-être arriver aux mêmes fins thérapeutiques à des coûts souvent, on parle en termes de 100 fois moindres en antibiothérapie, dans quelques cas. C'est ce qui fait qu'à ce moment-là, au retour de l'équipe de recherche dans le milieu, comme Mme Pagé l'illustre tout à l'heure, on a effectivement, dans les mois qui suivent, une demande au comité de pharmacologie. Là, vous, comme pharmacien, vous arrivez, en contrepartie, et vous dites à l'équipe: Bien, je ne crois pas que les avantages coûts-bénéfices de l'utilisation de ce produit-là soient suffisants pour justifier son introduction au formulaire de l'hôpital. Évidemment, à ce moment-là, vous êtes assez dépourvu pour résister à la pression qui s'exerce sur le département de pharmacie pour l'introduction de la nouvelle molécule. Ça, ce sont les moyens les plus subtils qu'on utilise à ce jour.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai été victime, personnellement, pas comme consommateur, mais comme ministre, de ce genre d'action là par une compagnie de Toronto, où on a fait l'expérience pendant six mois et payé le produit. Et, comme

le produit va être reconnu ou serait reconnu au mois de mars de cette année, au mois d'octobre ou novembre, on a dit aux patients: Nous, on ne fournit plus, l'expérience est finie, c'était six mois; débrouillez-vous. Ça coûtait 8000 \$ par année par patient. C'est nous qui l'avons pris, mais vous avez raison, c'est un point auquel je suis sensibilisé; on va mettre de l'ordre un peu.

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

M. Trudel: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci de cette présentation de votre groupe, qui a une place extrêmement importante dans l'ensemble du système de santé au Québec. Vous nous soulevez, dans votre mémoire, de grandes questions au niveau de l'orientation de nos services de santé et, vous le savez très bien, également, sur une opinion publique qui, souvent, face à la médicalisation, répète et répète encore qu'il y a surmédicalisation au Québec et, dans l'utilisation de ce que vous avez appelé vous-même tantôt, des produits qui ont des bases chimiques, on a de la difficulté, au niveau du public, à s'y retrouver.

Et, un peu dans la même veine que le ministre, j'aurais une première question qui a trait à une recommandation que vous faites en regard de l'article 160 de la loi quant aux nouveaux médicaments qui sont introduits. Quand on voit toute l'espèce de saga autour du 714X, c'est quoi, votre position quand vous en voyez l'introduction? Je vous avoue que je suis probablement comme la majorité du public, on a de la misère à retrouver nos petits là-dedans. Il y a des institutions qui ont été autorisées, sauf erreur, à distribuer ce médicament-là sans qu'il soit homologué. Et l'article de l'avant-projet de loi permettrait, effectivement, à un établissement, de façon exceptionnelle, de distribuer ou d'offrir un nouveau médicament, puisque la dernière partie de l'article dit: Il peut, en outre, fournir d'autres médicaments que ceux mentionnés dans la liste qui a été fabriquée pour l'établissement. Le "il" réfère à l'établissement. On ne sait plus trop qui est ou n'est pas responsable de la distribution d'un nouveau médicament. C'est quoi, votre position, à partir de l'exemple du 714X, sur l'introduction des nouveaux médicaments dans les plans de traitement?
(10 h 30)

Mme Pagé: Bon! Je vais commencer et il y en a peut-être d'autres qui rajouteront quelque chose. Par rapport aux drogues nouvelles, il faut voir qu'une drogue nouvelle, quand on en parle dans notre mémoire, à la page 31, c'est une catégorie déjà décrite dans la Loi des aliments et drogues et ça suppose qu'il y a quand même des choses qui sont connues à propos de cette drogue-là. Ce n'est pas une chose comme le 714X. Personnellement, je dois vous dire qu'une chose comme le 714X, c'est comme de la poudre

de perlimpinpin. Si on ne connaît pas ce qu'il y a dedans, moi, je suis tout à fait en désaccord d'utiliser ça et de sanctionner ça dans un milieu d'établissement. Et ça, c'est mon avis personnel là-dessus. Et je pense qu'heureusement je ne suis pas à l'emploi d'un établissement qui l'utilise. J'en suis très heureuse. Nos patients atteints de cancer ou de sida, on les traite avec des agents thérapeutiques connus avec lesquels, au moins, on sait ce qui se passe. C'est sûr qu'il y a des impondérables, mais là c'est presque de la magie, ça. Et je dois vous dire que, scientifiquement et rigoureusement, moi, je pense qu'on est très mal placés, dans un système public, d'accepter que des choses comme ça se passent. Mais je comprends qu'on fait face à une force. L'opinion publique s'emballerait facilement pour des choses comme ça et c'est très malheureux de ne pas être capables de faire l'éducation du public. Parce que tout ce dont on a entendu parler à propos de ce produit-là - je ne l'appellerai pas médicament - c'est des oui-dire et on n'a pas de preuves rigoureuses.

Au moins, quand un médicament est accepté comme drogue nouvelle, il y a des études qui ont été faites. Il y a des études de phase 1, de phase 2, de phase 3. C'est vrai que l'avis de conformité de la DGPS, au ministère de la Santé fédéral, n'a pas été émis, mais, au moins, on connaît ce que ce médicament-là. Mais dans le cas qui nous occupe, on ne le connaît pas. On ne sait vraiment pas ce que c'est. Et je dois vous dire que, personnellement, ça m'horripilait beaucoup. Je ne sais pas s'il y a de mes collègues qui veulent ajouter.

La Présidente (Mme Marois): Oui.

Mme Demers: En ce qui concerne les sources de financement, il est certain que c'est pris à même des deniers publics qui sont déjà restreints. On a de la difficulté à obtenir des budgets pour des substances thérapeutiques qui ont un effet reconnu; alors, si on doit, pour des raisons humanitaires ou autres, utiliser ces substances, il faudrait peut-être trouver d'autres moyens de financement qui ne viennent pas hypothéquer les budgets des médicaments reconnus. Alors, ça, c'est peut-être une avenue qu'il faudrait explorer pour ces drogues nouvelles là avec lesquelles on n'a pas d'expérience.

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

M. Létouneau: Le ministre Côté tout à l'heure, s'intéressait aux économies possibles reliées aux médicaments. C'est une très grande question. Les besoins sont immenses de la part de tous les intervenants. Et vous avez abordé, tout à l'heure, la question de la négociation de prix au niveau des achats de groupe de médicaments. Ce que je veux présenter ici, c'est que

c'est un des moyens d'économie qui existe depuis un certain nombre d'années et qui, effectivement, procure des résultats. Ce que je veux identifier, ce sont d'autres moyens d'économie. Et ceux-là sont beaucoup plus reliés au rôle du pharmacien.

Je veux parler, entre autres, de la sélection des médicaments qui se fait au niveau d'un hôpital. Si on sélectionne un médicament efficace, l'efficacité du produit n'est pas nécessairement directement proportionnelle au coût du médicament. Donc, il y a des médicaments qui sont meilleur marché et qui sont aussi efficaces et parfois plus efficaces que des médicaments plus dispendieux. L'économie est énorme. L'économie se fait au niveau de chaque centre hospitalier et c'est le résultat de l'exercice de la responsabilité du chef de département de pharmacie qui est responsable de la sélection des médicaments dans l'établissement. Ça, c'est la porte no 1. La porte no 2, c'est d'aller négocier par la suite ces produits-là qui ont été sélectionnés.

Et l'autre élément qui est très important au niveau de l'économie et qui dépend, encore une fois, du pharmacien, c'est le contrôle de l'utilisation. Une fois que, dans un centre hospitalier, on est allé chercher les meilleurs médicaments possible, au meilleur coût possible, il s'agit de s'assurer que ces médicaments-là seront utilisés de la meilleure façon possible, de façon optimale. Et c'est à ce niveau-là que le pharmacien peut intervenir. Donc, trois possibilités d'économie dont deux concernent réellement le pharmacien dans ses fonctions et l'autre, les commissions régionales d'achat.

Je veux parler aussi des nouveaux médicaments. Il ne faut pas, non plus, penser que tout nouveau médicament a une connotation négative nécessairement. Il y a certains nouveaux médicaments qui sont essentiels, qui représentent le progrès technologique, mais, à ce moment-là, on doit accepter des coûts énormes au niveau de nos budgets de médicaments. Quand on parle, par exemple, d'augmentation de coût du médicament qui peuvent être de 2 % ou 3 % par année, c'est pour les mêmes médicaments négociés d'une année à l'autre.

Ce qui se passe: lorsqu'il sort des nouvelles molécules chimiques, ces molécules-là sont des fois cinq fois ou dix fois plus chères que les médicaments qui existent déjà. Si ces médicaments-là sont très importants et très efficaces, s'ils ont pour effet, par exemple, de réduire une hospitalisation de huit jours à six jours, c'est sûr que le budget du département de pharmacie au chapitre des médicaments peut augmenter à cause de ces nouvelles molécules. D'autre part, il faut voir ça dans un ensemble et par rapport au budget global d'un centre hospitalier; il y a des économies ou encore une possibilité de libération de lits, qui est non négligeable. Et je pense que de plus (in plus on devra regarder les budgets de fonctionnement des départements de pharmacie

quant à leur évolution dans une perspective d'établissement.

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Trudel: Merci. Toujours sur cela, à partir de l'introduction des nouveaux médicaments, c'est quoi le mécanisme qu'il faudrait ajouter, qu'il faudrait instaurer dans le système pour que vous soyez - si j'ai bien compris - toujours sur la première ligne? Parce que, tel qu'est actuellement rédigé l'avant-projet de loi, un professionnel de la santé peut, à partir de la notion de nécessité médicale particulière... Et là, la définition peut être très large; qu'est-ce que c'est qu'une nécessité médicale particulière? Je comprends bien qu'un médicament peut être introduit, du moins une première fois, par un professionnel de la santé, sans que vous soyez dans le portrait aucunement. Alors, est-ce que vous avez des suggestions sur des mécanismes de contrôle ou d'équilibre pour permettre une utilisation ou l'introduction de médicaments à partir de la connaissance... Parce que c'est inquiétant ce que vous nous disiez tantôt comme opinion personnelle, je le saisis bien, écoutez, un établissement permet l'utilisation d'un nouveau médicament - le cas échéant ici, c'est le 714X - vous dites: Bien, ça, c'est de la poudre de perlimpinpin, cette histoire-là, et vous n'avez jamais été dans le portrait au niveau des professionnels du secteur. C'est quoi, les mécanismes qu'il faut introduire dans la loi pour éviter ça?

Mme Pagé: De façon définitive, je pense que ce serait difficile de vous dire, ce matin, la recette qu'il faut implanter pour tout le monde; ce serait très prétentieux de notre part, parce que ça doit se discuter avec plusieurs intervenants dont le ministère. Il est évident que la nécessité médicale particulière doit exister. Je veux dire qu'il n'est pas question de dire que ça ne peut pas exister parce qu'on ne peut pas tout gérer et tout planifier là. On peut tout gérer, mais de façon tellement restrictive que ça n'a pas de sens. Ce qu'il faut, je pense, faire, c'est peut-être renforcer l'implication, obliger l'implication des différents intervenants, parce que, si on regarde la loi telle qu'elle est rédigée actuellement, la nécessité médicale particulière pour utiliser, entre autres, un médicament, ça pourrait être une autre technologie là, mais on parle d'un médicament... Bon, le médecin va l'utiliser, va juste nous envoyer sa commande: nécessité médicale particulière. Il est évident que dans énormément de milieux le pharmacien qui reçoit ça va tout de suite intervenir auprès du médecin en disant: C'est quoi, ta nécessité médicale particulière? As-tu épuisé tous les mécanismes actuels, tout ce qu'on a comme possibilités actuellement? Si ça a été fait, ça peut être justifié, mais il y a encore dans certains milieux...

Justement, hier soir, en en partant, on a eu un exemple avec un nouveau médicament qui est utilisé en psychiatrie, qui est probablement très efficace, mais qui avait été refusé par un centre hospitalier. Le médecin est allé voir le DSP, il a chialé un peu et c'est le DSP lui-même qui a commandé le médicament. Ça regarde mal, ça, monsieur, entre nous. Bon. Alors, ce qu'il faut, c'est peut-être obliger la consultation des intervenants dont le pharmacien, quand on parle de médicaments, pour de nouveaux médicaments. L'exemple qu'on avait, c'est un médicament qui est commercialisé etc., qui est thérapeutiquement efficace, dont on ne nie pas l'efficacité. Est-ce qu'il doit être nécessairement utilisé? Il coûte quinze fois plus cher que ce qu'on a actuellement, en général, dans les établissements. Bon, peut-être qu'on en a besoin, mais on n'en a peut-être pas besoin pour tout le monde et on n'en a surtout pas besoin parce qu'un médecin veut l'avoir. On en a besoin si le patient ne répond à aucun autre traitement, non pas parce que le médecin a eu la visite du représentant médical.

Et c'est là qu'il faut peut-être un peu restreindre la nécessité médicale particulière, tout en nous laissant le concept parce qu'il est très important, mais en obligeant l'intervention du pharmacien avant, alors qu'actuellement ce n'est pas enchâssé dans la loi. Ça se passe très fréquemment. Ce sont des exemples minoritaires; on ne vit pas ça tous les jours, vous savez.

M. Trudel: Je comprends que ce n'est pas la règle quotidienne, sauf que, plus on ajoute de questions, plus on ajoute d'exemples, vous excuserez le terme - ce n'est pas vous qui l'avez utilisé - mais c'est le bordel là-dedans. Tout le monde achète à peu près ce qu'il souhaite acheter; en tout cas, il y a de très nombreuses exceptions qui vont demander très certainement... Au niveau des coûts qui sont impliqués, écoutez, c'est au-delà de 1 000 000 000 \$. On dit que notre système de santé et de services sociaux souffre de surconsommation, de surutilisation ou de surproduction et qu'on a de la difficulté, au niveau de l'État, à maintenir l'universalité comme défi de société qu'on s'est donné il y a au-delà d'une dizaine d'années, et qu'il faut trouver, en quelque part, les endroits où ça fait mal, où ça blesse et apporter les correctifs nécessaires. C'est très important, ce que vous nous donnez comme lecture de la situation.

Parlant toujours de consommation et de surmédication ou de consommation abusive, on a tous à peu près des exemples vulgarisés, populaires du magasinage des médicaments. Des gens amassent à peu près tout ce qu'ils peuvent amasser comme médicaments; ils font d'abord la première course qu'il s'agit de faire dans ce cas-là, c'est-à-dire la tournée des médecins, et ils vont recueillir... Parce que vous contrôlez au niveau de la distribution dans l'acte profession-

nel, de la consommation. Sauf que, lorsque vous arrivez avec une demande, une prescription, vous opérez suivant l'ordre de médication d'un médecin. Beaucoup d'organismes communautaires et beaucoup de bénévoles dans le secteur vous diront, et vous le savez probablement: Nous, lorsqu'on se réveille chez la personne et qu'on essaie, par exemple, en centre de jour, de la supporter au niveau de sa réinsertion ou de son insertion sociale, la première chose qu'on va voir généralement, c'est sa pharmacie ou sa petite boîte à la maison et, là, on trouve à peu près tout ce qu'on veut, y compris de la revente qui se fait à partir de la surconsommation.

Même chose au niveau des actes médicaux. Nous cherchons tous ensemble, dans le fond, s'il y a surconsommation de la part des usagers ou s'il y a surproduction des actes au niveau des producteurs. L'idée qui nous vient un peu tous à la tête, c'est: Bon, tout ça est lié à un système d'information. Il y a des gestes isolés qui se réalisent suivant le bout de la ligne où on est situé et on est, évidemment, tous très tentés de regarder, avec les méthodologies modernes, l'introduction des cartes à puce, l'informatisation du dossier médical - et là, c'est particulièrement vrai dans le domaine de la médication - l'espèce de magasinage, dit-on dans certains cercles, dans certains endroits, éhonté qui se fait et les accumulations qui se font. Vous qui êtes des professionnels du secteur, qu'est-ce que vous pensez de cette idée? Et, bien sûr, si vous voulez aborder la question de la confidentialité, est-ce qu'on devrait?

Mme Pagé: Je pense que l'idée est très attrayante, il est évident que, pour nous, en établissements de santé, cette universalité des dossiers peut être très importante compte tenu du fait qu'on veut dresser des histoires médicalementes des patients et qu'on veut connaître tout ce qu'ils prennent quand ils sont hospitalisés. D'ailleurs, l'intervention majeure qu'on fait au niveau de cette commission parlementaire, c'est la nature préventive des services qu'on voudrait rendre accessibles à la population via le réseau des CLSC. C'est, justement, ce que les gens nous rapportent quand ils vont à domicile. Vous savez qu'actuellement, dans le milieu, il y a quelques exemples de pharmaciens qui vont à domicile chez les patients voir ce que la pharmacie contient. On a une expression: parce que nos patients arrivent des fois à l'hôpital, dans les centres d'accueil ou dans les centres de jour avec leur poche de médicaments, alors on appelle ça une étude de poche. Donc, tout ce que la poche contient, on le regarde. Et c'est ce qu'il est important de pouvoir faire et de pouvoir concrétiser.

Quand un patient est hospitalisé, si on met au point un système où toutes les données relatives au patient, tant des données de santé que des données de consommation de médica-

merits, sont au point, les pharmaciens d'établissements ne pourront qu'être gagnants avec un tel système puisqu'on connaîtra au départ ce que le patient prenait chez lui.
(10 h 45)

Il faut voir aussi qu'il n'y a pas juste la consommation de médicaments prescrits qui est importante. Il y a toute la consommation de médicaments ou de produits dits en vente libre et de produits dits naturels. Vous savez fort bien que, dans les magasins de produits naturels, on vend des vitamines qui sont naturelles. Les vitamines qu'on vend en pharmacie sont tout à fait naturelles. C'est aberrant quand on regarde ça. Ces produits-là ne sont pas sanctionnés, ils sont distribués par des personnes qui n'ont aucune compétence scientifique vérifiée et validée. C'est inquiétant un peu quand on regarde ce que ça peut donner, en plus de tout ce que les patients prennent en se disant: Ce sont des produits naturels. Mais ce sont des produits naturels. La pharmacognosie, c'est une branche de la pharmacie qui est faite à partir de produits naturels; les antibiotiques, ce sont des produits naturels; la digitale, c'est un produit naturel. On pourrait vous en nommer encore, mais ce sont des produits qui ont une activité et des dangers. Dans un contexte de connaissance de dossiers complets, on ne peut pas être contre. Ce serait tout à fait...

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. Létourneau, vous voulez ajouter quelque chose?

M. Létourneau: Oui. Si on veut comparer ce qui se passe au niveau d'un centre hospitalier par rapport aux autres lieux de consommation de médicaments, c'est qu'en centre hospitalier on a le contrôle de la distribution des médicaments et, aussi, on a le contrôle de l'utilisation des médicaments qui s'illustre par le fait que chaque dose administrée au patient figure à son dossier.

Si on place ça dans un contexte hors hospitalier, on voit qu'il y a un contrôle de la distribution de médicaments. L'individu va à la pharmacie, obtient une quantité de médicaments. Mais là cesse le tout, car le contrôle de la distribution, c'est prendre connaissance de ce qu'on distribue à un individu, mais on vient de perdre l'autre partie, la suite des choses, soit comment ces médicaments seront consommés au domicile du patient.

Par exemple, un patient peut fort bien accumuler des anciens médicaments qu'il avait il y a six mois. Un tel médicament a été changé pour un autre agent thérapeutique ayant le même effet et, une fois rendu à domicile, le patient, dans sa provision de médicaments, mélange les médicaments actuels aux anciens médicaments qui ont le même effet, d'où la toxicité qui peut se déclarer et, à ce moment-là, la réhospitalisation. C'est comme ça qu'on peut voir la distinction.

C'est qu'au niveau hospitalier il y a le contrôle de l'utilisation des médicaments, et, par la suite, il y a une difficulté d'exercer ce contrôle parce qu'on n'a pas la contribution du personnel infirmier à l'extérieur, dans les familles, etc. C'est là qu'on voit toute la possibilité, de sorte que si, au niveau d'un CLSC, on établit des services pharmaceutiques où, justement, on fait l'analyse de ces provisions de médicaments des patients, on voit qu'il y a une distinction entre ce qui peut être fait au niveau du CLSC quant au contrôle de l'utilisation des médicaments par rapport au potentiel restreint d'un pharmacien qui distribue des médicaments, mais qui, par la suite, perd de vue la façon dont le patient peut les utiliser à domicile.

La Présidente (Mme Marois): Oui? Une dernière question, M. le député.

M. Trudel: Oui, Mme la Présidente. Au niveau des personnes âgées, est-ce que la gratuité nous a conduits à une surconsommation, à de l'abus?

Mme Pagé: C'est une bonne question.

M. Trudel: Je voudrais avoir une bonne réponse.

Mme Pagé: On va faire notre possible. Je pense qu'on ne peut pas faire... Ce n'est pas directement proportionnel. Il y a d'autres facteurs qui entraînent une surconsommation de médicaments et ce sont des facteurs éducatifs, je pense. On ne peut pas dire que c'est parce qu'une personne est âgée qu'elle surconsomme. Il y a des études qui vont nous montrer qu'il y a des personnes qui sont beaucoup moins âgées, mais qui n'ont pas grand-chose à faire dans la vie et, pour elles, un petit bobo, c'est un médicament, par exemple. Ce n'est pas facile de le dire. C'est sûr que la personne âgée a des pathologies multiples. Évidemment, elle va être sujette à recevoir des ordonnances de médicaments.

Je pense que ce serait trop dangereux, parce qu'il y a des gens qui ont besoin de médicaments. Ce qu'il faut faire, c'est plus de l'éducation, essayer de faire comprendre aux gens, et une hygiène de vie aussi. Vous savez, si on prend l'exemple des hypnotiques, c'est vrai que, quand on vieillit, on dort moins longtemps et les personnes âgées consomment beaucoup d'hypnotiques et beaucoup de tranquillisants majeurs qui leur sont administrés, qui leur sont prescrits pour les faire dormir. Par contre, quand une personne est âgée, si elle ne travaille plus, si elle a peu d'exercice physique, elle va s'asseoir dans sa chaise, au milieu de l'après-midi et elle va faire un petit roupillon. C'est sûr que, si le soir elle se couche à 9 heures, bien, à 3 heures du matin, elle est peut-être

réveillée et ce n'est pas parce qu'elle dort mal, sauf que c'est très facile d'ajouter un médicament.

La patiente vient voir son médecin en disant: Je me réveille à 3 heures du matin. C'est vrai que c'est bien plate de se réveiller à 3 heures du matin, mais c'est peut-être bien plus d'essayer de faire comprendre à la personne de changer ses habitudes de vie, de se coucher un peu plus tard, de prendre une marche dans la soirée ou, si elle a un chien-chien, d'aller promener son chien-chien à l'heure du souper. Elle va peut-être se coucher un peu plus tard, mais elle va dormir un peu plus longtemps la nuit. Peut-être que se réveiller à 5 heures le matin, quand on s'est couché à 10 heures le soir, ce n'est pas tragique pour une personne, mais c'est un facteur éducatif et c'est facile de surconsommer, dans ce cas-là. Je ne peux pas faire l'équation parce que ce ne serait pas juste pour les personnes âgées.

La Présidente (Mme Marois): D'accord, merci. M. le député de Matapédia, un petit commentaire?

M. Paradis (Matapédia): Oui, c'est ça, juste pour remercier mes consoeurs et confrères qui sont venus démontrer clairement, de brillante façon, le rôle fondamental du pharmacien. J'en suis très fier et je vous remercie.

Mme Pagé: Merci, M. le député.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre intéressante présentation et de votre contribution à la commission.

Mme Pagé: Merci, M. le ministre. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): J'inviterais maintenant l'Ordre des pharmaciens du Québec à se présenter à la table, s'il vous plaît. Je fais remarquer aux membres de la commission qu'on a pris un peu de retard. Je pense qu'effectivement ça évitera peut-être des questions par la suite, et c'était tout à fait intéressant, mais on va le ramasser maintenant, on va repartager le temps un peu.

Alors, M. Lafontaine, c'est bien cela? Je vous invite à présenter les personnes qui vous accompagnent et, ensuite, à procéder à la présentation de votre mémoire, une vingtaine de minutes. Nous procéderons, par la suite, à des questions et à des échanges avec vous.

Ordre des pharmaciens du Québec

M. Lafontaine (Claude): J'aimerais d'abord présenter, à ma droite, M. Alain Boisvert, secrétaire et directeur général de l'Ordre; à ma gauche, Mme Janine Matte, 1re vice-présidente;

et à côté de M. Boisvert, M. Jean-Pierre Grégoire, qui est professeur en pharmacie à l'Université Laval et président de notre comité d'inspection professionnelle. Je voudrais aussi porter à votre attention que le synopsis que je vais vous présenter résume l'essentiel de nos mémoires déjà présentés et apporte aussi un complément d'information à nos recommandations antérieures. Le temps qui m'est alloué ne pourra pas me permettre d'en faire une lecture intégrale dépendant.

Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les membres de cette commission, l'Ordre des pharmaciens du Québec a accueilli très favorablement le document intitulé "Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec", publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en avril 1989. L'ensemble de ce document fait appel à la notion de partenariat responsable à laquelle l'Ordre souscrit d'emblée. C'est d'ailleurs en réponse à la proposition du ministère que, lors de sa réunion régulière du 12 décembre dernier, le bureau de l'Ordre a adopté à l'unanimité l'énoncé de mission qui suit, et je cite: "L'Ordre des pharmaciens du Québec, dont le rôle consiste à protéger la santé du public en matière de services pharmaceutiques, entend apporter son entière coopération, à faire des pharmaciens des partenaires responsables orientés vers l'amélioration de la santé et du bien-être des Québécois, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les autres intervenants en santé."

À cette fin, l'Ordre entend poursuivre quatre objectifs, et notre présentation gravite autour de deux de ces objectifs, soit: collaborer avec les gouvernements et les autres intervenants en santé dans la recherche, l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes compatibles avec le rôle de l'Ordre, qui permettront d'améliorer la santé et le bien-être des Québécois, d'inciter ces derniers à tirer davantage profit de l'ampleur et de l'accessibilité du réseau des pharmacies communautaires et des pharmacies en établissements de santé, dans la diffusion et la mise en oeuvre de ces programmes.

En adoptant cet énoncé de mission, l'Ordre a donc pris, au nom de ses membres, l'engagement formel de contribuer de façon significative à l'atteinte de huit objectifs poursuivis par le ministère et auxquels nous avons la responsabilité de nous associer, en raison de la nature et de l'exclusivité de nos services professionnels.

Voici la liste de ces objectifs et, pour chacun, les recommandations de notre corporation: L'objectif no 1 vise à réduire de 20 % la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires, d'ici l'an 2000. À cette fin, nous recommandons que les médicaments et services pharmaceutiques dispensés dans le but de contrôler l'hypertension, le diabète et les dyslipidémies soient remboursés de façon universelle dans le cadre des program-

mes administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

L'objectif no 2 vise à arrêter la progression de la mortalité par le cancer du poumon. À cette fin, nous recommandons que les pharmacies soient utilisées dans le cadre de toute campagne d'information sur le rôle du tabac dans l'étiologie du cancer du poumon et des maladies cardiovasculaires.

L'objectif no 9 vise, en concordance avec les objectifs no 1 et no 2, à augmenter à 80 % la proportion de non-fumeurs. Pour atteindre cet objectif, l'Ordre des pharmaciens recommande que les pharmaciens s'abstiennent de vendre des produits du tabac directement ou indirectement, notamment, par personne interposée ou par l'entremise d'une personne morale, même dans les locaux adjacents à la section où ils exercent leurs activités professionnelles.

L'Ordre recommande également que les pharmacies privées soient utilisées aux fins de distribution du matériel d'information gouvernementale sur les méfaits du tabac.

L'objectif no 3 vise à réduire de 35 % la mortalité due aux traumatismes routiers. À cette fin, nous recommandons que les médicaments vendus sans ordonnance et susceptibles de provoquer de la somnolence fassent l'objet d'une étude attentive de la part des autorités gouvernementales quant à leur mode de distribution. L'Ordre rappelle à la commission que ces médicaments sont souvent cités comme cause d'accidents de la route. Nous avons déjà, d'ailleurs, émis des recommandations au gouvernement à propos du contrôle de la distribution des médicaments en vente libre.

L'objectif no 5 vise à réduire la mortalité infantile. À cette fin, nous recommandons que les comités périnataux et les CLSC s'associent à des pharmaciens afin que soient mis sur pied des plans d'intervention visant à surveiller adéquatement l'utilisation des médicaments durant la grossesse.

Les objectifs no 6 et no 8 visent respectivement à stabiliser la progression de la mortalité due au SIDA ainsi que la progression des maladies transmises sexuellement. À cette fin, l'Ordre recommande que les pharmacies privées soient utilisées aux fins d'une distribution du matériel d'information gouvernementale sur la prévention du SIDA et également dans le cadre de toute campagne d'information sur la prévention des maladies transmises sexuellement, par exemple, lors de la remise de contraceptifs oraux, de spermicides ou de condoms.

Enfin, l'objectif no 14 vise à favoriser l'autonomie des personnes âgées. Pour faciliter l'atteinte de cet objectif, l'Ordre recommande que le gouvernement retienne les services des pharmaciens sur les comités régionaux d'évaluation pour admissibilité en centre d'accueil et d'hébergement et que les pharmaciens soient intégrés aux équipes multidisciplinaires de soins à

domicile des CLSC, afin de fournir à nos aînés les services pharmaceutiques particulièrement adaptés à leurs besoins.

Nos recommandations, ainsi que vous pourrez maintenant le constater, s'accordent parfaitement avec la stratégie privilégiée par le ministre pour atteindre son but, c'est-à-dire de considérer les services selon trois aspects: l'accessibilité, la continuité et la qualité.

L'accessibilité des soins et des services constitue pour le ministère un premier moyen à mettre en oeuvre pour atteindre son but. L'accessibilité est liée à des facteurs géographiques et économiques, dans le cas des personnes âgées, les mêmes souvent liés aussi à des facteurs d'autonomie. L'accessibilité géographique ne constitue pas un problème. Notre profession possède, à l'intérieur de son réseau de 1400 pharmacies privées, ainsi qu'au sein du réseau public d'établissements de santé, un nombre et une répartition territoriale de pharmacies adéquats.

D'autre part, le pharmacien est reconnu comme le professionnel de la santé qui établit les contacts les plus constants avec les patients et, en pratique privée, il est presque toujours le dernier professionnel de la santé à intervenir avec le patient avant sa prise de médication. Cette grande disponibilité du pharmacien est unique parmi les professionnels de la santé. Nous croyons, pour cette raison, que le réseau québécois des pharmacies privées devrait être considéré comme un prolongement du réseau public des établissements de santé et mis à contribution, comme tel, par le ministère, notamment dans ses programmes de prévention et d'éducation sociosanitaire.

L'accessibilité économique, quant à elle, nous apparaît plus problématique. Les orientations ministérielles réitèrent la volonté du gouvernement d'assurer l'accessibilité des services médicalement requis. L'Ordre des pharmaciens souscrit entièrement à cette politique. Cependant, nous savons tous qu'un nombre important de services médicalement requis trouvent leur aboutissement dans l'ordonnance de médicaments.

(11 heures)

Or, le système peut-il se payer le luxe de dépenser des sommes importantes à diagnostiquer des maladies si les traitements prescrits ne sont pas suivis par les patients ou sont mal suivis, comme c'est trop souvent le cas? Il est bien établi, aujourd'hui, que l'inobservance de certains traitements médicamenteux conduit non seulement à un échec coûteux, mais s'avère souvent responsable d'hospitalisations encore beaucoup plus coûteuses.

L'Ordre des pharmaciens croit qu'au plan de l'accessibilité économique aux services pharmaceutiques des barrières économiques subsistent présentement et entravent l'accès à des traitements médicamenteux essentiels. En effet, il est

prouvé qu'un bon nombre d'hypertendus, de diabétiques et de dyslipidémiques ont tendance à négliger leur traitement souvent à cause de facteurs économiques. Or, un contrôle inadéquat de ces maladies résulte inévitablement en une dégradation de la santé de ceux qui en sont atteints, celle-ci s'effectuant la plupart du temps à leur insu, puisque ces complications se développent souvent à bas bruit.

La morbidité et le caractère irréversible de certaines de ces complications conduisent inévitablement l'État à assumer le coût de traitements médicaux et chirurgicaux beaucoup plus coûteux que les médicaments initialement chargés de les prévenir.

Présentement, le programme de médicaments et de services pharmaceutiques du ministère ne garantit un accès gratuit à ces biens et services qu'aux personnes âgées de plus de 65 ans et aux bénéficiaires de l'aide sociale. L'Ordre estime donc qu'il est de son devoir de vous faire part que le gouvernement tirerait de grands avantages à redéfinir son programme de médicaments et de services pharmaceutiques, s'il veut bien atteindre son objectif no 1, qui vise à réduire de 20 % la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires.

Cette redéfinition que nous recommandons ferait en sorte que l'État prendrait totalement à sa charge les médicaments utilisés pour traiter l'hypertension, le diabète et les dyslipidémies chez l'ensemble des porteurs de ces trois facteurs de risques majeurs de maladies cardio-vasculaires. Une telle mesure aura, selon nous, une influence considérable sur la fidélité du bénéficiaire à son traitement médicamenteux et permettra de prévenir les complications tardives et fort coûteuses associées à ces maladies.

