



---

---

# 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 (13)

Le jeudi 1er mars 1990 - No 23

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

---

QUÉBEC

## Débats de l'Assemblée nationale

### Table de» matière»

Curateur public du Québec	GAS-1417
Protecteur du citoyen	CAS-1427
Fédération des CLSC du Québec	CAS-1437
Association des cadres intermédiaires des affaires sociales	CAS-1447
Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec	CAS-1457

### Intervenant»

- M. Jean A. Joly, président
- M. Marc-Yvan Côté
- M. Guy Chevette
- M. Rémy Trudel
- \* Mme Nicole Fontaine, Curatrice publique du Québec
- \* M. Bruno Maheu, Bureau du Curateur public
- \* M. Daniel Jacoby, Protecteur du citoyen
- \* M. Maurice Payette, Fédération des CLSC du Québec
- \* M. Fernand Roy, idem
- \* Mme Jeanne-d' Arc Vaillant, idem
- \* Mme Suzanne Roy, idem
- \* M. Jean-Pierre Bélanger, idem
- \* M. Jacques Lessard, Association des cadres intermédiaires des affaires sociales
- \* M. Laurian Lefrançois, idem
- \* M. Benoît Dumas, Association des administrateurs des services  
de santé et des services sociaux du Québec
- \* M. Robert Savard, idem
- \* Mme Marielle Lavallée, idem
- \* M. Jean-Luc Tremblay, idem
- \* M. Gaston Saint-Pierre, idem
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission

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

**Chèque rédigé** au nom du ministre des Finances et adressé à:  
Assemblée nationale du Québec  
Distribution des documents parlementaires  
1000, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28  
Québec, (Québec)  
G1R 5E8 tél. 418-643-2754

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Le jeudi 1er mars 1990

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

(Dix heures six minutes)

**Le Président (M. Joly):** La commission est réunie afin de procéder à une consultation générale et tenir des auditions publiques, dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux. Est-ce qu'il y a des remplacements, Mme la secrétaire?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. M. Atkinson (Notre-Dame-de-Grâce) est remplacé par M. Holden (Westmount), ainsi que M. Paradis (Matapédia) par M. Charbonneau (Saint-Jean).

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme la secrétaire. Aujourd'hui, nous entendons les organismes suivants: le Curateur public du Québec; le Protecteur du citoyen; la Fédération des CLSC du Québec; l'Association des cadres intermédiaires des affaires sociales; l'Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec.

Alors, je vois que, déjà, le premier organisme a pris place. J'apprécierais que la personne responsable se présente et présente les gens qui l'accompagnent.

**Curateur public du Québec**

**Mme Fontaine (Nicole):** Nicole Fontaine, Curatrice publique. Je vous présente les gens qui m'accompagnent: à ma gauche, Mme Marjolaine Loiselle, directrice de la planification; à mon extrême gauche, Mme Marie Boivin, avocate, responsable du service de représentation à la Direction de la protection des majeurs; enfin, à ma droite, M. Bruno Maheu, directeur de la Protection des majeurs au Curateur public.

**Le Président (M. Joly):** Merci, madame. Je vous rappelle un peu la procédure: vous avez une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire de la façon la plus concise possible et, par après, les parlementaires des deux formations se réservent le loisir et le plaisir de vous poser des questions. Merci. Alors, allez madame.

**Mme Fontaine:** M. le Président, M. le ministre Marc-Yvan Côté, MM. et Mmes les députés, je suis en fonction depuis quatre semaines comme Curatrice publique, mais j'ai tenu à profiter de l'occasion pour m'exprimer personnellement devant vous afin de bien présenter l'opinion du Curateur public du Québec. J'ai voulu profiter de l'occasion d'autant plus que j'ai oeuvré, depuis environ une vingtaine d'années,

dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, après un bref rappel de la mission et des clientèles du Curateur public, nous vous présenterons quatre aspects principaux qui ont retenu notre attention dans l'avant-projet de loi.

Les quatre aspects sont les suivants: certains éléments de l'organisation des services qui ont attiré notre attention; le comité des bénéficiaires; les organismes communautaires et, enfin, la définition présentée dans la loi des CLSC.

Bon. Je commence par la mission, un bref rappel de notre mission. Le Curateur public représente actuellement quelque 16 000 personnes au Québec dont la majorité vivent ou reçoivent des services des établissements du réseau, soit sur une base interne ou externe à domicile. Le Curateur public, je le rappelle, supervise également 5000 tuteurs et curateurs privés dont les protégés sont également, pour une partie d'entre eux, des bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux. De par cette représentation légale, les rôles et fonctions du Curateur public sont multiples. J'en rappelle deux volets principaux qui sont pertinents pour aujourd'hui: le premier volet, qui est bien connu, je pense, l'administration du patrimoine des personnes représentées; le deuxième volet, qui est la promotion et l'assurance, par des gestes concrets, du respect des besoins, des intérêts et des droits des personnes que nous représentons. C'est ce dernier volet qui a pris, au cours des dernières années, beaucoup plus d'ampleur et a entraîné la mise en place d'orientations axées sur le mieux-être, la représentation des personnes. Ces orientations ont d'ailleurs inspiré la réforme des régimes de protection et la nouvelle loi 145 qui a été adoptée en juin 1989 et qui devrait être en application le 1er avril.

Je rappelle les types de clientèle que nous représentons et qui vous sont sûrement très familiers. Ce sont principalement des personnes souffrant de troubles mentaux, qui sont principalement dans les établissements comme l'hôpital Louis-H.-Lafontaine et le centre hospitalier Robert-Giffard que vous connaissez, des personnes souffrant de déficience intellectuelle, des personnes âgées qui ont des atteintes, des maladies dégénératives et, enfin, des traumatisés de toutes sortes: crâniens ou des ACV, qui rendent ces personnes inaptes, soit pour des périodes temporaires ou des périodes plus permanentes et à différents niveaux.

En d'autres termes, comme vous le constatez, c'est une clientèle qui se trouve parmi les plus vulnérables du réseau, parce que beaucoup moins en mesure que d'autres de se faire

entendre et de faire valoir ses besoins et ses droits.

Le Curateur public est souvent, dans ses fonctions, confronté dans son administration quotidienne aux différents problèmes et ajustements du réseau de la santé et des services sociaux. J'en cite quelques-uns: le manque de ressources, entre autres, dans le cadre de la déskislitonnalisation qui touche une bonne partie de notre clientèle; l'engorgement de l'hébergement institutionnel; les longues listes d'attente pour l'accès dans les centres d'accueil et d'hébergement, je pense que ça vous est familier également, concernant les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie; la pénurie de ressources en matière de services de réadaptation pour les traumatisés de diverses causes et aussi les services de maintien à domicile, les services et les soins à domicile, l'insuffisance aussi de services pour les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle et physique.

Ainsi, vous comprendrez que le Curateur public ne peut demeurer indifférent aux nouvelles orientations proposées par l'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux. Compte tenu des objectifs de santé et de bien-être pour tous et des stratégies suggérées par votre ministère en vue de la réalisation de cette réforme, nous pensons qu'elle devrait se traduire par un système mieux adapté aux besoins engendrés par les transformations sociales récentes dans la population québécoise. Je cite quelques transformations: le vieillissement de la population, bien sûr, également les taux d'incapacité dans la population dont on peut s'attendre qu'ils vont aller en augmentant, en partie, à cause du vieillissement de la population, mais aussi, en partie, dû au fait de l'avancement de nos technologies qui dorénavant permettent de maintenir en vie des personnes qui, par ailleurs, vont avoir une durée de vie présentant des inaptitudes de façon importante. Enfin, l'itinérance qui est une caractéristique de notre société qui va probablement en augmentant.

Nous appuyons les objectifs visés par la réforme qui sont ceux d'accessibilité, de continuité, de complémentarité et de qualité des services. Nous appuyons plus fortement certains objectifs ou nous vous les proposons, qui sont des objectifs de conserver une flexibilité dans l'organisation du réseau et des possibilités d'innovation.

Nous appuyons aussi les moyens privilégiés tels que, de façon peut-être plus particulière, la régionalisation des services, mais nous pensons que les moyens devraient aussi s'orienter vers la sous-régionalisation et une approche locale et communautaire. Enfin, nous pensons qu'une action centrée sur des programmes de services intégrés interétablissements serait une approche à valoriser.

Enfin, le système devrait être centré sur la personne, mais nous ajouterions "la personne et

son milieu de vie", de façon à profiter des forces vives de la communauté et à ne pas renforcer l'isolement et l'individualisme.

J'aborderai nos quatre points principaux. L'organisation des services. Un élément a attiré notre attention, particulièrement les conseils d'administration unifiés. C'est un des changements majeurs suggérés par l'avant-projet de loi: la création de conseils d'administration unifiés, soit la fusion sur une base territoriale de conseils d'administration de divers établissements. Nous comprenons qu'à travers cette intégration, le ministère poursuit plusieurs objectifs que nous partageons également, plus particulièrement endiguer le phénomène de cloisonnement des établissements, favoriser la liaison entre les établissements et, enfin - et pour nous, c'est un élément capital aux yeux du Curateur public - susciter une plus grande participation de la population à la gestion des établissements et développer chez celle-ci un sentiment d'appartenance et d'identification à un territoire donné. Pour nous, c'est un objectif que nous partageons.

De toute évidence, ces objectifs sont primordiaux et fort louables. Toutefois, nous ne sommes pas convaincus, pour les atteindre, qu'il faille passer par la création de conseils d'administration unifiés, ce qui veut dire changer beaucoup les structures du réseau. On pense que la mise en oeuvre de ces changements risque de s'avérer complexe, onéreuse en termes de temps et d'énergie et que ce n'est peut-être pas là qu'il faut mettre l'emphase.

Nous pensons que les conseils d'administration actuels sont une tribune où s'expriment des intérêts divers, sûrement. Les personnes que cette tribune regroupe sont insuffisées du même souci d'attirer et d'assurer la qualité, la continuité des soins, mais nous pensons que les membres des conseils d'administration ne sont pas de simples gestionnaires de ressources au service de l'établissement, mais ils ont un rôle crucial à jouer en regard de l'humanisation des soins et aussi des liens à maintenir et à renforcer avec la communauté.

Ainsi, nous croyons que la création des conseils d'administration unifiés s'éloigne de cette dernière réalité et des bienfaits qui sont susceptibles d'en résulter. Nous doutons de la viabilité de cette formule qui, on le pense, pourrait plus attirer des luttes de pouvoir que peut-être les amenuiser.

Nous sommes inquiets aussi particulièrement pour les clientèles marginales, dont la nôtre, il va sans dire, qui nécessitent une approche spécifique et nous ne sommes pas certains que ces clientèles y trouveront leur compte et pourront s'y faire entendre et sauvegarder leurs intérêts. Nous sommes d'autant plus inquiets que la composition de ces conseils et le mode de désignation de leurs membres, tels que proposés, n'offrent aucune garantie quant à une représentation adéquate des bénéficiaires au sein des

établissements. Pourtant, nous pensons que c'est une voix importante et qu'elle s'avère, pour les administrateurs, une source régulière d'information privilégiée concernant la satisfaction par rapport aux services dispensés et nous pensons que c'est un acquis à protéger.

Le ministère semble vouloir privilégier la participation des citoyens à l'intérieur des conseils d'administration. Nous pensons que c'est un objectif important. Toutefois, nous trouvons ça un peu moins intéressant si cela se réalise au détriment des principaux concernés, soit les bénéficiaires. Nous comprenons qu'il faut viser une intégration des services sur un territoire donné. Je pense que nos bénéficiaires, notre clientèle en serait la première à bénéficier des bons résultats, mais les conseils unifiés ne nous apparaissent peut-être pas la solution pertinente.