Nous croyons donc qu'à long terme cet investissement s'avérera non seulement bénéfique à la santé et au bien-être des Québécois, mais également à l'économie même du système de santé. Mais n'allez pas croire que l'Ordre des pharmaciens du Québec soit insensible à la nécessité, pour le gouvernement, de contenir les coûts des services de santé. C'est pourquoi nous recommandons que des mesures de contrôle déjà reconnues efficaces tant sur le plan économique que sur la qualité des soins, comme les procédures de revue d'utilisation des médicaments, soient simultanément implantées. D'ailleurs, le gouvernement fédéral américain envisage l'enchâssement de telles procédures dans ses propres programmes pharmaceutiques.

D'autre part, afin que le gouvernement puisse respecter les contingences budgétaires auxquelles le système continuera à faire face, l'Ordre recommande fortement au ministère que des mesures plus restrictives telles que la limitation de la durée de traitement assurée puissent être appliquées aux médicaments susceptibles de faire l'objet de surconsommation.

Mme la Présidente, l'Ordre vise clairement les médicaments reconnus pour leur efficacité

dans le traitement symptomatique de l'anxiété et de l'insomnie, mais qui ne doivent être utilisés que sur une courte période de temps à cause de leur potentiel élevé de causer de l'accoutumance et de faire alors l'objet de surconsommation. En préconisant la limitation de leur durée de traitement assurée, chez les patients non psychiatriques évidemment, l'Ordre estime que le gouvernement va favoriser une utilisation plus rationnelle de ces médicaments et une réduction des coûts directs et des coûts liés aux traitements des toxicomanies médicamenteuses engendrées par leur mauvaise utilisation. Tout en réallouant ses coûts immédiats et à long terme, le ministère favorisera en même temps une meilleure qualité de vie et un meilleur bien-être des Québécois.

Je passe à la page 7. Quant aux services aux personnes âgées, par respect et reconnaissance pour celles-ci, il nous apparaît important d'insister sur le maintien de leur accessibilité entière aux médicaments et aux services pharmaceutiques. Toutefois, compte tenu d'une plus grande vulnérabilité des personnes âgées aux effets secondaires toujours possibles de leur médication, la rationalisation et le suivi méticuleux de leur thérapie médicamenteuse s'avèrent des facteurs essentiels au maintien à domicile de cette clientèle particulière. Autrement, l'hébergement ou même l'hospitalisation prématurée de personnes âgées, consécutive à l'absence ou à un mauvais suivi de leur médication, risque d'occasionner des coûts inutiles pour le système. Or, compte tenu de la disponibilité des pharmaciens et de leur grande accessibilité, aucun professionnel de la santé n'est mieux placé que lui pour prévenir ces coûts; encore faut-il que le système de santé soit préparé à accepter ses interventions.

Dans son document d'orientation, le ministère accorde beaucoup d'importance à la continuité des services pour atteindre son but. Or, aussi curieux que cela puisse paraître, il existe peu de continuité entre les services pharmaceutiques dispensés dans les établissements du réseau et ceux fournis dans les pharmacies privées. Cette situation ne peut être attribuée qu'à l'absence d'un système de communication bien structuré entre les deux réseaux et sur lequel il est urgent de se pencher. De façon similaire, la communication entre médecins et pharmaciens mérite d'être améliorée afin d'assurer les patients d'une meilleure qualité de soins.

En effet, en vertu du droit du patient à l'excellence en matière de services médicaux et pharmaceutiques, l'échange d'information entre ces deux professionnels ne doit subir aucune entrave lorsqu'il s'agit pour eux de connaître les conditions physiopathologiques d'un patient et son profil pharmacothérapeutique. C'est pour ces raisons que l'Ordre se réjouit de l'intérêt du ministère pour la carte santé. Le principal avantage qu'elle offre au pharmacien se situe au

niveau de la circulation d'une information essentielle à la dispensation de services de qualité. Cette carte permettra aussi au ministère d'évaluer les effets à long terme des services médicaux et pharmaceutiques sur l'amélioration de la santé des Québécois.

L'Ordre prône l'usage d'une carte informatisée compatible avec les systèmes et les logiciels pharmaceutiques. L'information contenue dans les dossiers patients tenus en pharmacie doit y être incorporée. Pour pouvoir exercer son jugement et jouer correctement son rôle, le pharmacien doit cependant avoir accès, dans le respect de la confidentialité due au patient, à toute l'information médicale contenue dans une telle carte dont il peut avoir besoin. L'Ordre offre à l'État son concours pour expérimenter et mettre au point la carte santé.

Quant à la formule des OSIS, l'Ordre se montre ouvert à son expérimentation. Toutefois, ainsi que nous l'avons déjà mentionné, puisqu'un nombre important de services médicalement requis trouvent leur aboutissement dans l'ordonnance de médicaments, nous voyons mal la validité d'une telle expérimentation sans complète intégration des services pharmaceutiques.

La qualité des soins et des services constitue pour le ministère le troisième moyen à privilégier pour atteindre son but. Les ordres professionnels ont un rôle majeur à jouer à propos de la qualité des services offerts par leurs membres. Les professionnels ainsi que les établissements qui les engagent doivent donc se doter de mécanismes d'assurance de la qualité et, surtout, pouvoir la mesurer. Les dispositions du Code des professions prévoient d'ailleurs cette fonction qu'elles confient au comité d'inspection professionnelle. À notre avis, c'est par le truchement de ces comités que les professionnels peuvent encore le mieux améliorer et mesurer la qualité de leurs services.

Pour sa part, l'Ordre des pharmaciens a modifié considérablement le fonctionnement de son comité d'inspection professionnelle, dans le but d'aider les pharmaciens à optimiser leur pratique. De plus, l'Ordre a toujours cherché à faciliter la meilleure transparence possible à propos de ses activités. C'est ainsi qu'un de ses administrateurs nommé par l'Office des professions, à notre bureau, est également invité à siéger à notre comité d'inspection professionnelle, à titre de représentant du public. C'est en maintenant cette transparence que le comité de discipline de l'Ordre a pu aussi maintenir sa bonne réputation. En effet, notre corporation n'utilise aucun mécanisme d'examen préliminaire des plaintes, préférant plutôt les acheminer toutes directement au bureau du syndic.

L'assurance de la qualité et de l'efficacité dans les soins de santé doit maintenant tenir compte de l'engouement actuel des Québécois pour les médecines dites douces ou alternatives. L'Ordre est toutefois d'avis que l'acceptation de

cette expression "médecine douce" ou "médecine alternative" constituerait une erreur en soi qui ne contribuerait qu'à alimenter une plus grande confusion. À notre sens, il n'existe ni médecine douce, ni médecine dure. Il n'existera toujours qu'une seule médecine: c'est celle capable d'allier science et art dans la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies. Toutefois, l'Ordre ne s'oppose pas à l'utilisation des expressions "thérapie douce" ou "thérapie alternative", ni à ce que le gouvernement envisage le recours à certaines de ces thérapies. L'approche de l'État et des corporations professionnelles devra cependant être prudente, car il serait inapproprié de traiter toutes ces thérapies sur le même pied. Certaines de ces thérapies se réfèrent à une expérience clinique crédible, quoique mal documentée et souvent encore anecdotique. Nous recommandons qu'elle soit étudiée avec ouverture d'esprit, sans pour autant abandonner la rigueur intellectuelle, qui doit servir de base à l'encadrement réglementaire de toute forme de thérapie. D'autres de ces thérapies ne semblent toutefois reposer que sur de pures spéculations et devront être publiquement identifiées comme telles.

Nous tenons à signaler que plusieurs des pratiques visées font appel à des biens assimilables à des médicaments: préparation naturopathique, herboristerie, homéopathie, oligo-éléments, etc. Nous sommes d'avis que les mécanismes de contrôle réglementaire de la distribution de ces produits devraient respecter le modèle proposé par l'Ordre dans son mémoire intitulé "Pour une politique québécoise de distribution des médicaments", et qui est présentement à l'étude par l'Office des professions.

Enfin, nous tenons à insister sur le fait que tous les individus engagés dans la dispensation de quelque forme de thérapie que ce soit devraient avoir à se prêter aux exigences normatives prévues au Code des professions. Quant à la publicité entourant la pratique des thérapies alternatives, elle devrait également être soumise aux mêmes normes réglementaires que celle qui touche aux services des professionnels de la santé.

Avant de conclure, nous aimerions ajouter, à propos des ressources humaines, que pour favoriser l'échange et l'interdisciplinarité souhaitée par la commission Rochon, l'Ordre recommande que certaines modalités de traitements médicamenteux deviennent des actes à partage restreint entre le médecin et le pharmacien, ce consentement mutuel des deux professionnels, comme le permet déjà l'État de Washington.

Quant aux établissements, puisque c'est l'intention du gouvernement de voir les CLSC jouer un rôle de premier plan dans la coordination locale des services, il nous semble que, dans un but de continuité et d'efficacité interdisciplinaire, des services pharmaceutiques devraient être incorporés à la gamme des services offerts

par les CLSC. Nous recommandons donc que l'article 122 de l'avant-projet de loi soit amendé pour respecter nos recommandations.

D'autre part, la contribution des pharmaciens aux DSC est déjà établie. Elle permet, notamment, d'atteindre certains objectifs de santé liés à la rationalisation de l'usage des médicaments. Afin de favoriser l'interdisciplinarité au sein des DSC, l'Ordre recommande que le mode de rémunération, salariat ou paiement par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, soit uniformisé pour tous les professionnels de la santé y oeuvrant. Par conséquent, nous recommandons que l'article 132 de l'avant-projet de loi soit modifié en ce sens.

Enfin, une réforme introduite par le législateur via la loi 27, en 1982, a conduit les pharmaciens à siéger au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements. Cette réforme confirmait le statut clinique du pharmacien au sein des établissements. Conformément à l'une des principales recommandations de l'Ordre, dans son mémoire de 1981 sur la loi 27, l'Ordre recommande à nouveau que l'article 121 de l'avant-projet de loi soit modifié pour que les départements de pharmacie des établissements de santé soient reconnus comme des départements cliniques.

D'autre part, en regard des régies régionales, l'Ordre ne s'oppose pas à une décentralisation pourvu que celle-ci n'entraîne ni l'accessibilité, ni la continuité, ni la qualité des services désirées par le ministère à l'intérieur d'une région ou d'une région à l'autre.

Quant à la recherche, l'Ordre est évidemment d'accord avec les orientations ministérielles à ce sujet. Nous suggérons, entre autres, l'instauration de programmes de recherche en pharmacie sociale, discipline qui s'intéresse à l'épidémiologie, à l'économie et aux déterminants de l'usage des médicaments.

Mme la Présidente, depuis 1972, les pharmaciens du Québec ont considérablement amélioré leurs services. Ce n'est d'ailleurs pas pour rien que quatre enquêtes Gallup successives ont constamment démontré que c'est au Québec que les gens font le plus confiance aux connaissances de leurs pharmaciens pour discuter de leurs médicaments d'ordonnance, d'un médicament en vente libre ou même d'un problème de santé, ce qui explique que 85 % des patients demeurent fidèles à leur pharmacien.

(11 h 15)

Les résultats de ces sondages témoignent de l'évolution de la pharmacie québécoise. Or, cette évolution ne s'est pas faite au hasard. Bien au contraire, elle a résulté d'une suite de décisions importantes prises depuis 1972, sur nos recommandations, par nos législateurs qui ont su démontrer l'ouverture d'esprit nécessaire pour adopter, en matière de services pharmaceutiques, les mesures capables de favoriser une plus grande protection de la santé des Québécois dans le

respect de leurs droits et de leurs intérêts les meilleurs.

L'Ordre des pharmaciens du Québec et la profession pharmaceutique dans son ensemble entendent continuer à jouer un rôle de premier plan en matière de santé au Québec, et c'est essentiellement le sens qu'il faut donner à nos recommandations. Nous sommes confiants que nos commentaires et recommandations sauront recevoir une fois de plus l'approbation du gouvernement.

En terminant, nous voulons assurer le gouvernement et la société québécoise que les pharmaciens veulent être les partenaires responsables que souhaite le ministère de la Santé et des Services sociaux et contribuer de façon significative à l'amélioration de la santé et du bien-être de tous les Québécois. Je vous remercie de votre bienveillante attention.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. On est dans des premières, ce matin, fort intéressantes, puisque vous êtes le premier groupe qu'on entend - et on est rendu à quel-que 70...

La Présidente (Mme Marois): Le 74e groupe ce matin.

M. Côté (Charlesbourg): ...74e - vous êtes les premiers à aborder et à présenter votre mémoire en fonction des objectifs sur le plan des orientations. Je tenais à le souligner parce que, d'abord, ça va réjouir mon monde. Ils vont dire: il y en a au moins un groupe qui a pris la peine de lire tout ça et, compte tenu du travail qu'on a fait, qui a fait des commentaires en fonction des objectifs qu'on voulait donner à la réorganisation de la santé.

À la page 15, vous questionnez l'article 160. Si je tire une bonne conclusion de ce que vous dites, l'article est peut-être désuet. Pour moi, la question est simple. On en a discuté avec ceux qui vous ont précédés. Qu'est-ce qu'il faudrait avoir comme article et qu'est-ce qu'il faudrait ajouter pour qu'il ne le soit pas?

M. Lafontaine: Quand... Je pense que même un médicament en état de recherche... Je vais vous donner un exemple. Une pellicule photographique que vous achetez dans un magasin, est-ce que c'est une photo? Ce n'est pas une photo, ça. C'est une pellicule photographique. Pour que ça devienne une photo, il faut que ça soit exposé à la lumière. Ça prend quelqu'un qui connaît ça. Ça prend un expert pour développer le film et ça va prendre un expert pour imprimer la photo. Il y a trois étapes. Pour qu'un produit pharmaceutique qui est sur la tablette du fabricant ou qui est

sur la tablette du pharmacien dans son officine ou à l'hôpital devienne un médicament et non pas un poison, il va falloir qu'il soit bien évalué par la compagnie. Il va falloir que la compagnie puisse dire aux pharmaciens et aux médecins: Voici ce produit. Ses indications sont telles. Ses contre-indications sont telles. Ses interactions avec d'autres choses, avec d'autres médicaments sont telles, avec des aliments, sont telles. Ses effets secondaires sont tels. Une fois qu'on connaît tous ces paramètres, on peut gérer l'utilisation du produit. Mais tant qu'on n'en connaît pas les paramètres, on ne peut pas gérer les indications du produit, les utilisations du produit.

Alors, à ce moment-là, les produits qui sont en recherche... Ah oui, ça c'est le rôle de la compagnie. Le médecin doit le prescrire avec toute connaissance de la cause, connaissant bien le diagnostic de son patient. Le pharmacien, c'est lui qui connaît les interactions et toutes ces choses-là. C'est lui qui joue avec ça, la gestion du produit chez l'individu connaissant ses paramètres physiopathologiques. Et, finalement, au bout de la ligne, ça a des bonnes chances de devenir un médicament. Le risques que ça devienne un poison sont amoindris. Un médicament de recherche est un médicament qui n'est pas encore tout à fait connu. Alors je pense que c'est important qu'il passe par la pharmacie, que la gestion de tous les médicaments de recherche passe par la pharmacie parce que c'est le pharmacien qui a le dossier pharmacothérapeutique du patient. Et je pense que c'est la raison pour laquelle...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, O.K. Si vous insistez pour nous le dire de cette manière-là, est-ce que je dois tirer la conclusion que ce n'est pas le cas aujourd'hui?

La Présidente (Mme Marois): Est-ce que votre collègue veut intervenir aussi sur un complément de réponse, peut-être?

M. Boisvert (Alain): Peut-être ajouter un complément et également répondre à la seconde question de M. le ministre Côté. Je crois, comme M. Lafontaine le mentionnait, que l'élément de réforme le plus important à apporter à l'article 160, en ce qui concerne le contrôle de l'utilisation des médicaments de recherche, est de spécifier dans l'article 160 que ces médicaments sont, comme l'ensemble des médicaments utilisés dans le centre hospitalier, confiés... doivent être supervisés par le chef du département de pharmacie. Ça ne se fait pas présentement dans l'ensemble des établissements en ce qui concerne les médicaments de recherche. Dans beaucoup de cas, on confiera spontanément au pharmacien la responsabilité de contrôler l'usage de ses médicaments, mais dans beaucoup de centres également ces médicaments sont envoyés directe-

ment à l'équipe de recherche et sont parfois placés sous le contrôle d'une technicienne ou d'une infirmière de recherche ou du chercheur lui-même. Alors, il n'y a pas d'uniformité présentement. Nous considérons que les pharmaciens sont les mieux qualifiés pour contrôler l'usage des médicaments dans l'établissement, et ce contrôle devrait s'étendre aux médicaments de recherche.

D'autre part, d'une façon corollaire, ce rôle du pharmacien serait certainement facilité par la confirmation du statut de département clinique ou département de pharmacie. Il existe parfois un rapport de force auquel vous faisiez allusion, M. Côté, dans la présentation qui nous a précédés, qui peut intervenir ici. Si on veut confier au pharmacien la responsabilité ultime de contrôler les médicaments, la confirmation de son statut clinique ou du statut clinique de son département serait d'une assistance considérable.

M. Côté (Charlesbourg): Ça m'intéresse beaucoup, parce que j'ai été personnellement profondément choqué de l'expérience que j'ai vécue parce qu'on a été mis devant une situation de fait où le ministère n'a même pas eu à autoriser l'expérience. Et tu te retrouvais dans une situation où la conclusion de l'essai, c'était positif. Et, moi j'ai dit: Il va falloir faire faire des choses, changer des choses. C'est pour ça que je suis heureux de la conversation et des suggestions, parce que ce sont des choses très intéressantes et il faut y mettre de l'ordre. Moi, ça m'apparaît extrêmement important, toujours au profit du bénéficiaire. Et si on a créé un comité de pharmacologie pour être capable de faire l'analyse et de reconnaître un certain nombre de choses sur le plan de la liste des médicaments, il me semble qu'on a reconnu là que les pharmaciens avaient un rôle extrêmement important à jouer sur la détermination d'une liste de médicaments qui allait être reconnue, donc, qui était payable et qui était payée. Je trouve ça... Ça précise davantage ce que je voulais savoir sur le plan du lien. Ce que vous nous dites, c'est qu'on est quand même mieux placés que bien du monde, que même un chercheur, parce que, évidemment, le lien chercheur et compagnies, il est aussi assez intime. En règle générale, quand tu fais une recherche, c'est pour prouver quelque chose. Et quand la compagnie la finance, c'est pour prouver aussi, c'est ce que j'ai compris. Au-delà de tout ça, je pense que votre rôle neutre permettrait davantage d'en arriver à des solutions heureuses. À ce niveau-là, j'ai bien pris le message.

M. Lafontaine: L'expression du "rôle neutre".

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui. Là, ce sont les fleurs. Le pot, il s'en vient tantôt; je le garde pour la fin.

M. Lafontaine: Merci.

La Présidente (Mme Marois): Prenons-le en passant.

M. Côté (Charlesbourg): À la page 6, vous évoquez dans le paragraphe premier et le troisième paragraphe en particulier... Vous dites: L'Ordre vise clairement des médicaments reconnus pour leur efficacité dans le traitement symptomatique de l'anxiété, de l'insomnie, etc. Bon, donnons des noms de médicaments: Vaiium.

M. Lafontaine: Oui, oui, les mêmes autres: Vaiium, Halcion, Ativan.

M. Côté (Charlesbourg): Ativan. Moi, on m'a dit - je n'en prends pas, donc, je n'ai pas d'effet ou d'expérience personnelle que je peux mettre sur la table - que certains de ces médicaments, après huit jours, n'avaient plus aucun effet. Ce n'est pas... et ça vient de la parenté proche des pharmaciens.

M. Lafontaine: C'est ça. On pourra laisser un comité d'experts se pencher là-dessus, mais je pense quand ils seront rendus à 21 jours, ils auront probablement atteint le maximum.

M. Côté (Charlesbourg): C'est entre 8 et 21, parfait.

M. Lafontaine: Disons, on s'entend bien là-dessus.

M. Côté (Charlesbourg): Disons 21.

M. Lafontaine: Il y a beaucoup d'avantages, je pense. Il y a un avantage économique, mais ce n'est pas toujours l'avantage économique qu'il faut mettre prioritaire. Comme administrateur d'un ministère peut-être, mais on parle d'orientations du gouvernement, on pense à la santé et au bien-être des Québécois. Les autres avantages sont encore probablement supérieurs. Quand vous avez des personnes âgées qui prennent des médicaments et qui sont confuses à un moment dorme, qu'est-ce que les intervenants font? On les héberge. La solution, ce n'était pas l'hébergement, c'était de gérer la prise médicale, le médicament. Quand vous avez des gens qui prennent la route et qui ne sont pas trop, trop au courant des effets secondaires de ces médicaments-là, ou qui en abusent et qui prennent un peu d'alcool par hasard, bon, bien ça fait des accidents de la route. C'est encore le gouvernement qui paie la note au bout.

Les toxicomanies, on y fait face. Je comprends que, si on diminue le risque de toxicomanie en étant un peu plus sévère sur le renouvellement... C'est ce qu'on recommande ici, de ne pas renouveler automatiquement un anxiolytique ou un médicament utilisé pour l'insomnie, comme

la Régie de l'assurance-maladie du Québec n'autorise pas le paiement d'un renouvellement de narcotique. Dans le domaine des narcotiques, il n'y a pas tellement d'abus non plus qui se passent. Alors, on pense que ça va avoir un incitatif négatif sur la consommation. Les avantages positifs de ça, c'est de réduire les hébergements et possiblement les hospitalisations. Quand une personne âgée est intoxiquée au benzodiazépine, qu'elle s'écrase, qu'elle se casse la hanche, vous savez à peu près ce que ça coûte ensuite à l'État.

On essaie de trouver une solution qui apporte une épargne dans l'immédiat, mais qui, à long terme, va apporter des épargnes beaucoup plus substantielles.

M. Côté (Charlesbourg): Mais, ce que je suis heureux de constater, c'est que, peu importe si c'est 8 ou 21, ça a une limite.

M. Lafontaine: Oui, ça a une limite, définitivement.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, on n'est pas dans une situation aujourd'hui où on limite la consommation. C'est une consommation presque annuelle, à l'année et, à ce moment-là, il y a des effets...

M. Lafontaine: Oui, mais on pourrait limiter la prescription, dans le cas des hypnotiques, à disons - on mettra un comité d'experts là-dessus - 21 jours pour les hypnotiques, et à 30 jours, non renouvelable, pour un anxiolytique utilisé durant la journée. Si le type doit passer chez le médecin, il a déjà un incitatif négatif. C'est ce que l'on vous suggère clairement.

M. Côté (Charlesbourg): C'est une très bonne suggestion. Vous avez abordé la thérapie douce et la thérapie alternative.

M. Lafontaine: Elles sont entre guillemets. Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui. Je vous comprends. Évidemment, votre propos est de dire, et ceux qui vous ont précédé ont dit la même chose: Ça se retrouve un petit peu partout maintenant, et les gens l'adoptent de plus en plus. C'est un vécu. Ça commence à entrer dans les moeurs de consommation. Ce que vous nous passez comme message, c'est qu'il y a peut-être autant d'effets nocifs sur certains de ces produits qu'il y en a sur d'autres produits et qu'il nous faut donc les contrôler. C'est ce que vous nous dites comme message? Moi, je suis d'accord.

M. Lafontaine: C'est-à-dire qu'on en parle ici...

M. Côté (Charlesbourg): Mais pour tes

contrôler...

M. Lafontaine: Nous, on s'en réfère à l'Office des professions, parce qu'on a soumis à l'Office de professions une politique avec des annexes de médicaments, mais on voulait vous en faire part.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça. Mais, pour les contrôler, il va falloir les reconnaître, et les reconnaître ne veut pas nécessairement dire les assurer.

M. Lafontaine: Ah non, non, non!

M. Côté (Charlesbourg): Non, mais je comprends. Évidemment, c'est un débat. Le prochain débat, ça va être celui-là, la thérapie douce ou alternative. On a annoncé une commission parlementaire. On va la situer à un certain moment donné, et c'est pour ça que je vous pose la question: Est-ce que c'est votre avis? Si on doit les contrôler, il faut donc les reconnaître et on aurait avantage, donc, à les contrôler. C'est ce que je comprends du point de vue de gens qui sont des spécialistes de ces produits-là, sur le plan de l'analyse et des conséquences de la consommation de ces produits-là.

La Présidente (Mme Marois): Oui?

M. Boisvert: En ce qui concerne les thérapies qu'on appelle douces, M. le ministre et Mme la Présidente, il faut distinguer, à l'intérieur de ces thérapies, à la fois les biens et les services. Certains biens - on y a référé dans notre mémoire - sont des biens assimilables à des médicaments; certains d'entre eux, quoique l'expérience à l'heure actuelle avec ces produits ne soit qu'anecdotique, semblent présenter certains effets. Il y a donc là une piste qu'il faut investiguer. Si cette investigation est positive, ça mènera à une reconnaissance de ces produits comme des médicaments. Il y a certains autres produits, par exemple, qui ne reposent que sur de la pure spéculation, et il faudra les identifier publiquement. Il faudra donc qu'on regarde l'ensemble de ces produits-là, qui sont utilisés au sein des thérapies douces, et qu'on y applique, finalement, les mêmes critères que ceux qui nous mènent à la reconnaissance de statut de médicament à une substance particulière. Je ne pense pas qu'on puisse faire l'exercice d'une autre façon que celle-là. Il faut faire preuve d'ouverture d'esprit.

Comme M. Lafontaine le spécifiait plus tôt, on ne doit plus rejeter d'emblée, je pense, en 1990, ces thérapies-là. L'expérience antérieure dans le domaine de l'acupuncture, par exemple, ou dans le domaine de la chiropratique a démontré que certaines thérapies qui, à un moment donné de l'histoire, sont identifiées comme marginales, peuvent apporter une contribution au

système de santé. Cependant, je n'irais pas jusqu'à affirmer que l'ensemble de ces thérapies qui nous sont proposées aujourd'hui doit être intégré à l'intérieur de notre système de santé. C'est le propos que nous tiendrons, si nous y sommes invités, lors de la commission parlementaire sur les médecines douces.

M. Côté (Charlesbourg): Soyez sûr d'une chose, c'est que, si je suis encore là, je retiens que vous serez des participants à la commission parlementaire. Vous allez pouvoir nous donner un éclairage neutre.

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Côté (Charlesbourg): Non. Je finis.

La Présidente (Mme Marois): Une dernière (11 h 30)

M. Côté (Charlesbourg): Oui, une dernière. Une dernière, parce qu'elle m'apparaît importante dans le contexte actuel. Comme on s'adresse à la corporation, à des gens neutres, comment est-ce qu'on fait la distinction entre un homme d'affaires et un pharmacien?

M. Lafontaine: Très bonne question. Le pharmacien, c'est celui qui gère-

Une voix:...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lafontaine: Le pharmacien, tel qu'il est préparé à l'université, c'est celui qui gère la consommation de médicaments chez les gens. Les gens de TAPES en ont parié tout à l'heure. Le médicament a sa connotation propre, et le même médicament, donné à un adulte en santé de 40 ans ou à une personne souffrant d'insuffisance rénale de 70 ans, n'a pas, au bout de la ligne, le même effet. C'est pour ça que je vous disais tout à l'heure que le produit pharmaceutique peut se transformer en médicament ou en poison selon qu'il est bien utilisé ou pas. C'est le rôle du pharmacien.

Il joue son rôle à l'intérieur de ce que nous appelons la "section professionnelle" qui est, elle-même, située à l'intérieur d'un grand établissement. Dans ce grand établissement, il se vend toutes sortes de choses dont du tabac, ce que nous déplorons grandement. D'ailleurs, nous pensons que le bureau de l'Ordre va accepter la recommandation de considérer comme dérogatoire au code d'éthique des pharmaciens de vendre du tabac, même dans la partie commerciale adjacente à la partie professionnelle à l'intérieur de son établissement.

En 1972, à peu près, les pharmaciens

avaient demandé des murs pleins pour faire la distinction entre la partie professionnelle et la partie commerciale. C'était un compromis qui a eu lieu, à ce moment-là, avec le législateur, parce qu'il y avait eu des pressions de certains pharmaciens, même si la majorité des pharmaciens avaient demandé des murs pleins pour faire la distinction. Alors, il y a eu compromis et on a, aujourd'hui, ce mur qui est tout à fait virtuel parce que, si vous entrez dans une pharmacie, vous allez avoir de la misère à le trouver et puis on ne veut pas...

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que vous diriez que c'est le volume qui a gagné sur le nombre?

M. Lafontaine: Le volume d'affaires.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci.

La Présidente (Mme Marois): Oui? Vous voulez ajouter un complément de réponse et madame aussi.

M. Boisvert: Oui. En tant que secrétaire de la corporation, je peux peut-être vous proposer quelques statistiques sur nos membres, distinguer ceux qu'on peut qualifier d'hommes d'affaires de ceux qu'on peut qualifier de professionnels, quoique beaucoup de ceux qu'on qualifie d'hommes d'affaires sont également des professionnels, et je tiens à insister là-dessus.

L'Ordre des pharmaciens compte 4500 membres et, là-dessus, 1200 sont des propriétaires de pharmacie. Ce sont les seuls entrepreneurs privés, ce sont les seuls qu'on peut vraiment qualifier de gens d'affaires. C'est donc une minorité importante, on le concède, mais une minorité au sein de notre profession. L'encadrement professionnel qui est rattaché à cette profession est extrêmement sévère. Il pose beaucoup de problèmes à ces gens sur le plan strictement affaires. On leur a imposé, entre autres, de distinguer une section professionnelle à l'intérieur de leur établissement, ce que d'autres provinces nous envient. La commission Lowy, en Ontario, recommande, entre autres, que ce qui existe au Québec depuis 1974 en termes de distinction des services professionnels ou entre la partie professionnelle de la pharmacie et la partie commerciale soit instauré en Ontario.

Il existe donc une certaine distinction. Les mécanismes prévus par le Code des professions, qui sont ceux du recours au syndicat, de l'inspection professionnelle, etc., et les exigences en termes de formation continue sont les mêmes. Alors, on insiste véritablement sur l'aspect

professionnel.

Malheureusement, comme ces aspects ne peuvent être publicisés, ce qui ressort aux yeux du grand public, c'est la section commerciale, sur laquelle on peut faire de l'annonce. Ça ne doit pas nous faire perdre de vue que s'exercent dans ces officines des activités professionnelles très bien encadrées.

La Présidente (Mme Marois): Mme Matte?

Mme Matte (Janine): Oui. Je voulais justement dire, pour continuer ce que M. Boisvert disait, que je pense que votre ministère a justement reçu un rapport de l'équipe Dumas de l'école de pharmacie de l'Université Laval, qui avait fait faire des interventions par des pharmaciens, dans des pharmacies communautaires, sur les analyses de profil de médicaments de gens. Les pharmaciens avaient trois possibilités: la possibilité de dire d'augmenter, d'ajouter un médicament dans les types d'intervention; la possibilité de dire de garder le statu quo; la possibilité de dire de cesser le médicament.

Donc, pour le pharmacien propriétaire, dire de cesser le médicament, ça veut dire pour lui de ne plus vendre ce médicament. À notre grande surprise, les pharmaciens, en grande majorité, ont choisi de dire de ne plus vendre, de ne plus utiliser le médicament. Votre ministère a justement reçu ça, et c'était en milieu communautaire. Donc, je pense que les pharmaciens ont un aspect qui est peut-être vu par le public comme étant des vendeurs de médicaments, mais quand on leur donne la chance de le prouver, ils sont vraiment très professionnels.

M. Côté (Charlesbourg): Mais ce que j'ai compris, c'est surtout: Au prix qu'on paie, il n'y a pas grand argent à faire. C'est ce que M. Paradis m'a dit, puisqu'il en a, des pharmacies, lui. Alors...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Matte: C'est ça, exactement. Peut-être qu'il y aurait lieu de bonifier des actes de la sorte.

M. Côté (Charlesbourg): Et avoir un prix plus clair sur le prix moyen, le prix le plus haut, le prix modulé. Il faudrait peut-être regarder ça aussi un peu avec les compagnies.

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

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Merci de votre présentation. Il y a effectivement des aspects de différents problèmes auxquels nous sommes confrontés dans notre système de santé et de services sociaux qui nous sont ici présentés

en termes de recommandations sous un nouvel angle, c'est-à-dire la santé et le bien-être d'abord, et comment on peut arriver à atteindre ces objectifs. Vous vous êtes vous-mêmes engagés sur (a voie de la première question que j'allais vous poser au sujet du rôle des pharmacies en établissement, lit, vous êtes d'une très grande habileté dans votre présentation, quant à l'objectif 9 visant à augmenter à 80 % la proportion des non-fumeurs; vous dites: "L'Ordre des pharmaciens recommande que les pharmaciens s'abstiennent de vendre des produits du tabac." Alors là, pour être clair, si le gouvernement, si le ministre intervient et défend la vente du tabac dans les pharmacies et même dans la partie qui ne renferme pas les produits pharmaceutiques eux-mêmes, vous êtes d'accord avec cela, vous allez respecter cela?

M. Lafontaine: Disons que présentement, comme Ordre des pharmaciens, nous devons reconnaître que nous n'avons aucune juridiction sur les activités d'un pharmacien dans la partie commerciale de son établissement; deuxièmement, l'Ordre recommande depuis plusieurs années à ses membres de ne pas vendre de tabac, même dans la partie commerciale, et félicite même publiquement les pharmaciens-propriétaires qui ne vendent pas de tabac actuellement. Parce qu'il y en a. L'Ordre étudie très sérieusement la possibilité d'enchâsser dans son code de déontologie que le fait, pour un pharmacien, de vendre du tabac dans la partie commerciale, c'est-à-dire la partie adjacente à la partie professionnelle, constitue un acte dérogatoire à l'éthique professionnelle. Le mécanisme étant enclenché, si ça arrive sur la table du Conseil des ministres un jour, nous comptons sur les ministres de la Santé, des Corporations et de la Justice pour appuyer notre projet et le faire passer par le Conseil des ministres. Vous pouvez être certains de ça. Nous souhaitons être capables d'acheminer ceci d'ici six mois.

M. Trudel: Et vous allez féliciter le ministre qui passera cette législation?

M. Lafontaine: Nous allons féliciter le gouvernement.

M. Trudel: Le message, j'espère, sera reçu et nous verrons dans les six prochains mois ce qu'il adviendra de votre recommandation qui, là, est très, très claire.

Je voudrais revenir sur un autre aspect, bien sûr, de votre mémoire en ce qui concerne le mécanisme de plaintes via les comités professionnels à l'Ordre. Vous nous dites à la page 9, au chapitre de la qualité des soins et des services, que vous ne réalisez aucun filtrage des plaintes qui sont adressées. Est-ce que vous pourriez me dire l'ordre de grandeur sur une année? La dernière année, par exemple, combien de plaintes

ont été reçues au comité professionnel concerné chez vous, à l'Ordre des pharmaciens du Québec?

M. Lafontaine: M. Boisvert a sûrement les statistiques comme secrétaire.

M. Boisvert: Il y a eu 75 décisions du comité de discipline, ce qui est beaucoup, si on considère l'ensemble des décisions qui sont rendues par les comités de discipline du Québec. Ça place l'Ordre des pharmaciens au quatrième rang, derrière les corporations qui comptent beaucoup plus de membres, comme le Barreau et la Chambre des notaires. Alors, je crois qu'en termes de décision du comité de discipline notre comité de discipline est très actif. Pour vous donner un ordre de grandeur, ce comité se réunit présentement à des intervalles variant entre trois semaines et un mois, habituellement pour des réunions de deux jours. Donc, c'est un comité qui est très actif. Toutes les plaintes sont acheminées directement au service du syndic. Toutes les plaintes font l'objet d'enquêtes, mais toutes ne sont pas amenées devant le comité de discipline. Et ça s'explique par le fait que beaucoup de gens ne sont pas au courant des exigences de la loi, ne sont pas au courant également de certaines subtilités techniques de l'exercice de notre profession. Alors, certaines de ces plaintes sont, en fait, beaucoup plus des demandes d'information auxquelles répond le service du syndic.

Dans certains cas également, les gens se plaindront d'un comportement du pharmacien qui est un comportement purement professionnel. Nous avons, à l'occasion, des gens qui se plaignent du fait que le pharmacien n'a pas rempli une ordonnance ou n'a pas accédé à la demande d'une personne pour un renouvellement non autorisé. Alors, ces gens-là portent plainte auprès du syndic de l'Ordre des pharmaciens, qui ne peut que confirmer que non seulement il n'y a pas matière à plainte, mais que le pharmacien a posé le geste qui devait être posé.

Nous ne pouvons pas prétendre à une parfaite objectivité ici, mais je crois néanmoins profondément que notre Corporation, de ce côté-là, rejoint l'esprit du législateur dans le Code des professions, en ce sens qu'il n'y pas de complaisance de la part de la Corporation vis-à-vis des plaintes qui sont déposées.

M. Trudel: Là, vous m'avez donné les résultats du nombre de décisions au niveau du comité de discipline, mais est-ce que vous avez en tête, à peu près, le nombre de plaintes qui ont été adressées? Il en sort 75 en termes de décisions du comité de discipline. Combien sont entrées? Est-ce que vous avez le volume de ça?

M. Boisvert: Oui. Je dirais que ça doit varier entre 400 et 500 par année, si on exclut les demandes d'information qui ne peuvent pas

être considérées comme des plaintes.

M. Trudel: Dans l'ensemble du système de santé-

La Présidente (Mme Marois): Vous vouliez ajouter quelque chose?

M. Trudel: Pardon. Je m'excuse.

M. Boisvert: Oui. J'aimerais ajouter que nous ne faisons pas que donner le suivi aux plaintes provenant du public ou des autres professionnels de la santé ou, parfois, de l'État ou des corps policiers, mais que notre service du syndic opère indépendamment du comité d'Inspection professionnelle qui a, lui aussi, une équipe d'enquêteurs. Le service du syndic opère des enquêtes anonymes dans les pharmacies. Donc, des enquêteurs de l'Ordre des pharmaciens se présentent dans les pharmacies d'une façon anonyme, vont requérir des services pharmaceutiques ou acheter des médicaments et vérifient si ces médicaments et ces services pharmaceutiques sont prodigués d'une façon conforme à notre réglementation.

Donc, le service du syndic génère lui aussi des plaintes, à l'occasion.

M. Trudel: Relié à cette question toujours, on a eu ici des groupes communautaires, des groupes de défense des droits des usagers ou des bénéficiaires qui nous ont fort peu rassurés sur le support, justement, qui est accordé au traitement des plaintes et pour aider au traitement des plaintes ou du droit des bénéficiaires dans le système. Vous prenez ça par l'autre bout, vous autres, en disant: Nous, on ne filtre pas. Toute demande est acheminée à notre comité, sauf, bien sûr, celles qui ne concerneraient que les demandes d'information. On peut comprendre facilement là-dessus.

Par exemple, au système actuel, toute personne qui pense avoir été lésée au niveau d'un droit en termes d'accessibilité doit passer par le Conseil régional de la santé et des services sociaux pour l'acheminement de sa plainte quant aux services auxquels elle pense avoir droit. Et, généralement, sans que ce soit extrêmement rigide, mais très largement, on demande à ces personnes de déposer leurs plaintes par écrit.

Or, il y a 20 % de la population du Québec qui est analphabète ou qui ne peut s'exprimer clairement de façon écrite. C'est généralement cette catégorie qui pense être victime d'une certaine discrimination au niveau des droits et qui est peut-être - mais je dis bien "peut-être" - abusées au niveau de ce qu'elle consomme comme services ou des services auxquels elle a droit. Est-ce que vous ne pensez pas que l'économie générale de la réforme que s'approprie à inscrire ou à réaliser le ministère de la Santé

et des Services sociaux devrait, eu égard à votre expérience, beaucoup mieux encadrer le mécanisme de support et de traitement des plaintes? Et je ne parle pas uniquement par rapport à votre secteur d'activité professionnelle, mais à l'ensemble des droits des usagers dans le système. Est-ce qu'on ne devrait pas beaucoup mieux encadrer le support et l'acheminement correct des plaintes quant à l'exercice des droits dans le système?

(11 h 45)

M. Boisvert: Je pense qu'il y a toujours place à amélioration, et l'Ordre des pharmaciens est très ouvert à toute amélioration qui peut être apportée à cet élément-là, qui est fondamental à notre mission. Je pense qu'un des éléments de support qui pourraient être apportés au public, sur la base de notre expérience, c'est une meilleure information quant aux recours que les citoyens du Québec ont vis-à-vis d'un professionnel. Ces recours sont souvent mal compris. Souvent, par exemple, les gens ont l'impression qu'on fonde les plaintes au syndic avec des plaintes civiles, qui doivent être apportées devant les tribunaux, et les gens décident de ne pas porter plainte lorsqu'on leur apprend qu'une plainte déposée auprès d'un ordre professionnel n'entraîne pas de compensations.

Il y a certains usagers du système qui, visiblement, ne comprennent pas toutes les finalités du système. Je pense que le gros du travail de ce support-là devrait être un travail d'information. On devrait informer les gens de leurs recours, et je crois que l'Office des professions commence à envisager cette possibilité-là. À mon avis, elle est du recours de l'Office, principalement.

Quant aux autres mécanismes qui peuvent être apportés, l'Ordre des pharmaciens considère que le système professionnel actuel, tel que défini dans le Code des professions, est efficace quant à l'acheminement des plaintes. L'Office des professions l'a communiqué publiquement: il entend s'acquitter, avec une attention accrue, de son rôle de moniteur des corporations professionnelles de ce côté-là. L'Ordre des pharmaciens accueille cette intention-là de façon très positive.

M. Trudel: Il reste très peu de temps. Mme la Présidente m'indique deux minutes.

La Présidente (Mme Marois): Une dernière question, M. le député.

M. Trudel: Donc, on va être obligés d'y aller avec des questions très carrées. Donc, toute cette question du traitement des plaintes chez vous vous fait remettre en question ou questionner la communication médecins-pharmaciens. Vous soulevez la couverture et là, vous y allez avec la suggestion d'examiner la carte à puce, suivant l'expression que l'on emploie. Est-ce que vous

estimez que vous êtes, dans tout le problème, dit-on, de la surconsommation des médicaments, un peu victimes de l'ouverture du système, c'est-à-dire que vous ne contrôlez pas, finalement, le volume de la consommation? Vous, on vous fait prescription, et un autre professionnel vous dit de distribuer. Vous avez un droit de regard critique. Est-ce que vous estimez que vous êtes un peu victimes, en termes de communication, de ce qui est entré dans la machine?

M. Lafontaine: La victime, ce n'est pas nous, c'est le patient. Mais quand même, je comprends ce que vous voulez dire.

M. Trudel: Sur le plan professionnel.

M. Lafontaine: Oui. Mais il y a des patients qui surconsomment, qui vont d'un médecin à l'autre pour éventuellement surconsommer des médicaments. La carte à puce, nous, on la voit avec deux compartiments: le compartiment physiopathologique et le compartiment pharmacothérapeutique. Le code pour y avoir accès va appartenir aux patients, comme le code pour avoir accès à un guichet bancaire appartient au détenteur de la carte. Quand le patient va nous dire: Je ne veux pas que vous ayez accès à mon dossier médical, mais je veux que vous remplissiez ma prescription, théoriquement, je ne pourrai pas le faire, je ne serai jamais capable d'exercer mon jugement. Je vais dire: Une prescription, une ordonnance, au Québec, c'est une autorisation, ce n'est pas un ordre. Mais tu peux toujours aller la faire remplir, il y a encore 1100 autres pharmacies, tu peux aller ailleurs. Alors, finalement, il va se résoudre à ce que je voie dans son dossier son profil physiopathologique et son profil pharmacothérapeutique. Je vais savoir qu'il en a eu, lui, un médicament, une benzodiazépine il y a 10 jours, pour une période de 30 jours. Je vais être obligé de lui refuser de remplir la prescription.

Je pense qu'on va l'aider, mais je pense que la population va accepter ça. La population en général, à 99 %, va accepter ça d'emblée. Il y a peut-être 1 %, puis encore, c'est peut-être beaucoup, 1 % de gens qui veulent jouer le système. Non, la carte à puce, ça va être un outil extraordinaire pour éviter la surconsommation, puis si on met de l'éducation à côté de ça, quand elle va être introduite, si on met beaucoup d'éducation, ça va être très positif, je pense.

M. Trudel: Très bien. C'est effectivement, je pense, ce qu'il faut questionner parce que, au fur et à mesure que la commission progresse, on se demande parfois un peu...

M. Lafontaine: Bien, on a parlé d'échanges entre les pharmaciens d'hôpitaux et les pharmaciens du système privé; aussi, la carte à puce va permettre ça. On a parlé des actes à respon-

sabilité partagée entre médecins et pharmaciens. Avec le consentement, on a eu une rencontre officieuse avec la Corporation des médecins et ils sont d'accord, officieusement, avec le consentement du médecin au pharmacien, pour que le pharmacien puisse faire un ajustement de dosage d'un médicament pour le diabète, par exemple, après avoir fait une glycémie, mais pour autant qu'il communique avec le médecin pour lui dire: Voici ce qui se passe et je suggère qu'on change ça, ça va éviter une visite médicale. Vous voyez, les implications de la carte à puce, je pense, sont...

M. Trudel: En étant extrêmement prudent sur l'aspect confidentialité, ça semble évident qu'on est confrontés à l'examen de tout cela, compte tenu des coûts de système qui sont impliqués et des problèmes qui sont posés à l'autre bout. Parce que, au fur et à mesure que la commission progresse, il commence à y avoir des Indications que ce que l'on cherche, en termes d'objectif final, quant à l'accessibilité, à l'universalité au niveau de l'accès qui est mise en danger par les coûts... On se rend compte que, appelons ça les abus, entre guillemets, un peu partout, nous amènent à des constats assez effrayants. Les gens nous ont dit qu'en termes d'information il y aurait peut-être, par exemple, un lit sur sept, dans les hôpitaux, qui serait occupé par des blessés, très majoritairement, évidemment, ayant des blessures causées par la circulation automobile, par le circuit routier. Alors, que fait la Régie de l'assurance automobile là-dedans?

Deuxièmement, les gens ont affirmé qu'il y a des indications à savoir qu'il y aurait presque jusqu'à 20 % des actes médicaux et des analyses qui seraient de la production défensive d'actes. On se prévient contre les poursuites. Ce matin, vous ajoutez un morceau dans la colonne des abus, en quelque sorte: il y en a 10 % qui seraient hospitalisés à cause d'un mauvais contrôle, d'une mauvaise façon, d'une mauvaise consommation ou d'une surconsommation au niveau des médicaments. Ça commence à avoir des effets de système importants. Il est tellement important qu'on regarde cela parce qu'on se rend peut-être compte que ce n'est plus l'universalité de l'accès qui est remise en question, mais la façon dont elle se réalise au Québec. Et c'est un devoir que nous avons tous de regarder cela et de cesser de penser que la privatisation, que les tickets modérateurs, que toute autre façon d'impôt à rebours, en avant, en arrière, pour augmenter le volume de dépenses, ce n'est peut-être pas là où sont les problèmes, mais c'est tout ce qui se passe dans le circuit actuel de distribution, de consommation, si vous voulez, des services sociaux et des services de santé. À cet égard, vous soulevez la couverture sur beaucoup d'aspects qu'il nous faudra, qu'on devra examiner très attentivement, si l'objectif fondamental est

toujours le maintien de l'universalité de l'accès. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le député. Merci. M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Oui, Mme la Présidente, peut-être en terminant. Au-delà de l'accessibilité de l'universalité, je pense que, comme professionnels de la santé, ce que les gens recherchent, c'est la santé du monde, du bénéficiaire aussi. J'aimerais remercier ma corporation de s'être présentée devant nous pour nous donner cet éclairage et confirmer à mon ministre que je n'ai pas toujours tort.

Corporation professionnelle des psychologues du Québec

La Présidente (Mme Marois): Ha, ha, ha! Merci de votre présentation.

J'inviterais maintenant des représentants et des représentantes de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec à bien vouloir se joindre à nous. Je ferai remarquer aux membres de la commission que tant le ministre que le critique de l'Opposition sont bien bavards.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Alors, bienvenue à notre commission. Je vous inviterais à présenter votre mémoire en une vingtaine de minutes, pas plus. Si vous pouvez même réduire un peu, ça donne du temps aussi pour soulever parfois des questions ou des problèmes que vous nous présentez. Par la suite, évidemment, des questions et des échanges auront lieu avec les membres de la commission...

J'aimerais - je crois que c'est le Dr Poirier qui est président - que vous nous présentiez les personnes qui vous accompagnent.

M. Poirier (Mario): Alors, c'est ça, mon nom est Mario Poirier, je suis le nouveau président élu de la Corporation des psychologues; à ma gauche, Nicole Perreault, psychologue du DSC Lakeshore, à ma droite, Francine Cyr, psychologue au centre hospitalier de Montréal pour enfants et, à mon extrême droite, Daniel Marchand, chargé de dossiers de la Corporation.

Alors, notre présentation se divise en deux grandes parties; d'abord, Mme Cyr va relever les éléments principaux du mémoire qu'on a soumis et qui porte sur des aspects de l'avant-projet de loi tels que formulés et, dans la deuxième partie, moi, je vais élaborer davantage sur ce qui semble beaucoup préoccuper les membres de la présente commission, c'est-à-dire sur des aspects du financement et de la structure du système. Alors, je passe la parole à Mme Cyr.

La Présidente (Mme Marois): D'accord,

merci.

Mme Cyr (Francine): Merci. J'aimerais, en guise d'introduction, simplement vous dire qu'après cette envolée mouvementée dans la tempête qui sévissait encore à Montréal, ce matin, j'espère que ma destination va être un peu plus calme et plus accueillante.

La Présidente (Mme Marois): Ne vous inquiétez pas, ça ira.

Mme Cyr: Je vous remercie. Alors, comme le disait mon collègue, le président de notre Corporation, je vais reprendre, assez succinctement, les grandes lignes de notre mémoire. D'abord, on constate, évidemment, que l'avant-projet de loi jette les bases d'importants changements structurels dans le système. On remarque, en particulier, que la mise sur pied des régies régionales, les mécanismes en vue d'accroître la participation des citoyens, tant dans l'organisation que dans l'administration des services, sont des modifications extrêmement importantes, desquelles nous nous réjouissons beaucoup.

Il y a, par ailleurs, certaines choses qui nous inquiètent à propos du projet de loi, c'est, en particulier et spécifiquement, le rôle qu'on accorde et qu'on attribue aux psychologues dans la santé et dans les services sociaux. Ce qu'on souhaite demander à la commission et au ministre, c'est de pouvoir obtenir un mandat très clair dans le texte de loi. Ça se traduit en particulier dans le mémoire par des demandes précises de modifications, tant en ce qui concerne les services eux-mêmes qui devront être dispensés, d'après nous, dans le réseau, de même que des modifications au niveau des structures.

Alors, par rapport aux objectifs, nous étions ravis que, pour une fois, le texte de loi assignait très clairement au système de santé des objectifs extrêmement précis et qui procédait de l'approche globale biopsychosociale. En effet, les articles 1 et 2 du chapitre I nomment très clairement les dimensions physiques, psychiques et sociales. Donc, pour une fois, on tient compte de la personne dans toute son entité, dans toute son entèreté, avec toutes ses dimensions.

Là où on était plus déçus ou plus inquiets, c'est qu'on trouvait que ceci ne se traduisait pas assez clairement dans le texte de loi, ni dans les services qui sont définis dans le texte de loi, ni dans les structures qui déterminent la façon dont ces services vont être dispensés. On trouvait que ça ne reflétait pas l'approche globale qui était avancée dans toutes les orientations. Et, plus spécifiquement, on sentait, on percevait que la dimension psychologique était systématiquement exclue dans l'avant-projet de loi. Or, on est d'avis que les psychologues jouent un rôle extrêmement important dans le réseau et que leur travail est directement relié à tous les

objectifs qui sont énumérés au paragraphe 1 de l'article 2.

J'aimerais reprendre un petit peu avec vous, bien que vous sachiez certainement de quelle manière les psychologues travaillent dans le réseau, mais j'aimerais profiter de certains exemples concrets où on peut bien illustrer de quelle manière ils ont un rôle important et qui se situe vraiment au confluent des problèmes de la santé et des services sociaux. On connaît, d'abord, le rôle des psychologues; de façon plus connue, on sait très bien que c'est un groupe de professionnels qui favorisent la réadaptation d'un grand nombre d'individus, de familles, de couples qui sont aux prises avec des problèmes émotifs, des problèmes personnels, des problèmes reliés au stress, à l'anxiété, à la dépression, à la toxicomanie, à l'alcoolisme, au deuil. On sait aussi que les psychologues font de l'intervention, de la prévention autour des problèmes sociaux de délinquance, de violence. On les connaît aussi dans d'autres secteurs d'activité, où ils sont impliqués dans le traitement de problèmes qui sont causés ou maintenus par des habitudes de vie ou des facteurs de l'environnement. On pense à des problèmes comme l'asthme, les migraines, l'obésité, l'anorexie, le tabagisme, l'hypertension artérielle, le sida, pour n'en nommer que quelques-uns.

(12 heures)

Alors, on connaît donc assez clairement, je pense, le rôle en santé mentale. On connaît un peu moins un autre domaine dans lequel les psychologues jouent un rôle extrêmement important et qui est très relié au domaine de la santé, c'est auprès des personnes qui sont atteintes de maladies chroniques, aiguës ou terminales. Par leur intervention auprès de cette clientèle-là, qui reçoit soit un diagnostic qui, en général, crée un choc important pour la famille et pour ceux qui reçoivent le diagnostic, les psychologues par leur intervention, tant au moment où le diagnostic arrive que dans le suivi après, peuvent certainement faciliter l'adaptation de ces personnes-là et de leur famille aux problèmes qu'ils vivent en rapport avec certaines maladies. Ils peuvent faciliter le traitement et, par certaines techniques précises que l'on connaît, ils peuvent, entre autres, réduire les effets secondaires qui sont associés à certains traitements qui amèneraient certains patients à vouloir quitter le traitement ou à ne pas maintenir, en tout cas, le traitement.

On sait aussi que par leur intervention, ils réduisent le stress psychologique et les problèmes de santé et souvent le recours excessif, dans bien des cas, à des services médicaux.

On constate aussi leur implication croissante dans les domaines de l'hématologie, oncologie, diabétologie, fibrose kystique, cardiologie. Je voudrais montrer des exemples concrets où est-ce que ça se passe dans le milieu où je travaille, où beaucoup de mes collègues travail-

lent. Je pense, entre autres, à l'Institut de cardiologie de Montréal, par exemple, qui fait maintenant de plus en plus systématiquement appel aux services d'un psychologue dans le cas d'une transplantation, reconnaissant là que la dimension psychologique joue un rôle très important dans le rejet.

Un autre exemple concret que j'aimerais vous donner à partir du milieu c'est ce qui concerne chez les tout nouveau-nés, les petits bébés, les retards, ce qu'on appelle le retard statur pondéral et les troubles d'alimentation. C'est un problème extrêmement aigu, extrêmement important dans la population infantile. Ce sont les enfants qui refusent complètement la nourriture, qui vomissent constamment, qui sont, par conséquent, déshydratés, et dans certains cas qui en meurent et qui demandent des hospitalisations répétées, prolongées, d'importantes procédures chirurgicales, des nombreux examens et tests médicaux. Et l'une des solutions qui a été mise en place par le système de santé pour aider ces enfants-là, c'est, entre autres, des techniques de gavage qui sont extrêmement difficiles, douloureuses. C'est de nourrir de force ces petits bébés-là par un tube qu'on introduit dans la gorge. Et les succès sont assez peu réjouissants, ces enfants-là sont constamment et très souvent réhospitalisés. Ils sont à très grands risques. Il y a d'importantes séquelles tant dans leur développement affectif et social, quand on pense à ce que ça peut faire à une famille, un enfant qui a ce problème-là. Ce sont des coûts importants aussi pour la santé et pour les services sociaux.

Avec l'intervention des psychologues qui a été, en tout cas, particulièrement mise en place, chez nous, à l'institution où je suis rattachée, ils sont intervenus originellement comme dans une situation de crise. Ils ont dit: Est-ce qu'on peut avoir des méthodes alternatives d'aider ces enfants-là à se développer mieux, à être capables d'accepter cette nourriture-là? Et, avec une série de techniques que je n'élaborerai pas ici - mais si des personnes sont intéressées à en entendre plus longuement, j'ai des textes là-dessus - ils ont mis sur pied une approche assez intensive où ils ont réussi, avec un très haut taux de succès, à renverser ces procédures-là et à apporter des techniques qui pouvaient être utilisées aussi auprès du personnel soignant dans l'hôpital et impliquer aussi, ce qui est très important, très rapidement, le parent dans l'application de ces mêmes techniques-là pour, évidemment, redonner aussi au parent qui va prendre soin de cet enfant-là, un sentiment de compétence, d'être capable d'aider son enfant et de trouver d'autres façons que ce sentiment d'être impuissant et de ne pouvoir rien faire. Il y a eu un taux de succès assez important qui est documenté dans une recherche qui a été publiée aussi.

Je veux juste expliquer que c'est un genre de modèle qui est encore peu développé et qui, à mon avis, constitue une approche, en tout cas,

alternative à certains traitements et très complémentaire aussi et que ça serait heureux que ça puisse exister de façon beaucoup plus élargie. Maintenant, ça réduit certainement les besoins d'hospitalisation. Le diagnostic peut se faire plus sur une base externe. Ça n'a pas besoin de se faire juste à l'interne.

Je pense que ça, c'est un autre exemple qui montre... Ces exemples-là illustrent de quelle façon les psychologues agissent bel et bien dans les facteurs déterminants pour la santé. Leur implication poussée dans les multiples secteurs et à tous les niveaux, justifient pleinement, à notre avis, qu'on inscrive dans l'avant-projet de loi, dans le projet de loi, que des services psychologiques doivent être dispensés, font partie des services qui doivent être dispensés. On souhaite aussi que dans la mission des établissements, la dispensation de services psychologiques soit clairement inscrite dans le projet de loi.

J'aimerais parler de quelle manière aussi, dans le réseau et dans les différents établissements, on pense que la santé mentale ou l'approche globale est comme pas nécessairement clairement, nommément, inscrite dans le projet. Dans les CLSC en particulier, la définition du rôle des CLSC met l'accent vraiment sur les soins physiques. On souhaiterait que les soins psychologiques fassent aussi partie de la dimension des services qui seront offerts dans le cadre des CLSC. On sait que c'est une instance du réseau dans laquelle il y a place, et d'ailleurs, dans le document "Orientations", on donnait une place très claire à cet aspect préventif et intervention au niveau des CLSC. On pense qu'ils doivent jouer un rôle complémentaire à celui des centres hospitaliers qui sont débordés par des listes d'attente interminables. Or, à l'article 28 de l'avant-projet de loi, ce sont seulement les CH qui se voient attribuer un mandat spécifique en santé mentale. Nous recommandons que ce soit aussi les CLSC qui aient cette mission et ce mandat clair. C'est la même chose pour les CSS: la dimension psychologique, l'intervention psychologique auprès de la clientèle très lourde qui passe à travers les CSS nous apparaît totalement absente ou à peu près absente et on souhaiterait, étant donné l'importance des séquelles que vivent ces enfants-là, que les services psychologiques soient quelque chose qui est offert à cette clientèle, qu'on dispense ces services-là, que nommément ce soit inscrit dans la loi.

Au niveau des structures administratives aussi, j'aimerais faire ressortir les conseils d'administration. Dans l'avant-projet de loi, on trouve ça fort intéressant qu'on demande d'accroître la participation des citoyens à l'administration des établissements et à la gestion. On pense que c'est très favorable. On s'inquiète par ailleurs de l'absence totale à l'intérieur des conseils d'administration d'intervenants qui travaillent dans les établissements concernés. On craint que, de cette façon-là, on se prive de

l'expertise des intervenants de même que de la vision de la réalité quotidienne. On sait que la loi prévoit des comités consultatifs à la direction générale; ça c'est à l'article 113. On n'est pas tout à fait certains que ce sera suffisant pour que les professionnels de l'établissement soient nettement entendus et nous demandons à la commission de faire des modifications de façon à inscrire dans le règlement des mécanismes clairs et précis sur la façon dont les différents intervenants et les professionnels seront entendus dans le système.

Un autre aspect dont j'aimerais parler, c'est celui de l'organisation des ressources humaines à l'intérieur des établissements. Je me réfère ici au CCPC, le Conseil consultatif du personnel clinique, et au CMDP. On voit à l'article 106 qu'il y a un mandat élargi pour le CCPC. Par contre, on constate que le pouvoir du CMDP demeure nettement supérieur dans la structure. Le fait d'ailleurs qu'un membre du CMDP siège au comité exécutif du CCPC et non l'inverse démontre bien, à notre avis, la subordination du CCPC au CMDP. J'évoque ici la notion du partenariat qui a été mise de l'avant dans la politique de santé mentale de même que la gestion participative qui est l'un des principes directeurs de l'actuelle réforme du système de santé et des services sociaux pour demander à la commission d'essayer peut-être de mieux rétablir cet équilibre entre les diverses ressources humaines à l'intérieur du système hospitalier. Je voudrais juste montrer que la structure actuelle donne lieu à des choses illogiques. Par exemple, dans certains centres hospitaliers psychiatriques, les dentistes siègent au CMDP et les psychologues, qui sont pourtant avec les psychiatres les seuls spécialistes de la santé mentale, n'y siègent pas. Alors, notre recommandation précise à cet effet, c'est que les membres du CCPC puissent siéger aussi au CMDP; que les professionnels, particulièrement les psychologues, qui sont, par leur formation, leur expertise, leur formation scientifique et clinique, et leur formation de recherche... n'ont pas à être relégués comme des citoyens de second ordre dans le système. Et on pense que pour établir une espèce de parité et d'équité dans les rapports entre les différents intervenants, c'est une mesure qui serait fort heureuse. Je veux juste mentionner aussi que ce n'est pas juste un voeu pieux ou quelque chose d'aberrant, ce qu'on propose, puisque vous avez eu l'occasion probablement... En tout cas, on sait que cette modification existe déjà à l'hôpital de Montréal pour enfants, où moi, je travaille, où le CMDP a effectivement invité les membres, les professionnels non médicaux pour leur montrer que, vraiment, on veut qu'ils fassent partie de la structure et qu'ensemble on travaille à essayer de solutionner de la meilleure façon possible les problèmes de santé et, qu'on se concerta et se consulte le plus possible sur un pied d'égalité.

Le dernier point... Non? Ça va? D'accord.

M. Poirier: On va poursuivre peut-être de façon plus globale. On reviendra après, si vous avez des questions, sur la structure des établissements et sur la façon dont les psychologues peuvent collaborer dans un esprit de partenariat avec les autres intervenants. Nous, ce qu'on aimerait également ajouter, c'est que, un peu tout le monde constate dans la société présentement que les problèmes de santé mentale sont en croissance. Différentes recherches ont démontré qu'à peu près 20 % des gens dans leur vie vont connaître des problèmes importants de santé mentale et qu'en moyenne, une personne sur peut-être dix ou douze va être hospitalisée ou avoir des soins aigus pour ces problématiques-là. On remarque évidemment chez les jeunes des problématiques de suicide, de violence. On connaît les problèmes familiaux présentement dans la société, l'éclatement qui en résulte et les problèmes vécus par les enfants et par les conjoints dans cette situation. On a déjà souvent entendu parler de la solitude, de l'isolement des aînés, des problèmes de déracinement et d'itinérance, surtout dans les grandes villes. Par exemple le dossier de "Dernier recours" l'a bien éclairé. L'impact du chômage, des difficiles conditions de vie, de la misère et de la pauvreté sur la santé mentale a été documenté par maintes recherches. Tout ça nous fait voir l'ampleur et l'acuité déroutantes des problèmes de santé mentale présentement dans la société.

Avant-hier, à la Saint-Valentin, la Corporation des psychologues a offert au public un certain nombre de lignes d'écoute dans un esprit de sensibilisation du public et de disponibilité aux problèmes vécus. On a ouvert un peu partout au Québec ces lignes et les gens nous ont téléphoné. Il y avait 60 psychologues bénévoles pour sept lignes ouvertes. Il y a eu 404 appels auxquels les psychologues ont répondu et, d'après les estimations, seulement un appel sur six a pu être acheminé à un psychologue durant cette journée d'écoute. C'était extrêmement impressionnant de voir l'ampleur des besoins exprimés par la population. Le lendemain, il y avait encore des gens qui nous téléphoniaient pour avoir de l'écoute et qui se sentaient également mis de côté parce qu'ils n'avaient pas pu avoir accès à un psychologue. Tout ça souligne que, présentement, les problèmes rencontrés sont urgents. Ils sont lourds et urgents.

On constate également une popularité importante, publique, des psychologues dans le réseau et en dehors du réseau, c'est-à-dire que les gens, spontanément, quand ils ont des problèmes importants de santé mentale, veulent consulter un psychologue. La réalité, c'est qu'ils n'y ont pas facilement accès. Dans le réseau public, en centre hospitalier, il faut passer par une liste d'attente et également par un processus; on n'a pas accès directement aux psychologues. Quant aux CLSC, on remarque qu'il y en a

60 au Québec qui fonctionnent sans psychologues. On a tendance également à engager des agents de relations humaines qui ont des formations très différentes, mais qui ne sont pas nécessairement axés sur la dimension psychologique. On remarque également qu'en privé, les psychologues sont en hausse importante. Il y a 50 % de plus de psychologues dans le secteur privé qui fonctionnent en bureau, en consultations privées, depuis cinq ans. Finalement, ce qui se passe présentement dans le système, c'est que ceux qui n'ont pas les moyens d'avoir accès à un psychologue pour des problèmes émotifs, relationnels, consultent dans le secteur public et se voient plus ou moins mis de côté, négligés par le système malgré que, souvent, la pauvreté et les difficultés de chômage et tout ça font que ces problèmes-là s'accroissent.

Quand on en arrive un petit peu à constater ces choses-là, c'est aberrant de voir aussi à quel point le système ne correspond pas aux vrais besoins. C'est un peu comme arroser des fleurs de plastique; on arrose, on arrose et on arrose pendant des jours, mais ça ne pousse pas. Et c'est ce qui se passe présentement. On peut bien parler de restructuration, inventer de nouvelles structures, qu'on les appelle des régies régionales ou des CRSSS améliorés, "new and improved", ou d'autres noms, mais, dans la réalité, ce n'est pas nécessairement en distribuant des sommes d'argent à ces organismes en leur disant: Voici, prenez l'argent et faites-en ce que vous voulez, le ministère gardant un rôle un peu de chien de garde, de tampon, que ça va régler quoi que ce soit.