Nous pensons que le ministère pourrait peut-être parvenir à ses fins autrement. Par exemple, trois voies à explorer: la première, un renforcement de certaines structures déjà existantes ou embryonnaires telles que les tables de coordination qui sont de concertation présentement, mais qui pourraient être de coordination, sur un plan local, sous-régional et régional. Bien sûr, le renforcement des régies régionales est un des éléments.

Deuxièmement, nous pensons qu'il serait peut-être plus sage de fusionner selon les circonsstances et sur une base volontaire des établissements ayant une même vocation et qui ont maintenant une petite taille et qui pourraient être regroupés sur un territoire donné. Nous pensons que ce serait plus pertinent puisque ça crée moins d'interlocuteurs à se concerter sur un territoire donné. Ça devrait être facilitateur.

Enfin, un troisième élément qui nous apparaît important serait la question de clarifier davantage la mission et le champ de responsabilité de chaque catégorie d'établissements. En éliminant la duplication de services ou les apparences de duplication de services, nous pensons que les établissements pourront être plus facilement complémentaires et pourront s'échanger des services si ces services sont différents, autrement, nous pensons qu'il y a une compétition qui s'installe pour développer et se partager des services qui peuvent être assez semblables. Nous vous apportons quelques exemples, dont la question des soins et services à domicile qu'il nous apparaîtrait peut-être approprié de mettre clairement et complètement sous la responsabilité des CLSC au lieu d'avoir trop de partenaires qui ont ce même mandat, ce qui pourrait entraîner de longues discussions quant à qui fait quoi et comment et quelle clientèle et sur quel territoire.

Enfin, un autre élément que, je pense, on retrouve dans les orientations qui ont été publiées déjà, c'est qu'il nous apparaîtrait important de clarifier toute la question des missions et mandats concernant les cliniques externes, les unités de médecine familiale versus

ou en complémentarité avec la question des services de santé et des services sociaux de base dans les CLSC.

Nous pensons que le réseau y gagnerait peut-être, à ce moment-là, puisqu'il serait plus facilement compréhensible et que la population saurait davantage où s'adresser et pour quel service, et d'autant plus pour notre clientèle qui ne sait pas toujours ou qui peut être ballottée d'un service à l'autre.

La question des ressources intermédiaires. Le Curateur public partage les vues du ministère relatives au maintien, le plus longtemps possible, des personnes dans leur milieu de vie naturel ou dans un autre milieu semblable. L'institutionnalisation devrait être un dernier recours. C'est encore, malheureusement, une solution de rechange possible parce qu'il n'y a pas d'autre ressource possible. Le Curateur s'associe également aux volontés exprimées par divers groupes et intervenants sociaux à l'effet de poursuivre et d'accélérer le processus de réadaptation et de réinsertion sociale des personnes qui vivent actuellement dans les établissements psychiatriques ou de réadaptation ou, encore, pour une partie de notre clientèle dans les CHCD après un traumatisme, soit de la route ou autre, et qui, trop souvent, y séjourne peut-être une semaine de plus ou deux semaines de plus, parce qu'elle ne peut pas être référée à domicile, les services étant insuffisants ou, encore, elle n'a pas assez rapidement accès à des services de réadaptation.

Nous pensons que le succès de la démarche de désinstitutionnalisation ou de non-institutionnalisation repose entièrement sur la mise en oeuvre de moyens de ressources dans la communauté et un partenariat interétablissements. Par la reconnaissance officielle, dans l'avant-projet de loi, des ressources intermédiaires favorisant le maintien ou l'intégration des personnes, le ministère fait un pas important en ce sens, nous pensons.

Pour plusieurs personnes, ce type de ressources est vraiment la réponse à leur désir de vivre dans un milieu de vie sécuritaire et répondant à leurs besoins. Toutefois, nous aimerions attirer votre attention sur le fait qu'il existe d'autres types de ressources à caractère résidentiel qui hébergent des personnes et qui n'ont pas l'approbation officielle pour ce faire. Dans bien des cas, ce type d'hébergement s'avère adéquat mais, à l'opposé, il peut aussi donner lieu à des situations d'abus et d'exploitation. Notre clientèle, étant très vulnérable, se retrouve dans ces situations. Ainsi, nous vous invitons à être vigilants et à renforcer les mécanismes d'enquête et de contrôle concernant la qualité des lieux d'hébergement résidentiel.

Nous aimerions aborder la question des comités de bénéficiaires. L'avant-projet de loi confirme l'existence des comités de bénéficiaires dans tout centre hospitalier psychiatrique, centre d'hébergement et de soins de longue durée ou

centre de réadaptation. L'expérience a démontré leur nécessité en tant que porte-parole officiel des bénéficiaires de ces établissements auprès de la direction.

Pour le Curateur public - et je pense aussi pour le réseau - les comités de bénéficiaires constituent une source d'information fort précieuse concernant les personnes qu'il représente. À maintes reprises, certains problèmes vécus par celles-ci à l'intérieur de leur établissement ont été portés à notre attention par l'entremise de ces comités. Étant donné, par ailleurs, la volonté du Curateur public d'être de plus en plus présent auprès de sa clientèle, cette collaboration est, pour nous, appelée à s'intensifier.

À cet effet, nous pensons que les comités de bénéficiaires doivent jouir d'une autonomie certaine quant au choix de leurs membres et la durée de leur mandat. La loi actuelle le leur garantit, tandis que l'avant-projet de loi apporte certaines restrictions à cet égard, en imposant, par exemple, un mode strict de composition de ce comité et en limitant la durée possible du mandat de ses membres. À notre avis, il s'agit là d'une forme de contrôle et d'une ingérence dans la régie interne de ces comités et nous sommes enclins à la rejeter. Nous ne comprenons pas très bien la raison d'être. S'il est nécessaire d'avoir une limite à la durée du mandat des membres du comité, nous pensons qu'il faudrait s'appuyer sur un principe général, qui est aussi bon pour les directeurs généraux d'établissements que pour les membres des comités de bénéficiaires. À ce moment-là, ça nous apparaîtrait plus acceptable.

Les organismes communautaires

**Une voix:**...

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

**Mme Fontaine:** Il y a beaucoup de choses qui ont de l'allure. Ha, ha, ha! Les organismes communautaires, nous nous réjouissons, bien sûr, de la reconnaissance officielle dans l'avant-projet de loi de ces organismes. Nous pensons qu'ils jouent un rôle essentiel dans la société québécoise, en termes de renforcement de tissu social dans la communauté où ils oeuvrent. Mais nous pensons aussi qu'ils agissent comme initiateurs de nouvelles approches et comme portant des innovations qui peuvent être fort intéressantes pour le réseau. Ainsi, nous trouvons que favoriser les organismes communautaires dans l'avant-projet de loi correspond aux besoins de notre société actuelle. Nous pensons que ces actions enfin reconnues par le ministre et qui rejoignent le Curateur public sont des orientations fondamentales. En fait, la définition des CLSC...

**Le Président (M. Joly):** Excusez-moi, Mme Fontaine. Est-ce qu'on consent à ce qu'on déborde du temps un peu? Oui?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, pas de problème.

**Le Président (M. Joly):** Merci.

**M. Chevrette:** Sûrement que madame en est à ses premières armes et puis...

**Le Président (M. Joly):** Allez, Mme Fontaine.

**Mme Fontaine:** Donc, je vais bénéficier de ça. Écoutez, c'est très bref. Je termine avec les CLSC, la définition des CLSC. Nous, nous constatons tous, je pense, qu'ils n'ont pas joué pleinement leur rôle actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement en ce qui concerne les services médicaux et infirmiers de première ligne, et ça, pour toutes sortes de raisons, dont un manque d'information auprès de la population, une insuffisance de ressources, enfin cette vocation-là ne s'est pas clairement et vraiment concrétisée, et la population continue de s'adresser aux services d'urgence et aux cliniques externes des centres hospitaliers pour recevoir ce type de services. Nous pensons que la définition dans l'avant-projet de loi actuel ne confirme pas clairement cette vocation pour les CLSC. Les soins médicaux et infirmiers sont inclus dans l'expression "services de santé" utilisée à l'article, mais on ne pense pas que ce soit évident pour le profane et la population en général et encore moins, probablement, pour notre clientèle que ce sont, ça, des services médicaux et infirmiers de base. On pense que ça gagnerait à être clarifié. À notre avis, dans la foulée des intentions à l'effet de réorienter la demande des centres hospitaliers vers, entre autres, les CLSC, ce qui contribuerait à désengorger les urgences, nous pensons, le ministère devrait revoir cette définition et l'étoffer d'une mission spécifique concernant les soins médicaux et infirmiers de base. Le champ d'intervention des CLSC devrait faire l'objet d'une diffusion très large et bien orchestrée, de façon à ce que le message passe la rampe auprès de la population, dont, entre autres, notre clientèle au Curateur public, et que des habitudes de consommation modifiées s'installent dans la population afin de laisser les autres partenaires du réseau, qui ont des mandats, des missions spécialisées, faire et rendre adéquatement ces services spécialisés.

Nous portons à votre attention, sans peut-être les présenter ici, aussi certains éléments de concordance qui devraient être faits entre l'avant-projet de loi et la loi 145.

Enfin, plusieurs autres points auraient pu être envisagés mais nous comptons, à l'avenir, nous exprimer sur d'autres aspects, dans d'autres domaines aussi. Il ne me reste qu'à vous remercier de votre attention et à attendre vos questions.

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

(10 h 30)

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Je suis très heureux que nous puissions, pour nos deux journées de commission de cette semaine, centrer nos préoccupations sur les bénéficiaires, sur les clientèles. Je pense que c'est assez heureux, à l'occasion, qu'on puisse au moins prendre le temps même d'en parler. On l'a dit depuis un certain temps: Il faut faire en sorte que le système soit davantage centré sur le bénéficiaire que sur le producteur. Et ça m'apparaît toujours une ligne de force. Est-ce qu'on réussira? Si on réussit à 50 %, l'objectif étant 100 % mais si on réussit à 50 %, ce sera déjà un pas extrêmement important de franchi. Compte tenu de la nature même de ce que vous représentez, ma première question irait définitivement dans votre appréciation du rôle des ombudsmen qui ont été créés dans certains établissements. Quelle est l'évaluation que vous en faites? Est-ce que c'est une formule qui mérite d'être supportée, mieux encadrée, plus indépendante des établissements auxquels ils sont rattachés? Selon votre appréciation, compte tenu de la nature même des gens que vous avez à protéger, est-ce que l'ombudsman d'établissement est une solution quant au règlement d'un certain nombre de plaintes?

**Mme Fontaine:** C'est une question qui touche effectivement de très près notre clientèle. Je pense que... Je soulèverais certaines questions quant à la pertinence de rattacher l'ombudsman à une organisation d'autant plus que, si on regarde les principales clientèles que nous représentons, la clientèle de santé mentale, la clientèle de déficience intellectuelle, la clientèle de personnes âgées, admettons, ce sont des clientèles qui vont faire l'objet et qui font l'objet présentement, dans les différentes régions du Québec, de plans d'organisation de services. Ce sont des plans de services interétablissements. Donc, est-ce nécessaire de rattacher un ombudsman à un établissement? Serait-il pertinent de le rattacher plutôt soit à une sous-région qui comprend un ensemble de services dans différents établissements pour une clientèle donnée? Il faudrait voir à quelle entité le rattacher, mais je soulèverais la question de la pertinence de le rattacher à une catégorie d'établissements. Peut-être pourrait-il être rattaché à un conseil régional ou une région régionale. Je pense qu'il y aurait lieu de regarder d'autres façons de faire et d'en expérimenter. Bon, je pense qu'il y aurait peut-être lieu de faire des expériences avant de dire: On va faire cette façon de faire-là un peu partout. Je pense qu'il est pertinent d'avoir des ombudsmen. Je pense qu'ils ont besoin de support, qu'ils restent dans les établissements ou non. Ils ont besoin

d'être mieux encadrés, mieux supportés, mieux informés.