Si on veut que la structure soit efficace, encore faut-il qu'elle réponde aux vrais besoins exprimés. Ce dont on se rend compte souvent dans le domaine de la santé et des services sociaux, c'est qu'on n'a pas tendance à offrir le service qui est adéquat au besoin exprimé. Par exemple, tout le monde connaît les problèmes de solitude et de déracinement des personnes âgées présentement au Québec, et c'est un problème qui va s'accroître dans les dix ou vingt prochaines années. Les familles sont éclatées, les personnes se ramassent seules; il n'y a plus de réseau primaire, il n'y a plus d'appartenance, il n'y a plus de groupe. Elles se ramassent en foyer d'accueil ou ailleurs et il n'y a personne qui s'occupe d'elles. Alors, elles vont consulter des omnibus; elles vont consulter des médecins. Pourquoi? Pour avoir un peu d'écoute, un petit peu d'accueil, de chaleur, et on leur prescrit une somme effarante de tranquillisants. J'ai des données sur lesquelles je pourrais beaucoup élaborer, mais le temps ne nous permet pas d'en discuter. Mais on sait que 73 % des médicaments totaux offerts par la RAMQ sont dispensés aux personnes âgées, que plus de 38 000 000 \$ sont investis pour prescrire des tranquillisants et des sédatifs, que 60 % de ces cas sont sans origine probablement physique des troubles exprimés - il

y a des études qui le démontrent - et que ça ne correspond donc pas aux véritables problèmes d'isolement, de solitude et d'écoute qu'ont les aînés.

D'une certaine façon, j'estime personnellement que c'est de l'euthanasie à petit feu que de fonctionner comme ça, puisqu'on ne donne pas aux gens ce dont ils ont besoin vraiment pour réussir à s'en sortir et que, si on poursuit dans cette ligne, avec l'accroissement de la population des aînés, on aura beau inventer mille et une structures et, même, ajouter - là-dessus, je pense qu'on rejoint le ministre - 1 000 000 000 \$ de plus, c'est comme arroser des fleurs en plastique.

Ce qu'on demande, ce à quoi on en arrive comme recommandation concrète au niveau du financement, c'est quelque chose qu'on avait déjà souligné en 1986 à la commission Rochon, mais qui est peut-être maintenant encore plus adéquat au processus, c'est de développer un système mixte qui mettrait un peu au même niveau des lois du marché les psychologues, les psychiatres, les TS, les omnipraticiens qui veulent donner des services de psychothérapie et de santé mentale, pas en mettant les psychologues sur la carte-soleil, ce dont nous avons fait notre deuil, en tout cas pour le moment, mais peut-être, ce qui correspond plus à la volonté ministérielle, en enlevant les omnis de la carte-soleil pour ce qui est des services de psychothérapie.

J'ai souvent travaillé avec des médecins et ce sont des professionnels très compétents, mais ils n'ont pas la formation adéquate pour offrir des services de qualité en santé mentale. Ils ont peut-être deux ou trois semaines en cinq ans de formation intensive sur les techniques d'entrevue, sur les problématiques de santé mentale. Or, ces gens dispensent la très grande majorité des soins de psychothérapie au Québec. Il y a eu un accroissement effarant de 1987 à 1988 à ce niveau. On a, juste pour la rémunération à l'acte, augmenté de 41,02 % les sommes investies - ce sont les données de la RAMQ - et maintenant, c'est 58 000 000 \$ qu'on donne aux médecins, en grande majorité des omnipraticiens et des résidents, pour faire de la psychothérapie dans leur petit cabinet.

(12 h 15)

Nous estimons que, face à ça, si on veut rétablir une saine concurrence et rendre le système rentable et efficace, il faudrait mettre une base équivalente au niveau de la dispensation des actes entre psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux et omnipraticiens, et que ce soit le public qui choisisse et qui soit en mesure de déterminer quels besoins ils ont.

Maintenant, c'est évident que dans ce système mixte, les sommes économisées seraient importantes et on considère que ce serait léser les populations défavorisées que de prendre ces sommes et les envoyer pour investir dans une manufacture de chaussures ailleurs. Il faut les

investir évidemment dans le système de santé, ne pas économiser sur le dos des personnes défavorisées et réinvestir ces sommes dans le système de santé. Mais, imaginez ce qu'on pourrait faire si on réinvestissait 58 000 000 \$ exclusivement dans le système des services de santé mentale. Ce serait quand même une somme intéressante pour améliorer les services psychologiques et le mandat de santé mentale des CLSC. Ce seraient des sommes suffisantes pour améliorer les services en CH. Ce seraient des sommes également suffisantes pour subventionner adéquatement les organismes communautaires qui peuvent fournir entraide, support et appartenance aux gens qui en ont vraiment besoin et qui les amènent en première place à consulter les omnis et à consommer des tranquillisants.

En gros, c'est peut-être la principale recommandation que nous amenons au niveau du financement du système. Je crois que tout ça est cohérent avec la volonté du gouvernement et la volonté des multiples intervenants qui, commission après commission, comité après comité, enquête après enquête, disent à peu près tous la même chose: On peut améliorer les structures, on peut investir des fonds nouveaux, mais il faut, d'abord et avant tout correspondre aux véritables besoins qu'on observe et que les enquêtes et les recherches ont démontrés depuis plusieurs années.

Alors, j'ai terminé là-dessus. On peut peut-être ouvrir sur les questions que vous avez.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Je me permettrais peut-être quelques petites questions, d'entrée de jeu, un peu plus sur les nombres. Il y a combien de psychologues au Québec au moment où nous nous parlons? Et comment est-ce qu'ils se divisent en pratique publique et privée? Évidemment, si c'était possible de savoir un petit peu la présence en région, parce que, évidemment, lorsqu'on parle des psychiatres... On posera la même question pour être capable de comparer, parce que ce sont des services qui doivent être partout à travers le Québec, mais on connaît les problèmes qu'on a au niveau des psychiatres en région.

M. Poirier: Peut-être que Mme Marchand peut élaborer un petit peu là-dessus.

Mme Marchand (Danielle): Évidemment, ce dont on dispose, c'est du rapport annuel de 1988-1989. On n'a pas celui de cette année. Il y avait l'an dernier 4313 psychologues au Québec. Il y en a maintenant à peu près 4600, parce que ça date quand même du printemps dernier, ce rapport-là. Maintenant, la répartition pratique privée, temps plein, temps partiel, c'est-à-dire

entre la pratique privée et le secteur public, c'est ce que vous vouliez savoir, il y a exactement 47 % des membres qui font de la pratique privée. Cela dit, certains le font sur une base de temps plein et d'autres le font à temps partiel. Maintenant, dans la fonction publique au complet...

La Présidente (Mme Marois): Est-ce que vous avez la distribution en région?

Mme Marchand: Oui, j'ai ça et je peux vous le déposer. Vous le lire serait probablement très fastidieux, mais j'ai la distribution en région, oui.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne sais pas, de constat un peu plus général, on regarde dans à peu près toutes les professions et on a de la difficulté à avoir des gens en région. Est-ce que c'est le cas aussi pour les psychologues?

Mme Marchand: C'est réparti, de toute évidence, dans les neuf régions administratives québécoises. Il y a des psychologues partout. Cela dit, il y en a un certain nombre qui sont dans le secteur public, en commission scolaire, par exemple, ou dans le secteur de la santé, en CLSC, et qui font de la pratique privée à temps partiel. Mais la répartition, en tout cas, vous allez pouvoir le constater, je déposerai les chiffres tout à l'heure. Pour ce qui est des psychologues dans le secteur des affaires sociales proprement dit, parce qu'il y en a dans le secteur de l'éducation, il y en avait l'an dernier 41,46 %.

M. Côté (Charlesbourg): C'est 41 % des 4000 ?

Mme Marchand: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que ça se retrouve dans des catégories spécifiques d'établissements au niveau du ministère, parce que ça peut être à différents stades, dans les CSS...

Mme Marchand: Ça se retrouve principalement dans le secteur hospitalier où il y avait 708 psychologues l'an dernier; dans les CLSC, 195 - cela dit, je vous signale qu'il y a 61 CLSC qui n'ont pas de psychologues - dans les CSS, 130 et dans les centres d'accueil, 284. Il y a aussi le fait qu'en CLSC, entre autres, des psychologues travaillent, mais ils ne portent pas le titre de psychologues, ils sont engagés à titre de ARH, ce qui est une autre catégorie d'emploi.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez parlé d'un système mixte. C'est intéressant, à vous entendre, parce que, évidemment, c'est dans le "comment" qu'on a toujours des problèmes et je

vous pose la question: Comment?

M. Poirier: Moi, je pense que c'est assez simple comme méthode, c'est-à-dire ce qu'on soulevait finalement, c'est de mettre tous les intervenants sur le même pied, que ce soit dans le privé, en suivant les lois du marché, ce qui, à la limite, va bénéficier au public, puisque les prix quelque part vont probablement s'améliorer et que les gens vont pouvoir choisir, et également dans le public, puisque, quelque part, on pourrait salarier tous ceux qui font de l'intervention en psychothérapie, ce qui fait que des sommes importantes pourraient probablement être économisées là. Et ça correspond à la réalité des champs de pratique, ça correspond à la réalité de la formation des gens. Maintenant, comment s'y prendre? Si vous me donnez, demain matin, l'autorisation de le faire, moi, simplement, à tous les médecins qui font des réclamations à la RAMQ pour services de psychothérapie, je leur retourne le formulaire et j'économise 60 000 000 \$. J'investis dans le système.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Mais je veux quand même aller plus loin que ça, parce que vous dites mettre sur le même pied, donc, en compétition. Dans le privé, si je ne m'abuse, ce sont des gens qui paient - donc, c'est à l'acte - alors que, dans le public, dans le réseau, c'est le salariat.

M. Poirier: C'est-à-dire qu'il y a plusieurs... J'inclusais vraiment la psychothérapie à l'acte, parce que beaucoup de médecins fonctionnent en bureau privé et ils ont le droit d'offrir des services de psychothérapie pour lesquels ils ont une certaine rémunération à la demi-heure. Et, comme je le disais, ce ne sont pas des gens qui sont nécessairement formés en santé mentale. Même si on ne parle pas des psychiatres, qui sont quand même des spécialistes dans leur domaine, mais qu'on ne parle que des omnipraticiens, on se rend compte qu'il y a des sommes énormes qui sont investies là. Alors, c'est certain que, dans le réseau public, tout ce monde-là pourrait être salarié. Mais dans le réseau privé, c'est-à-dire dans le réseau des services à l'acte faits en petit cabinet de médecin, il y a des sommes énormes qui sont perdues et qui ne correspondent pas aux vrais besoins. La personne âgée qui vient voir son médecin de famille et qui s'assoit et parle, durant une demi-heure, un petit peu de ce qui se passe, et qui se voit prescrire un tranquillisant pour retourner chez elle, elle n'a rien, elle n'a pas nécessairement fait un processus, et le médecin lui-même se sent peut-être mal avec ça. Il ne sait pas à qui la référer; il ne sait pas quoi faire; il n'a pas les techniques d'entrevue et les techniques, je dirais, de cheminement pour aider la personne à se sentir mieux. Alors, il est obligé de prescrire;

tout est lié ensemble.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux essayer de comprendre et ma question n'est pas... Je vous le dis tout de suite, ce n'est pas une question vicieuse et c'est une question très... Est-ce que je comprends que si l'omnipraticien ne le fait plus, donc, on désassure? Parce que s'il faut récupérer 60 000 000 \$ dont vous pariez, puisqu'on doit les réinjecter ailleurs, il faut nécessairement que de ce qui est reconnu comme pratique, on désassure cette partie-là payable par la RAMQ et que, là, les gens aillent maintenant dans le privé chercher chez les psychologues ces services-là, mais qu'ils paient en conséquence et que, là, les 60 000 000 \$ pourraient être réaffectés à d'autres fins dans le système?

M. Poirier. Il faut bien faire attention. Les gens, dans le privé, consultent déjà les psychologues. Il y a déjà, comme je le disais, 50 % d'augmentation de la pratique privée chez les psychologues et à peu près tous ceux qui ont les moyens de faire une psychothérapie vont aller consulter des psychologues. Ça, c'est la réalité. Il y a des chiffres qui le démontrent.

Ce que je dis, c'est que les omnis qui offrent des services de psychothérapie, ça ne correspond pas vraiment à leur formation. C'est comme si on demandait - là, j'exagère, mais je pense que le sens est là - à des bouchers de faire de la chirurgie. Ce ne sont pas des gens qui sont spécialisés dans ce domaine.

Si on récupère ces sommes et qu'on les investit dans le réseau public pour donner aux personnes qui n'ont pas les moyens d'aller en privé - c'est déjà le cas - d'aller chercher dans le réseau public des services de psychothérapie, des services d'aide, des services d'entraide, des services de support, on a la conviction que ça va améliorer la qualité des services, que ça va améliorer la qualité de vie des personnes qui vont chercher des services et diminuer la surmédicalisation et la surmédication des problématiques sociales.

Ça, c'est une conviction qui est basée sur plein de recherches, autant sur des études américaines de "costs of sets", c'est-à-dire de coûts de la pratique médicale, que sur des études sur la rentabilité et l'efficacité de la psychothérapie. Il y a, par exemple, une étude de Howard et compagnie, en 1986, qui détermine qu'après 8 entrevues, dans 50 % des cas, le problème original à la base de la consultation de psychothérapie est disparu et que dans 75 % des cas, il est disparu après 26 entrevues. Alors, l'efficacité de la psychothérapie, elle est démontrée dans beaucoup de situations, particulièrement dans celles où il y a du désarroi, de l'anxiété, de la dépression qui sont à la base de la surconsommation de tranquillisants et de sédatifs. Si on donne vraiment des services adéquats et qu'on arrête d'arroser des fleurs en plastique, on ne peut pas

faire autrement que d'économiser tout en améliorant la qualité des services.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière petite question...

La Présidente (Mme Marois): Oui, une dernière, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): ...parce qu'on vient de me signifier que... À la page 8 de votre mémoire, vous évoquez la situation dans les CSS et vous dites, à un moment donné: Tes programmes de traitement pour enfants victimes d'inceste et d'abus sexuel ont été maintenus dans un petit nombre de "gros" CSS."

Mme Marchand: Depuis le début des années quatre-vingt, M. Côté, les CSS n'engagent plus de psychologues. Je pense que c'est un phénomène qui est assez peu connu, mais c'est un fait. Il y a des psychologues qui sont embauchés, qui sont membres de la Corporation, mais qui sont embauchés comme agents de relations humaines, ce dont je vous pariais tout à l'heure. Bien sûr, ces gens-là ne font pas ou à peu près pas de traitements psychologiques en CSS, et c'est une chose qui est peu connue. La seule chose qui est maintenue en CSS - et je pense que c'est assez facile à vérifier - ce sont les programmes pour abus sexuel et Inceste, à Québec et à Montréal. Mais les CSS, entre autres celui de Laurentides-Lanaudière, celui de la Montérégie, etc., les CSS en région sont particulièrement sous-pourvus en termes de ressources psychologiques, de véritables psychologues qui peuvent effectivement faire de la thérapie auprès des gens qui sont à peu près les plus lourdement taxés socialement et psychologiquement.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends de votre intervention que, là où il y en a, la démonstration est faite de l'utilité. Donc, poser la question, c'est presque avoir la réponse. Ce qui est peut-être un petit peu inquiétant, c'est qu'on se retrouve dans des situations, comme en Montérégie et à Lanaudière, où nos listes d'attente... c'est dans ces CSS-là où il y a le plus de difficultés. C'est pour ça que je voulais au moins dire que j'ai compris le message parce qu'il m'apparaît extrêmement important. J'en prends note. Merci.

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

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Un nouvel éclairage absolument intéressant sur la personne dans le système, globalement. Je voulais bien souligner ça au départ. C'est un principe de réflexion important, je pense, lorsqu'on fait le choix de société de s'intéresser à la personne,

au bénéficiaire, à l'usager pour qu'il ait des services les plus complets et une accessibilité des plus complètes. Et la toute petite question du ministre, à la fin, sur les CSS, c'était, quant à moi, ma première. Et c'est très inquiétant, ce que vous nous dites là, par rapport à une catégorie, d'autant plus que, dans les paragraphes qui précèdent votre présentation, à propos des CSS, vous nous décrivez une image peu reluisante de la réalité du service des CLSC en pareille matière, compte tenu des ressources. Est-ce qu'il vous apparaît qu'il y a du dédoublement administratif ou de services - vous choisirez - est-ce qu'il y a du dédoublement, en termes de structure, CLSC, CSS, et est-ce que, finalement, il n'y a peut-être pas là-dedans plus d'administrateurs, plus de gérants, plus de "géreurs" de services qu'il y a de services que l'on dispense ou que l'on peut dispenser?

M. Poirier: C'est un danger, je pense, qui a été observé un peu partout. Par exemple, dans une volonté de régionalisation, on ne peut que souligner la valeur démocratique d'un tel processus, dans la mesure où ça implique la population et non pas dans la mesure où ça ne fait que créer de nouveaux emplois pour les gestionnaires de haut niveau. Et ça reste à démontrer. Nous, on est ouverts et intéressés par le processus, mais il faudrait voir si ça n'amène pas une technocratie supplémentaire où, finalement, les intervenants, ceux qui donnent les services directs deviennent marginalisés dans leur système de santé, de services sociaux et psychologiques. Je pense que ça reste à démontrer.

Maintenant, vous parliez de dédoublement de services. Dans le cas des services psychologiques, ce qu'on observe, et ce n'est pas seulement un point de vue corporatiste que j'essaie de passer parce que les données le démontrent clairement, c'est que les gens n'ont pas accès aux services psychologiques dans le réseau public, au point que - Mme Cyr en faisait la remarque un peu plus tôt, dans une discussion - dans les CH présentement, quand on reçoit des coups de téléphone disant: Je voudrais rencontrer un psychologue, ça va très mal, il y a de la violence conjugale à la maison, ma fille est victime d'inceste, on leur dit, d'abord et avant tout: Écoutez, c'est un problème sérieux; si possible, avez-vous les moyens d'aller voir un psychologue en service privé? Sinon, nous, on a une liste d'attente de plusieurs mois, on ne sait pas quoi faire. Si on vous envoie dans un CSS, vous rentrez dans les dédales administratifs et les services ne sont pas nécessairement des services d'aide.

Alors, je pense que, écoutez, il y a vraiment une montée importante dans la société des problématiques de santé mentale, c'est quelque chose qu'on observe. On se promène à Montréal, on voit les itinérants. On fait un tour chez les personnes âgées, on voit la solitude. On va voir

la violence et l'angoisse des jeunes par rapport à leur place dans la société. On se rend compte, dans les familles, que l'éclatement crée mille et une souffrances qui, parfois, sont très aiguës, parfois sont comme refoulées très longtemps et que la médicalisation ne correspond pas aux besoins réels. Je pense qu'il n'y a pas de danger de dédoublement de services, du moins pour l'aspect psychologique. Pour le moment, c'est plus: Est-ce que la société est prête à assumer le minimum vital dans ce domaine-là?

M. Trudel: Là, je ne parlais pas, évidemment, du dédoublement des services au niveau psychologique, au niveau de la santé mentale, mais ça nous révèle une situation inquiétante. Le niveau prévu dans l'économie générale de la loi actuelle pour rendre le service, vous nous faites une description à peine caricaturale qui dit: Il y a seulement les gros CSS qui encore offrent des services et, on s'entend ou on l'entend, la majorité ne l'offre plus; ils sont incapables de l'offrir. Alors là, on a une structure spécifiquement prévue pour l'effet recherché et il n'y a pas de pratiques auxquelles correspond l'établissement de cette structure-là. Mais il va falloir chercher la réponse: Ou la structure ne doit pas exister ou elle est là, sur place, et ne rend pas le service, ou il y a du monde là-dedans qui ne sont pas préoccupés, suffisamment préoccupés par ces cas graves que vous soulignez, par exemple, au niveau des enfants victimes d'inceste et d'abus sexuel.

Là-dessus, je suis toujours très inquiet aussi, j'ai visité un bon nombre de centres de jour, de centres communautaires qui, à la suite de la mise en oeuvre de la nouvelle politique de santé mentale au Québec, le jour et surtout la fin de semaine, sont chargés d'accueillir un certain nombre de bénéficiaires, dans l'ensemble du Québec, et qui sont obligés, en quelque sorte, de réaliser ce que vous décrivez comme étant un des rôles du CLSC qui ne serait, lui-même, pas très bien rempli quant au dépistage et au traitement des problèmes de santé mentale primaires. Est-ce que vous avez l'impression qu'à travers toute la désinstitutionnalisation et la nouvelle politique de santé mentale, effectivement, ceux et celles que l'on tente de réadapter, de réinsérer au niveau social, reçoivent le support correct, effectif, normal qu'on est en droit d'espérer pour ces personnes dans l'actuelle réalisation de la désinstitutionnalisation?

M. Poirier: Dans le contexte de la désinstitutionnalisation, il va falloir nuancer. Parce que ce qui se produit, c'est que présentement, dans la clientèle désinstitutionnalisée, il y en a qui ont en quelque sorte de meilleurs services que d'autres. Il y a des disparités régionales. Il y a des disparités d'établissements. Et, dépendant de la région dans laquelle ils sont réinsérés, ça change du tout au tout. Si vous réinsérez

quelqu'un dans une région où il y a beaucoup d'organismes communautaires, où le CLSC a un bon service de santé mentale, où les intervenants sont intéressés à coopérer et à créer un partenariat, c'est tout à fait différent que si vous le réinsérez dans un endroit où il n'y a rien. Si vous réinsérez dans un endroit où il n'y a rien la personne désinstitutionnalisée, vous êtes mieux de la médicamenter comme il faut, de la brancher sur sa télé, sur sa chaise berçante 24 heures par jour parce qu'il n'y aura certainement pas de réinsertion là, c'est juste qu'on a déplacé la chambre d'hôpital dans une chambre de foyer d'accueil quelconque.

Je pense que la disparité est effroyable au niveau des CLSC. Dans deux sous-régions extrêmement collées, la région du Plateau-Mont-Royal, le CLSC du Plateau-Mont-Royal, il y a un service complet, excellent, de santé mentale incluant plusieurs psychologues et plusieurs travailleurs sociaux. Dans la région adjacente centre-sud, qui comprend toute la clientèle, les sidéens et tout ça et une grande pauvreté, il y a 0 % de services de santé mentale. Il n'y a aucun psychologue. Il n'y a pas de mandat de santé mentale. Et ça ce sont deux sous-régions avoisinantes.

Je pense que le partenariat, c'est encore à établir. Il faut faire attention d'ailleurs à deux tendances qui sont un peu des tendances de gestionnaires. L'une, c'est la "financité": si on met beaucoup, beaucoup d'argent, ça va s'améliorer. Moi, je ne suis pas convaincu de ça, même si, évidemment, on nous donne 1 000 000 000 \$, on va l'utiliser. Et l'autre tendance, c'est la "structurité" qui est qu'on va refaire toutes les boîtes, recréer les CA, recréer les endroits, sauf que si on ne correspond pas aux véritables besoins, si on ne correspond pas aux véritables services nécessaires, bien c'est du "more of the same", c'est du plus de la même chose, comme on dit en approche systémique. Ça ne conduit nulle part. C'est arroser des fleurs en plastique.

Peut-être que Mme Perreault, qui est une spécialiste de la santé communautaire, elle vient du DSC Lakeshore, pourrait élaborer un petit peu aussi sur ce domaine là.

Mme Perreault (Nicole): D'accord. Parce qu'il ne faut quand même pas nier qu'actuellement quelqu'un qui a été désinstitutionnalisé, qui retourne dans la société n'est quand même pas laissé pour compte. Je pense qu'il y a quand même eu une volonté de faire quelque chose dans le passé, notamment dans la région de Montréal. On a maintenant, depuis avril 1985, la présence de comités aviseurs. Ce sont des comités qui sont voués à la mise en place et au développement des ressources communautaires, des ressources qui sont vraiment là pour voir à la réadaptation et à la réinsertion sociale des ex-psychiatisés. Maintenant, ce qui est peut-être inquiétant, c'est que, malgré cet effort-là de vouloir réinsérer

socialement ces individus-là, il reste que l'effort a été mis beaucoup au niveau du développement du réseau communautaire peut-être aux dépens du réseau institutionnel. Peut-être que ce qui serait intéressant maintenant de questionner, c'est dans un continuum de services à partir du moment où la personne est institutionnalisée jusqu'à la fin de sa réinsertion sociale, ce qui est possible de faire de façon à assurer une continuité de services, et c'est probablement ce que Mario disait aussi et que je tiens à réitérer. C'est, à notre avis, là où il y a un manque. Entre autres, au niveau des services psychologiques. Toujours à l'intérieur d'un continuum de services, il serait important de garantir que l'individu, à l'intérieur de son traitement, ait la possibilité de se situer au niveau affectif, au niveau relationnel par rapport à sa famille, à son travail, à sa qualité de vie. Et, c'est à notre avis, peut-être là où il y a une lacune actuellement.

La Présidente (Mme Marois): Une toute dernière question, M. le député.

M. Trudel: Le temps ne nous le permet plus. J'aurais aimé bien ça creuser encore davantage vos 60 000 000 \$ payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec à des médecins omnipraticiens pour des actes de psychothérapie. On reviendra sur la mécanique là-dessus, comment on peut aller chercher 60 000 000 \$ pour de la psychothérapie par un spécialiste qui n'en est pas un dans ce secteur, malheureusement. Si vous aviez par ailleurs... Parce que le temps presse et file là, je suis surpris un peu que vous ne nous donniez pas beaucoup d'indications par ailleurs sur toutes les pratiques alternatives qui se sont développées au Québec depuis de très nombreuses années là. Une question simple: Est-ce qu'il vous apparaît y avoir, toujours dans la foulée de la désinstitutionnalisation, de la montée du type de problèmes ou de situations reliés à la santé mentale, à la santé psychologique, est-ce qu'il y a beaucoup de charlatanisme, à votre avis, au Québec, dans ce secteur-là?

M. Poirier: Alors, il y a deux points à votre question. Le premier, c'est au niveau des chiffres. J'en ai ici un petit tableau. Il faut être bien attentifs. Il y a 58 000 000 \$ présentement d'argent versé par la RAMQ pour les services à l'acte de traitements psychiatriques et de psychothérapie. Les données de la RAMQ démontrent que la majorité des ces sommes-là, donc disons peut-être 60 % à 70 %, sont versées à des omnipraticiens et à des résidents. Donc, non pas à des psychiatres. Alors, ça fait environ au moins 40 000 000 \$. Les argents qui sont versés à des gens, à des omnis peu ou pas formés pour faire de la psychothérapie. Il y a eu une montée de 41, 02 % en un an, 41 % d'augmentation du nombre d'actes de traitements psychiatriques et de services de psychothérapie. Ça indique

justement, puisqu'on parle de désinstitutionnalisation, que ce que les gens font, c'est qu'ils vont voir leur omni; ils sortent de l'hôpital... C'est pour ça qu'en un an ça a monté de 41 %. Il y a plein d'autres facteurs, y compris la misère humaine, mais ça a monté de 41 %; alors, les gens vont consulter spontanément pour des problèmes personnels, affectifs, relationnels majeurs; ils vont consulter l'omni et ils sortent de là avec une prescription de tranquillisants, de sédatifs: montée en flèche des coûts de la médicalisation, puis ça ne résoud pas le problème. Alors on continue dans le système. Vous pouvez imaginer dans 20 ans ou 30 ans la même chose se produire.

Pour ce qui est de la deuxième partie de la question, la montée de la médecine douce et de ce que vous appelez le charlatanisme, moi, je pense qu'il faut également nuancer. Oui, il y a des gens là-dedans qui sont très compétents, qui ont reçu des formations très articulées qu'il reste à évaluer scientifiquement et d'autres qui, volontairement, font du charlatanisme et qui sont vraiment quasiment des criminels; mais si on regarde ça comme phénomène social, la montée de la médecine douce, c'est également quelque chose qui illustre le mal de vivre contemporain. C'est incroyable, la montée de ce phénomène-là, les consultations qu'on fait chez l'auriculothérapeute, le spécialiste de la polarité, le réflexologue, le massothérapeute et autres choses du même genre qui peuvent avoir leur valeur - je ne suis pas placé pour commenter ça - mais qui indiquent certainement que les gens ont besoin, quelque part, d'un contact chaleureux et humain et, si possible, d'un service d'aide adéquat.

M. Trudel: Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre intervention et de votre présentation auprès des membres de la commission.

Nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 14 h 30, parce que nous ne pouvons pas rejoindre le prochain groupe pour le faire avancer. Donc, on va reprendre nos travaux à 14 h 30.

(Suspension de la séance à 12 h 42)

(Reprise à 14 h 36)

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

Si les membres le veulent bien, on va reprendre nos travaux. Je vais souhaiter la bienvenue à la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec qui est représentée par un certain nombre de ses membres, dont Mme Émond, la présidente.

Je vais vous demander, madame, de présenter les personnes qui vous accompagnent. Ensuite, vous avez entre 15 et 20 minutes pour

présenter votre mémoire. Cette présentation sera suivie d'échanges d'idées, de commentaires, de questions de la part des membres de la commission avec vous et vos représentants.

Si vous le désirez bien, on vous entend.

Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec

Mme Émond (Marie): Je vous remercie, Mme la Présidente de la commission parlementaire. M. le ministre, M. le député de l'Opposition, mesdames et messieurs.

Je vais d'abord vous présenter les personnes qui m'accompagnent. René Pagé, qui est directeur administratif de la Corporation des travailleurs sociaux du Québec, et, à ma gauche, Pierre Pinard, qui est responsable du comité des enjeux, qui se penche sur les principales questions sociales qui nous préoccupent comme corporation.

Vous avez notre mémoire, qui est court. Je ne le relirai pas parce que vous pouvez le parcourir pendant que je parle s'il y a des points où vous voulez vous rafraîchir la mémoire. Compte tenu du fait que c'est vendredi après-midi, je vous lirai donc un bref résumé et nous essaierons, à trois, d'élaborer sur des points particuliers qui n'ont pas été traités dans notre mémoire.

La première chose qui nous a préoccupés comme corporation professionnelle, c'est la question des principes d'universalité et d'accessibilité qui ont été la base des réformes depuis 20 ans au Québec. Qu'en est-il par rapport à ces questions? Il est normal, après douze ans, qu'on se préoccupe du coût de réformes qu'on a mises sur pied, mais c'est tout de même sur les principes, comme travailleurs sociaux, qui, traditionnellement, ne se préoccupent pas seulement de points corporatifs, qu'on se pose des questions. Pour nous, ça reste important, l'universalité et l'accessibilité.

Nous trouvons dans cet avant-projet de loi qu'on précisait beaucoup les structures administratives, mais beaucoup moins les services auxquels la population aura droit. Nous nous sommes donc posé la question: Est-ce qu'on va avoir affaire à une déconcentration de l'exécution ou à une véritable décentralisation de la gestion des services? Peut-être est-ce que nous donnons des coups d'épée dans l'eau en parlant de ça, étant donné que ce matin, en regardant **La Presse**, nous avons vu qu'il y était dit que le ministre voulait une réforme en profondeur. C'est ce que nous espérons.

Ce qui nous préoccupe beaucoup, c'est le fait que le mot "social" semble avoir disparu de la formulation. Ça nous préoccupe, pas seulement parce que nous nous appelons travailleurs sociaux, mais parce que nous sommes profondément convaincus que, si on ne s'occupe pas de la composante sociale, ce sera beaucoup plus coûteux et qu'il y aura une dépersonnalisation

des services et que personne n'y trouvera son compte, ni la famille, ni l'individu, ni la société. Alors, il nous semble qu'il faudrait réintroduire la dimension sociale de façon beaucoup plus directe dans la politique qui existe. J'aimerais laisser parler René Pagé de cette question du social.

M. Pagé (René): Dans la notion d'individu qui est apportée dans l'avant-projet de loi, on ne retrouve pas comme on pouvait le retrouver dans la loi actuelle les notions d'individus regroupés, que ce soit au sein d'un couple, d'une famille, d'un groupe ou des communautés qui étaient quand même l'objet et le sujet de loi. Blés sont importantes ces notions-là, pour nous, parce que ça se situe justement dans une vision globale de la santé. On peut prendre peut-être de façon plus concrète l'exemple du développement de la politique familiale qui est une politique que l'État québécois a développée depuis 1980; nous sommes arrivés actuellement avec des résultats plus concrets avec une loi, avec un Conseil de la famille et une préoccupation que dit avoir le gouvernement pour l'ensemble des citoyens à ce niveau-là.

Si, dans une loi aussi majeure, aussi importante et agissante sur la santé de tout le monde, on n'inclut pas la famille, par exemple, comme un objet dont on se préoccupe de la santé, c'est-à-dire des individus qui la composent, des parents, des enfants, des familles étendues également... On sait toute la question des personnes âgées. C'est une des grandes préoccupations. La commission Rochon l'a apportée. On la retrouve dans les orientations. Et la notion également des groupes et des communautés. Il s'agit bien d'une vision, non pas d'une vision abstraite, mais bien d'une réalité prouvée sur laquelle lorsqu'on veut agir sur le milieu pour s'assurer qu'une société est en santé - et on entend naturellement le terme "santé" au sens où l'Organisation mondiale de la santé l'entend, non pas seulement physique... Il faut quand même que ces notions-là soient présentes d'abord, d'après nous, par une volonté politique de l'intégrer dans un projet de société. Et c'est dans les lois que les projets de société se concrétisent. Alors, ces notions-là ne sont pas dans la loi. Elles y étaient. Nous aimerions les revoir à nouveau.