J'ai en tête l'expérience qui se passe présentement entre l'hôpital de Joliette et le Protecteur du citoyen. C'est une expérience qui m'apparaît intéressante, où l'ombudsman est rattaché, je pense, fonctionnellement ou travaille en même temps avec le Protecteur du citoyen. Il y a peut-être lieu de regarder plus cette voie-là, de voir quelles sont les possibilités.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, ce n'est pas nécessairement une expérience qui est négative. Elle pourrait être positive et encore davantage si c'était élargi à une sous-région, un territoire plus grand, pour éliminer la dépendance d'un établissement, par exemple.

**Mme Fontaine:** Ça aurait ça comme impact, mais ça aurait aussi comme impact que souvent les clientèles reçoivent des services de plusieurs établissements. Un exemple de ça, c'est qu'une personne qui a un trouble mental peut être suivie dans une clinique externe d'un hôpital psychiatrique mais peut aussi, en même temps, résider dans une maison de transition qui peut relever, admettons, d'un CSS et peut aussi recevoir des services, admettons, médicaux et sociaux de base du CLSC pour un problème, admettons, physique. Alors, qu'est-ce que l'ombudsman rattaché à l'hôpital psychiatrique va faire? Il va s'occuper juste de cette partie-là. C'est l'optique du réseau, dorénavant, de travailler avec des plans d'organisation de services intégrés. Donc, peut-être dans ce cas-là aussi, il serait intéressant de dépasser les murs de l'établissement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je trouve ça intéressant parce qu'effectivement, on a reçu des ombudsmen qui sont venus témoigner à titre individuel. Ils nous ont parlé du lien de dépendance vis-à-vis de l'institution mais on n'avait abordé l'aspect davantage de complémentarité au niveau d'une région, complémentarité contre différents services et je pense que c'est un point très intéressant que vous soulevez.

Évidemment, on parle de comité de bénéficiaires. Au niveau de l'avant-projet de loi, ce que j'ai compris, c'est que ça mérite d'être bonifié pour davantage respecter l'autonomie du comité de bénéficiaires. M. le député de Joliette avait raison de dire que c'est un mandat qui est très court, qui avait été prévu et qui sera définitivement élargi. Il ne peut pas être élargi ad vitam aeternam. Je pense qu'on doit quand même avoir un certain nombre de balises, un minimum, à ce niveau-là. Ce sont des choses qu'on va revoir définitivement.

Quel serait le lien de dépendance ou de complémentarité, ombudsman et comité de bénéficiaires? Je pense qu'il devrait y avoir une certaine parenté proche, à tout le moins entre le comité des bénéficiaires et l'ombudsman, dans la

mesure où il existerait. Quelle est votre vision, avec un ombudsman et sans un ombudsman, en ce qui concerne le comité de bénéficiaires?

**Mme Fontaine:** Je pense que les deux ont leur place. Je pense que le comité de bénéficiaires permet aux personnes dans l'établissement de se regrouper, de parler de leurs difficultés, de s'entraider, de faire valoir un point de vue, de regarder aussi certaines plaintes, mais de façon officieuse. Ce n'est pas un rôle officiel. Je pense que c'est un rôle très important qui est différent de celui de l'ombudsman qui, lui, est plus là pour aider les gens à mieux s'exprimer ou pour faire un lien avec le comité de bénéficiaires, pour voir comment régler la plainte au sein de l'établissement; il a un rôle plus officiel. Les deux ont leur raison d'être.

Il y a aussi que le comité de bénéficiaires a un rôle plus collectif, plus d'ensemble, de regroupement et d'entraide, tandis que l'ombudsman a un rôle plus individuel, par personne. C'est important aussi parce que ça favorise la libre expression.

**M. Côté (Charlesbourg):** Sur le plan de la formation du comité des bénéficiaires, on faisait de la place aux parents et aux bénéficiaires. Est-ce que vous avez des idées là-dessus? Est-ce que ça devrait être plus totalement des bénéficiaires ou si, effectivement, il y a toujours de la place pour des parents dans le comité des bénéficiaires?

On a soulevé le fait que, évidemment, dans la composition telle qu'on l'avait soumise, que la majorité n'était pas des bénéficiaires et qu'on devrait en arriver à former, à tout le moins, un comité de bénéficiaires dont la majorité sont des bénéficiaires. Je pense que ça m'apparaît évident. Est-ce qu'il y a, à ce niveau-là, des personnes externes qui pourraient se greffer pour apporter du support à ces gens-là?

**Mme Fontaine:** Je pense que les parents pourraient faire partie du comité de bénéficiaires. Il serait peut-être intéressant de l'étendre à plus que les parents. Ça pourrait être la parenté ou des alliés, quelqu'un de relié à la famille. Mais, H y aurait lieu, je pense, que les parents en fasse partie; peut-être pas d'une façon majoritaire, sûrement pas. Mais ça aiderait sûrement à un meilleur fonctionnement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous avez évoqué ou parlé de clinique externe. Ça m'a accroché un peu. J'aimerais peut-être vous entendre davantage expliquer votre point de vue sur le rôle de la clinique externe, tel que vous le voyez.

**Mme Fontaine:** C'est que je pense que, dans les hôpitaux, les cliniques externes jouent le rôle de médecine de tous les jours, médecine quotidienne. À ce titre-là, les cliniques externes

jouent un rôle très semblable à celui des CLSC, des services médicaux de base des CLSC. Je vois là une espèce de duplication de services. Bien sûr, il y a des cliniques externes très spécialisées, mettons en orthopédie, ou en ORL, des choses comme ça. Mais il y a aussi des cliniques externes assez générales. Je pense qu'il y aurait matière à regarder comment un rapprochement pourrait se faire entre ce que font certaines cliniques externes dans les hôpitaux généraux et spécialisés et ce qui devrait se faire dans les CLSC, au niveau des services médicaux de base.

**M. Côté (Charlesbourg):** Selon votre opinion, ça pourrait-il être moins coûteux en CLSC qu'en centre hospitalier?

**Mme Fontaine:** Non, je ne pense pas que ce serait moins coûteux. Ça ne serait pas moins coûteux. Par contre, il y aurait là un meilleur aménagement de services où les rôles entre les deux entités seraient clairs et ça permettrait vraiment à l'hôpital de jouer son rôle spécialisé, ce pourquoi il est créé, et au CLSC de jouer son rôle de services médicaux de base.

**M. Côté (Charlesbourg):** Par conséquent, l'opinion est-elle que le CLSC pourrait être beaucoup plus près de la population que le centre hospitalier, en termes d'accessibilité?

**Mme Fontaine:** Oui, il y a sûrement cet élément-là, mais aussi les services médicaux, infirmiers de base dans les CLSC sont des services qui sont en interrelation avec les autres programmes des CLSC. Il y a là une interaction fort intéressante, par exemple, avec le service des soins à domicile, de santé maternelle, infantile, où il y a des échanges qui peuvent se faire, où la clientèle, à ce moment-là, peut avoir accès peut-être plus facilement aux autres programmes des CLSC qui sont des services globaux courants de base, de santé, et auxquels peut-être les références ne se font pas aussi facilement ou ne se font même pas du tout, quand les personnes s'adressent aux cliniques externes des hôpitaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous avez évoqué les conseils d'administration unifiés. Bon, les objectifs sont globalement valables; ce qu'on tente de faire avec, par contre, la méthode forte proposée d'unification obligatoire, ce n'est pas souhaitable. Mais, en tout cas, je pense que c'est connu maintenant, j'ai dit qu'il n'y aurait pas de conseil d'administration unifié sous l'empire de la loi. Il demeure quand même des domaines où c'est souhaitable qu'il y en ait, soit pour des sous-régions... Il faut trouver davantage des éléments positifs qui vont le faire sans l'obliger.

Vous avez parlé de structures alternatives ou de renforcement de structures alternatives

pour atteindre à peu près les mêmes objectifs et vous avez dit, dans votre texte... on pourrait songer à un renforcement de certaines structures déjà existantes, telles les tables de concertation régionales et les commissions administratives, en les assortissant de pouvoirs réels. Lorsqu'on parle de ça, "en les assortissant de pouvoirs réels", quels sont les pouvoirs réels qu'il faut donner pour que ce qui n'a pas fonctionné jusqu'à maintenant, du moins parfaitement... Il y a quand même eu de bons résultats, il y en a eu de moins bons, alors ce n'est jamais blanc et noir. Quels sont les pouvoirs additionnels qu'il faudrait donner à ce genre de table pour s'assurer que ça puisse fonctionner?

**Mme Fontaine:** Les tables de concertation qui existent présentement, celles que je connais ou que j'ai connues; en tout cas, ont des pouvoirs de recommandation. Elles ont des pouvoirs de recommandation à l'instance régionale, aux conseils régionaux, parce qu'eux-mêmes ont également seulement des pouvoirs de recommandation. Or, si cet aménagement-là et cette répartition des pouvoirs changent et que la région régionale a, effectivement, plus de pouvoirs et la possibilité de gérer un programme et les ressources qui se rattachent à ce programme-là - je donnerai l'exemple de la santé mentale, pour laquelle c'est en discussion présentement et c'est en train de se passer - il y a des tables de concertation qui existent en santé mentale. Elles sont conseils. Est-ce qu'elles pourraient accéder à un autre niveau, par exemple à une organisation sous-régionale des services entre plusieurs catégories d'établissements? Je pense que oui, je pense que ce serait un rôle fort intéressant qu'elles pourraient jouer et qui rendrait les services, dans une sous-région, plus facilement complémentaires en faisant que les partenaires s'assoient ensemble pour discuter de problématiques concrètes et d'aménagement de services, par exemple où on va installer les différentes maisons de transition, est-ce qu'on va en mettre trois sur la même rue. C'est ce qui a pu se passer dans le passé, mais peut-être que, si une sous-région s'associait et planifiait comment implanter ces ressources, il y aurait là un aménagement probablement beaucoup plus judicieux et un partage de ressources entre les établissements qui serait d'autant facilité.

**M. Côté (Charlesbourg):** Cela nous amène donc, après ces conseils d'administration unifiés, avec une alternative sur le plan de la concertation complémentarité, évidemment au palier régional. Je pense que vous souscrivez à une structure régionale beaucoup plus forte, avec plus de pouvoirs. Ce que je trouve rafraîchissant dans votre vision, non pas seulement parce que je la partage...

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

**M. Côté (Charlesbourg):**... mais davantage parce qu'elle me paraît être le reflet de ce qu'on pourrait vivre demain, s'il y a une concentration de tous les pouvoirs dans une capitale régionale... Que ce soient les sous-régions de la région qui deviennent les parents pauvres de la région... Et, lorsque vous évoquez des problèmes de sous-régions à l'intérieur des régions, ça m'apparaît un élément extrêmement important dont on doit tenir compte dans cette planification-là pour bien s'assurer qu'il y ait une parfaite harmonie, une complémentarité des sous-régions avec la volonté de l'ensemble des régions.  
(10 h 45)

À ce niveau-là, le CRSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean est peut-être celui qui, jusqu'à maintenant, est allé le plus loin dans la tentative de définir l'imputabilité, mais aussi de définir le rapport de forces qui va exister dans une sous-région à l'intérieur de la région, faisant en sorte qu'on parle à ce moment-là de districts où on obligerait les DG et les présidents de conseil d'administration des établissements d'une sous-région à faire une table de concertation, de discussion, avec certains pouvoirs, qui, elle, aurait son rapport de forces avec les autres sous-régions. Évidemment, ce ne serait pas le pouvoir central de la région qui pourrait uniquement mener et dicter ses volontés, mais ça pourrait venir aussi de la base au niveau des districts. Ça me paraît au moins correspondre à une préoccupation que vous avez et qui doit être la nôtre aussi, demain matin.

En terminant, tout ce que je veux vous dire, c'est que vous avez évoqué certaines inquiétudes: quant à notre avant-projet de loi et votre nouvelle loi, parce qu'il n'y a pas nécessairement une complémentarité très claire entre certains de vos articles et les nôtres. Évidemment, l'avant-projet de loi a été écrit avant même que votre loi ne soit en force et on fera le nécessaire pour qu'il y ait une harmonie entre votre loi et la nôtre sur le plan... On en tient compte. Merci beaucoup.

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

**M. Chevrette:** Merci, M. le Président. Je voudrais tout d'abord souhaiter à Mme Fontaine un bon mandat, puisqu'elle en est à son tout début. J'irai directement aux questions que j'ai à lui poser. J'aurai un commentaire à la fin.

Dans un premier temps, à la page 9 de votre mémoire, vous écrivez ceci au troisième paragraphe: "Aussi, le Curateur public invite le MSSS à être vigilant et à prévoir des mécanismes d'enquête et de contrôle concernant la qualité de ces lieux résidentiels." Étant donné que vous êtes le prolongement du bénéficiaire, à toutes fins pratiques, ou le substitut à la personne elle-

même, quels sont les mécanismes que vous avez à la Curatelle publique, vous, pour contrôler la qualité des lieux où les patients sont hébergés? Vous demandez au ministre de le faire, mais est ce que la Curatelle comme telle a ses propres mécanismes, a ses propres moyens?

**Mme Fontaine:** En fait, nous n'avons pas comme mandat de contrôler la qualité des lieux, mais nous avons comme mandat de nous assurer de voir où est située notre clientèle, quelle sorte de services elle reçoit et s'ils sont adéquats. Ce qui revient peut être un peu au même.

Je vais demander à M. Maheu, qui est directeur de la Protection des majeurs, puisque ce sont des éléments plus précis, de répondre à votre question.

**M. Chevette:** D'accord.

**M. Maheu (Bruno):** Effectivement, nous avons un grand nombre de nos personnes représentées qui sont actuellement dans des milieux de vie non accrédités, soit par les centres de services sociaux, les centres d'accueil à titre de pavillon ou autres catégories d'établissement. Ces personnes-là, on peut les visiter, c'est sûr, et c'est peut-être notre mandat et notre obligation - ce qu'on n'a peut-être pas toujours fait, mais qu'on s'efforce de faire maintenant - on peut les visiter, s'assurer qu'elles reçoivent les services requis, mais au-delà de ça, nous n'avons pas de pouvoir d'intervention directement sur la ressource même pour exiger d'elle des normes de sécurité, des normes d'hygiène, des normes de qualité de services. Ce pouvoir-là est actuellement dévolu au ministère de la Santé et des Services sociaux par la loi et nous espérons que l'avant-projet de loi ne rejette pas cette responsabilité-là, mais qu'il la réaccentue pour permettre un contrôle... Nous ne sommes pas contre le développement des ressources privées, bien au contraire, nous sommes pour le contrôle de ces ressources-là, afin qu'il n'y ait pas d'abus ni de mauvais traitements.

**M. Chevette:** Si je vous pose la question, c'est pour l'objectif suivant. On sait très bien qu'en santé mentale, il y a peu de chose qui se fait. On est en arrière, on est en retard de peut-être 25 ou 30 ans. Dans la majorité des cas, c'est beaucoup plus du "parking" qu'on fait avec les bénéficiaires que vous représentez que de les situer dans des endroits où les gens ont été formés pour répondre précisément aux besoins de ces clientèles-là. Je comprends que c'est une responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais étant donné que vous êtes le bénéficiaire, si je peux m'exprimer ainsi, de par votre loi constituante, votre pouvoir de plainte, votre pouvoir de contrôle doit exister, parce que si vous êtes... Vous ne pouvez pas

vous fier exclusivement.. Il n'y a pas de comité de bénéficiaires dans ces endroits là. C'est huit, c'est neuf, c'est dix, c'est un petit nombre, les trois quarts du temps. Je tiens pour acquis, en vertu de votre loi constituante, que vous avez le pouvoir de parler pour et en leur nom. À ce moment-là, quel est le mécanisme qui existe à la Curatelle publique pour permettre précisément... Parce que je ne suis pas certain, moi non plus, que le ministère ait les ressources en santé mentale actuellement pour exercer un contrôle bien adéquat en ce qui regarde la santé mentale, en ce qui regarde en particulier les lieux de placement pour ces personnes-là. Pour en avoir visité des dizaines, je vous avoue, personnellement, que je suis très inquiet et je me demande quel est le rôle que la Curatelle publique joue concrètement vis à vis de ça?

**Mme Fontaine:** Je pense que vous l'avez mentionné. On a un rôle de représentation et, donc, de dire de faire connaître ces situations-là et de demander qu'il y ait des modifications dans les soins et services qui sont donnés à ces personnes là. Si elles sont dans des entités privées, il y aura peut être lieu, à ce moment là, de trouver un autre endroit, en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, où elles pourront recevoir des services et des soins adéquats. Mais vous savez tous, comme moi, qu'il n'y a pas foison. Il n'y en a pas beaucoup de ces autres lieux-là. C'est un problème qui existe présentement dans le réseau. Il y a peu de petites ressources adaptées, bien encadrées. Il y en a, mais il n'y en a pas de facilement trouvables et accessibles. Je pense que si je résume notre rôle, il va être de suivre de très près la désinstitutionnalisation dont j'ai parlé un peu plus tôt, de s'assurer que les personnes qui sont dans des processus d'insertion, ou qui sont déjà dans des ressources privées ou publiques, aient vraiment les services dont elles ont besoin.

**M. Chevette:** On sait que dans la protection, en particulier, des maladies mentales, pour les bénéficiaires que vous représentez, sur simple avis d'un psychiatre, ils peuvent être internés. Ça prend deux avis pour un internement de plus de 4 jours ou de 96 heures, si ma mémoire est fidèle, dans la loi. Le seul privilège ou le seul droit qu'a un bénéficiaire, toujours si ma mémoire est fidèle, c'est d'écrire à son député ou au Protecteur du citoyen qui va vous suivre dans quelques minutes. Quel est le rôle... Est ce que le Curateur public a un pouvoir d'intervention auprès du Protecteur du citoyen dans le cas, par exemple, où un ministère n'exercerait pas sa responsabilité vis-à-vis du bénéficiaire? Est-ce que vous avez exercé par le passé ou est-ce que vous savez si, dans le passé, la Curatelle publique est intervenue auprès du Protecteur du citoyen pour défendre des bénéficiaires qui sont

complètement démunis, qui n'ont plus aucun recours sauf d'écrire... Et, entre vous et moi, ils ne sont peut-être même pas capables d'écrire à la fois au député et au Protecteur du citoyen. Je vous avoue que c'est mince quand on parle ou qu'on se fait les champions des droits et libertés des personnes et qu'on regarde ce qui se passe dans le concret, c'est mince comme recours. À ce moment-là, est-ce que la Curatelle songe à établir des mécanismes ou à se doter de moyens pour véritablement représenter le bénéficiaire? Parce qu'on aura beau se targuer et se gargariser que tout est centré sur la personne, si on ne lui donne aucun recours, en particulier pour le type de clientèle que vous représentez, entre vous et moi, ça ne veut rien dire. Ce sont des mots, de beaux discours, mais dans les faits, ce n'est rien.

**Mme Fontaine:** Comme vous le savez, chez le Curateur public, encore la Curatelle jusqu'au 1er avril, il n'y avait pas, il y a deux ans, une direction de la Protection des majeurs. Cette direction existe maintenant. Elle est composée d'une équipe qui comporte des gens qui proviennent du réseau de la santé et des services sociaux et qui peuvent donc assurer un suivi d'une représentation des personnes. Nous sommes à poursuivre cette consolidation de notre équipe, de notre direction de la Protection des majeurs, de façon à mieux connaître toutes les clientèles que nous représentons.

Un des objectifs de la loi 145 est la personnalisation davantage avec chacun de nos clients. Nous en avons 16 000 et nous comptons les visiter plus fréquemment qu'auparavant. Nous rencontrons plus fréquemment aussi les comités de bénéficiaires pour voir comment ça se passe, qu'est-ce qui se passe. Nous avons des liens avec les ombudsmen également et notre représentation peut aller jusqu'à faire connaître des situations, les discuter avec le réseau de la santé et des services sociaux, de façon à inciter, à favoriser ou à amener une amélioration de ces situations-là pour des gens qui, comme vous le dites, ne peuvent pas les faire connaître facilement ou ne peuvent pas les véhiculer elles-mêmes. Ça fait partie de notre mandat de représentation.

**M. Chevette:** J'aurais peut-être un commentaire sur ce que vous avancez sur les CLSC. Je pense que c'est de notoriété publique, même si le réseau est complété, qu'il n'y a pas nécessairement eu de consolidation et que les ressources financières ne sont pas là pour exercer précisément la médecine de première ligne dont vous parlez. Mais compte tenu de l'escalade des coûts dans le domaine de la santé et des services sociaux, est-ce qu'il n'y a pas lieu, avant de songer à injecter des sommes très fortes, de contrôler plutôt, par exemple, par des accréditations, des cliniques privées? Je vous donne un exemple. Je suis inquiet du fait qu'on s'en

prende aux supercliniques publiques que représentent les hôpitaux, qu'on veuille, dans un même souffle, parler de supercliniques publiques dans les CLSC, puis qu'en parallèle de ça, il y ait des supercliniques privées qui marchent. Et, en bout de course, j'ai entendu beaucoup d'intervenants dire: Oui, mais le consommateur abuse. On est porté à toujours lancer la pierre au consommateur. C'est le consommateur qui abuse. C'est le consommateur qui va visiter une clinique privée puis, dans la même journée, une clinique publique. Puis, c'est le consommateur qui fait ceci, puis c'est le consommateur qui fait ça. Puis on oublie qu'il y a du monde qui en offre. Puis on exige d'en offrir davantage. Comment voyez-vous ça, vous? Un peu de logique, là. Ne faudrait-il pas accréditer certaines cliniques privées pour pouvoir contrôler effectivement? Parce que, on aura beau parler d'engorgement ou de désengorgement des urgences, puis tout le kit, si on ne met pas d'ordre dans tout ça, en améliorant, par exemple, la qualité des soins à domicile, en ouvrant des places pour nos personnes âgées qui occupent des lits de soins de courte durée, on ne règlera pas le problème. On ne fait que retarder l'échéance par des mesures temporaires. On aura beau installer une équipe de l'escouade tactique de Charlesbourg dans les urgences, on ne règlera pas la situation si, concrètement, on ne prend pas le taureau par les cornes, puis on dit: Voici la situation, il y a vieillissement de la population, il y a la santé mentale; il faut poser tel geste en santé mentale, la personne doit demeurer chez elle le plus longtemps possible. Si on ne met pas un sou pour les soins à domicile, si on ne crée pas des places en centre d'accueil pour nos personnes âgées qui en ont véritablement besoin, elles vont se ramasser sur des civières, la même chose. Et si on veut les sortir des hôpitaux, parce qu'elles se ramassent à l'urgence pour aller dans les polycliniques publiques des hôpitaux, il va falloir les envoyer ailleurs. Si on crée ça dans les CLSC, on vient de créer une offre additionnelle, puis on est surpris de l'escalade des coûts. Qu'est-ce que vous pensez de tout ça?