Justement concernant la question de la politique familiale, le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui est un ministère crucial, qui a des budgets très importants, devrait avoir un leadership majeur sur la politique familiale et donc intégrer cette notion-là parce que, d'abord et avant tout, les gens auront des enfants, élèveront une famille s'ils ont des conditions de santé et des conditions sociales qui vont le permettre. Il s'agit d'un ministère et d'une loi qui est majeure à ce niveau-là. Elle doit assumer le leadership pour l'ensemble des

autres ministères et des politiques du gouvernement, à notre avis.

En terminant, sur une dernière notion, on parle également de la question des groupes communautaires. Dans le respect de l'autonomie des gens, qui a toujours été à la base de la réforme des services sociaux et des services de santé, on a toujours soutenu, comme travailleurs sociaux, la question de l'autonomie des gens, de leur développement, de leur prise en charge. Nous croyons que c'est important que cette notion demeure et qu'il y ait toujours une volonté du gouvernement de soutenir les groupes communautaires, mais de les soutenir sans, on dirait, les bureaucratiser, sans rendre les notions ou les structures trop lourdes, ce qui empêcherait leur fonctionnement.

Souvent, ce sont des structures qui sont légères, ce sont des initiatives de gens qui n'ont pas nécessairement une spécialité en administration ou autre. Alors, que le gouvernement soit un facilitateur et encourage, justement, cette question de groupes communautaires, d'actions communautaires et qui seront complémentaires, mais non pas nécessairement directement intégrés dans le système. Je pense qu'il faut même l'éviter si on veut soutenir cette créativité. Qu'on pense seulement à l'origine des CLSC où ça a commencé avec des groupes de citoyens, des préoccupations de santé. On est arrivés avec des cliniques de santé puis, aujourd'hui, on a développé une notion originale à ce niveau-là.

(14 h 45)

Mme Émond: Je reviendrai à nos préoccupations d'ensemble. Une question que nous avons c'est: Est-ce que l'avant-projet de loi représente une volonté politique de réduire les engagements de l'État en matière de services de santé et de services sociaux? Si j'observe - et je suis en situation de l'observer - de près, je prendrai le milieu hospitalier comme exemple, je prendrai un deuxième exemple en médiation, je prendrai un troisième exemple dans les bureaux de service social. Si on observe la croissance en termes de budgets, si on observe la croissance en termes d'effectifs, on assiste à une croissance négative pour ces milieux où les travailleurs sociaux sont traditionnellement bien ancrés. Pourquoi?

Beaucoup d'argent et d'énergie ont été mis dans les nouveaux projets, mais un vieux principe, c'est que les problèmes fondamentaux restent là. Alors, je pense qu'il faut faire attention d'assumer les effectifs de base, même si on réorganise et on se relance dans de nouveaux projets. Cette croissance négative a des effets néfastes sur la santé et le bien-être de la population. Je n'entrerai pas dans une description détaillée, mais j'attire l'attention sur la quantité d'effectifs et d'argent que ça prend pour simplement assurer le maintien de ce qui existe déjà, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas moyen de réorganiser de façon plus efficace certaines problématiques à long terme, maintenant que le

Québec s'est doté d'un système de santé et de services sociaux qui fait l'envie d'autres pays, en Amérique du Nord et dans d'autres provinces canadiennes. Je pense que c'est important de ne pas dégarir, d'assurer une croissance normale dans ce qui existe déjà et de réorganiser non pas tellement les structures, mais essayer de voir, maintenant qu'il y a un système installé, comment ce système peut se suffire à lui-même de façon plus efficace. Là-dessus, je laisserais peut-être la parole à Pierre Pinard, parce que ça comprend aussi l'évaluation des services qui existent.

M. Pinard (Pierre): Oui. Dans l'avant-projet de loi, on lit que les départements de santé communautaire ont la mission d'effectuer de la recherche dans le domaine de la santé. Cependant, dans l'avant-projet de loi, on ne voit pas le pendant d'un mandat de recherche sociale octroyé à qui que ce soit. À notre point de vue, et je pense que la commission Rochon et les orientations en matière de santé et de services sociaux le démontraient assez clairement, la recherche sociale est pratiquement inexistante ou, en tout cas, très pauvre. Ça nous préoccupe beaucoup. Nous pensons que nous devons consentir des budgets pour que la recherche sociale s'effectue au Québec: recherche d'évaluation de programmes, recherche-action, mesure d'impact, mesure des résultats qu'on atteint. Je pense que vous allez recevoir un autre groupe, en fin de journée, qui va vous parler de ça, le Centre de recherche sur les services communautaires qui est sous contrat avec la Fédération des CLSC et l'Association des CSS. Je pense que c'est un mécanisme qui peut être intéressant. Mais je crois aussi qu'on devrait allouer des budgets aux établissements à caractère social pour qu'ils puissent aussi, éventuellement, développer des recherches avec les universités de leurs territoires. Ça se fait, je ne dirais pas partout, mais ça se fait un peu dans plusieurs sous-régions de la province, ces collaborations de recherche entre un établissement de santé ou de services sociaux et les universités. Alors, nous, nous pensons que ça devrait s'accroître considérablement et, possiblement, avec un mécanisme ou des mécanismes provinciaux de coordination qui nous permettraient d'avoir accès à un bassin plus large de spécialistes en sciences humaines. Alors, voilà pour la recherche.

Mme Émond: Il y a d'autres points spécifiques pour lesquels nous avons un intérêt particulier et dont nous aimerions parler. Un des points, la question des plaintes.

M. Pinard: Oui, parce que l'avant-projet de loi prévoit que les plaintes seront confiées pour traitement à la régie. À notre point de vue, les plaintes ont tout intérêt à être traitées le plus près possible du plaignant, c'est-à-dire du

bénéficiaire. Et, à notre point de vue, chaque établissement de santé et de services sociaux devrait posséder, devrait développer son propre mécanisme de plaintes parce que, dans les faits, à l'exercice, on se rend compte que les plaintes, la plupart du temps, pour une très grande proportion, sont réglées souvent entre l'intervenant direct ou le supérieur immédiat et le plaignant, pour la plupart. Alors, je ne pense pas qu'il y ait intérêt à ce qu'on transfère ça aux régies. À ce moment-là, si les établissements ont leur mécanisme de plaintes, la régie pourrait intervenir comme recours, comme un second recours dans des cas où les plaintes ne seraient pas résolues à la satisfaction du plaignant.

Peut-être que je pourrais aussi continuer sur une des préoccupations que nous avons concernant l'équité, la répartition des budgets et l'équité interrégionale, parce que c'est pour nous une préoccupation. À notre point de vue, et l'avant-projet de loi le mentionne, on parle, on souhaite en tout cas qu'il y ait une plus grande, une plus juste répartition des ressources entre les régions. Nous, on souhaiterait que l'engagement, en ce sens-là, soit beaucoup plus vigoureux, beaucoup plus formel, parce qu'à notre point de vue il n'y a pas cette équité interrégionale partout. On mentionne, par exemple, à titre d'exemple, et je ne mentionnerai que celui-là, que la médiation en matière de conflit familial n'existe qu'à Québec et Montréal, alors que c'est un service auquel tout le monde devrait avoir droit, normalement.

Donc, on parle d'équité interrégionale et d'équité intrarégionale et, à ce moment-là, on réfère à deux notions, l'équité entre santé, à l'intérieur d'une région, et le social. On sait, je pense que tout le monde sait que le social par rapport à la santé ne fait pas le poids ou, en tout cas, les budgets sont beaucoup moins importants, les effectifs sont moins importants et on craint qu'avec une régionalisation cette équité-là soit difficile à sauvegarder. On aimerait avoir des formes de garantie à ce niveau-là. Donc, équité intrarégionale au niveau santé sociale et équité aussi entre les programmes de services aux différents clients.

Je vais donner un exemple, à mon sens, de services qui ne sont pas équitablement répartis entre la population. Les services offerts aux déficients adultes. Dans les services offerts aux déficients adultes, on poursuit un objectif de développement optimal de la personne déficiente, alors que, si on regarde les objectifs en protection de la jeunesse concernant le développement des enfants, ce que la protection de la jeunesse assure, c'est un développement minimal. Il me semble y avoir là deux poids, deux mesures dans la volonté de l'État qui est manifestée à travers une loi à l'endroit de ces différentes clientèles. Alors, on dit: À l'intérieur des régions et même à la grandeur du Québec, il faut en arriver à un traitement plus juste des différents programmes

de services aux clients.

Mme Émond: Donc, pour conclure, je résumerai en disant que nous sommes préoccupés de continuation historique. Il y a eu un service, dont on peut être fier, mis sur pied. Il est normal de le réaligner mais évacuer le social, ne pas lui donner l'importance voulue, constitue un recul pour une société.

Pour ce qui est de la décentralisation et de la déconcentration qui était notre deuxième propos, il me semble que vous avez déjà été sensibilisé à cette question-là, donc je n'y reviendrai pas et je conclurai en disant: Le social, toujours le social, encore le social. Je vous remercie.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Je commencerai par, d'abord, vous interroger sur la recherche sociale. Peut-être n'est-ce pas clair dans le projet de loi ou l'avant-projet de loi. À tout le moins, partons d'une base. Partons des "Orientations" où, effectivement, aux pages 130 et 131, la recherche sociale occupait une place assez importante et on en était à élaborer un certain nombre de choses. Permettez-moi de vous les lire. Et c'est là-dessus que je voudrais savoir votre opinion, si ça risque de changer des choses ou non. Parce que si les orientations ne sont pas bonnes à la base, le projet de loi ne sera jamais bon et si on ne partage pas le même point de vue qui a été largement inspiré de ce qui a été entendu lors des différentes auditions, que ce soit lors de la commission Rochon ou de la tournée de Mme Lavoie-Roux, à ce moment-là, on ne réussira jamais à rien corriger. Mais, si, à la base, les orientations sont bonnes, il y a de fortes chances qu'on se retrouve, éventuellement, même si l'espace d'un projet de loi, que ce soit loi ou règlement, est plus restreint sur le plan de traduire, en termes législatifs, des éléments de recherche, donc l'espace est plus restreint mais, à tout le moins, au niveau des orientations, on devrait s'entendre.

Il était dit: "Pour le secteur de la recherche sociale, le ministère propose trois mesures:

"le Conseil québécois de la recherche sociale mettra sur pied des programmes de bourses de formation afin d'assurer un meilleur développement de la recherche sociale. Il facilitera en outre l'organisation de stages prolongés en milieu de pratique pour chercheurs universitaires ou jeunes diplômés;

"le Conseil québécois de la recherche sociale investira dans la création et dans le maintien de postes de chercheurs à temps plein pour garantir une plus grande permanence dans le développement et l'organisation de la recher-

che sociale. Ainsi, il financera des équipes et des centres de recherche dotés d'une infrastructure appropriée en nombre suffisant et en relation à la fois avec le milieu de pratique et l'université;

"pour parer au sous-financement et comme mesure de rattrapage, le ministère augmentera la part du budget réservée à la recherche sociale."

Je n'étais pas là, moi, donc je peux regarder ça avec quelqu'un qui a peut-être un peu de recul. Je n'étais pas là, moi. On me dit que c'est la base même de la discussion et que ça "rencontrait" un certain consensus sur la réorganisation de la recherche sociale en harmonie avec le Conseil qui a ces responsabilités-là. Est-ce que sur cette base-là ça vous apparaît être ce qu'il faut faire?

Mme Émond: J'ajouterais deux points. Je trouve le principe très valable. Ce qui pour moi demeure important, c'est ce qui fera l'objet de cette recherche-là. Est-ce qu'il y aura une évaluation des services qui sont donnés actuellement? C'est une réforme qui a été faite il y a douze ans, mais est-ce qu'on a évalué qu'est-ce que ça donnait, ces services-là? J'attire l'attention sur la nécessité de ce genre de recherche. Deuxième chose, c'est que les principes sont beaux, mais j'aimerais voir en termes d'argent à quoi ça correspond par rapport à l'argent qui va être mis sur la recherche en santé et par rapport aux sources de financement possible dans le domaine de la santé.

M. Côté (Charlesbourg): Et vous avez dit tantôt: Le social est le parent pauvre et a toujours été le parent pauvre...

Mme Émond: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): ..par rapport à la santé.

Mme Émond: Alors, j'aimerais voir en termes de chiffres à quoi ça correspond. Bien sûr, je ne peux pas être en désaccord avec d'aussi beaux principes que ceux que vous...

M. Côté (Charlesbourg): Pardon?

Mme Émond: Je ne peux pas être en désaccord avec d'aussi beaux principes que ceux que vous émettez, mais les deux questions que j'ai, c'est: Ça correspondra à quoi en termes d'argent réel et, deuxièmement, quel sera l'objet même de cette recherche-là? Et j'observe qu'il s'agit de mettre sur pied toute une infrastructure, mais la recherche se fera quand?

M. Côté (Charlesbourg): Non, mais c'est plus que des principes, ça dépend un peu de quel côté on se situe. En tout cas, à tout le moins, lorsqu'on parle d'infrastructure, l'infrastructure

peut assurer une permanence que l'on ne connaît pas maintenant. Ça me paraît être un élément de base puisque, jusqu'à maintenant, tout ce qui s'est fait, ce sont des contrats. Donc, il n'y a pas nécessairement de lien. Il peut y en avoir, mais il n'y a pas nécessairement de continuité de lien dans cette recherche. Ayant moi-même une formation en histoire, la recherche, on en a fait un petit peu; il faut qu'il y ait ce fil conducteur sur le plan de la recherche et, évidemment, des sommes d'argent qui vont aller avec. Évidemment, si je vous disais 5 000 000 \$ demain matin, vous me diriez: Ce n'est pas assez, c'est 10 000 000 \$. Je comprends ça. Mais une chose est certaine, c'est plus d'argent que ce qui y a été consacré jusqu'à maintenant, ça m'apparaît évident.

D'un autre côté, il ne m'apparaît pas évident à moi que, pour ce faire et pour que ça se réalise, il faut que ce soit dans un projet de loi. C'est peut-être la meilleure manière de bien s'encadrer et de ne pas être capable d'en sortir éventuellement. Le projet de loi doit avoir un certain nombre d'objectifs, certains énoncés dans la mécanique, et c'est ce que les "Orientations" tentaient de bien camper. Je comprends que ce n'était quand même pas si mal, mais qu'il s'agit de voir comment ça va se traduire. Tout est toujours question de piastres et de cents, évidemment, et l'argent devrait éventuellement suivre. Mais on est dans un système qui a investi beaucoup, vous l'avez dit tantôt, où ce que nous tentons de faire, c'est d'abord de voir ce qui peut être alloué à nouveau à l'intérieur du système. Je pense que vous n'aviez pas la chance d'être là ce matin; on a appris qu'il y avait quand même un peu de dédoublement dans le système, un petit peu beaucoup, et qu'il y avait aussi des places où on pouvait sauver de l'argent pour être capable de le réinvestir. Ça revolvait ce matin à coups de 10 000 000 \$ et de 60 000 000 \$. On avait des exemples dans le domaine de la santé où, évidemment, les risques sont plus grands compte tenu des budgets. Ce que je comprends, à tout le moins, c'est qu'il y a une base là qui peut être intéressante, qu'il y a des fondations intéressantes. O.K.

Vous évoquiez beaucoup, dans vos propos de tout à l'heure et dans votre texte, que le social est un peu absent du libellé de l'avant-projet de loi. Je regarde l'article 1 et l'article 2. Il me semble y avoir des éléments du social qui sont là; je ne sais pas si vous avez une copie de l'avant-projet de loi. Ça me paraît transpirer. À l'article 1, il est dit: "Le système de..." Peut-être que ce n'est pas suffisant; vous avez juste à le dire, ce n'est pas plus compliqué que ça. Je n'ai pas l'intention de passer à travers les 400 articles, mais je veux bien saisir. L'objectif n'est pas de dire: Le social, on l'évacue. On a parlé, depuis le début - j'en ai parlé et je vais continuer à en parler - de la prévention. Ça m'apparaît extrêmement important de faire un virage de ce côté-là. Lorsqu'on a discuté avec

les milieux représentant la famille, hier, on a vu qu'il est évident que la famille doit être au coeur de nos préoccupations et de nos efforts sur le plan de la prévention et sur le plan aussi de l'encadrement social. Je regarde les deux premiers articles, parce que ce sont les plus faciles à aller chercher, et, coudon, ça me paraît présent. J'aimerais vous entendre davantage là-dessus parce qu'il y a peut-être une incompréhension et, comme c'est un avant-projet de loi, je l'ai dit et je le répète, tout ce qu'il mérite, c'est d'être bonifié à la lumière de ce que vous allez nous dire.

(15 heures)

M. Pinard: Non, M. le ministre, malheureusement, je n'ai pas l'avant-projet de loi sous les yeux pour relire les articles. Effectivement, dans les objectifs au départ, c'est assez global et assez général. Évidemment qu'on a regardé ça avec nos idées à nous et il nous a semblé retrouver, dans l'avant-projet de loi, beaucoup d'allusions directes à la santé, à sa confirmation dans la structure, dans la recherche à travers les DSC, mais on n'a pas retrouvé le pendant social de ça et c'est ça qui nous inquiète. On n'affirme pas nécessairement qu'il n'est pas présent, mais il est moins évident, et c'est ça qui nous inquiète beaucoup parce qu'on a énormément cette préoccupation.

Évidemment, quand on parle de social, on déborde aussi. Vous savez, autant que nous je pense, que les conditions économiques ont une incidence directe et sur les conditions sociales et sur les conditions de santé. Alors c'est à tout ça qu'on se réfère quand on dit qu'on pense que le social est un peu trop absent, à notre avis. En tout cas, c'est notre lecture. C'est beaucoup plus une inquiétude qu'une affirmation d'un tort quelconque.

M. Côté (Charlesbourg): C'est davantage le "feeling" que vous avez d'une lecture globale de l'avant-projet de loi.

M. Pinard: Oui. C'est ça. Comme tantôt, au niveau de la recherche, évidemment, on avait souscrit aux orientations auxquelles vous référez sur ces trois principes. Effectivement, je pense notamment d'allier CQRS et les établissements, c'est extrêmement prometteur comme développement de recherche. Je comprends qu'on ne peut pas tout mettre dans un avant-projet de loi mais, pour nous, ce n'était pas évident que vous y référiez aussi fortement que vous venez de le faire. Je trouve ça rassurant de voir que vous vous y référez et que vous avez une forme d'engagement là-dedans.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, je peux vous dire qu'il n'y a pas de fermeture et c'est le but d'une commission parlementaire comme celle-ci de vérifier un certain nombre de choses.

Je prendrais peut-être universalité et accessibilité. Je pense qu'il faut les distinguer. Universalité, je ne suis pas prêt de partager votre point de vue. Il me semble que le régime est encore assez universel et j'aimerais vous entendre davantage là-dessus parce que je suis prêt à en partager un bout sur le plan de l'accessibilité mais, sur le plan de l'universalité, j'aimerais vous entendre de manière plus spécifique parce que, pour moi, ça ne me paraît pas évident.

Mme Émond: Je vais vous donner des exemples concrets à ce moment-là. Le principe demeure mais, dans les faits, il y a une série de services qui ne sont plus disponibles pour certaines personnes. Je vais prendre trois exemples, le premier est en santé mentale. Étant dorme l'accent qui est mis, et c'est inévitable, sur les malades souffrant de psychose et de troubles très graves, il est à peu près impossible pour des gens qui souffrent d'un trouble moins grave d'avoir des soins actuellement dans un hôpital psychiatrique, la raison étant que toute l'attention est prise par la population plus lourde. C'est donc une accessibilité toute relative puisqu'il faut souffrir de psychose pour être suivi à ce moment-là. C'est un peu cher comme prix.

Dans beaucoup de services sociaux, toute l'attention est prise par les cas de protection d'abus sexuels. On peut toujours - mon dieu, qui n'a pas un peu de violence dans sa famille - mettre l'action là-dessus et avoir un service. Mais, si on ne fait pas ça, le service n'existe pas. C'est donc une accessibilité qui est toute relative simplement parce que le système est ainsi fait que certaines problématiques lourdes ont drainé toute l'énergie. Il reste donc des poches de population non couvertes. L'accessibilité est là sur papier mais, dans les faits, ce n'est pas exact.

M. Côté (Charlesbourg): J'avais pris soin de vous dire que, accessibilité, je partageais en bonne partie certaines inquiétudes, ne serait-ce qu'au niveau des listes d'attente. C'est une accessibilité, oui, mais qui a quand même son temps d'attente, avec tous les problèmes que ça suppose.

Evidemment...

Mme Émond: Je parie plus... C'est qu'il y a des endroits où H n'y en a pas du tout.

M. Côté (Charlesbourg): D'accord. Je comprends.

Mme Émond: On a beau attendre, il n'y en aura pas.

M. Côté (Charlesbourg): Accessibilité... listes d'attente. J'ai acquis la conviction maintenant qu'il y a aussi un peu une question de gestion.

On a un système qui s'est développé au fil des années où on encourageait les listes d'attente, dans le sens que ceux qui avaient des listes d'attente, ce sont ceux qui recevaient de l'argent. J'ai des exemples aussi très précis à ce niveau-là. Nous avons donc entrepris une démarche pour faire en sorte qu'il y ait une meilleure gestion et un meilleur cadre d'intervention sans que la culotte soit identique à Gaspé et à Saint-Jérôme. Il y a tout de même un ensemble de mesures qu'on doit tenter d'uniformiser au niveau de l'intervention de nos CSS. Ces mesures-là permettent déjà de faire sentir et de faire voir que la liste d'attente peut s'atténuer.

Au fil des années, je vous ai entendu dire tantôt: Rareté de ressources, peut-être moins d'argent. C'est plus ou moins vrai aussi, il n'y en a peut-être pas assez, mais il n'y a pas eu de réduction de budget au niveau des CSS.

Mme Émond: Là-dessus c'est que, si vous voulez, comme il y a eu des nouvelles problématiques de développées, la plus évidente et la plus éclatante étant, par exemple, la protection de la jeunesse, ça veut dire que d'autres endroits plus traditionnels - je prends le service social hospitalier - les postes n'ont pas été renouvelés. Alors, il y a eu une croissance dans certains secteurs, mais il y a eu certains secteurs où la croissance a été négative. Puisqu'on parle de santé, c'est très lié à la santé ce secteur-là.

M. Côté (Charlesbourg): Sauf que vous allez admettre avec moi que la capacité de payer a quand même ses limites et vous êtes probablement, comme payeur de taxes, la première à le dire.

Mme Émond: Je le dis quelquefois aussi. Je suis consciente que ce n'est pas facile, mais j'attire votre attention sur ce fait. Même s'il y a eu des sommes d'argent très importantes, beaucoup de services développés, il y a eu certains secteurs qui ont été stagnants et même une croissance négative.

M. Côté (Charlesbourg): Si demain matin j'avais des choix à faire, je vous le dis honnêtement, définitivement - je l'ai dit et je l'affirme, puis on va le prouver éventuellement - on peut, au niveau de la santé, là où on est dans le curatif, par l'élimination de la duplication, par l'élimination de certains abus, trouver des sommes, les réallouer. Possiblement que mon choix demain matin, ce serait: D'abord prévention, et que ça pourrait aller là. C'est pour ça que tantôt, lorsque vous pariez de médiation familiale, aussi, c'est vrai que c'est important, c'est vrai que ça ne doit pas être uniquement Québec et Montréal, mais l'ensemble du Québec.

Quant à moi, si j'avais un choix demain matin de disponibilités sur le plan financier dans la réforme, les premiers sous seraient affectés à

la prévention, parce qu'on est dans le curatif. Dans nos CSS, on est aussi dans le curatif. Quand on parle de curatif dans la santé, on est dans le curatif aussi dans le social. C'est ce virage-là qu'il faut tenter de faire, mais il n'est pas facile à faire, et quand on se pose la question du comment, là ça devient encore plus compliqué. Évidemment, c'est avec une question de piastres et cents où on devra mettre davantage l'emphase sur une prévention très large à ce niveau-là, et je pense qu'on pourrait finir par y arriver.

Je vous pose ma dernière question... 0 minute? O.K.

La Présidente (Mme Marois): Votre dernière question, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Vous qui êtes des observateurs de chaque jour de cette grande structure qu'est le ministère avec ses établissements, est-ce que vous croyez qu'il y a effectivement duplication ou pas? S'il y a duplication dans les services? On en parle assez souvent: CLSC, CSS, département de santé communautaire. Est-ce qu'il y a duplication?

Mme Émond: Je vais laisser mes deux compagnons répondre. Moi, je dirais que ce n'est pas dans le domaine strictement social. Ce n'est pas la duplication qui me frappe, c'est plutôt une coordination difficile entre différents services dans le domaine qui m'occupe.

M. Côté (Charlesbourg): C'est pour ça que la notion de plan de services prend son sens sur le plan de la continuité des services.

Mme Émond: Moi, je suis aussi préoccupée par le coût quand on coordonne trop aussi.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, sauf que, dans certaines occasions où on en est, on ne coordonne pas, puis ça coûte cher aussi.

Mme Émond: Oui, mais quelquefois je pense à Montaigne qui préférerait se faire voler un peu par son valet, plutôt que de prendre tout le temps que ça prend pour surveiller chaque sou. Alors, il y a un équilibre difficile entre laisser de l'initiative pour répondre et coordonner tellement que c'est très coûteux et on arrive à une structure trop compliquée. Ma zone de préoccupation est plus là que dans la duplication.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne suis pas sûr que Montaigne avait un budget de 10 400 000 000 \$.

La Présidente (Mme Marois): Tout est relatif.

M. Pagé (René): Mme la Présidente.

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

M. Pagé (René): Une dernière: Lorsqu'on parle de la continuité des services, justement, on sait qu'il y a eu des projets très intéressants au Québec, dans le sens où il y a une responsabilisation de chacun des établissements. C'est-à-dire que, si un bénéficiaire se présente dans quelque établissement ou quelque service du ministère que ce soit, on lui assure qu'on va faire une démarche avec lui, évaluer très sommairement sa situation et au moins le référer à un établissement qui peut lui donner le service ou, encore mieux, l'orienter.

Je pense que si on parle de début d'un plan de services individualisé, ça commence par ça et non pas de dire aux bénéficiaires: Bien, ce n'est pas ici qu'on donne le service, ce qui est malheureusement parfois le cas où les gens vont quasiment magasiner, tourner en rond. Si on parle de duplication, il y a peut-être le danger de celui-là, si on accepte et que chacun des établissements accepte de s'impliquer auprès des personnes qui viennent les voir parce qu'elles ne savent peut-être pas où entrer. Il y a tellement d'établissements que, parfois, c'est assez compliqué. Il faut connaître le système. Déjà, ce serait beaucoup et ça se fait.

La régionalisation, là-dessus, peut apporter, j'en suis sûr, d'excellents résultats parce que les établissements peuvent se parler entre eux, échanger des projets, des protocoles très simples - ce n'est pas parce que ça s'appelle un protocole que ça doit être compliqué - qui permettraient, qui assureraient la connaissance des ressources du milieu et des régions. Comme travailleurs sociaux, on réfère très souvent les gens. On travaille beaucoup avec le milieu en plus de travailler avec les gens qui sont là. On travaille avec le milieu aidant, le milieu référant et ça, ça nous semble, en termes de duplication, majeur à ce point de vue-là.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. M. le député de Verdun, vous aviez une question.

M. Gauthrin: Brièvement, Mme la Présidente, je vais revenir sur la question de la recherche sociale. Vous avez signalé l'importance de la recherche sociale, toujours aussi préoccupés pour éviter les duplications. Comment voyez-vous les liens ou y a-t-il duplication entre le Conseil québécois de la recherche sociale et le fonds FCAR, comme on dit, qui finance aussi une partie de la recherche? Est-ce que, d'après vous, il y a raison de maintenir deux organismes subventionnés pour subventionner la recherche dans des champs qui peut-être sont identiques?

M. Pinard: Je m'excuse, je ne pourrai pas répondre à votre question parce que je ne suis pas techniquement suffisamment informé quant à la constitution des deux; notamment, le deuxième.

Le CQRS, je le sais un peu plus.

M. Gauthrin: Je reposerai ma question aux gens qui viendront cet après-midi.

M. Pinard: Oui, je pense que ça serait préférable.

M. Gauthrin: Probablement que ça serait plus pertinent à ce moment-là. Merci.

La Présidente (Mme Marois): D'accord, merci. Mme la députée des Chutes-de-la-Chaudière.

Mme Carrier-Perreault: Merci, Mme la Présidente. Moi, j'aurais une couple de petites questions. On a parlé de la prévention. Il semble que, si M. le ministre de la Santé et des Services sociaux trouve un petit peu le moyen d'avoir de l'argent, il en fera un choix. J'aimerais savoir comment, dans le concret, vous voyez ça faire de la prévention? Comment est-ce que ça peut s'articuler dans le concret? Est-ce que ce serait mettre l'argent ou l'emphase, si on veut, sur des campagnes au niveau national, sur des thèmes précis, par exemple, je pense au sida, aux MTS et autres, ou encore si ce serait plutôt dans le sens de faire du cas-par-cas ou du travail quotidien? J'aimerais vous entendre là-dessus.

Mme Émond: Je crois qu'il faut les deux. Il faut des regroupements par problématique, à partir d'intervenants dans le milieu, mais aussi de gens... Par exemple, vous parlez du sida, il y a du travail qui peut être fait à partir de gens atteints, de groupes, de familles. Ça peut être coordonné par les intervenants. Il faut des interventions à plusieurs niveaux, à mon avis.

Mme Carrier-Perreault: Est-ce que vous en "priorisez" l'une ou l'autre? De façon particulière, vous iriez vers quoi en premier?

Mme Émond: Je crois qu'en 1990 nous avons un ensemble de ressources et il faut utiliser un ensemble de ressources et de mesures. Je crois qu'il ne faut pas oublier, cependant, l'approche individuelle, mais possiblement utiliser plus les individus par la suite qu'on ne le fait actuellement.

M. Pinard: Est-ce que je peux essayer d'apporter un complément à cette question? Moi, je pense que la prévention devrait être axée sur ce que Santé Québec a appelé les déterminants de la santé et élargir beaucoup plus largement sur ce à quoi je faisais allusion tantôt, toutes les conditions socio-économiques. Je pense qu'il faut agir là-dessus si on veut effectivement prévenir la détérioration du tissu social et des conditions sociales. Je pense qu'il faut aller sur

les déterminants de la santé et des conditions sociales.

(15 h 15)

Maintenant, pour être dans le milieu des affaires sociales depuis une vingtaine d'années, ce qui s'avère toujours le plus difficile en termes de prévention, c'est lorsqu'on essaie d'appliquer ce concept aux groupes à risques. D'abord, c'est ceux-là qu'on ne rejoint pas. On le sait, même si on fait des pieds et des mains pour les rejoindre, ils sont très difficilement accessibles, ils se laissent très difficilement percer par la prévention. Finalement, c'est à eux qu'on devrait s'intéresser en premier. Mais je ne pense pas qu'on ait de formules toutes faites. Je n'en connais pas qui possèdent des formules toutes faites pour rejoindre les groupes à risque et avoir sur eux un impact évident, majeur. Ça demeure une question extrêmement complexe. Par exemple, on a des services de périnatalité à peu près partout; les CLSC en donnent beaucoup. Mais les très jeunes mères, les mères de milieux défavorisés, les femmes qui risquent de donner naissance à des enfants de petit poids sont difficiles à rejoindre, puis, une fois qu'elles ont été rejointes, sont difficiles à garder dans un circuit de services. Il n'y a pas vraiment de recettes toutes faites, à mon point de vue.

Mme Carrier-Perreault: D'accord. Dans un autre ordre d'idées, dans votre mémoire, à la page 5, vous parlez des ressources humaines. Vous dites: "Nous déplorons que la formation, la qualification et l'encadrement... ne soient pas mieux énoncées". Vous dites aussi qu'il y aurait lieu de prendre des engagements de rattrapage plus articulés. J'aimerais que vous m'expliquiez ce que c'est, pour vous autres, des engagements de rattrapage plus articulés. Concrètement, est-ce que vous parlez de stages? J'aimerais que vous m'expliquiez ce bout-là aussi un petit peu plus.

M. Pinard: Je peux essayer d'y aller. Je pense à l'enseignement pratique, le mandat d'enseignement pratique que les établissements ont en collaboration avec les universités, pour lequel on n'a à peu près pas de financement ou si peu, ou très peu. Je pense aussi à la formation en cours d'emploi, une fois au travail. Je pense que, dans les orientations, il y avait des pourcentages; la commission Rochon en donnait et les orientations revenaient là-dessus. La masse budgétaire consentie au niveau de la formation en cours d'emploi est très minime dans le domaine de la santé et des services sociaux comparativement à d'autres secteurs. On se référerait notamment à ça, à ce que nos programmes de formation en cours d'emploi soient beaucoup mieux garnis, beaucoup plus étoffés, mieux organisés. C'est ça qu'on voulait dire.

Mme Carrier-Perreault: D'accord.

La Présidente (Mme Marois): Une autre question?

Mme Carrier-Perreault: J'en ai une autre petite. Vous en aviez une, Mme la Présidente?

Tantôt, vous avez fait un petit peu allusion à la protection des bénéficiaires. Vous avez parlé de la régie régionale comme possibilité de recours. Il y a des gens qui nous ont parlé de la Commission des affaires sociales comme possibilité de recours. Il y en a d'autres aussi qui nous ont parlé du Protecteur du citoyen, le Protecteur du citoyen qu'on connaît, en élargissant le mandat du Protecteur du citoyen, en le mettant en région ou quelque chose comme ça. J'aimerais savoir comment vous voyez ça, vous autres, la protection des bénéficiaires par rapport, justement, au Protecteur du citoyen.