**Mme Fontaine:** Oui, il y a une escalade des coûts. Mais je pense que le Québec se compare assez bien aux autres provinces du Canada et à d'autres pays.

**M. Chevette:** Sur le PIB, ça, vous avez raison.

**Mme Fontaine:** Je pense que c'est très connu - vous le savez aussi - qu'au Québec, on a eu, dans les années passées, durant plusieurs années, une approche très institutionnelle dans le réseau de la santé et des services sociaux. Je pense que le défi qui se pose, c'est comment orienter le réseau, le réorienter vers une approche plus axée vers des ressources plus

légères, plus communautaires en misant sur l'apport des gens, sur le bénévolat. Ça ne règle pas tous les problèmes. Bien sûr, on a encore besoin de services spécialisés, de services ultraspécialisés. Mais je pense qu'il y a moyen de redéployer le réseau, et l'élément que vous apportez concernant les polycliniques, d'abord, je pense que ce n'est pas tout à fait exact de dire qu'elles sont privées. Elles sont peut-être privées dans le choix qu'elles font de leur site et de leur façon de s'organiser, mais ce sont les fonds publics qui les paient, ce sont nos taxes qui défraient... Alors, il y a peut-être lieu... Et je pense que je les inclurais dans la nécessaire coordination qu'il y a à faire entre tous les éléments de première ligne que sont les cliniques externes, les unités de médecine familiale, les urgences aussi, les CLSC et les polycliniques qui, dans bien des cas, offrent des services tout à fait semblables aux cliniques externes, sur une autre base, organisés différemment, mais des services que les CLSC pourraient aussi offrir. Il y a lieu de regarder. Il y a des avenues à explorer et je pense qu'il y a certainement une rationalisation des services à faire. Je pense que c'est un défi qui est majeur pour le réseau de la santé et des services sociaux, la coordination, l'aménagement de tout cet ensemble de première ligne, qui, à ce moment-ci, n'est pas coordonné à un seul lieu, mais est assez éparpillé et dont les éléments sont indépendants les uns des autres. (11 heures)

À l'automne, j'étais à ce moment-là au Conseil régional de Montréal, et on a eu un stagiaire qui a voulu venir faire son stage chez nous, et il s'était donné comme intérêt de regarder les liens, les interrelations et la complémentarité qui existaient, justement entre cliniques externes, CLSC et polycliniques. Et ça serait intéressant de voir ce qui ressort de ça. Ce n'est pas sûr qu'il y a tant de liens que ça et que les gens y voient une nécessité. Ce sont des entités qui oeuvrent dans un même champ d'intervention, mais qui sont assez indépendantes les unes des autres, présentement.

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

**Le Président (M. Joly):** Merci. Je vais maintenant reconnaître le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, porte-parole officiel de l'Opposition en matière de services sociaux.

**M. Trudel:** Merci, M. le Président. Avec le peu de temps qu'il nous reste j'irai directement. Je vais commencer par un autre secteur, Mme Fontaine, mais je vais continuer un petit peu dans le sens de mon collègue ici, au niveau des polycliniques ou des cliniques privées. Très carrément, qu'est-ce que vous pensez du fait que, pour établir au Québec une pratique médicale, ouvrir un bureau de médecin, l'on doit détenir un permis ministériel pour offrir des

services de santé?

**Mme Fontaine:** Vous me demandez ce que je pense...

**M. Trudel:** Oui.

**Mme Fontaine:** ...du fait que ces cliniques-là aient besoin d'avoir un permis?

**M. Trudel:** Oui.

**Mme Fontaine:** Vous savez, dans les dernières années, j'ai eu à participer à l'implantation de maisons de transition et ces maisons-là qui sont très simples, n'est-ce pas, devaient se procurer, je pense, deux ou trois permis pour pouvoir exister. Voilà!

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

**M. Trudel:** Je comprends très bien. Je pense que le message est important ici, compte tenu de l'importance de la médecine privée, de la pratique privée dans ce secteur-là, dans notre réseau de système de santé et de services sociaux. Vous nous avez, d'entrée de jeu, exprimé aussi votre opinion sur tout le problème de l'engorgement de l'hébergement institutionnel. Vous êtes ici, un ou des bénéficiaires. Est-ce que vous vivez des situations problématiques en tant que représentants, comme bénéficiaires, en termes d'hébergement? Est-ce qu'il vous est référé, est-ce que vous vivez des situations de difficultés d'hébergement, comme bénéficiaires?

**Mme Fontaine:** Bien sûr. La réponse qu'on donne présentement dans le réseau de la santé et des services sociaux à des niveaux d'inaptitude ou de perte d'autonomie est de deux ou trois ordres. Ça peut être d'être mis dans un centre d'accueil ou d'hébergement - il y a des éléments pour ça - mais ça peut aussi, et à mon avis ça devrait bien davantage d'être maintenu dans sa communauté ou à domicile, mais ce n'est pas possible présentement; ce n'est pas suffisamment possible. Je pense qu'il faudrait rendre ça beaucoup plus accessible, l'hébergement ou le support à domicile ou dans une communauté, et n'utiliser les centres d'accueil et d'hébergement que pour des cas vraiment très lourds. Ce qui est commencé, ce qui est bien amorcé, et ça, ça a un autre effet sur le réseau des centres d'accueil, c'est que leurs clientèles s'alourdissent, bon, ça coûte plus cher.

J'aimerais dire ici que le Québec, par rapport aux services à domicile, je pense, devrait accélérer les investissements dans ce domaine-là, si on compare le Québec à d'autres provinces comme l'Ontario et la Colombie-Britannique, et à d'autres pays qui ont peut-être eu une approche moins institutionnelle. Vous me posez la question par rapport à notre clientèle. Notre clientèle suit

aussi le même pattern. Il y a eu des études, il y a un an ou deux, dans le réseau de la santé et des services sociaux sur l'ensemble des clientèles de santé mentale et de déficience intellectuelle, qui ont amplement démontré que le niveau de services que ces clientèles-là reçoivent présentement dans les institutions n'est pas vraiment, ne répond pas vraiment à leurs besoins, que ce sont plutôt des ressources plus légères, plus communautaires pour une partie d'entre eux, pas pour tous, qui seraient plus adéquates. Et ça aussi, ce sont des niveaux d'hébergement. Je pense que c'est le même problème. On peut avoir un type d'hébergement institutionnel, mais il y a d'autres niveaux d'hébergement qu'il faudrait davantage développer.

**M. Trudel:** Vous nous communiquez des informations très importantes sur l'effort que nous devrions consentir globalement au Québec au niveau du maintien à domicile. Là, il y a comme un choix de société. Au-delà de l'organisation de la santé et des services sociaux en termes administratifs, bureaucratiques il y a effectivement dans ce débat, dans l'étude que nous faisons actuellement de cet avant-projet de loi, un choix à faire au ministère et chez le ministre de la Santé et des Services sociaux pour une véritable politique du maintien à domicile et des ressources à y affecter, de commencer par la base de la situation et non pas par le bout, lorsqu'on les retrouve dans les urgences. J'imagine que c'est pour ça que vous nous dites en quelque sorte: Vous allez possiblement inclure dans la définition d'un CLSC également la notion de soins médicaux et de soins infirmiers. Vous me contredirez - c'est parce qu'il ne reste pas beaucoup de temps - si ce n'est pas tout juste. Vous dites: Parce que les bénéficiaires, ils entrent par la mauvaise porte dans le système de la santé et des services sociaux.

Une toute dernière question...

**Le Président (M. Joly):** Très brièvement.

**Mme Fontaine:** Vous savez, les bénéficiaires entrent par toutes les portes qu'ils peuvent trouver.

**M. Trudel:** Y compris les plus chères possible, des fois.

**Mme Fontaine:** Je dirais que, par rapport aux services à domicile, il y a des efforts importants qui ont été consentis; il faut les poursuivre.

**M. Trudel:** M. le Président, ce n'était pas ma question.

**Le Président (M. Joly):** Je m'excuse, le commentaire que vous avez fait est l'équivalent de la question que vous aviez posée, alors...

**M. Trudel:** Je me reprendrai bien.

**Le Président (M. Joly):** J'imagine que vous passerez le message que vous devez passer.

**M. Trudel:** Merci, madame.

**Le Président (M. Joly):** Au nom des membres de cette commission, je tiens à remercier les représentants du Curateur public du Québec. Merci beaucoup.

Je demanderais aux représentants du Protecteur du citoyen de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Bonjour, messieurs. Bienvenue à cette commission. Je demanderais à Me Jacoby de bien vouloir présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

#### Protecteur du citoyen

**M. Jacoby (Daniel):** À ma gauche, Me Jacques Meunier qui est l'adjoint du Protecteur du citoyen; à mon extrême gauche, M. Guy Pagé qui est chercheur chez nous; et à ma droite, M. Paul-Émile Racine, qui est directeur de la recherche.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Vous connaissez la procédure, vous avez une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire et, par après, une période de questions, en temps également dévolu aux deux formations. Merci. Allez, M. Jacoby.

**M. Jacoby:** Merci, M. le Président. Mmes et MM. les membres de la commission. D'abord, je voudrais vous préciser que mon intention n'est pas de faire une analyse critique de l'ensemble du projet de loi, ma préoccupation comme Protecteur du citoyen étant d'abord l'exercice et la défense des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

Je vais prendre quelques instants pour expliquer le mandat et le rôle du Protecteur du citoyen. Le Protecteur du citoyen est une institution qui n'est pas un organisme du gouvernement. C'est un organisme qui relève de l'Assemblée nationale et dont le mandat est de recevoir les plaintes des citoyens qui se sentent, à tort ou à raison, victimes d'injustice de la part de l'administration provinciale. De ce fait, nous avons juridiction sur 110 ministères et organismes du gouvernement. Nous n'avons pas juridiction sur le réseau parapublic ou péripublic. Pour l'année en cours nous aurons reçu, d'ici le 1er avril, si la tendance se maintient, près de 24 000 plaintes ou demandes de renseignements, et, toujours si cette tendance se maintient, nous aurons enquêté dans plus de 8000 dossiers.

En termes de fonctionnement, même si le Protecteur du citoyen a un pouvoir de recom-

mandation, l'administration provinciale suit nos recommandations dans plus de 99,5 % des cas. d'une part. Par ailleurs, nous avons constaté que, d'une manière générale et sans faire de particularités suivant les secteurs, les citoyens et les citoyennes du Québec ont raison de se plaindre parce qu'environ le tiers des plaintes qui nous sont adressées s'avèrent fondées après enquête. Nos délais moyens de traitement d'un dossier sont de l'ordre de trois semaines.

Comme Protecteur du citoyen et sensibilisé, bien sûr, à la question de l'exercice des droits, j'ai, depuis les deux derniers rapports annuels, insisté sur les lacunes que j'ai pu constater en matière de protection des droits dans le secteur de la santé et des services sociaux. Et, ce que j'ai pu constater comme lacunes, il y en a plusieurs, mais je pourrais les résumer à six. D'abord, les mécanismes actuels qui existent dans le réseau sont très disparates, ils sont parfois pas du tout fonctionnels, parfois créent de la confusion, parfois sont tout à fait inexistantes. D'ailleurs, il y a plusieurs groupes de travail gouvernementaux, comme le rapport Bussières ou le rapport Harnois qui ne font que constater ces lacunes en matière de défense des droits. Même si ces groupes de travail visaient des personnes particulièrement vulnérables, comme les personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que les personnes qui éprouvent des problèmes d'ordre mental, il n'en demeure pas moins que, pour n'importe quel bénéficiaire du réseau de la santé et des services sociaux qui se considère lésé par la qualité d'un service ou qui a un problème administratif, la situation est telle qu'il n'y a pas plus pour cette personne de recours possible adéquat à moins d'être très riche et à moins d'avoir les moyens de se payer les services d'un professionnel pour défendre ses intérêts.

Les raisons pour lesquelles les recours sont plus ou moins confus ou inefficaces dans certains cas, ou insuffisants, c'est que dans certains établissements, on porte plainte à des personnes qui n'ont pas toujours toute la marge de manoeuvre pour intervenir, soit en raison de l'insuffisance de leurs pouvoirs ou parce qu'elles relèvent de l'administration des établissements. Si je prends le cas des ombudsmen d'hôpitaux, les porte-parole des malades, pour la quasi-totalité, ces personnes font un travail excellent, à mon point de vue. Cependant, elles atteignent, dans certains dossiers parfois, leurs limites et elles sont souvent aux prises avec certaines chasses gardées.

Si je parle maintenant des comités de bénéficiaires, ces recours sont plus ou moins efficaces parce que la loi qui les encadre actuellement ne leur donne pas suffisamment d'autonomie de fonctionnement ou, encore, ils n'ont pas les moyens financiers de réaliser leur mandat. D'autres instances du réseau sont perçues, à tort ou à raison, comme peu crédibles parce que ces instances seraient en conflit d'intérêts - je parie

des CRSSS - ou parce que plusieurs de ces CRSSS interprètent ou accomplissent leur mandat d'une manière très restrictive.

Un autre point qui me frappe dans le secteur de la santé et des services sociaux par rapport au secteur gouvernemental, c'est que les usagers manquent d'information sur leurs droits. Rares sont les établissements du réseau qui vont communiquer aux usagers la liste des droits et des recours qu'ils peuvent exercer s'ils sont insatisfaits des services. Il m'apparaît qu'en 1990, une situation de ce genre est tout à fait anormale.

Le troisième élément, c'est que les usagers du réseau sont des clientèles captives parce qu'ils ont un problème de santé ou un problème social qu'ils ne peuvent régler autrement qu'en recourant aux services dispensés par le réseau. Dans le réseau, la compétition, la concurrence n'existe pas ou peu et, finalement, l'usager du réseau doit affronter une machine qui est lourde et puissante même s'il s'agit d'un petit établissement. Les rapports de forces sont tels qu'ils créent un déséquilibre qu'aucun mécanisme adéquat ne peut contrebalancer. De plus, les usagers du réseau qui veulent défendre leurs droits, généralement, ne peuvent pas bénéficier de services d'aide et d'accompagnement dans les démarches qu'ils entreprennent pour faire respecter leurs droits.

(11 h 15)

Par ailleurs, l'expérience démontre une inégalité de traitement à travers le réseau à l'échelle provinciale, parce que la qualité de la défense des droits tient à toutes sortes de facteurs circonstanciels ou conjoncturels, par exemple, au degré de sensibilisation de l'établissement, de son conseil d'administration, de son directeur général et de son personnel, à cette préoccupation de donner des services de qualité. Alors, ce sont des facteurs qui peuvent être circonstanciels. Ça tient aussi au fait qu'il y ait ou non un comité de bénéficiaires et encore, lorsqu'il existe des comités de bénéficiaires, ça tient aussi à leur degré d'efficacité. Ça tient aussi au fait qu'il y ait un ombudsman dans l'hôpital et encore, lorsqu'il en existe, ça tient aussi au degré d'efficacité de l'ombudsman. Ça tient aussi à la capacité financière de l'usager d'avoir recours aux services d'un professionnel pour défendre ses droits. Ça tient aussi au degré d'autonomie de l'usager et à sa capacité physique d'affronter l'établissement pour défendre ses droits. Ça tient aussi, et ça on peut le constater d'une manière générale, à une crainte qu'éprouve, à tort ou à raison, la majorité des usagers qui désiraient porter plainte, crainte de subir des représailles ou d'être mis sur des listes noires. En somme, ce que je constate, c'est que le traitement et l'exercice des droits dans le réseau de la santé et des services sociaux est quelque peu inégal et que ça met en cause le principe d'accès à l'égalité.

Enfin, ce qu'il manque, je pense, dans le réseau, et cela a été souligné par plusieurs groupes de travail, c'est un mécanisme indépendant de recours qui soit un mécanisme léger, un mécanisme non judiciaire, un mécanisme qui soit facilement accessible à la population. Alors, devant ces constats, je considère qu'il y a lieu de retravailler, finalement, toute cette problématique de la protection des droits dans le réseau. L'avant-projet de loi apporte beaucoup, je pense, parce qu'on y trouve des dispositions maintenant sur le droit à l'information, sur la participation des bénéficiaires au plan d'intervention et au plan individualisé de services, des dispositions sur l'aide et l'accompagnement, la représentation des incapables, sur les comités de bénéficiaires - on consolide les bénéficiaires. On prévoit de nouveaux recours comme, par exemple, des recours à la Régie régionale par des ressources de type familial qui se voient désaccréditées par un CSS. Les Régies régionales aussi voient leur rôle quelque peu modifié ou renforcé au niveau de la mise en oeuvre des mécanismes d'aide et d'accompagnement, au niveau du traitement des plaintes, au niveau de l'information qui doit être donnée aux usagers sur un plan régional. Et ce que j'ai trouvé intéressant aussi, c'est l'article 234 de l'avant-projet de loi, qui a été repris de façon à ce que les Régies régionales ne se trouvent pas à interpréter ou à appliquer leur mandat de traitement de plaintes de manière restrictive.

Donc, l'avant-projet de loi constitue un pas en avant dans les mécanismes de protection des droits des bénéficiaires. Je pense cependant qu'il faudrait explorer certaines nouvelles avenues. Bien sûr, la raison d'être ici du Protecteur du citoyen, c'est de proposer la création d'un mécanisme indépendant de recours, mais je pense que, indépendamment du mécanisme - et d'ailleurs, s'il y avait un mécanisme indépendant, ça prendrait autre chose... Est-ce que l'avant-projet de loi ne va pas assez loin ou fait fausse route?

Les comités de bénéficiaires. On peut se poser la question, à savoir pourquoi on restreint la création de comités de bénéficiaires dans certains établissements, dans trois catégories d'établissement du réseau. Si c'est un mécanisme valable, s'il est reconnu comme tel par le législateur, je ne vois pas pourquoi il ne serait pas étendu, dans la mesure du possible, à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Parce que, en dehors des centres psychiatriques, des centres d'hébergement de longue durée, des centres de réadaptation, même les centres hospitaliers de courte durée contiennent notamment 20 % de malades chroniques qui attendent pendant des mois et des mois pour être dans des centres de longue durée, et aussi parce qu'il y a des gens qui reviennent régulièrement. Moi, je dis que si le mécanisme était bon lorsqu'il a été inventé et

qu'on l'évalue encore comme étant bon, il n'y a pas de raison de ne pas l'étendre à tous les établissements. Ce serait une façon, en créant des comités d'usagers à l'échelle provinciale, d'impliquer les usagers dans la défense de leurs droits parce qu'autrement, je considère que ce qui est proposé dans l'avant-projet de loi, c'est quelque peu discriminatoire et je ne comprends pas les fondements de cette distinction-là qui doit être historique, j'imagine.

L'autre chose qui m'inquiète dans l'avant-projet de loi, c'est qu'on donne la mission d'assurer la protection des droits exclusivement à la Régie régionale. Moi, je trouve qu'on ne place pas les choses au bon endroit, auprès des bonnes personnes. Il me semble que c'est le premier dispensateur de services, qui est l'établissement, qui doit voir, dans ses prestations de services, au respect des droits des bénéficiaires, des usagers. C'est lui qui doit voir à ce que les gens soient traités avec égards et avec diligence. Il me semble que si on met cette responsabilité de protection des droits uniquement à ce palier de la Régie régionale, je pense qu'on ne fait rien pour sensibiliser le personnel et les directions d'établissement quant à la qualité des soins et des services dispensés. Dans le fond, ce qu'on dit: On crée un chien de garde et si ça va mal, le chien de garde va être là. Comme je prétends actuellement aux ministères et organismes du gouvernement... Quand je leur dis: Assumez-vous, soyez imputables, c'est à vous les premiers à corriger les erreurs ou à prendre les moyens pour que vous n'en commettiez pas; quand je leur dis: Établissez-vous des mécanismes de traitement de plaintes, je pense que je mets les responsabilités aux bons endroits. Ce n'est pas normal, dans le régime gouvernemental, que le Protecteur du citoyen intervienne en première ligne sur un paquet de dossiers. Et, moi, je pense que la première chose qui devrait être faite dans le secteur de la santé, c'est d'avoir cette imputabilité au niveau des établissements.

Par ailleurs, il m'apparaît évident que les Régies régionales, dans ce cadre-là, vont continuer, bien sûr, à assurer, comme le propose l'avant-projet, un rôle de protection. Mais là, on pourrait prévoir, finalement, que les Régies régionales exerceraient ce rôle à un deuxième niveau plutôt que d'être prises sur la ligne de feu alors qu'elles ne sont pas dans les opérations. Je pense également que si on allait jusqu'à obliger, donc, les établissements au niveau local à établir des mécanismes de traitement de plaintes, genre ombudsman d'hôpital, je pense également qu'à ce moment-là on pourrait donner à la Régie régionale le pouvoir de faire des évaluations de la qualité de ces mécanismes de traitement de plaintes dans chacun des établissements.

Finalement, je pense qu'il est nécessaire, dans le réseau de la santé et des services sociaux, d'établir un mécanisme qui soit un

mécanisme indépendant de recours, peut-être de troisième niveau, de dernier recours, pour les gens qui n'auraient pu obtenir satisfaction, soit au niveau local auprès de l'établissement, soit au niveau régional auprès de la région régionale. Je pense que c'est essentiel. Parce qu'on rêve en couleur quand on pense et qu'on se fait dire: Ah! si vous avez des problèmes, vous savez, allez voir un avocat, quand on sait que 80 % de la population n'a plus les moyens de se payer un avocat, quand on sait que les tribunaux judiciaires, comme les tribunaux administratifs, constituent dans bien des cas des dénis de justice à cause des délais qui deviennent de plus en plus déraisonnables, quand on sait, par ailleurs, que les tribunaux, qu'ils soient judiciaires ou administratifs, ne règlent pas tous les problèmes. Ils ne règlent pas les questions d'équité, ils ne règlent pas les questions de raisonabilité, de politique, de directives administratives, ce n'est pas de leur juridiction. Je pense donc qu'il faut un mécanisme indépendant de recours qui soit, finalement, adapté aux besoins de la population, mais qui devrait être utilisé en dernier recours et de manière exceptionnelle. Je vous remercie.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Je veux souhaiter la bienvenue à M. le Protecteur du citoyen et je suis très heureux qu'on puisse échanger certains propos directement, compte tenu du courrier que nous nous échangeons depuis un certain temps, toujours avec les mêmes préoccupations, bien sûr.