M. Pinard: Si je pars d'un point de vue très concret, parce que, moi, j'en traite des plaintes dans rétablissement où je suis, les plaintes qu'on a, par exemple, ça part de: Moi, je n'aime pas l'intervenant, le travailleur social que j'ai, je voudrais changer. Je ne vois pas très bien ce que le Protecteur du citoyen va faire avec ça, ou d'autres instances provinciales. Ça, je pense que ça se règle à la base. Un client qui n'est pas satisfait de la fermeture de son dossier ou de ce qu'on lui a dit qu'on ferait avec lui, encore là, je pense que ça se règle beaucoup plus près de lui qu'à un niveau provincial; je pense qu'on perdrait du temps et des énergies. Je pense qu'en fin de compte le plaignant, il ne poursuivrait pas sa démarche jusqu'à la fin si on l'empêtrait dans des mécanismes très laborieux ou très élaborés. Moi, je pense que c'est toujours mieux de procéder plus simplement, quitte à donner des recours s'il y a insatisfaction, et d'aller vraiment le plus près possible du bénéficiaire. À mon sens, c'est une règle d'or.

Mme Carrier-Perreault: Quand vous dites ça, vous faites référence aux comités des bénéficiaires, vous faites référence aux ombudsmans qui existent dans les établissements? Est-ce que c'est dans ce sens-là que vous dites: Plus près de la base?

M. Pinard: C'est dans ce sens-là. Je pense que le responsable de premier niveau traite les plaintes qui concernent ses employés. Il y a des recours à l'intérieur des établissements. Bon. Et il y en a plusieurs de même, on peut remonter très loin. Mais ça existe à l'intérieur des établissements.

Mme Carrier-Perreault: Parmi ces groupes-là, on a rencontré, entre autres, le groupe des ombudsmans. On a vu aussi les comités de bénéficiaires qui nous ont expliqué vraiment un malaise par rapport à l'autonomie. Disons qu'on sait que, dans les établissements où il y a des

ombudsmans, ils se rapportent évidemment à un D.G. par rapport au lien hiérarchique, si on veut...

M. Pinard: Oui.

Mme Carrier-Perreault: ...de leur fonction. Au niveau du comité de bénéficiaires, on a le même problème, le même malaise au niveau de l'autonomie, si on veut, étant donné que le financement vient des établissements. Alors, ne pensez-vous pas que ça crée un problème?

La Présidente (Mme Marois): Oui, Mme Émond.

Mme Émond: Je pense que ce système existe depuis une douzaine d'années. C'est un peu comme le représentant des usagers dans un établissement. C'est un phénomène relativement nouveau et il arrive que les gens ne soient pas à 100 % à l'aise là-dedans. Je pense que ce n'est pas en enlevant la présence là que ça va régler le problème. Bien au contraire, ça va l'empirer. Je pense que, si les ombudsmans ont l'occasion de se rencontrer, d'échanger entre eux, ils vont développer des façons de devenir autonomes, mais c'est un processus où il doit y avoir une continuation et ce n'est certainement pas en mettant... En enlevant le recours immédiat, on tombe dans le risque, à ce moment-là, de légaliser les procédures qui sont beaucoup plus coûteuses.

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

M. Pagé (René): J'apporterais un complément, simplement, pour avoir été proche de comités de bénéficiaires dans les milieux psychiatriques. Effectivement, ce n'est pas en enlevant ces structures-là qu'on pourra régler un problème et en les mettant dans une structure à l'extérieur. C'est évident qu'il y a des conflits, des objectifs différents, des difficultés, je dirais, de vivre ensemble sous le même toit, mais c'est peut-être comme ça qu'on apprend la réalité et qu'on la dénonce. Il faut voir qu'il y a des problèmes, les gens vont dénoncer les problèmes et les gestionnaires, les responsables vont devoir répondre à ces questions-là. C'est comme ça que toute situation se développe dans toute société. Ce n'est jamais dans l'harmonie totale, c'est toujours où il y a crise, où il y a conflit qu'on finit par dénoncer des situations et apporter des changements. Ce qui était correct voilà 25 ans ne l'est plus et n'est plus acceptable aujourd'hui, mais le contexte a changé. Je pense que c'est une évolution normale qui se fait à ce niveau-là. Il y a quand même un ensemble de mécanismes qui sont là. Au contraire, je pense qu'il faut que ces comités de bénéficiaires ou les comités des usagers soient renforcés.

Il y a d'autres mécanismes qui existent

encore et qui sont peut-être mal connus et, comme corporation, nous avons cette responsabilité de protection du public. En autant que les gens sont membres de leur corporation, parce que nous sommes une corporation à titre réservé, on assume la protection du public. Nos membres sont régis par un code de déontologie et une loi de l'État. À ce moment-là, s'ils ne s'y conforment pas, tout citoyen, tout collègue, toute personne peut porter plainte. Il y a différents types de mécanismes qui existent et qui peuvent apporter des solutions, selon la gravité. Un peu comme on le disait tout à l'heure, ce n'est pas pour avoir, moi aussi, traité des plaintes de bénéficiaires... Parfois, il y a des plaintes très fondées par rapport à des actes inacceptables ou des choses comme ça, mais, parfois, c'est par rapport à des situations de vécu personnel. Ça, d'après moi, il ne faut pas traiter ça, je dirais, d'une façon juridique. Il faut partir de la personne, de ses besoins, de ce qu'elle désire. Si on dit qu'elle est au centre du système, n'allons pas mettre une décision qui est trop loin d'elle. Les gens ne se serviront pas, à notre avis, de structures qui sont trop longues, trop difficiles et trop loin d'eux. C'est l'expérience que nous avons.

Mme Carrier-Perreault: Non, je veux être bien claire, l'idée de ma question, ce n'est pas dans le but d'enlever les comités de bénéficiaires...

M. Pagé (René): Non, non.

Mme Carrier-Perreault: ...ce n'est pas du tout ça, c'est comment améliorer, si on veut, cette situation-là pour éviter ce malaise-là. Je me demandais si vous aviez des solutions.

La Présidente (Mme Marois): D'accord, merci, Mme la députée.

Deux questions, je vais les poser en même temps. Une première. Vous affirmez, dès le départ de votre intervention, de votre mémoire, vous dites: Il semble y avoir un parti pris pour la santé. Bon, le ministre dit: Quand on regarde les budgets alloués proportionnellement, etc. Mais de tout temps, je dirais, il y a eu quelque part, dans la perception qu'on a eue ou dans l'action que l'on a eue, un parti pris, effectivement, pour un appareillage plus lourd, etc. Fondamentalement, qu'est-ce qui est la cause de ça? Un, c'est ma première question qui est d'un ordre, évidemment, plus global.

La deuxième, plus précise: Vous n'avez pas réagi, tout à l'heure, quand le ministre a dit: Pour assurer la continuité qui est un des problèmes majeurs dans les services sociaux, on le sait, un peu partout, on parle de plans de services. À ça, vous n'avez pas réagi beaucoup. Est-ce que ça vous apparaît l'avenue de solution ou s'il y a d'autres perspectives qui pourraient se développer

ou d'autres moyens qui pourraient être utilisés?

M. Pagé (René): J'aurais peut-être deux réponses brèves à vos deux questions. D'une part, concernant la santé et le social, par mon expérience dans les milieux hospitaliers, ce dont on se rend compte - c'est peut-être du fait que ce n'est pas une évidence même - on sait, depuis très longtemps et pas seulement ici, on le sait en Europe, on le sait partout, que lorsqu'on intervient auprès d'une personne qui fait un infarctus du myocarde, lorsqu'on intervient immédiatement lors du premier infarctus, on diminue énormément des coûts sociaux et des coûts de santé parce qu'il y a toute une dynamique qui joue autour de ça. C'est une maladie invisible, intérieure qui ne se voit pas. Il y a toute une culture, je dirais, autour de la maladie cardiaque et, pourtant, le tiers, actuellement, de nos citoyens meurent de cette maladie-là. Ce service-là n'existe pas, pourtant c'est prouvé scientifiquement, c'est prouvé à Barcelone, dans les grands instituts de cardiologie; ça se fait ici, pourquoi ça ne se fait pas où on traite les gens qui souffrent de maladie cardiaque, où on ne voit pas le conjoint dès les premiers jours? Parce qu'il y a toute une dynamique familiale. Il y a l'emploi, il y a le logement parfois, les enfants qui sont mis face à cette situation-là de perdre le parent. On peut imaginer tout l'impact que ça va avoir à l'école pour les enfants, toutes ces choses-là. Je n'ai pas une réponse directe, mais une réponse indirecte. Ce n'est pas évident. Et la preuve c'est qu'on a développé... Je pense que ça commence à changer maintenant. On ouvrirait un nouveau système de médecine. On oublait d'y mettre le budget. Parce que le budget partait et allait à l'hôpital. Mais l'hôpital ce n'était pas le CSS, bon, quand ce n'était pas transféré. Donc, le CSS n'avait pas l'argent pour mettre, je dirais, un autre spécialiste des sciences humaines. Je ne parie pas que des travailleurs sociaux. Mais la dimension, je dirais, psychosociale n'était pas pourtant dans le budget, semble-t-il. L'argent était inclus pour ces aspects-là. Quand on a pensé faire les greffes de moelle et tout ça, on a comme oublié et on prend ça dans les effectifs. Mais le temps d'effectif qu'on prend et qu'on met là, on l'enlève d'ailleurs.

Quand on parlait de croissance, tout à l'heure, et de bonne duplication et de gestion, je pense qu'il faut réserver, je ne dis pas la majeure, c'est évident... mais qu'on pense à cet impact-là quand même. Si on développe de nouvelles technologies, les nouvelles technologies ont des impacts majeurs. Quand vous prenez quelqu'un qui vient de 800 milles de Montréal, qui vient ici et que c'est un enfant, et que c'est une greffe, et que ça dure des semaines, et il y a les parents, et tout ça et il y a le frère qui va donner la moelle, vous imaginez l'impact social que ça peut avoir cette question-là? Je pense qu'il faut des ressources. Il faut de l'aide

pour ces gens-là et tout ça.

Dans la deuxième question, concernant le plan de services, comme travailleurs sociaux on a eu à développer des interventions qui tenaient compte de ces aspects-là. On vient dans le domaine de la santé parce qu'on y est. La santé physique n'est pas notre spécialité, c'est bien évident. Par contre, lorsqu'on travaille avec les gens de la santé physique, les travailleurs de la santé physique, notre rôle spécifique à nous, c'est d'apporter l'avant, le pendant et l'après de l'hospitalisation et tous les impacts de ce qui s'y passe. Alors, c'est évident qu'on a dû développer des méthodes qui ne s'appelaient pas nécessairement plans de services, mais qui tenaient compte des différents besoins, des différents niveaux de besoins des individus concernés et des établissements concernés et d'une collaboration entre... du maintien à domicile et autre chose.

C'est évident qu'on est d'accord avec un principe de continuité de services de cette façon-là. Et ça peut se faire entre établissements quand les rôles de chacun sont respectés et bien précisés. C'est important.

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

Mme Émond: J'aurais peut-être deux petits commentaires. Votre première question est très intéressante, le parti pris pour la santé. C'est une question... Nous avons, nous aussi, de longs débats là-dessus et je serais tentée de vous faire parvenir un ouvrage que nous avons fait sur le travail social et la santé au Québec où nous essayons de répondre à cette question-là.

La Présidente (Mme Marois): Ce sera bienvenu.

Mme Émond: Dans une perspective historique, aussi dans une perspective... Je donnerais juste deux petits points là-dessus. La santé préoccupe tout le monde. Les services sociaux, une partie de leur travail a trait à une population défavorisée. Ça fait que l'ensemble de la population se situe différemment par rapport aux deux problématiques. Enfin, il y a beaucoup d'autres raisons à ça, mais je donnerai seulement ces deux points là.

Pour la question du plan de services, j'ajouterais... plan de services, pour moi, c'est un mot très abstrait. Il faut que je voie de quoi il s'agit. Il y a des plans de services qui peuvent assurer la continuité de façon excellente. Il y a certains plans de services qui ont été essayés dans certains pays où c'a été désastreux. Alors pour moi c'est comme parier de planification stratégique; quand je n'ai pas vu le contenu, je ne peux pas me prononcer.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Ça va? Merci de votre présentation et de votre

contribution aux travaux de la commission.

J'inviterais maintenant des représentants et représentantes du Syndicat professionnel des acupuncteurs et acupunctrices du Québec, s'il vous plaît, à bien vouloir venir nous présenter leur mémoire. Alors, Mme Ouimet? C'est ça. Bonjour. Bienvenue à la commission. Si vous voulez présenter la personne qui vous accompagne.

Mme Ouimet (Renée): C'est Serge Quenneville, qui est vice-président à l'information au syndicat.
(15 h 30)

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Vous nous présentez votre mémoire, une vingtaine de minutes. Après ça on a un échange d'idées avec vous.

Syndicat professionnel des acupuncteurs et acupunctrices du Québec

Mme Ouimet: Alors, ce qu'on va vous présenter c'est un peu qui on est comme syndicat, la situation des acupuncteurs au Québec, un peu l'historique vraiment bref parce que ce n'est pas tellement connu: l'acupuncture comme méthode de traitement et prévention, l'intégration des médecines alternatives dans le système de santé, le public et ses droits. Donc, le droit à l'acupuncture et nos recommandations.

Alors, au Québec, en ce moment, il y a environ 700 acupuncteurs, 700 acupunctrices. Ces acupuncteurs ne pratiquent pas tous à temps plein, mais il y a comme trois gros organismes qui sont le: Syndicat professionnel des acupuncteurs, l'Association d'acupuncture du Québec et l'Association des acupuncteurs inscrits au registre de la Corporation des médecins; ce sont présentement les trois gros organismes qui gèrent les acupuncteurs. En plus de ça, il y a des acupuncteurs qui ne font partie d'aucune association.

Le syndicat, lui, a été créé en 1987, n'est pas sorti comme ça de toutes pièces, mais fait suite à un rassemblement d'acupuncteurs et au Conseil général des acupuncteurs du Québec qui étaient des regroupements de lutte pour notre autonomie et notre reconnaissance. Les objectifs au syndicat sont entre autres l'autonomie et la reconnaissance parce qu'on sait que, présentement, les acupuncteurs sont sous la tutelle de la Corporation des médecins; regrouper les acupuncteurs, essayer d'avoir une formation universitaire éventuellement, avoir une corporation à champ exclusif, promouvoir l'acupuncture et informer, protéger le public.

Pour nous, il était essentiel de venir présenter un mémoire aujourd'hui parce qu'on sait que les médecines alternatives sont encore peu connues au Québec. Mme Lavoie-Roux, dans son document "Orientations - Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec", abordait un

peu, mais vraiment très peu, la place des médecines alternatives, mais on s'est rendu compte que dans l'avant-projet de loi on ne voyait plus rien dans ce sens-là et que ce n'était plus abordé. Alors, aujourd'hui on peut vous sembler des professionnels voulant défendre nos propres intérêts, mais nos objectifs sont plus larges que ça. On veut aborder aujourd'hui la place des médecines alternatives et de l'acupuncture dans le système de santé québécois et, étant donné que la population, de plus en plus, recourt à ces services-là, l'évolution sociale face à ces médecines, parce qu'on sait que le Québec est en transformation dans ce sens-là, et la possibilité que ces médecines ont de prévenir des maladies et donc de réduire les coûts de santé éventuellement. En ce sens, il est clair pour nous que le système de santé doit répondre aux besoins en évolution en matière de santé. Donc, commencer à se transformer en ce sens-là. Il est essentiel pour nous que la future loi doive envisager l'équité, l'universalité et l'accessibilité des services et qu'elle permette l'amélioration aussi des qualités de vie des citoyens et citoyennes.

On ne va pas aborder tous les sujets qu'on pourrait aborder aujourd'hui, mais on va les laisser à d'autres organismes, tels la gestion et la répartition des budgets, le salariat des médecins, les objectifs à privilégier en matière de santé, bon, les rapports de forces qui pourraient exister à l'intérieur des régions régionales. On considère qu'il y en a bien d'autres que nous qui vont aborder ces sujets-là.

Au niveau de l'acupuncture, l'acupuncture existe au Québec depuis environ 1967, du moins de façon connue et visible. Il y a eu différents regroupements et différentes écoles qui ont existé et les acupuncteurs ont toujours voulu la reconnaissance de leur profession. On sait qu'il y a eu des dissensions et des divisions au sein des acupuncteurs et ça ça a toujours créé des problèmes mais, bon, de plus en plus, les acupuncteurs essaient de s'associer.

En 1977, on a été intégrés à la Loi médicale et pour nous ça ça n'a rien réglé. Pour nous l'évaluation de la situation a dû être faite de manière très partielle à l'époque et n'a pas été réévaluée avec l'évolution du système de santé ou l'évolution un peu des mentalités de la population par rapport aux médecines alternatives. Pour nous, la loi assujettit l'acupuncture à une autre profession. Elle empêche son développement, elle en fait une technique. Elle crée aussi différents types d'acupuncteurs parce qu'il y a des acupuncteurs médecins, il y a des acupuncteurs non médecins et des acupuncteurs qu'on dit illégaux parce qu'on est plusieurs à avoir refusé de passer l'examen de la Corporation, non parce qu'on ne veut pas être évalués mais parce qu'on ne veut pas être sous la tutelle d'une autre corporation. Et, en ce sens, ça n'a pas permis de protéger le public parce qu'on trouve encore des acupuncteurs de toutes les

catégories. Bon, presque tous les acupuncteurs au Québec sont en accord avec l'autonomie professionnelle et la reconnaissance, c'est-à-dire avec une corporation professionnelle à champ exclusif. D'ailleurs, en ce sens, on a déposé une demande de corporation à la fin de décembre 1989, à l'Office des professions.

Pour nous et selon nous, l'acupuncture est une médecine thérapeutique préventive et peut être une médecine de première ligne. Le travail de l'acupuncteur se fait en faisant l'évaluation énergétique d'une personne, c'est-à-dire en regardant la personne, en prenant son pouls, en observant sa langue, en regardant son maintien, en parlant de ses conditions de vie, de ses conditions sociales, de ses conditions économiques aussi. C'est une médecine globale dans ce sens-là parce que l'individu, dans son entier, est pris en considération et c'est seulement en ayant toutes ces informations qu'on arrive à poser un véritable diagnostic et à traiter. On s'est rendu compte qu'en acupuncture on peut évaluer des déséquilibres énergétiques bien avant que les maladies apparaissent. Donc, en ce sens-là, on peut prévenir des maladies quand on se rend compte qu'il y a déjà des déséquilibres; on peut prévenir des problèmes de santé éventuels.

L'acupuncture renforce aussi le système de défense. Suite à des traitements, on s'est rendu compte qu'on a beaucoup de clients qui vont faire moins de crises d'asthme, qui n'auront plus de problèmes de haute pression ou beaucoup moins et qui vont avoir moins de rhumes et moins d'allergies. On peut intervenir dans plein de problèmes qu'on appelle des problèmes chroniques actuellement. Elle fait appel à un processus d'autoguérison et elle diminue aussi la dépendance face aux moyens extérieurs de guérison. Il est possible de prévenir la prise de médicaments et beaucoup d'hospitalisations et de chirurgies. On traite des gens de tous les âges. On peut intervenir sur des problèmes musculo-squelettiques, des problèmes cardiovasculaires, du système reproducteur, du système respiratoire, etc. Mais vous savez bien, comme moi, que l'acupuncture n'est pas une panacée universelle et qu'elle a ses limites aussi qui sont les limites du code génétique, l'héritage chromosomique, les limites du client qui vient nous voir et les limites des thérapeutes aussi. Je vous répète que ça peut être une médecine préventive, curative et une médecine de soulagement pour bien des maux comme l'arthrite ou des problèmes chroniques qui existent.

Pour nous, ce serait essentiel qu'il y ait un travail conjoint entre les professionnels de la santé et qu'il y ait une éventuelle intégration de l'acupuncture dans le système de santé qui permettrait d'intervenir avant que des médecines plus dures soient envisagées. On considère qu'au Québec on investit beaucoup plus dans la maladie que dans la santé et qu'il existe peu de collaboration entre le système de santé et les méde-

cines alternatives. Si les deux pouvaient être liées, peut-être qu'on pourrait parler un peu plus d'intervention au niveau de la santé. Il y a plusieurs médecins qui nous réfèrent des clients seulement quand ils n'ont plus de solution et quand ils considèrent qu'ils ne savent plus quoi faire avec ce monde-là qui va les voir en clinique. Mais on pourrait intervenir bien avant ça et il y aurait alors peut-être moins de consommation inutile de consultations médicales. On sait que 80 % des maladies maintenant sont chroniques et qu'on doit réenvisager les modes d'intervention en ce sens-là.

Pour nous, prévenir signifie informer, éduquer, rendre les services accessibles, donner des outils concrets pour améliorer sa santé, donner les moyens pour comprendre le processus de la maladie afin qu'on puisse intervenir sur notre maladie, mais prévenir, c'est aussi intervenir sur les conditions de vie, les conditions de travail, les conditions économiques, etc. Pour nous, le nombre d'interventions et d'hospitalisations et le nombre de visites médicales inutiles pour des problèmes chroniques diminueraient si l'acupuncture et d'autres médecines alternatives aussi étaient utilisées par le système de santé. Donc, ça pourrait être une économie pour l'État. C'est sûr qu'il y a des études concrètes à faire, mais ce sera à envisager éventuellement.

En ce qui a trait à l'intégration des médecines alternatives dans le système de santé, c'est sûr que cette intégration questionne les structures sociopolitiques du système de santé et les mentalités, actuellement. On arrive mal encore à voir la possibilité d'un travail multidisciplinaire et la complémentarité des approches entre les différentes médecines. Pourtant, on sait qu'une législation se doit d'être adaptée à la réalité sociale de la population, même si cela implique des changements et des changements dans les rapports de forces aussi qui existent. On sait qu'il y a plusieurs groupes d'usagers, tels l'association québécoise pour la promotion de la santé, RAPS, qui est plus un groupe de praticiens mais qui intègre aussi des usagers, les cercles de fermières; ce sont tous des groupes qui voient d'un bon oeil l'intégration des médecines alternatives dans le système de santé.

Selon nous, le gouvernement doit reprendre en main l'analyse de ce qu'est la santé globale sans la laisser aux seules mains des médecins qui la voient bien souvent de façon réductrice. La médecine est souvent utilisée comme une médecine de rapiéçage, c'est-à-dire où on n'arrive pas à faire de la prévention, mais on va plus traiter en donnant des médicaments ou en faisant des chirurgies sans trop trouver la source des problèmes.

On sait aussi qu'au Québec les mentalités se transforment et les gens revendiquent une médecine plus globale. Il est essentiel, dans l'éventuelle loi, qu'on prenne en considération l'acupuncture et les médecines alternatives afin

de diminuer l'impact des problèmes de santé qui compromettent l'équilibre, c'est ce qu'on voit à l'article 2 de l'avant-projet de loi, afin de favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être - on retrouve ça à l'article 3 du projet de loi - et afin de rendre accessibles de réels services de santé complets, ce qu'on retrouve à l'article 2.

C'est sûr qu'il y aura des recherches qui devront être faites ou des recherches existantes qui devront être prises en considération afin d'évaluer les enjeux sociaux, politiques et économiques avec l'intégration de l'acupuncture dans le système de santé. La réalité de l'acupuncture et des médecines alternatives est une réalité qui existe déjà et qu'on ne peut plus nier, mais les individus n'ont absolument aucun support dans leur démarche, c'est-à-dire qu'ils sont rarement référés, ils ne savent pas qui aller voir et ils ne savent souvent pas quelle médecine choisir aussi et on sait qu'il peut y avoir des abus en ce sens. Les services n'existent que dans le secteur privé et sont donc inaccessibles pour une grande partie de la population qui n'a pas le choix et doit continuer à se médicamenter et à souffrir quand, souvent, les médecines alternatives pourraient intervenir. C'est sur la qualité de vie qu'on veut intervenir comme acupuncteurs.

Au niveau de la population, actuellement la population n'a pas un réel droit à la santé. Le système de santé actuel traite principalement la maladie et les médecins ont le monopole de la santé au Québec. La population n'a pas le droit légal d'avoir recours à d'autres médecines que la médecine allopathique puisque, selon la Loi médicale, seuls les médecins ont le droit de diagnostiquer et de déterminer un traitement. Alors, la liberté de choix de la population est brimée puisque, en ce sens, elle n'a pas le droit de consulter d'autres praticiens en médecine alternative.

D'ailleurs, on se rend compte que, quand des personnes rentrent à l'hôpital, ils n'ont absolument plus aucun pouvoir. S'ils ont envie de consulter leur praticien en médecine alternative, ce n'est pas possible. Ou ils doivent demander à leur médecin ou au conseil des médecins et dentistes des hôpitaux et le choix ne leur revient pas à eux ou à elles, mais bien au médecin qui choisit si c'est possible ou non. Donc, la population n'a pas le droit de choisir.

Le fait de pouvoir gérer sa santé sans s'en remettre totalement à un pouvoir extérieur on ayant l'information, le choix et en pouvant participer à son plan de soins serait pour nous une façon de réduire les coûts parce que ce serait une implication réelle des gens dans leur propre cheminement.

Jusqu'ici, les priorités, les orientations en matière de santé ont été décidées par le pouvoir

central, c'est-à-dire le gouvernement, sans aucune consultation à la base. C'est sûr que quelquefois il y a des groupes qui sont consultés, mais les enjeux sont tellement grands et les individus qui sont à la base sont rarement eux-mêmes consultés. Ce même type de pouvoir est repris quand on parle de santé parce que les plans de soins sont déterminés sans aucune véritable consultation des clients et des clientes.

Pour terminer, nous allons vous faire part de nos recommandations que vous avez déjà. Étant donné que la population veut avoir accès aux médecines alternatives et que la liberté de choix de la population est essentielle, étant donné qu'un travail de collaboration entre les différentes médecines pourra offrir une meilleure qualité de vie et étant donné que l'acupuncture offre des réponses à plusieurs problèmes de santé auxquels la médecine n'a rien à offrir, on recommande que le règlement concernant l'acupuncture dans la Loi médicale soit aboli afin que notre profession ne soit plus assujettie à une autre profession et qu'elle devienne une profession autonome hors de la tutelle des médecins. Que soit modifié l'article 31 de la Loi médicale afin que la population ait le droit de gérer sa santé et de consulter qui elle désire. Que soient coordonnées dès maintenant des recherches sur les enjeux sociaux, politiques et économiques de l'intégration de l'acupuncture dans le système de santé québécois, afin qu'elle soit intégrée dans la prochaine loi sur la santé et les services sociaux. Que l'acupuncture fasse partie intégrante des services offerts à l'intérieur du système de santé éventuellement. Qu'elle soit considérée dans l'élaboration de tout plan de soins comme les autres médecines alternatives, c'est-à-dire que les gens puissent avoir un réel libre choix de gérer leur santé en connaissance de cause et que le gouvernement envisage des structures et une loi permettant un travail de collaboration réelle entre différents professionnels de la santé. (15 h 45)

Pour terminer, on veut juste spécifier qu'on n'a toujours pas d'intervenant spécifique au MSSS et qu'on aimerait bien, les acupuncteurs, savoir à qui parler quand on téléphone au ministère de la Santé et des Services sociaux. On sait qu'il doit y avoir aussi une éventuelle commission sur les médecines alternatives, puis on aimerait qu'éventuellement le gouvernement se positionne là-dessus et que la commission ait lieu. Alors c'était un résumé de notre...

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Ça me reporte aux débats qu'on a eus ou à la commission parlementaire qu'on a eue, fin 1989, sur les sages-femmes où les médecines

alternatives sont venues nous faire une démonstration qu'il y avait une montée, de toute façon, de l'exigence de la part de la population. On en veut de ces médecines douces ou alternatives ou thérapies douces ou alternatives. C'est un peu ça que reconnaissait le document de Mme Lavoie-Roux, sans nécessairement se commettre quant à l'inclusion, dans un avant-projet de loi, de la reconnaissance. Pour bien être clair, ce à quoi Mme Lavoie-Roux s'est engagée, c'était de tenir une commission parlementaire sur les médecines alternatives. Je l'ai réitéré moi-même lors de la commission parlementaire sur les sages-femmes, souhaitant la tenir à l'automne 1990 ou au début de l'hiver 1991, de façon à ce qu'elle se tienne, et elle va se tenir, mais elle ne se tiendra pas sur n'importe quoi, n'importe comment et n'importe quand. Elle devra se tenir dans un processus très clair, bien balisé, où c'est d'abord et avant tout la protection du public dont il sera question et comment le faire. Évidemment, on va y arriver. Là, on a quand même des gros morceaux sur la table à ce moment-ci et on va tenter de cheminer avec ce que nous avons, mais éventuellement il y aura une commission parlementaire au plus tard au début de l'hiver 1991.

Si j'en reviens à votre document de présentation, à la page 7, au niveau de la formation des membres, vous nous dites que tous les acupuncteurs et acupunctrices de votre groupe ont une formation d'au moins 1200 heures dans l'acupuncture; 61 % de vos membres ont une formation de niveau universitaire; 26 % ont une formation de niveau collégial; 11 % une formation de niveau secondaire complété. De plus, 51 % de vos membres ont une formation supplémentaire en santé. Quand on parle de formation universitaire à 61 %, est-ce que c'est connexe dans le domaine santé, biologie?

Mme Ouimet: Ce n'est pas nécessairement connexe au domaine de la santé.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce qu'il y a une ventilation de cette formation-là?

Mme Ouimet: On ne sait pas exactement le nombre de membres qui ont une formation spécifique universitaire dans le domaine de la santé. Non, ça, on ne le sait pas, sauf que nos critères de sélection sont à peu près les mêmes que ce qui est exigé au niveau gouvernemental. Ce qui est demandé par la Corporation des médecins, c'est 1000 heures, 1200 heures de formation en acupuncture, sans autre formation. Nos exigences à nous sont à peu près les mêmes pour être membre.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai vu quelque part en lisant le document, au niveau de la reconnaissance au cégep Maisonneuve-Rosemont d'une technique en acupuncture que, si j'ai bien compris, vous dénoncez, puisque, pour vous, un

peu à rabais, et ce n'est pas ce que vous souhaitez.

Mme Ouimet: Non.

M. Côté (Charlesbourg): Mais, si j'ai bien saisi aussi, dans l'évolution de la situation, il y a maintenant l'Université du Québec à Trois-Rivières qui revendique la possibilité d'offrir le cours sur le plan universitaire. Avez-vous la même réaction vis-à-vis le niveau universitaire que vous avez vis-à-vis le niveau collégial?

Mme Ouimet: Bien non, c'est nous qui avons entrepris les démarches avec l'Université du Québec à Trois-Rivières afin qu'éventuellement il y ait une formation de niveau universitaire. Donc, c'est clair que c'est ce qu'on veut. Le niveau cégep, la raison pour laquelle on réagit, c'est que ça maintient l'acupuncture à une technique et l'acupuncture n'est pas une technique, c'est une médecine. Au Québec, on a toujours appelé l'acupuncture acupuncture, mais c'est un jeu sur les termes parce que, dans le fond, ce dont on parle, c'est de médecine traditionnelle chinoise et c'est un cours de médecine traditionnelle chinoise qu'on voudrait à l'université. En ce sens-là, l'acupuncture est une technique dans la médecine traditionnelle chinoise qui, elle, inclut l'acupuncture, la moxibustion, des exercices énergétiques, la pharmacopée chinoise, etc.

Donc, on est tout à fait d'accord avec le cours de l'université si l'Université du Québec et le gouvernement sont en accord avec tel type de formation. C'est nous qui avons entrepris les démarches.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, vous dites: Si le gouvernement... Mais je pense qu'on n'est pas seuls dans ce bateau, c'est pour ça que je m'informais. Il y a le Conseil des universités...

Mme Ouimet: Oui, c'est ça, c'est la première étape.

M. Côté (Charlesbourg): C'est la première étape, mais c'est peut-être la plus importante aussi.

Mme Ouimet: Mais notre démarche a été d'abord de demander un certificat de perfectionnement en acupuncture parce qu'on s'est dit que ça allait être plus accessible. Éventuellement, ce qu'on aimerait, c'est que de certificat ça devienne un bac en médecine traditionnelle chinoise. Mais je pense qu'on aura éventuellement, au Québec, à se pencher et à réfléchir à des formations universitaires en d'autres types de médecines que la médecine allopathique parce que c'est une réalité qui existe. Le problème, au Québec, c'est qu'il n'y a pas d'école et, souvent qu'il n'y a pas de formation adéquate.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que des démarches sont entreprises au niveau de la conférence des universités?

Mme Ouimet: Non, pour l'instant c'est encore au stade de l'Université du Québec, comme tel.

M. Côté (Charlesbourg): À la page 20, lorsque vous évoquez, en particulier, la carte d'assurance-maladie, je veux qu'on relise ça ensemble parce que je vous trouve audacieuse, j'aime autant vous le dire. Et je ne passe pas nécessairement pour celui qui défend les médecins - vous lirez **Actualité médicale** qui est sortie hier, vous allez vous en rendre compte - mais il y a une chose qui est certaine, c'est que, jusqu'à maintenant, je pense qu'il n'y a personne de mieux préparé pour faire un diagnostic que les médecins. Il faut quand même reconnaître que ceux qui sortent de nos universités, spécialistes ou omnis, ont une formation de longue haleine et une très bonne expérience. Il faut, à tout le moins, leur reconnaître cette formation et cette capacité. En tout cas, moi, je n'en connais pas d'autres - si vous en connaissez d'autres, vous me le direz - de mieux placés pour faire un diagnostic, qui n'est pas à toute épreuve, parce que ce sont des humains, mais à ce niveau-là. C'est pour ça que je le relis avec vous parce que je trouve ça chargé, très chargé. Vous dites: "En ce qui nous concerne, cette forme de rémunération déshumanise les soins de santé. En ce sens, l'on sait que les client-e-s sont vu-e-s en consultation à un rythme d'environ six à l'heure. Sur ce nombre, la science médicale ne sera réellement pertinente et efficace que dans 20 % à 30 % des cas, disent certains - J'aimerais bien savoir qui, parce que c'est une affirmation bien générale qui mérite d'être supportée - Les problèmes soumis aux médecins dans 70 % des cas sont diagnostiqués comme d'origine psychosomatique ou de stress, c'est-à-dire justement là où la science médicale ne peut vraiment servir et là où bien des médecines alternatives peuvent être bénéfiques.