Vous avez évoqué tout à l'heure qu'en vitesse de croisière, cette année, le Protecteur du citoyen aura reçu 24 000 plaintes ou demandes de renseignements dont 8000 dossiers ouverts - j'imagine que ce sont des plaintes dans ces cas-là - et qu'en règle générale, pour un tiers de ces 8000, ce sont des plaintes justifiées où vous faites des recommandations précises au ministère et que, dans à peu près tous les cas, elles sont retenues. J'en ai certaines du passé à la mémoire, compte tenu des occupations que j'avais avant. Vous devez quand même recevoir un certain nombre de plaintes, si j'ai bien compris, qui concernent le réseau de la santé et des services sociaux. Si ma mémoire est fidèle, compte tenu de ce que nous avons échangé, c'est à peu près 500 plaintes. Est-ce que je me trompe?

**M. Jacoby:** C'est de l'ordre de 500 plaintes, effectivement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais vous n'êtes pas habilité à les traiter, compte tenu du fait que... Est-ce que votre opinion est à l'effet que si vous étiez habilité à les traiter, vous en

auriez davantage? Parce que 500 plaintes par rapport à 950 établissements du réseau, c'est important, s'il y en a 500 qui pourraient être justifiées, mais c'est par rapport à 950 établissements, tout aussi autonomes les uns que les autres. Est-ce que votre impression est à l'effet que c'est un volume beaucoup plus considérable.. Si les gens avaient accès évidemment à quelqu'un qui est crédible et indépendant, et je pense que vous avez cette indépendance-là... Je ne veux pas vous dire que je vais tout vous confier ça demain matin, parce que, évidemment, la demande de personnel va suivre après, mais est-ce que les 500 plaintes, elles sont traitées, ou regardées, ou tout simplement retournées? Qu'est-ce que vous en faites?

**M. Jacoby:** Ce que l'on fait, c'est qu'on agit comme service de référence. On réfère les personnes au service adéquat, on les renvoie au CRSSS; quand il y a un ombudsman d'hôpital, on les réfère à l'ombudsman, on les réfère au comité de bénéficiaires. On fait ce qu'on peut avec les moyens du bord. Maintenant, pour répondre à votre question, M. le ministre, je vous dirais que si le Protecteur du citoyen ou l'équivalent, au moment où on se parle, avait cette juridiction, ce serait impossible de fonctionner, parce que, finalement, cet organisme-là se trouverait à prendre des plaintes de première ligne. Moi, je pense que ce serait impraticable et très mauvais pour le réseau, parce que je pense qu'un mécanisme de deuxième ou de troisième niveau qui prend des plaintes de première ligne et qui s'en occupe personnellement se trouve à déresponsabiliser les directions d'établissement, les intervenants et les professionnels.

Je pense que dans la mesure où l'éventuelle législation aura mis sur pied, tant sur le plan local que sur le plan régional, des mécanismes d'exercice de protection des droits, des mécanismes d'aide et d'accompagnement, ça signifiera, à toutes fins pratiques, que les mécanismes seront là pour que les établissements, ainsi que les corporations que sont les régies régionales, fassent leur job en matière de protection des droits. Donc, cette instance ultime ne devrait en principe recevoir qu'une infime partie de plaintes. Même lorsqu'il recevrait des plaintes à ce niveau-là, je pense que cet organisme n'étant pas judiciaire, il y a moyen de parler au bon monde, de convaincre du monde, sans faire de grosses interventions et de faire en sorte que les gens assument leurs responsabilités. Alors, pour clore ma réponse, c'est ça. Au moment actuel, ce serait épouvantable et ça n'aurait aucun bon sens. Dans un mécanisme intégré, ça aurait de l'allure.

**M. Côté (Charlesbourg):** Si j'ai bien compris l'avant-projet de loi et la réforme, c'est un peu ce que visait, peut-être timidement, mais c'est un peu ce que visait la réforme en disant: Renfor-

cement du comité de bénéficiaires, avec un code d'éthique. C'était davantage vers ça que la réforme voulait se diriger. Ce que je comprends, c'est que ce n'est pas nécessairement suffisant, si je vous comprends bien, pour être capable d'avoir l'indépendance... Parce que c'est l'indépendance qu'il faut au niveau de la personne qui aura oeuvré ou des personnes qui auront oeuvré au niveau de l'établissement, que ce soit un ombudsman ou un comité de bénéficiaires ou les deux. Ça prend de l'indépendance vis-à-vis de la structure et ça prend la structure de l'établissement imputable, dites-vous, de ses responsabilités à ce niveau-là.

Qu'est-ce qu'il faut ajouter au comité de bénéficiaires ou à l'ombudsman pour qu'il puisse suffisamment, au-delà de ce qui est prévu dans l'avant-projet de loi, qu'il puisse véritablement exercer le rôle de première ligne qu'on veut lui voir confié? Quant à l'établissement, dans la mesure où il y a indépendance du comité de bénéficiaires ou de l'ombudsman avec des pouvoirs qui, de toute façon, ne peuvent pas aller au-delà des pouvoirs qu'on donne au Protecteur du citoyen, j'imagine, en termes de recommandations, qu'est-ce qu'on peut ajouter de plus pour que ces gens-là puissent véritablement défendre l'intérêt des bénéficiaires?

(11 h 30)

**M. Jacoby:** Je pense que ce qui est proposé dans l'avant-projet de loi pour ce qui est des comités de bénéficiaires, d'une manière générale, donne un statut d'indépendance acceptable aux comités de bénéficiaires. Il y a certainement des petites choses à améliorer mais, dans l'ensemble, ça m'apparaît un statut qui est suffisamment loin, entre guillemets, de l'établissement ou de la direction dans la mesure... Et, ça, c'est important. La direction ne se mêle pas de la gestion du budget du comité de bénéficiaires, parce que c'est là qu'est le nerf de la guerre. Moi, je dis que là, il y a certainement du plus dans l'avant-projet de loi.

Ce que je trouve problématique, au moment où on se parle, c'est plutôt avec ces personnes qui sont des porte-parole des malades et que des établissements ont créés: ce sont les ombudsmen ou ombudspersonnes d'hôpital. Moi, je suis convaincu, pour avoir fait des expériences pilotes avec certains ombudsmen d'hôpital, que ces gens-là font un travail extraordinaire. Mais, finalement, la qualité ou l'intensité de leurs interventions dépend de la discrétion totale de l'administration. Et c'est pour ça qu'à certaines époques, des ombudsmen d'hôpital ont le vent dans les voiles. Ils sont "backués" par l'administration. Un bon matin, le comité des médecins, pour quelque raison que ce soit, veut que l'ombudsman ne fasse plus rien et ça déteint, ils perdent leur autorité, ils perdent leur pouvoir d'intervenir et c'est comme ça que les rapports de forces fonctionnent.

Moi, je dis que les ombudsmen d'hôpital,

éventuellement, dans la ligne de ce que je proposais que chaque établissement crée un ombudsman en plus des comités de bénéficiaires, je dis que ces gens-là, leur statut devrait être défini dans la loi. Sans être complètement indépendants, il y a moyen de trouver des mécaniques qui font en sorte qu'ils ont une relative indépendance de statut. Par exemple, que ces gens-là soient nommés suite à des concours; que ces gens-là soient choisis par le conseil d'administration de l'établissement; que ces personnes-là soient nommées pour une durée fixe, renouvelable; que ces personnes-là, sans nécessairement avoir des pouvoirs d'enquête et de commission d'enquête, qu'on précise bien le type d'interventions qu'elles peuvent faire; que la direction générale et toute la direction des services professionnels de l'hôpital et tous les intervenants aient l'obligation de collaborer avec cette personne-là. Tout en demeurant des personnes qui sont des employées de l'institution, elles ne seront pas laissées aux aléas et aux caprices des rapports de forces qui existent dans les institutions, parce que ça ne sert à rien... Un ombudsman d'hôpital qui n'a plus de marge de manoeuvre, qui n'est plus écouté, ça devient purement et simplement un agent de relations publiques.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je trouve ça intéressant, surtout lorsqu'on le met en rapport avec ce qui se passe actuellement au niveau de la santé mentale. Et puisque vous êtes associé à cette expérience, au moment où nous nous parlons, qu'est-ce qui, dans l'expérience de santé mentale, fonctionne ou ne fonctionne pas par rapport aux comités qu'on voudrait mettre sur pied dans chacun des établissements, des comités bénéficiaires-ombudsmen? Qu'est-ce qu'il faut aussi améliorer par rapport à ce qu'on vit en santé mentale à ce moment-ci?

**M. Jacoby:** Je pense qu'il faut que les comités de bénéficiaires... Je ne peux pas porter de jugement ou faire une évaluation de l'efficacité des comités de bénéficiaires. Tout ce que je constate actuellement, c'est qu'il y en a qui sont plus efficaces que d'autres. Je pense que, d'une manière générale, il n'y a pas cet esprit de concertation et de collaboration entre les comités de bénéficiaires et la direction des établissements là où ils se trouvent. Je pense qu'on les considère comme des intrus, comme des loups dans la bergerie et je crois que c'est une approche qui manque de fair-play, à mon point de vue. Je pense que les comités de bénéficiaires sont des gens qui représentent les intérêts des usagers et je pense que les directions d'établissement devraient accepter ça comme faisant partie de leurs obligations normales, de leurs activités normales. C'est normal. On traite un usager, il est normal que l'usager ait son mot à dire sur la qualité du traitement.

Alors, c'est beaucoup plus une question d'approche, de tempérament, de perception qu'on peut avoir des comités de bénéficiaires. Il est évident que dans n'importe quel organisme, qu'il soit gouvernemental, paragouvernemental ou péri-gouvernemental, dès que vous mettez une institution qui est là un peu pour surveiller certains agissements de cet organisme, bien ça crée de la méfiance. Moi, je trouve que ça n'a pas de bons sens.

Maintenant, c'est un climat qu'il faut créer et je ne pense pas que ce soit la loi qui va créer le climat. Je pense également qu'il y a un problème au niveau du recrutement et des mandats des membres du comité de bénéficiaires. Je pense qu'il y a un plus qui est apporté par l'avant-projet de loi.

Je pense qu'un des grands problèmes, c'est le financement des comités de bénéficiaires. D'une part, c'est laissé à la discrétion de l'établissement. Je pense que le projet de politique sur la santé mentale précisait des minimums et maximums. Je pense que ça doit être absolument mis en oeuvre par voie réglementaire ou autrement. Je pense également que le comité de bénéficiaires n'a pas de comptes à rendre dans ses activités quotidiennes dans l'utilisation de ses budgets. Je pense que c'est le monde à l'envers. Tout ce que le comité de bénéficiaires devrait avoir comme obligation, c'est de faire une reddition de comptes, en fin d'année. Ça n'empêcherait pas la direction ou le conseil d'administration d'envoyer un contrôleur pour voir si les budgets sont bien gérés, ne sont pas dilapidés, mais c'est cette autonomie de fonctionnement qui est nécessaire, je pense.

Un autre point pour lequel il y a des carences, actuellement, dans le système, c'est le fait qu'il y a peu de permanence. C'est rare, les comités de bénéficiaires où vous avez une personne qui est permanente, qui s'occupe de la job à temps plein, à l'année. Je pense que c'est très important. Il faut trouver des mécanismes pour faire en sorte ou bien que ces comités de bénéficiaires puissent se doter d'un permanent, à tout le moins, pour la continuité ou, en tout cas, trouver d'autres moyens. Je pense aussi, faute de budget, que les comités de bénéficiaires ont peu de chances de développer des expertises, finalement.

**Une voix: Ça va.**

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon, je pense qu'on se comprend assez bien sur le niveau local: imputabilité, indépendance des comités de bénéficiaires. À ce moment-là, on est probablement dans la bonne voie pour résorber certains problèmes, y compris d'information et de traitement des plaintes.