"Ainsi donc, environ 70 % des patient-e-s qui paient leurs consultations reçoivent comme réponse, soit: On ne peut rien faire pour vous, soit une prescription de médicaments. La forme de rémunération serait donc à revoir ainsi que le choix des pratiques rémunérées par l'État."

J'aimerais bien vous entendre davantage là-dessus parce que je la trouve chargée comme affirmation.

Mme Ouimet: Au niveau de la déshumanisation des soins, effectivement, je considère que, quand on voit six clients à l'heure, on ne peut pas avoir une pratique très humaine. Quand on veut discuter avec les gens, qu'on veut prendre le temps de prendre en considération leur santé

physique, économique, en tout cas d'avoir une vision un peu plus globale de leur santé, à six à l'heure, c'est impossible, et vous avez l'air d'accord avec moi pour ça.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est la partie la plus facile à expliquer.

Mme Ouimet: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): L'autre aussi...

Mme Ouimet: Je commence par la partie la plus facile.

M. Côté (Charlesbourg): La fin du premier paragraphe aussi, je n'ai pas beaucoup de problèmes avec ça parce que ça peut être vrai.

Mme Ouimet: La fin du premier, voulez-vous dire les problèmes psychosomatiques?

M. Côté (Charlesbourg): "...c'est-à-dire justement là où la science médicale ne peut vraiment servir et là où bien des médecines alternatives peuvent être bénéfiques." Je pense que oui. Il y a des exemples où les médecines alternatives peuvent être bénéfiques.

Mme Ouimet: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Mais le centre du paragraphe, avec le deuxième...

Mme Ouimet: Oui. Quand on dit que la science médicale ne sera efficace que dans 20 % à 30 % des cas, on parle de: efficace en dehors de médications et de... C'est-à-dire que la personne va sortir du bureau du médecin, va être satisfaite, va avoir une réponse à son problème de santé et va pouvoir s'en retourner chez elle et avoir une meilleure qualité de vie. En ce sens, on sait qu'il y a énormément de problèmes - c'est ce qui a été dit un peu plus tôt - un grand pourcentage, maintenant, de problèmes de santé qui sont des problèmes chroniques et, à ça, la médecine a peu de réponses, à part des médicaments. Bon. C'est à peu près tout ce qu'il y a comme réponse pour les problèmes chroniques. Les médecines alternatives ont des réponses. C'est sûr qu'on peut dire qu'il faudrait qu'il y ait des recherches scientifiques qui soient faites là-dessus. Mais, dans nos cliniques, on s'est rendu compte souvent qu'on pouvait améliorer la qualité de vie en dehors des médicaments, pour des types de problèmes de santé qui sont de cette catégorie-là.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que "disent certains", on ne l'a pas précisé. Mais, si jamais vous avez l'occasion de me confirmer ça et de me faire savoir c'est qui "disent certains", j'apprécierais.

Mme Ouimet: Je vais vous trouver ça.

La Présidente (Mme Marois): Si vous voulez intervenir, M. Quenneville, vous pouvez le faire.

M. Quenneville (Serge): Je peux peut-être intervenir sur ce point-là...

La Présidente (Mme Marois): Oui, allez!

M. Quenneville: ...essayer de l'éclaircir. Je ne pourrai pas répondre exactement, je n'ai pas participé à la rédaction comme telle du contenu. J'essayais de voir dans quelle ligne de pensée allait la discussion et je me disais: Il y a peut-être des choses sur lesquelles ce serait intéressant de revenir. Quand on parle, nous, d'une part, d'un diagnostic, on parle d'un diagnostic qui fait référence à un bagage théorique très différent de ce que l'approche biomédicale donne aux médecins, en milieu universitaire. On ne veut pas dire que les médecins ne seraient pas capables de faire des diagnostics de type énergétique, sauf que ça demande un bagage qui nous apparaît aussi, sinon peut-être plus lourd, théoriquement, à posséder. Il faut voir qu'on parle d'une médecine qui a plusieurs milliers d'années, dans laquelle s'est développé tout un niveau de connaissance, contrairement à la médecine allopathique qui est beaucoup plus récente. Donc, de ce point de vue là, c'est intéressant de creuser un peu plus cet aspect-là. Ce qui fait que l'appropriation même du diagnostic... Nous, on peut le poser. Les médecins sont peut-être bien placés pour faire un diagnostic, dans leur bagage théorique, sauf que, d'après nous, ils ne sont pas nécessairement les mieux placés. Compte tenu du prisme avec lequel ils tentent de décrire la réalité de la santé et de la maladie, ils ne sont peut-être pas les mieux placés pour refaire une gymnastique intellectuelle pour percevoir un diagnostic différemment. Donc, il y a cet aspect-là.

Les gens qui sont intéressés d'abord à l'acupuncture, ce sont des gens qui n'avaient pas une formation très rigide au niveau diagnostic. C'est-à-dire que ce sont des gens qui pouvaient avoir une certaine élasticité théorique. Ce sont les infirmières, entre autres, qui ont pu s'approprier ce bagage-là, en partie, et d'autres intervenants du domaine de la santé aussi. Ça, c'est une chose. Ce qui fait que, quand on regarde aussi la maladie et le traitement, la guérison ou les soins, on va les regarder d'un point de vue différent, comme acupuncteurs, aussi. D'une part, on ne fera pas de distinction entre des problèmes qui sont d'ordre mental et des problèmes qui sont d'ordre physique. Il y a une intégration dans ça, dans nos interventions, qui fait que le diagnostic intègre ces deux volets de la personne.

L'autre chose que je voulais ajouter, c'est

que, quand on parle d'origine psychosomatique, pour nous, ça devient assez important en pratique clinique parce que, justement, on ne fait pas cette distinction-là. Le bagage ou l'outil théorique, en médecine chinoise, permet d'aborder l'individu avec cette approche qu'on considère, en Occident, comme psychosomatique, mais qui a d'autres termes dans la médecine traditionnelle chinoise qui, je le répète, ne sépare pas le mental du physique, dans l'approche de l'individu. Cette originalité, pour nous, de perception de la personne, de la maladie et de sa santé, d'après nous, a un avantage, d'une part, à être sortie du volet médical, du pouvoir médical actuel et a un avantage à intégrer le réseau avec ses particularités propres. Et là, il y a un enjeu qui, pour nous, est politique et très législatif aussi, un cadre juridique qui empêche le développement. Ça, je pense que c'est un outil qui est offert au gouvernement, actuellement. Je pense que c'est carrément un rapport très direct entre le gouvernement ou entre l'État et la Corporation des médecins sur ce point-là, qu'il y a un enjeu très direct au niveau des services offerts à la population quand on parle des médecines douces et de la reconnaissance de ces médecines douces aussi.

(16 heures)

Là, il y a un problème, parce qu'on a rencontré l'Office des professions dernièrement... On s'aperçoit qu'il y a un problème quand on parle de reconnaissance des médecines douces. Encore là, on aborde ou on tente de justifier la reconnaissance de ces médecines-là ou de prouver leur efficacité avec un coup d'oeil très biomédical, avec, encore là, un regard ou un prisme biomédical qui, curieusement, coupe la réalité que les médecines douces tentent d'intégrer. Alors, il y a là comme un cul-de-sac au niveau autant de l'Office - l'Office a un gros problème sur les bras là-dessus s'il continue de tenter de prouver scientifiquement les médecines douces... Je pense que sur ça il y a des recherches à faire. Si, éventuellement, il y a une commission parlementaire ou une commission d'étude sur les médecines douces, je pense que, préalablement à une commission comme celle-là, il devrait y avoir des équipes de scientifiques, de gens qui sont intéressés par la méthode scientifique et qui devraient se pencher là-dessus et apporter des outils à la commission, avant que cette commission-là se tienne, pour avoir vraiment, non pas retrouver ce cul-de-sac à l'intérieur de la commission parce qu'on risque de revenir intervenir avec les mêmes personnes et se retrouver dans le même débat, mais pour élargir justement ce débat-là et avoir des outils très concrets là-dessus.

Je pense que la Corporation des médecins n'a pas nécessairement intérêt à aller chercher ce genre d'étude là, ce genre de travail là parce que ça remet effectivement en question l'approche biomédicale au niveau de la santé et donc ça remet en question la place des médecins dans

ce réseau-là.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, c'est un débat qui risque d'être très large parce que, quand on parle de médecines alternatives ou de thérapies alternatives...

La Présidente (Mme Marois): Thérapies alternatives, nous a-t-on dit ce matin.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça, oui. Évidemment, il y en a qui font peur, il y en a qui font moins peur, il y en a qui dérangent parce que c'est clair que, selon nos habitudes, ça peut déranger un peu. Mais vous avez suffisamment piqué ma curiosité pour faire en sorte de raffermir mes positions quant à la tenue d'une commission parlementaire. On m'informe qu'il y a une recherche, actuellement, et aussi de manière pratique, qui est à se faire, à se finaliser en Ontario et qui serait peut-être terminée, disponible au moment où on aura notre commission parlementaire. Ce serait peut-être intéressant de les faire venir pour avoir cette expérience pratique que personne d'autre ne pourrait contester.

Mais je retiens qu'il faut faire un peu de travail avant de faire la commission parlementaire pour qu'on ne discute pas uniquement du théorique, mais qu'on puisse arriver avec des choses vraiment concrètes. On va se revoir, comme ça, j'en suis pleinement convaincu, d'ici un an. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Mme la députée des Chutes-de-la-Chaudière.

Mme Carrier-Perreault: Merci, Mme la Présidente. J'ai une couple de petites questions. Par rapport à la médecine... Vous dites que vous faites de la médecine préventive. On trouve ça intéressant, quand on parle de prévention, on trouve justement qu'il serait important qu'on se penche de ce côté-là. J'aimerais que vous me donniez quand même quelques exemples de ce que vous faites au niveau de la médecine préventive, vraiment de prévention comme telle.

Mme Ouimet: Prévention, je le vois largement. On peut faire de la prévention, c'est-à-dire faire un suivi avec des gens qui viennent régulièrement, quelques fois par année, et où on équilibre l'énergie, ce qui fait que les gens ont bien moins de problèmes de santé. Je pense à des clients ou des clientes qui sont venus, qui avaient des problèmes d'asthme ou des problèmes d'anémie, où on est arrivés à intervenir et à diminuer beaucoup les problèmes de santé. Ça, c'est à long terme, mais on arrive à prévenir des chutes ou des rechutes en maintenant un suivi et une continuité dans les traitements.

On pourrait faire de la prévention comme telle, juste en voyant les gens... Ça, dans

l'histoire chinoise ancienne, les Chinois étaient payés, les acupuncteurs chinois étaient payés seulement si les clients étaient en santé; c'est-à-dire les clients allaient voir les acupuncteurs régulièrement, les acupuncteurs faisaient une rééquilibration énergétique; c'est ça, ceux-ci étaient payés seulement si leur patient n'était pas malade. Donc, en ce sens-là, ça peut prévenir des problèmes de santé.

À la suite de ça, on peut prévenir aussi la prise de médicaments, ce qui, pour moi, est de la prévention aussi. On peut intervenir dans des problèmes, on a vu de bons résultats dans des problèmes de haute pression, on a eu, des fois... Quand je dis ça, je ne veux pas dire que c'est une panacée universelle parce qu'on n'a pas des résultats dans tous les problèmes de haute pression et dans tous les problèmes d'hypertroïdie, mais on a souvent des résultats dans les problèmes de haute pression, qui va revenir à une pression normale, dans des problèmes d'hypertroïdie, dans d'autres problèmes où il peut y avoir des... bon, l'asthme où on peut être pris, à un moment donné, à prendre des médicaments durs. Ça, pour moi, c'est un type de prévention, aussi. Et on peut prévenir les chirurgies aussi qui peuvent être de différents types, pour des problèmes de genoux, pour des problèmes de vésicule biliaire, bon, etc., des problèmes d'utérus, des fibromes, des hémorragies. Ces trois choses-là, pour moi, sont trois types de prévention différents mais font toutes partie de la prévention.

Mme Carrier-Perreault: D'accord. Je sais qu'il y a des gens aussi qui utilisent vos services dans le cas de... bon, des gens qui veulent arrêter de fumer, par exemple. Je ne sais si au ministère ça existe, des chiffres sur le coût d'un fumeur? Au niveau de la santé, on sait qu'un fumeur est une personne à risque. On ne le sait pas?

M. Côté (Charlesbourg): Il y a certainement des coûts. Je ne les connais pas. Mais je peux fouiller ça pour notre prochaine réunion. Je suis convaincu que ça existe.

Mme Carrier-Perreault: Non, c'est parce que j'aimerais ça, savoir combien ça coûte pour quelqu'un qui décide d'arrêter de fumer, d'aller voir un acupuncteur. À peu près, là. C'est pour faire une espèce... Quand vous allez avoir des chiffres, on va pouvoir comparer.

Mme Ouimet: Je vais laisser Serge répondre à ça. Mais c'est juste pour revenir sur la prévention. On fait, les acupuncteurs, une médecine préventive aussi parce qu'on fait une médecine globale. C'est-à-dire, quand on fait notre acupuncture de façon correcte, on ne va pas voir les individus rapidement mais on va aussi faire une évaluation de tout leur état de

santé et leur état social. C'est sûr qu'au niveau social c'est difficile d'intervenir. Mais on va regarder l'individu dans sa globalité puis on va voir où on peut intervenir avec lui ou avec elle et de quelle façon elle peut aussi arriver à changer des choses dans sa vie. Donc, c'est sûr que l'acupuncture agit comme technique et comme médecine, puis qu'il y a aussi notre type d'intervention qui prend la personne dans sa globalité, qui est aussi un type d'intervention comme tel.

Mais je te laisse répondre sur la cigarette.

M. Quenneville: Sur la question de la cigarette même, je ne penserais pas qu'il y ait des études actuellement bien précises là-dessus. Mais nous autres, ça nous fait rire un petit peu parce que c'est souvent l'exemple qu'on va donner. C'est quand même intéressant parce que le tabagisme, ça peut être un problème, puis on sait les coûts qui peuvent être reliés à ça. Mais, effectivement, il semble y avoir une certaine efficacité de l'acupuncture sur ça. Ça semble aussi très difficile à prouver très directement parce que le tabagisme, ce n'est pas juste un problème de santé comme tel. C'est un problème d'attitude, de comportement et il y a un tas d'autres composantes dans l'environnement de la personne qui font qu'elle peut continuer ou arrêter de fumer.

Mais ceci dit, j'aimerais mieux revenir sur la question même de la prévention. Ce qui peut être intéressant peut-être à aborder, je pense, en tout cas au niveau de l'oeil qu'un acupuncteur peut avoir par rapport à la prévention, c'est que le processus de santé, de maintien de la santé chez l'individu va être d'abord vu comme un processus d'autogénération, d'autorégulation. L'acupuncteur, dans son mode d'intervention, il va essayer d'intervenir le moins possible là-dessus. Ce qui fait qu'à la limite la meilleure prévention, c'est le moins d'intervention possible. Ce qui va dire une prise de conscience de l'individu de sa propre condition et des propres éléments autour d'elle, de la personne, qui va faire qu'elle va pouvoir, par elle-même, réassurer un maintien de sa santé, et être capable de - excusez l'anglicisme - "dealer" avec des contraintes relationnelles, des contraintes extérieures. Ce qui fait que vous devez être des gens probablement très en santé, mais il y a des gens qui sont beaucoup moins capables que vous - peut-être pas - de "dealer" avec, justement, des contraintes extérieures.

Donc, en termes de prévention, encore là c'est un regard très différent parce que la médecine, ou même au ministère, on va tenter... Tantôt j'écoutais les gens parler. On parle beaucoup d'intervention au niveau de la prévention. Si on le regarde d'un autre oeil, on pourrait parler de non-intervention, le moins possible auprès des gens, donc d'outiller les gens. Et c'est un processus de couper la dépendance des gens au niveau des intervenants. Et là, il y a des

intérêts qui peuvent entrer en jeu, en ligne de compte à ce niveau-là. Ce qui fait que, dans cette optique-là, l'acupuncture n'est pas nécessairement une médecine qu'on veut voir prendre place parce qu'elle permet, cette vision de l'individu, sa propre prise en charge et son propre processus d'autogénération. Ce qui fait aussi que, par exemple, tous les effets iatrogènes qui peuvent être reliés à des modes d'intervention extérieurs, qu'on parle de la médication chimique ou qu'on parle d'interventions très biomédicales, ces effets iatrogènes, en acupuncture, souvent, on a à travailler d'abord, à retravailler les gens... On a souvent des patients qui nous arrivent avec ces effets-là d'abord. Avant d'aller toucher le problème de santé, on va d'abord travailler ce qu'il y a eu comme effets iatrogènes au niveau des traitements, au niveau des soins que les gens ont eus. Donc, quand on essaie... Finalement ce que je veux dire par là, c'est que la prévention en travail clinique d'acupuncture, c'est très difficile à concevoir en clinique privée actuellement, parce que les gens qu'on reçoit, on n'est pas du tout à un niveau de prévention avec eux. On va surtout être des intervenants de première ligne, mais on est au bout de la ligne, c'est-à-dire que les gens ont fait le tour des intervenants et ils arrivent au bout et puis, là, ils se disent: Bon, on va appeler un acupuncteur.

La Présidente (Mme Marois): Désespérés, ils s'adressent à vous.

M. Quenneville: Oui, c'est ça. Il y a une forme de désespoir, si on veut, chez une bonne partie de la clientèle, en tout cas. Pour nous, la prévention idéale, d'après nous, ce serait une forme d'intégration de la perception que l'acupuncture ou que la médecine chinoise permet d'avoir par rapport à la santé et à la maladie dans le réseau, d'une part. Donc, qu'il y ait une ouverture au niveau du réseau là-dessus, au niveau des CLSC, au niveau des DSC aussi parce qu'on peut parler de perception environnementale de la santé en médecine traditionnelle chinoise aussi et au niveau d'autres intervenants en santé, que ce soit des centres d'accueil... On connaît très bien, ça on le connaît bien, l'efficacité de l'acupuncture sur les problèmes chroniques et on sait très bien que la place de l'acupuncture dans 10 ans, 15 ans ou 20 ans au Québec va être évidemment beaucoup plus importante et que ça va être des traitements utilisés par des médecins et des non-médecins, on l'espère aussi, qui vont s'adresser beaucoup à cette population vieillissante pour laquelle on a beaucoup de difficultés à trouver des solutions, à trouver des soulagements à leurs problèmes. Je parle de l'acupuncture, mais je pense que ça peut s'adresser à une bonne partie des pratiques alternatives aussi.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

Merci. Ça va, Mme la députée? Oui? Merci.

On vous remercie de votre contribution aux travaux de la commission et j'imagine que vous devriez revenir éventuellement à une autre commission parlementaire pour traiter plus largement encore de toutes les médecines alternatives ou thérapies alternatives, nous disait-on, ce matin. Merci.

J'inviterais maintenant les représentants et représentantes du Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Est-ce qu'on peut suspendre pour une minute?

(Suspension de la séance à 16 h 13)

(Reprise à 16 h 15)

La Présidente (Mme Marois): Bienvenue à cette commission.

Mme Grisé, qui êtes présidente du bureau de direction, j'aimerais bien que vous présentiez les personnes qui vous accompagnent et que vous procédiez à la présentation de votre mémoire, vous ou vos collègues. Par la suite, vous pourrez échanger avec les membres de la commission.

Centre de recherche sur les services communautaires de l'université Laval

Mme Grisé (Lyne): D'accord. À ma droite, M. Jean-Pierre Bélanger, de la Fédération des CSLC; M. Hector Ouellet, directeur du Centre; M. Jean Boudreau, de l'Association des centres de services sociaux, et M. Lionel Robert, chercheur au Centre.

La Présidente (Mme Marois): Bonjour.

Mme Grisé: Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les commissaires, au nom du Centre de recherche sur les services communautaires, je vous remercie d'avoir accepté de nous entendre sur le mémoire que nous avons préparé à votre intention. Le fait que vous nous receviez à ce moment-ci, un vendredi, en fin de journée, m'incite à être concise et à chercher à vous livrer les messages que nous jugeons essentiels concernant le développement de la recherche sociale au Québec. Vous avez lu notre mémoire, vous savez qui nous sommes. Vous savez, entre autres, que le Centre de recherche sur les services communautaires est un "joint venture" de l'Université Laval et de deux grandes associations d'établissements responsables de la distribution des services sociaux au Québec, soit la Fédération des CLSC et l'Association des centres de services sociaux. Leurs représentants vont, d'ailleurs, vous livrer leur message, à la suite du mien, pour vous dire chacun l'importance qu'ils accordent à l'entreprise qui est la

nôtre.

Je veux insister sur deux idées principales: premièrement, sur le fait qu'il y a un chaînon manquant dans l'organisation et le développement de la recherche sociale au Québec et, deuxièmement, sur les conditions qui, à notre avis, devraient être assurées pour favoriser ce développement.

La recherche sociale, le chaînon manquant. On s'explique un peu. Il nous faut prendre conscience que, dans le domaine de la recherche sociale, il n'existe pas de parallèle avec ce qui s'est développé, par exemple, dans le secteur de la santé. Comme nous le formulons dans notre mémoire, la recherche sociale doit devenir aux services sociaux ce que la recherche biomédicale est aux soins de santé, ou la recherche scientifique au développement industriel du Québec. Cette recherche sociale doit être développée, faute de quoi les besoins de la population vont continuer à être mal connus et les services mal adaptés.

En matière de recherche, qu'est-ce qui différencie essentiellement le secteur santé du secteur social? C'est que, dans le champ de la santé, il existe des centres de recherche hospitalo-universitaires qui se sont créés quasi naturellement, ce qui n'a pas eu lieu dans le champ social. Comme l'a noté la commission Rochon, notre centre constitue à cet égard une "rare exception". Dans le secteur de la santé, les centres de recherche qui font la jonction entre les chercheurs universitaires et les chercheurs cliniciens ne sont pas des exceptions; ils sont la norme. D'un côté, des universitaires ont commencé à développer la recherche fondamentale; de l'autre, dans les hôpitaux, des praticiens, plus inquiets ou plus curieux que d'autres, ont amorcé des recherches cliniques. Et c'est dans la jonction de ces deux volontés de recherche que se sont développés des centres et des instituts de recherche en santé.

Dans le champ social, cette jonction entre la recherche universitaire, parfois plus fondamentale, et les besoins de recherche des établissements existe à peine. Nous n'allons pas faire ici l'analyse des causes de cet état de fait, mais je veux insister auprès de vous sur cette idée que, dans le champ de la recherche sociale, il y a un chaînon manquant, une carence organisationnelle que nous devons combler. Il faut que, collectivement, nous nous donnions les moyens de combler ce vide, car autrement nous allons continuer à gérer le système de services dans une sorte de schizophrénie. D'une part, on reconnaît que dans une société moderne les problèmes sociaux se complexifient et s'aggravent et, d'autre part, on reconnaît aussi que l'ensemble des services sociaux arrive difficilement à répondre aux besoins. Or, comme l'a indiqué la commission Rochon, il existe un rapport direct entre l'aggravation des problèmes sociaux et le faible développement de la recherche sociale. En effet, on peut difficilement corriger ce que l'on ne

connaît pas.

Pour aider à combler ce vide, donc à trouver le chaînon manquant, je vais revenir ici aux recommandations que nous avons formulées dans notre mémoire. Nos recommandations s'articulent autour de deux objectifs. Le premier objectif, améliorer le financement de la recherche sociale et cela, de deux façons: en augmentant le volume de ce financement et en augmentant le nombre des demandeurs potentiels. Le deuxième objectif: favoriser la perméabilité entre le monde de la recherche et celui de la pratique.

En premier lieu, nous appuyons les propositions qui ont été avancées dans le document d'"Orientations". Ces propositions ne se retrouvent pas comme telles dans l'avant-projet de loi, c'est peut-être explicable, mais nous suggérons au ministre et au gouvernement de sanctionner l'importance qu'ils accordent à la recherche sociale par l'inscription, dans la Loi sur la santé et les services sociaux, de sa nécessité et par la formulation d'objectifs spécifiques et réalistes de développement de ce type de recherche.

Je rappelle ici que les propositions contenues dans le document "Orientations"¹¹ visent principalement le Conseil québécois de la recherche sociale et, secondairement, le ministère. Il est proposé de faire développer par le Conseil québécois de la recherche sociale des programmes de bourses de formation, des stages prolongés en milieu de pratique pour chercheurs universitaires ou jeunes diplômés, la création et le maintien de postes de chercheurs à temps plein, le financement des équipes et des centres de recherche dotés d'une infrastructure appropriée, en nombre suffisant et en relation à la fois avec les milieux de pratique et les universités. Du côté du ministère, il est proposé d'augmenter la part de son budget réservée à la recherche sociale.

Notre appui à ces mesures se fonde sur des objectifs avec lesquels nous sommes d'accord. Il faut développer les infrastructures de recherche. Il faut fournir les possibilités de développement de carrières de recherche aux jeunes chercheurs. Il faut améliorer la perméabilité entre le milieu de la recherche et celui des services et, bien sûr, il faut augmenter le financement de la recherche sociale.

Dans notre deuxième recommandation, nous proposons que le ministère reconnaisse aux organismes de services la possibilité d'affecter au développement de la recherche sociale une portion non transférable de leur budget. Nous souhaitons que ces organismes soient habilités non seulement à contracter la réalisation de projets de recherche, mais aussi à participer au financement d'infrastructures de recherche externes à eux. Il serait absurde de penser que chacun des CLSC, par exemple, puisse se doter d'une infrastructure de recherche appropriée, comme il est peu pensable aussi que cela puisse

se faire à l'échelle régionale. Le développement de la recherche exige de nos jours une masse critique qui dépasse de telles possibilités. Il en va de même pour chacun des CSS du Québec. Seuls les CSS de Montréal et de Québec se sont dotés d'équipes de recherche qui sont, par ailleurs, trop souvent mobilisées à préparer des programmations.

Il y aurait lieu de penser que les organismes de services puissent financer directement des postes de recherche dans des équipes ou des centres universitaires appropriés, en plus qu'on leur reconnaisse la capacité de financer la réalisation de certains projets spécifiques. Une telle disposition permettrait de matérialiser davantage l'association entre les partenaires universitaires et le milieu de la pratique.

Dans notre troisième recommandation, nous proposons d'associer les organismes de services aux décisions relatives à l'affectation des fonds de recherche sociale. Nous pensons que les organismes subventionnaires, dans le processus de décision relatif aux demandes de subvention adressées par les chercheurs dans le champ de la recherche sociale, devraient faire appel à des représentants des organismes de services au même titre qu'ils font appel à des chercheurs universitaires. Dans toute la mesure du possible, il faut chercher à briser la logique d'isolement entre le monde de la recherche et celui de la pratique à tous les niveaux ou étapes du processus de production de la recherche.

Enfin, dans notre quatrième et dernière recommandation, nous souhaitons que le ministère de la Santé et des Services sociaux puisse faire appel, d'une façon encore plus importante qu'il le fait déjà, à des centres ou équipes de recherche pour la réalisation de mandats de recherche sociale pertinents à sa mission et à ses mandats.

En guise de conclusion, je me permettrai d'insister brièvement sur le sous-financement de la recherche sociale au Québec. Notre mémoire cite sur ce sujet les constats faits par la commission Rochon, qui sont précisés dans le document d'"Orientations". Je ferai une seule citation, très brève: "En 1987-1988, le budget réservé à la recherche sociale représentait moins de 0, 1 % du budget consacré à la réadaptation sociale au ministère." J'insiste sur un point: Ce faible pourcentage n'est pas établi par rapport à l'ensemble du budget du ministère, mais bien à celui de la réadaptation sociale. Donc, 0, 1 % pour la recherche sociale au Québec, alors que nous tenons un discours sur le concept de santé globale qui intègre la dimension psychosociale à celle de la santé entendue au sens biomédical; 0, 1 % pour la recherche sociale, alors que nous tenons un discours sur la nécessaire multisectorialité pour prendre en charge les problèmes de santé au Québec; 0, 1 % enfin, pour la recherche sociale au Québec, alors qu'un nombre important de localités et de sous-régions au Québec sont en train de basculer dans le sous-développement.

Un tel contraste entre nos objectifs généraux de santé globale et de multisectorialité et les moyens que nous nous donnons pour les atteindre devrait conduire à des changements majeurs de stratégie dans la gestion du système de services de santé et de services sociaux. Parmi ces changements, nous pensons que des mesures visant à développer la recherche sociale devraient occuper une place importante.

Je vous remercie de votre attention. Je laisse maintenant la parole, tout d'abord, à M. Jean-Pierre Bélanger, de la Fédération des CLSC, et, ensuite, à M. Jean Boudreau, de l'Association des CSS. Par la suite, M. Hector Ouellet, directeur du Centre, pourra, si vous le souhaitez, commenter l'analyse que nous faisons de la recherche sociale et les solutions que nous préconisons.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Oui, M. Bélanger.

M. Bélanger (Jean-Pierre): J'aimerais, d'abord, rappeler brièvement les motifs qui nous ont incités, nous de la Fédération des CLSC, à "initier" cette démarche en vue de la création d'un centre de recherche les services communautaires. J'aimerais, d'abord, noter qu'on a voulu l'appeler Centre de recherche sur les services communautaires parce qu'on n'a pas voulu bêtement et simplement en faire un centre de recherche fondé uniquement sur ce que faisaient les CLSC, mais axé sur la façon dont on peut mieux organiser et mieux connaître les besoins des personnes en matière de services de première ligne, ce qui implique, évidemment, les CLSC, mais qui implique aussi les autres dispensateurs de services au niveau de la première ligne, donc, y compris notamment les organismes communautaires.

Au milieu des années quatre-vingt, en 1984-1985, on réalisait quelque chose qu'à long terme on pensait dommageable pour le développement de notre réseau, évidemment, mais aussi pour l'ensemble du secteur des services au Québec; c'était le faible nombre de recherches qui se faisaient sur ce qu'on peut appeler globalement les services communautaires. Les premiers CLSC ont été créés en 1972 et, au cours des 13 ou 14 années qui ont suivi, il n'y a pas eu au Québec plus d'une demi-douzaine de recherches universitaires sérieuses qui ont porté sur les services de première ligne. Comme Mme Grisé le rappelait tantôt, la recherche en matière de santé s'est surtout développée à partir de l'association de centres hospitaliers universitaires et d'universités. Il y avait très peu de gens qui se préoccupaient de savoir ce qui se passait au niveau de la première ligne.

Alors, ça nous semblait important, à long terme, qu'on sache mieux ce qui se passe à ce niveau-là, c'est-à-dire que, si ce qu'on faisait était bien, on voulait le savoir, mais surtout, si

ce qu'on faisait n'était pas bien, on voulait savoir pourquoi ce n'était pas bien pour pouvoir enligner nos flûtes autrement. On devait constater à ce niveau-là l'écart énorme qu'il y avait entre les chercheurs universitaires, les CLSC et les gens qui travaillaient sur le terrain. À la Fédération, on était peut-être bien placés pour le savoir parce qu'on était régulièrement invités à participer à des cours à l'université ou à donner nos commentaires sur des projets d'articles de chercheurs universitaires et on était à même de constater à quel point ces gens-là étaient loin des préoccupations qui nous animaient.

Constatant cette lacune en matière de recherche et le fait que les chercheurs universitaires étaient assez loin de nos réalités, comment devons-nous nous y prendre? Est-ce qu'on devait développer notre propre expertise en matière de recherche? La réponse est venue facilement. On y a pensé pendant un an et il est clair que, dans une association d'établissements, on est des utilisateurs de recherche, on n'est surtout pas des chercheurs, on n'a pas le temps de mettre en place une démarche de recherche scientifique qui peut s'étendre sur deux, trois et même quatre ans. D'où cette idée qui nous est venue de créer un centre de recherche en association avec une université et, coutume assez peu courante dans le milieu, qui en a, d'ailleurs, surpris plusieurs dans le milieu universitaire, on a envoyé un appel d'offres à toutes les universités québécoises leur disant: Si vous êtes intéressées, voici, nous autres, on est intéressés à mettre sur pied un centre de recherche qui porterait sur les services communautaires. On demande une certaine implication financière de l'université. On est prêts, nous, comme association d'établissements, à s'impliquer financièrement. Alors, faites-nous la meilleure offre et on s'associera avec celle d'entre vous qui répondra le mieux à notre demande. Vous pouvez facilement en conclure, aujourd'hui, que c'est l'Université Laval qui nous a fait la meilleure offre.

(16 h 30)

Le Centre existe maintenant depuis quatre ans. Il entre dans sa cinquième année. On est, je pense, globalement satisfaits de ce que le Centre a fait, même si ce n'est pas facile de développer la recherche appliquée en milieu universitaire. Je veux dire que les cycles de recherche sont des cycles longs; ce n'est pas du jour au lendemain qu'on amène des chercheurs à orienter différemment leurs priorités, mais globalement on est contents de ce qu'on est arrivés à faire.

D'ailleurs, j'aimerais souligner au passage l'appart que le ministère a eu dans le Centre parce que, pendant deux années consécutives, on a eu droit à une subvention de 30 000 \$ du ministère qui nous a bien aidés à développer la recherche. Aujourd'hui, le Centre a 80 projets de recherche qui sont soit réalisés ou en cours, pour un budget global de subventions de recher-

che de l'ordre de 1 200 000 \$.

On peut se poser la question: On veut chercher, mais est-ce qu'on trouve? Et je pense qu'on a des projets de recherche, particulièrement dans les derniers qui viennent, justement, d'être publiés par le Centre, qui donnent des réponses intéressantes. J'en prends un, par exemple, qui s'appelle "Le chemin de l'urgence", qui est une étude exploratoire qui explore quels sont les facteurs psychosociaux qui sont liés à la présence des personnes âgées aux urgences dans les hôpitaux. Qu'est-ce qui fait que les personnes âgées vont se diriger à l'urgence de l'hôpital et que d'autres n'iront pas? On se rend compte que les facteurs sociaux sont extrêmement importants à ce niveau, notamment l'isolement, la solitude, le support de l'entourage, etc. Évidemment, c'est une étude exploratoire. Il y en a quelques autres, d'ailleurs, au Centre, qui portent sur la question du vieillissement des personnes âgées, de l'utilisation des services et de l'efficacité des stratégies de maintien à domicile. Ce n'est pas une expertise qu'on peut développer du jour au lendemain. Je ne pense pas qu'on puisse un jour, avec une seule étude, trouver la solution à ce genre de problèmes. C'est plus une expertise qu'il faut développer progressivement. En ce sens-là, quand on regarde ce que le Centre a fait au cours des dernières années, je pense qu'on peut être satisfaits de la progression qui s'y fait

Je pourrais en citer plusieurs autres. Il y a plusieurs études qui ont cherché à évaluer l'efficacité de programmes en milieu de CLSC, par exemple, des programmes de périnatalité, des programmes d'hygiénistes dentaires, des programmes famille-jeunesse, etc. Il y en a d'autres, dans deux régions, notamment, qui ont cherché à explorer toute la problématique des urgences sociales et à proposer aux CLSC des façons d'organiser l'urgence sociale dans ces régions. On pourrait, d'ailleurs, vous distribuer, si ça vous intéresse, le catalogue des recherches du Centre. Je pense que vous y trouverez des choses extrêmement variées et fort intéressantes.

La Présidente (Mme Marois): Ce serait intéressant, effectivement, qu'il soit déposé. Pourquoi pas?

M. Bélanger (Jean-Pierre): M. Robert.

La Présidente (Mme Marois): Vous étiez prêts? Ça, je ne le savais pas, mais c'est bien.

M. Côté (Charlesbourg): Ça paraît qu'il y en a un qui a de l'expérience politique.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bélanger (Jean-Pierre): Ce sera là la conclusion de mon exposé. Donc, je laisserai la parole à mon collègue, Jean Boudreau, nouvel associé au Centre, de l'Association des centres

de services sociaux du Québec.

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. Boudreau, bonjour.

M. Boudreau (Jean): Les centres de services sociaux ont adhéré au Centre de recherche sur les services communautaires parce qu'ils voyaient là l'occasion à la fois de bénéficier d'une expertise unique et de contribuer au développement d'un lieu de recherche dynamique centré sur les défis et les contraintes de l'intervention communautaire et sociale au Québec.

Par rapport aux moyens limités des centres de services sociaux, le Centre de recherche sur les services communautaires constituait le meilleur levier pour développer davantage la connaissance des problèmes sociaux et l'effet des services mis en place. Aux prises avec d'énormes besoins de recherche sur les causes des divers problèmes sociaux, sur les particularités régionales, sur la validité des indicateurs sociaux - on n'a qu'à penser, par exemple, aux listes d'attente à la protection de la jeunesse, au suicide des jeunes, à la montée du sida - les centres de services sociaux ont donc uni leurs maigres moyens - Il faut bien dire qu'il y a 9 centres de services sociaux sur 14 qui n'ont aucun poste de recherche - ont misé sur une synergie avec les CLSC et le milieu universitaire pour développer une expertise de pointe sur laquelle la collectivité québécoise et, éventuellement, le ministère de la Santé et des Services sociaux pourront compter pour tenter de définir et de maintenir les services communautaires les plus pertinents et les plus efficaces. Essentiellement, donc, ce sont les motivations qui nous ont guidés pour entrer dans le Centre de recherche sur les services communautaires.

La Présidente (Mme Marois): Ça va. Ça fait le tour de la présentation que vous vouliez nous faire. Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Évidemment, c'est vrai que c'est vendredi après-midi, que c'est le dernier mémoire, mais ce n'est pas un signe de notre non-préoccupation de ce que vous défendez, puisque je vois, dans votre position, beaucoup de similitude avec la volonté de gens du ministère, qui a été largement exprimée à mon arrivée et supportée presque chaque jour, pour bien s'assurer que le ministre aussi fasse le virage. Je crois déceler, parmi mes principaux collaborateurs, d'ardents défenseurs de ce virage et de cette recherche de ce chaînon manquant.

Évidemment, si on voulait rattraper, demain matin, ce qui se fait dans le domaine biomédical en termes de recherche, juste pour se le rappeler, c'est colossal: 23 centres ou instituts, financés chacun à 500 000 \$ par année; donc, un

budget du FRSQ, d'à peu près 38 000 000 \$, 40 000 000 \$. C'est considérable par rapport à ce qui a été consacré à la recherche sociale, qui est à peu près de 2 800 000 \$, mais toujours dans des projets de recherche spécifiques. Tantôt, je demandais à mon collaborateur de sortir certains éléments: santé mentale, adaptation-réadaptation, sida, alcoolisme et toxicomanie, toujours dans des domaines spécifiques, sans nécessairement qu'il y ait la vision globale.

Dans la mesure où on fait ce virage et où on fait une place de plus en plus grande à la recherche sociale, il faudrait, bien sûr, déterminer... Il ne s'agit pas de multiplier les centres de recherche. Il s'agit d'en reconnaître un certain nombre. À votre avis, combien devrions-nous reconnaître de centres de recherche, à part le vôtre? Évidemment, on ne fait pas une démarche comme celle-là pour défendre l'intérêt des autres, mais je sais que ça prend, quand même, une masse critique, sur le plan financier, bien orchestrée pour être capable d'en arriver à des résultats probants. On devrait reconnaître, quoi, deux, trois quatre centres de recherche? J'Imagine que, lorsqu'on dit ça, s'il y en a un à Québec, l'autre, c'est clairement à Montréal que ça doit aller.

La Présidente (Mme Marois): M. Ouellet.

M. Ouellet (Hector): C'est une question qui est très difficile parce que ça va dépendre essentiellement du comment et de quelle mission on va donner à chacun. À mon point de vue, le terrain à couvrir en recherche sociale est tel que, pour moi, c'est une question à laquelle j'ai de la difficulté à répondre. J'aurais beaucoup de réserves, je pense, à ce qu'il n'y ait qu'un ou deux centres, d'une part, parce que j'ai très peur des monopoles là-dedans. J'aurais aussi autant de réserves s'il y en avait une trentaine, parce que ça signifierait qu'il y en aurait vraiment trop.

M. Côté (Charlesbourg): Ils vont être tous pauvres, aussi, à 30.

M. Ouellet: Pardon?

M. Côté (Charlesbourg): Ils vont tous être pauvres, à 30.

M. Ouellet: Aussi, effectivement. De sorte que moi, j'ai vraiment un peu de difficulté à répondre à cette question dans ces termes-là. Ça va dépendre, bien sûr, de la mission que vous leur donnez.

M. Côté (Charlesbourg): Mais je vous donne la chance d'aller plus loin. Ça dépendra des champs de recherche?

M. Ouellet: Entre autres, oui.

M. Côté (Charlesbourg): Oui? Quels seraient-ils, ces champs de recherche et, autant que possible, par ordre de priorités?

M. Ouellet: Encore une fois, j'ai beaucoup de difficulté à répondre. Je pense qu'il y a un certain nombre de priorités où on voit des vides majeurs. Par exemple, au Québec, en évaluation des programmes, des pratiques, des politiques, l'ensemble du champ de l'évaluation n'est à peu près pas couvert. Ce n'est pas qu'il n'y a pas d'intérêt sur ces questions; il n'y a pas de main-d'oeuvre là-dedans, il y a très peu de professeurs qui ont été formés là-dedans. Il va s'agir de préparer simplement une équipe convenable dans le domaine de l'éducation, à moins qu'on puisse recruter la main-d'oeuvre. C'est un temps considérable. Bon. On peut penser à une équipe sur l'évaluation. Alors, si on commence à découper le champ comme ça: évaluation versus autre chose, on a une facette. On aurait pu penser, par exemple, à découper le secteur psychosocial. On aurait pu penser à un centre de recherche sur les CLSC versus un centre de recherche sur les CSS, par exemple. Je pense que ç'aurait été une aberration, mais ç'aurait été une façon de le découper. On peut penser: un centre de recherche pour Montréal versus un centre de recherche pour, quoi, Québec, pour le reste du Québec. Évidemment, c'est très facile, on découpe en deux quand on fait ça. Il y a beaucoup de besoins et tout va dépendre des priorités qu'on va vouloir "rencontrer" au départ, là-dessus.

La Présidente (Mme Marois): M. Bélanger, voulez-vous ajouter quelque chose?

M. Bélanger (Jean-Pierre): Oui. Ce que je voulais dire, c'est qu'entre 2 centres et 30, on voit déjà comment le paysage se dessine au niveau universitaire. Je veux dire que quand on fait le tour... Pour qu'un centre de recherche soit dynamique, ça prend un noyau de chercheurs intéressés, motivés qui vont entraîner le mouvement. Et de ces noyaux-là, nous, on a la prétention d'en avoir réussi un avec l'Université Laval à Québec, mais quand on fait le tour des universités, on se rend compte qu'il n'y en a pas 30, actuellement, au Québec et que certains même se sont spécialisés déjà dans certains domaines. Si on pense à la toxicologie, il n'y a pas énormément de noyaux de chercheurs au Québec qui sont spécialisés là-dedans.

Maintenant, je pense qu'il faudrait faire attention à ne pas ultraspécialiser les centres de recherche dans des domaines trop précis parce que finalement, ce qu'on découvre, c'est que les problématiques finissent par se recouper et qu'elles sont liées à des problèmes qui sont plus fondamentaux, notamment tout le phénomène de la pauvreté ou le phénomène du développement régional, par exemple. C'est dans ce sens-là qu'il est aussi intéressant d'avoir des centres qui

soient bien équipés, mais qui soient, d'une certaine façon aussi, suffisamment généralistes pour pouvoir relier ensemble les problématiques qui se touchent.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, on a nos torts et j'en conviens parfaitement. J'aurais dû commencer par féliciter la Fédération des CLSC d'avoir "initié" ce processus - je pense que ça aurait peut-être été la première chose que j'aurais dû faire - et l'Université Laval, bien sûr - parce que ça ne se fait pas tout seul, à ce que j'ai compris - d'avoir relevé le gant. Et ça, c'est très intéressant.

Lorsqu'on fait la comparaison avec ce qui existe dans le biomédical, on se rend compte qu'il y a, quand même, un très fort volume de recherches qui est subventionné par le fédéral ou par d'autres intervenants que le gouvernement du Québec. C'est, quand même, assez appréciable puisque à peu près 2 000 000 \$ à 3 000 000 \$ par année, par centre ou institut de recherche, viennent de l'extérieur des budgets du Québec. Dans cet univers-là, je sais qu'il n'y aura pas de compagnies pharmaceutiques, normalement, qui vont aller vous subventionner pour trouver des solutions, une alternative aux pilules; ça, je comprends ça. Mais est-ce qu'il y a un champ qu'il est possible d'explorer à ce niveau-là, de support sur le plan financier pour faire de la recherche sociale?

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

M. Ouellet: Oui, effectivement, vous avez raison, il n'y aura pas beaucoup de compagnies pharmaceutiques qui vont financer la recherche sociale, il y a, effectivement, peu de chances. Cependant, une des caractéristiques, je crois, de la recherche médicale et ce qui a fait qu'elle s'est développée au point où elle s'est développée présentement, ç'a été, d'une part, le contact avec les milieux de pratique et la contribution des milieux de pratique. Donc, l'argument qu'on cherche à développer devant vous, c'est, d'une part, bien sûr, que le développement de la recherche sociale, c'est une question de financement, entre autres. Ça n'est pas, cependant, qu'une question de financement; c'est une question aussi d'organisation de la recherche. C'est par rapport à cette question qu'on parle de collaboration entre le milieu de pratique et le milieu de la recherche, entre les organismes de services et l'université.

Le développement et le financement de la recherche, ça n'est pas nécessairement et toujours du nouvel argent. Je pense que le ministère pourrait assez facilement accroître considérablement les fonds affectés à la recherche sociale, tout en favorisant que les gens qui paient la recherche gardent un contrôle, simplement en autorisant et en valorisant que les

organismes de services dépendent de l'argent à faire de la recherche ou financent de la recherche. Et financent de la recherche de la façon suivante: d'une part, en finançant des projets, mais aussi en permettant le financement d'infrastructures.

Par exemple, on utilise un cas concret dans notre mémoire, qui est une hypothèse, que les CLSC d'une région, par exemple - on n'est pas aussi spécifique que ça dans le mémoire - contribuent pour un poste de professionnel de recherche dans une boîte située dans un centre de recherche part. Je pense que ça aurait des effets; ça a déjà, d'ailleurs, des effets considérables. C'est une des hypothèses qu'on développe.

M. Côté (Charlesbourg): Il n'y a pas un risque - parce que je trouve l'idée bonne - de trouver un moyen, effectivement, de pouvoir libérer, affecter des gens qui sont dans le réseau à cette recherche, évidemment? Quand on le fait par catégories d'établissements, soit CLSC, soit CSS, est-ce qu'il n'y a pas un risque? Là, on parle de catégories. Évidemment, ce qu'on recherche, c'est le chercheur ou la personne qui va pouvoir collaborer.

(16 h 45)

M. Ouellet: M. le ministre, j'ai lu le journal ce matin. Avec les orientations que vous voulez donner aux régions, les pouvoirs que vous voulez donner aux instances régionales, je pense qu'on peut, effectivement, par ce genre d'instances, favoriser d'abord, des collaborations qui sont déjà, d'ailleurs, relativement élevées. Il peut y avoir, bien sûr, des discussions entre établissements, mais en ce qui a trait à la recherche, il n'y a pas grand discussions majeures.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne vois pas de problèmes avec les régions. Compte tenu des pouvoirs qu'on veut leur donner sur le plan de leur capacité de décider elles mêmes, moi je ne vois pas de problèmes avec les régions.

La Présidente (Mme Marois): M. Bélanger.

M. Bélanger (Jean-Pierre): Oui. Ce qu'on propose. M. le ministre, ça ne serait pas le mécanisme unique de subventionnement de la recherche, de financement de la recherche sociale. Le Centre a vécu déjà plusieurs expériences à ce niveau-là, parce que le Centre a déjà collaboré avec des CSSS, des CLSC, des DSC qui, volontairement, ont mis de l'argent dans des projets de recherche parce que c'étaient des projets qui les concernaient directement. Et une chose dont je peux vous assurer, c'est que ces projets de recherche là, les résultats en sont utilisés par la suite et les gens suivent de près le déroulement de la recherche parce qu'ils y ont un intérêt. Je pense que quand on parle de faire le lien entre la recherche universitaire et son application sur le terrain qui

est toujours un problème énorme et complexe, ce mode-là a, en tout cas, l'avantage de faire en sorte que le lien se fait beaucoup plus facilement.

Maintenant, quand on parle de recherche, il y a effectivement aussi en matière sociale des fonds de recherche qui sont disponibles au niveau fédéral. Maintenant, ce qui différencie beaucoup la recherche sociale de la recherche en santé à ce niveau-là, c'est que la recherche sociale est encore essentiellement une recherche qui se fait en solo dans l'université. C'est-à-dire que les chercheurs fonctionnent de façon assez isolée les uns des autres, alors qu'en santé le concept d'équipes de recherche est déjà bien implanté, des équipes qui sont permanentes. Les chercheurs peuvent s'épauler les uns les autres et cela assure une certaine continuité d'expertise. C'est-à-dire que, si, pendant un an ou deux, tel chercheur, par exemple, décide d'aller en année sabbatique ou de faire autre chose, le restant de l'équipe continue dans le même domaine.

Dans le secteur social, c'est moins développé. Nous, le pari qu'on fait - et c'est ce qu'on essaye de développer même à l'intérieur du Centre - c'est de développer des équipes de chercheurs parce qu'on pense qu'à l'avenir ce sont les équipes de chercheurs qui seront les mieux placées, en termes de compétition, à la fois pour aller chercher des fonds fédéraux et en même temps aussi pour répondre aux besoins du réseau. Donc, si on veut, le pari que nous faisons, c'est que, si on a des équipes de recherche qui sont capables de faire la preuve de leur compétence et qui sont capables de faire la preuve de la pertinence des objets sur lesquels elles travaillent, elles vont, à la fois être mieux placées pour aller chercher les fonds disponibles au niveau du Québec, au niveau d'Ottawa, mais aussi au niveau des établissements.

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

M. Gauthrin: Moi, j'aurais une question que je vais essayer de poser. Je ne sais pas si vous étiez dans la salle au moment où a été nommé le groupe qui vous a précédés, enfin celui qui a précédé. Lorsque vous parlez de développer des centres de recherche, de développer l'infrastructure de recherche, de développer des équipes de recherche dans le domaine de la recherche sociale, j'en suis. La question que je me pose, c'est: Pourquoi est-ce que ça a besoin d'être financé par le Conseil québécois de la recherche sociale? Et à quoi ça sert, ce groupement, alors qu'il existe le fonds FCAR que vous connaissez, j'imagine, de votre côté? Est-ce qu'il n'y a pas, de fait, une duplication entre ce que fait actuellement le fonds FCAR dans le soutien et le financement et pour bâtir des infrastructures de recherche et les sommes qui sont données au

Conseil québécois de la recherche sociale? Donc, est-ce qu'on n'est pas en train, de fait, d'avoir une duplication entre les deux organismes de recherche et, dans un esprit de rationalité, qu'est-ce qui justifie l'existence du Conseil québécois de la recherche sociale? Ma position à moi, ce serait même de supprimer complètement quasiment le Conseil québécois de la recherche sociale compte tenu de l'existence du fonds FCAR, à moins que vous ne me démontriez qu'il n'y a pas duplication entre les deux dans les deux fonctions.

La Présidente (Mme Marois): Oui, Mme la présidente, Mme Grisé.

Mme Grisé: Je ne crois pas qu'on puisse dire qu'il y a duplication parce qu'une des caractéristiques des organismes subventionnaires qui financent un secteur en particulier, c'est qu'ils évoluent avec le secteur qu'ils financent.

Lorsque le FRSQ, par exemple, a commencé à financer la recherche biomédicale, il y allait avec des projets spécifiques. Il a reproduit ce qui était déjà existant et il a continué ensuite à évoluer, à renforcer ses programmes, à les multiplier, à élaborer des thèmes et des approches aussi: la recherche évaluative, la recherche épidémiologique et autres.

Si on prend le FCAR, c'est un organisme qui est plus mature que le CQRS et qui finance aussi de façon très spécifique. Ils se sont orientés vers les équipes, ils recherchent un effet structurant avec des critères qui rendraient la recherche sociale non accessible. C'est non accessible présentement pour le secteur de la recherche sociale qui finance des choses plus innovatrices, plus marginales, plus curieuses, moins faciles à évaluer comme portée. Je pense qu'il y a de la place pour une espèce de continuum et une certaine variété de points de vue. Un organisme a tendance parfois à devenir monolithique, à tailler tous ses programmes de la même façon, à n'avoir qu'un point de vue ou à favoriser de façon peut être excessive une certaine forme de recherche, et ce n'est pas mauvais qu'il y ait un peu de variété. Si l'on prend ce qu'il y a du côté fédéral et ce qu'il y a du côté provincial, je pense qu'au total ça satisfait, des problématiques qui, autrement, ne seraient pas couvertes.

M. Gauthrin: Est-ce que je peux poser une sous-question?

La Présidente (Mme Marois): Oui, allez.

M. Gauthrin: Écoutez, vous voulez créer, structurer des équipes; le fonds FCAR veut le faire aussi. Vous voulez financer des centres; le fonds FCAR le fait. Vous parlez de l'importance... Le fonds FCAR a un spectre de disciplines extrêmement large puisque c'est à partir.

de sciences fondamentales jusqu'aux sciences sociales, comme vous le savez, avec les différents comités d'évaluation. Sauf que ça a l'avantage de mettre tous les centres de recherche en compétition les uns avec les autres uniquement en fonction de critères de qualité. Pourquoi voulez-vous, à ce moment-là, avoir un autre organisme subventionnaire où on ait des critères de qualité différents ou des critères séparés? Pourquoi ne pas mettre tous les centres de recherche avec les mêmes critères de qualité, la qualité étant essentiellement l'objectif du fonds FCAR?

Mme Grisé: Je ferais un commentaire là-dessus; ensuite, je vais passer la parole à M. Ouellet. Le FCAR finance également de la recherche bio-médicale. Alors, on se retrouve avec le FRSQ, le FCAR et des organismes fédéraux qui financent certains centres de recherche.

M. Gauthrin: Madame, je suis désolé, sur ça. Le FCAR a un protocole d'entente avec le FRSQ pour, justement ne pas avoir de recoupements entre le FCAR et le FRSQ.

La Présidente (Mme Marois): M. Ouellet

M. Ouellet: Pour ma part, ce n'est pas une question de principe. Par exemple, il faut bien penser que, dans la décision d'affecter un budget de recherche à tel ou tel projet, il y a deux décisions de prises une décision de qualité du projet et une décision de pertinence. Dans la mesure où ces deux facettes sont bien gardées sont bien protégées, je pense qu'il n'y a pas en soi de problème. Je ne suis pas convaincu, cependant, qu'à ce moment-ci, à voir les résultats, le FCAR dessert mieux les besoins des organismes de services que ne le fait le CQRS, par exemple. Je serais plutôt convaincu du contraire. Bon. maintenant qu'on change les règles du jeu, on soi, l'important, c'est que les besoins des organismes de services apparaissent, soient visibles et qu'on en tienne compte, et qu'on soit obligé d'en tenir compte. Par exemple, dans notre mémoire, on fait une proposition pour qu'on implique les gens des organismes de services dans les décisions. Si le FCAR fait ça finalement...

M. Gauthrin: Il le fait dans la recherche thématique en lien avec certains ministères, au ministère des Transports, par exemple. Il y a des liens entre le FCAR et certains ministères.

La Présidente (Mme Marois): Oui. M. Bélanger, vous voulez ajouter quelque chose?

M. Bélanger (Jean-Pierre): Je vais renchérir sur ce que mon collègue vient de dire. Pour avoir siégé sur les comités d'approbation de

subventions de ces différents organismes au cours des dix dernières années, la constatation que je peux faire, c'est qu'à mon avis le CQRS a été beaucoup plus proche des besoins des organismes de services du réseau que le FCAR n'a pu l'être. La compétition qui se fait entre universitaires pour l'obtention des subventions de recherche est une compétition féroce et ils ne se font pas de cadeaux là-dedans. Et, dans le dernier comité où j'ai siégé, il y avait neuf psychologues autour de la table et je vous jure que les arguments sur les méthodes de recherche différentes et sur la validité des méthodes, ça se promenait d'un bord de la table à l'autre, ce qui fait que, finalement, on ne tenait à peu près pas compte de la pertinence du sujet à l'étude qui, à mon avis, l'était. Je ne dis pas que c'est un tort qui ne s'applique qu'au FCAR et que le CQRS est exempt de ça. Il y a eu des bouts de temps où le CQRS est tombé dans ce piège aussi. Maintenant, je pense qu'il y a un certain danger à avoir un monopole et à ce qu'il y ait un seul organisme parce que, si le seul organisme qui a le monopole s'en va dans une direction, à ce moment-là, il n'y a plus de porte de sortie.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Bélanger (Jean-Pierre): Je trouve qu'au CQRS, de façon générale, le critère de la pertinence de la recherche et de son utilité a été davantage mis en relief qu'il ne l'a été au FCAR même si le critère de la qualité scientifique doit toujours rester.

La Présidente (Mme Marois): Mme la députée des Chutes-de-la-Chaudière.

Mme Carrier-Perreault: Merci, Mme la Présidente. Je trouve aussi intéressant de voir cette collaboration. Vous avez fait ressortir l'écart entre les chercheurs et les gens du terrain, si l'on veut. Ce que je voudrais savoir, deux petites questions, par rapport aux besoins. Je regardais votre catalogue; vous avez, quand même, plusieurs études déjà de faites et tout ça. J'imagine que les commandes, les besoins doivent être assez nombreux. Je me demandais sur quels critères vous vous appuyez pour choisir. Comment faites-vous pour définir quel genre d'étude on fait plutôt qu'une autre par rapport aux demandes qui vous sont adressées?

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

M. Ouellet: On me signalait à côté: Ça dépend s'ils ont de l'argent ou non. Ça n'est pas nécessairement le cas. Effectivement, on va choisir à partir d'un certain nombre de critères qui, bien sûr, peuvent demander encore à être précisés. Cependant, pour l'essentiel, ils sont les suivants. On est particulièrement intéressés,

finalement, à tout ce qui touche la problématique entre, pour utiliser les termes courants l'aide naturelle et l'institutionnel, par exemple, dans tous les rapports, au phénomène de l'entraide et, bien sûr, on est intéressés aussi à l'ensemble des besoins du monde des services, qui sont très divers. Une fois qu'une demande est faite - et je reviendrai sur cette notion-là parce que ce ne sont pas très souvent des demandes qui viennent d'ailleurs - et nous paraît entrer là-dedans, comme on travaille, bien sûr, avec des possibilités limitées, on essaie de constituer des équipes de professeurs intéressés à ces questions. Bien sûr, on ne prendra pas un projet si on n'est pas en mesure de le mener à terme. Ce sont donc les deux critères qui jouent pour nous: est-ce que ça entre dans ce qu'on considère être notre champ de compétence, d'une part, et est-ce qu'on a les disponibilités nécessaires pour réaliser le projet en question?

Je reviens tout de suite sur la notion de demande. Il faut dire qu'on reçoit très peu de choses qui peuvent s'appeler des commandes spécifiques. Ça se produit, mais très peu. Ce qu'on reçoit, ce sont des inquiétudes, des questions du genre: Est-ce qu'on peut faire quelque chose avec tel genre de question? Un directeur de CLSC, un DSP de CSS peut nous appeler pour dire: J'ai tel genre de problème. Est-ce qu'on peut faire quelque chose avec ça du point de vue de la recherche? J'ai ou je n'ai pas d'argent pour y travailler; est-ce qu'on peut monter un projet sur cette question-là? C'est plutôt comme ça que ça se présente que des commandes finies. C'est très rare, des commandes finies. On transforme des inquiétudes, les questions en questions de recherche. On essaie de trouver les ressources pour les réaliser. On prépare des projets, par exemple, très fréquemment qui sont soumis conjointement entre un CSS ou un CLSC aux programmes de subventions en santé communautaire de telle région, par exemple, et on trouve le financement de cette façon-là. On peut le présenter au CQRS conjointement. C'est comme ça, finalement, qu'on finance les projets de recherche.

Mme Carrier-Perreault: Vous avez tantôt mentionné aussi, dans un autre ordre d'idées, que c'était intéressant quand les gens des CLSC ou des DSC participaient à la recherche ou, après, à l'application. Je me demande s'il y a des moyens de les inciter ou de les encourager à participer à ce genre de...

M. Ouellet: Excusez-moi, je n'ai pas compris la question.

Mme Carrier-Perreault: Tout à l'heure, je pense que c'est monsieur, ici, qui mentionnait que c'était intéressant lorsque les CLSC ou les DSC participaient après, suite à la recherche, soit dans la mise en application ou autrement.

Est-ce que c'est toujours comme ça, d'une part? Mais vous aviez l'air de dire tantôt, à ce que j'ai compris - peut-être que j'ai mal compris, mais j'ai cru entendre ça - que c'était très intéressant lorsque eux autres participaient.

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

M. Ouellet: Oui, effectivement, c'est toujours comme ça, mais dépendamment de ce qu'on entend par là, c'est-à-dire systématiquement, dans les activités de recherche qu'on développe avec les organismes de services, on a un mécanisme, qu'on appelle le comité "aviseur", qui vise essentiellement à éviter que les demandeurs ou les gens qui avaient la question ou l'inquiétude de départ ne soient désappropriés de leur question. C'est, cependant, un comité qui peut être plus ou moins utilisé concrètement, parce qu'il est là pour veiller au grain. Or, dans la mesure où les gens sont contents de ce qui se passe, qu'il n'y pas de problème particulier qui se présente dans la réalisation du projet de recherche, l'information se fait facilement et c'est moins impliquant. Dans la mesure où il y a un problème à régler, on s'organise pour que les gens pertinents, c'est-à-dire l'équipe de chercheurs qui y travaille et l'organisme de services qui est intéressé au projet, se rencontrent pour prendre la décision. Ça ne veut pas dire que dans tous les projets les praticiens eux-mêmes sont impliqués dans la réalisation du projet. C'est arrivé à quelques reprises. Je ne suis pas convaincu, pour ma part, que c'est une solution souhaitable habituellement. Ils sont utilisés pour autre chose.

La Présidente (Mme Marois): Ça va? Merci.

Je veux bien comprendre quelque chose. Vous parlez de la commande qui est faite ou, du moins, des inquiétudes qui vous sont soulignées, etc. Vous parlez, d'autre part, en recherche sociale, du travail en solo qui s'est fait dans le passé. Il s'en est fait, dans le fond, de la recherche et il continue de s'en faire. Quand quelqu'un fait une thèse de doctorat en sciences sociales, que ce soit en service social, que ce soit en psychologie, que ce soit dans une autre science humaine, il s'en fait de la recherche, mais, si je comprends bien, ce sont les équipes à constituer.

Est-ce que, dans votre façon de fonctionner, vous allez chercher toutes ces ressources - bon, là, c'est à l'Université Laval, mais ça peut être aussi à l'Université de Montréal, à l'Université du Québec - de gens qui s'orientent vers des projets de recherche, des personnes auxquelles vous pourriez soumettre soit des thèmes, soit un certain nombre de suggestions que vous pourriez même ramasser en équipes? Est-ce que vous faites ça aussi à l'intérieur du Centre ou si c'est l'essentiel de votre organisa-

tion qui est un peu orienté comme ça?

M. Ouellet: C'est effectivement ce qui nous guide dans la constitution des équipes, c'est-à-dire qu'on essaie de constituer des équipes autour de problématiques larges qu'on voit sur le terrain. Évidemment, cependant, on travaille de Laval, ici à Québec. On a quelques collaborations avec d'autres universités, mais je dois dire qu'on est passablement occupés à faire ce qu'on fait présentement. Ce qui nous guide, c'est effectivement d'amener des regroupements de professeurs autour de problématiques qui nous apparaissent être particulièrement criantes sur le terrain.

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Ouellet: Qu'en pense, par exemple, aux personnes âgées, qu'on pense aux services, à l'enfance, à ce genre de questions.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. M. Bélanger.

M. Bélanger (Jean-Pierre): Oui. J'ajouterais qu'on n'a pas dit qu'il ne se faisait pas de recherche sociale avant. Ce qu'on a dit, c'est qu'il se faisait de la recherche sociale, mais qu'elle n'était pas toujours pertinente par rapport aux problèmes ou aux problématiques qu'on avait à rencontrer sur le terrain, d'une part, et c'est ça qui nous a motivés à "initier" le processus.

Maintenant, pour que cette démarche soit solide, qu'elle se poursuive dans le temps, qu'elle ne dépende pas d'un changement d'intérêt d'un chercheur solo, que ça se développe de façon structurée, la seule façon de le faire, c'est en développant une équipe. C'est le noyau qu'on a voulu créer autour du Centre.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Il y a un bel exemple d'une recherche qui s'est faite dernièrement. Je pense à "Deux Québec dans un" qui ne s'est pas fait nécessairement par votre Centre ou un autre, mais qui s'est fait par le Conseil des affaires sociales et qui a un impact quant à, ensuite, tracer des projets d'action et d'autres projets de recherche plus fine pour corriger un peu le tir dans certains cas.

M. Bélanger (Jean-Pierre): D'ailleurs, si vous le permettez, le chercheur principal qui sous-tendait, "Deux Québec dans un" est maintenant rendu au Centre.

La Présidente (Mme Marois): Ah, bon! C'est intéressant de le savoir. Ça va? Alors, on vous remercie de votre présentation et, malgré que votre présentation se soit faite un vendredi, je pense que les membres ont été tout aussi intéressés par vos propos et qu'ils y seront sen-

sibles, je l'espère bien.

J'aimerais rappeler aux membres de la commission que nous ajournons nos travaux au 1er mars, à 10 heures, quant à la poursuite, évidemment, des auditions sur l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux. Je rappelle aussi aux membres de la commission qu'à compter de mardi matin, qui est le 20 février, à 10 heures, à la salle Louis-Joseph-Papineau, nous procéderons à une consultation et tiendrons des auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi, Loi modifiant la Loi sur les normes du travail et d'autres dispositions législatives.

(Fin de la séance à 17 h 4)