Si on monte au deuxième niveau, le régional, je vous ai entendu dire tantôt que, là aussi, c'était traité de manière inégale et que le niveau

de crédibilité variait aussi pour être capable de traiter les plaintes. Le CRSSS ou les régies régionales éventuelles n'ont pas et n'auront pas à dispenser directement des services. C'est davantage un travail de coordination, de planification et, à ce moment-là, ils ne peuvent pas être - je pense, en tout cas, à tout le moins d'aucune manière - en conflit d'intérêts quant à eux pour le traitement de ces plaintes.

Effectivement, ce qu'on prévoyait, c'est que le niveau régional, par l'entremise du CRSSS ou d'une régie régionale, puisse être le deuxième niveau de plaintes, à ce moment-là. Quel est votre constat, à ce moment-ci? Il est là. Quelle question qu'on devrait ajouter à ce que nous avons prévu au niveau des intentions législatives pour que ce niveau régional puisse effectivement jouer son rôle, étant aussi un rôle de support extrêmement important au niveau du comité des bénéficiaires d'établissements à l'intérieur de leurs limites géographiques des territoires?

**M. Jacoby:** Bien, si je regarde ce qui se passe actuellement et qu'on souhaiterait une solution idéale, l'avant-projet de loi y répond en partie. Ce qui se passe, actuellement, c'est que le traitement des plaintes par les CRSSS est tout à fait inégal, et ça, je trouve ça extrêmement grave. Ça veut dire que, sur un plan régional, un bénéficiaire ou un usager n'a pas le traitement dépendant qu'il demeure à Gaspé ou qu'il demeure à Rouyn-Noranda.

Cela étant dit, je pense qu'il y avait un grand problème. Un des grands problèmes, c'était le fait que l'article 18 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux disait que la plainte n'était recevable que si l'établissement n'avait pas fourni les services de santé et les services sociaux que la loi lui donne droit de recevoir. Or, l'interprétation qu'ont faite plusieurs CRSSS est de dire: À partir du moment où c'est une plainte sur la qualité du service ou l'insuffisance du service, on n'a pas juridiction. Moi, je pense que le projet de loi, c'est un grand pas en avant là-dessus.

Maintenant, ce qui s'est passé aussi très souvent, selon l'information que j'ai, c'est que, pour des raisons que je n'ai pas à juger, il arrivait, à l'occasion et, dans certaines régions, très souvent que dès qu'un bénéficiaire ou un usager du réseau transmettait une plainte au niveau du CRSSS, tout ce qu'il faisait, c'est qu'il se servait de services de référence, renvoyait la plainte à l'établissement. L'établissement retournait la réponse et le CRSSS faisait du "rubber stamping". Je ne pense pas que le projet de loi puisse empêcher ça, même si on ajoutait un mot. Je ne pense pas que, dans les faits, ça corrigera le problème. Je dis encore là, c'est une mentalité qu'il faut développer, une bonne conscience que la régie régionale agit à un deuxième niveau, que c'est un rôle parapluie en termes de protection des droits. C'est une mission importante. Main-

tenant, c'est sûr que, dans l'avant-projet de loi, il y a beaucoup moins de possibilités de conflits d'intérêts quoique encore, la régie régionale, même si son pouvoir est relativement limité, va allouer les ressources aux différents établissements de la région. Mais je ne pense pas que ce soit, en soi, un problème majeur.

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans l'hypothèse où on se retrouve avec une situation qu'on peut décrire, à ce moment-ci, de quasi idéale, compte tenu de notre connaissance de la pratique, au niveau local et au niveau régional, est-ce qu'il ne manque pas quand même un pan de mur assez important? Ma question qui s'adresse à vous est la suivante, c'est un terrain assez ouvert, merci: Est-ce que vous avez déjà envisagé ou est-ce que vous envisagez avoir le pouvoir d'enquêter sur la pratique médicale? Si non, on est dans une situation où il y aura toujours un pan de mur très important... Et vous l'avez dit vous-même tantôt: Un ombudsman qui peut faire du bruit dans un centre hospitalier, ça va aller très bien tant et aussi longtemps qu'il n'est pas dérangeant. Mais si, à l'occasion, il est dérangeant pour le corps médical, il peut y avoir une fermeture de la coquille, assez rapidement, merci, c'est fini.

**M. Jacoby:** M. le ministre, je pense que ce qui prévaut actuellement dans les établissements, les comités de médecins et de dentistes, c'est certainement un plus, parce que ce sont des comités de discipline interne. Mais ce sont des comités qui, à mon point de vue, ne répondent plus aux normes, aux garanties de justice naturelle qu'on connaît dans nos sociétés depuis déjà une vingtaine d'années.

Je me dis que le fait que tout soit fait de manière confidentielle, que l'on ne sache pas comment et pourquoi les décisions sont prises, je trouve ça très grave dans notre société démocratique. Je comprends que les professions aient besoin, peut-être, de plus de marge de manoeuvre, ou elles pensent en avoir besoin, je ne porterai pas de jugement. Je considère qu'en 1990, c'est inacceptable que l'on continue à faire en sorte qu'on force un bénéficiaire éventuellement à s'adresser au tribunal des professions. Je pense qu'il y aurait quelque chose à faire au niveau des établissements. Mais je peux vous dire une chose: Si jamais le Protecteur du citoyen, à une autre instance, a ce pouvoir, je ne suis pas convaincu, en tout cas, dans les premiers temps, que le taux de solution ou que les recommandations seront suivies à 99,5 %.

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

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le leader de l'Opposition et porte-parole officiel de l'Opposition en matière de santé.

**M. Chevrette:** Merci, M. le Président. Tout d'abord, je vous remercie, M. Jacoby, de vous présenter à cette commission. Ce n'est pas coutume que le Protecteur du citoyen soit spontanément emballé pour venir se présenter devant les parlementaires, même s'il relève de l'Assemblée nationale. Là-dessus, je voudrais vous féliciter.

J'ai été surpris de voir, dans l'avant-projet, que l'on ne retrouve pas l'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen, puisqu'on a fait de beaux discours, il y a une couple d'années, lors de la commission Rochon. Il y a un document qui est intitulé "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec", document d'orientation sur l'amélioration des services de santé et des services sociaux. À la page 56 de ce document d'orientation, on peut y lire à peu près ceci: Demander l'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen pour y inclure désormais le champ des services de santé et des services sociaux, eu égard à certaines clientèles particulières: les personnes déficientes intellectuelles, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale et les personnes âgées et en perte d'autonomie. Quelle ne fut pas ma surprise de constater que, dans l'avant-projet, il n'y avait rien là-dessus, alors qu'on s'est targué, on s'est bidonné, on s'est pété les bretelles à l'effet d'axer tout sur la personne et lui donner tous les droits et les recours! On ne retrouve rien dans l'avant-projet. Ma question ne devrait sûrement pas s'adresser à vous, vous comprendrez, mais, par le fait que je vous l'achemine, je sais que le message est maintenant compris.

(11 h 45)

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

**M. Chevrette:** Et je suis sûr que le ministre qui, à toutes fins pratiques, a nié à peu près 95 % de l'avant-projet actuel, continuera à le faire pour les 5 % et qu'on retrouvera dans le projet, en septembre prochain...

**M. Côté (Charlesbourg):** Vos vacances vous ont fait du bien.

**M. Chevrette:** Vous avez remarqué que j'étais éclairé, depuis le temps. Je suis convaincu que les 5 % manquants maintenant pour changer complètement l'avant-projet, on retrouvera, dans ces 5 % manquants, l'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen. Cela dit, au-delà de ma surprise maintenant, j'aurais quelques questions. Est-ce que vous recevez directement des plaintes de la Curatelle publique, au nom des bénéficiaires? Il faut que je sois cohérent avec ce que j'ai dit à Mme Fontaine, tantôt.

**M. Jacoby:** Pas directement. On reçoit indirectement des plaintes de personnes qui se plaignent de la Curatelle publique, parce que

nous avons juridiction sur la Curatelle publique.

**M. Chevette:** Je ne m'attendais pas à cette réponse-là.

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

**M. Jacoby:** Alors on reçoit des plaintes de leurs administrés.

**M. Chevette:** Des administrés. Par l'intermédiaire des parents?

**M. Jacoby:** Des administrés ou des personnes qui les représentent parce que... pour différentes raisons. Nous avons juridiction sur tous les organismes gouvernementaux, dont les employés sont régis par la Loi sur la fonction publique. Alors finalement, on intervient aussi dans des dossiers de Curatelle publique. Bon an mal an, je pense que, pour l'année en cours, nous avons reçu quelque chose comme une centaine de plaintes concernant la Curatelle publique. Quand on dit 100 plaintes, ça ne veut pas dire que, dans 100 % des cas, les plaintes étaient fondées, parce que les plaintes sont fondées dans notre moyenne de 30 %. Les plaintes sont généralement basées sur le fait qu'il y a, en tout cas, ce que j'ai pu constater, une certaine insuffisance de ressources ou mauvaise allocation des ressources, je ne suis pas capable de juger, ce qui fait... Vous savez, c'est toujours le problème dans les services publics, quand il y a des insuffisances de ressources, non seulement on a les délais mais il y a aussi le fait qu'on arrondit les coins, qu'on prend des décisions trop rapides, arbitraires, qu'on néglige certains dossiers qui restent sur les tablettes, c'est toujours le problème éternel, mais c'est...

**M. Chevette:** Est-ce que vous recevez des plaintes directement maintenant de comités de bénéficiaires, par exemple, pour et au nom de psychiatisés?

**M. Jacoby:** Nous avons, oui, nous avons reçu des plaintes, mais ce sont plutôt des plaintes de nature systémique, par exemple. On a beaucoup de relations avec certains comités de bénéficiaires, comme celui qui existe à Robert-Giffard ou à Louis-Hippolyte-Lafontaine, parce que ce sont des comités de bénéficiaires qui sont très actifs. Alors on échange de l'information et ils nous transmettent... ou on leur donne du soutien dans certains types de dossiers. On reçoit également des plaintes d'organismes communautaires par l'entremise du comité provincial des malades, ou encore d'organismes communautaires comme Auto-psy.

**M. Chevette:** Est-ce que vous avez reçu des plaintes de la nature de l'exemple que je vais vous donner? Dans certains centres d'accueil

pour psychiatisés, que des médicaments soient prescrits par téléphone aux patients sans qu'il y ait de visite de la part des médecins ou des psychiatres en question? Est-ce que vous avez reçu ce genre de plaintes, en tout cas, moi, qui me sont rapportées par deux ou trois institutions différentes? Est-ce que ça a été porté à l'attention du Protecteur du citoyen?

**M. Jacoby:** Je vérifie avec le responsable des enquêtes, je croirais qu'à première vue, non, parce que... en principe, non, la réponse vient de m'être confirmée, c'est non, parce que, premièrement, on n'a pas juridiction et, deuxièmement, on ne nous les signale pas toutes, en plus de ne pas avoir juridiction. On a eu ce problème-là, cependant, ce genre de plainte dans les prisons provinciales, où on a juridiction, et nous sommes intervenus, effectivement, pour faire cesser ces pratiques-là.

**M. Chevette:** Mais quand on compare certains centres de détention avec certains centres pour psychiatisés, vous savez, il n'y a pas grand différence. C'est pour ça que ça me surprend que vous n'en ayez pas eu, parce qu'on nous en a rapportées comme formations politiques, je suis convaincu, des deux côtés de la Chambre. Au moment d'une crise, par exemple, souvent c'est un coup de fil qui fait en sorte qu'on administre une médication relativement forte ou encore les fameuses méthodes de tranquillisants abusifs, nous dit-on, en particulier chez les jeunes. C'est pour ça que je suis surpris de voir que vous n'avez pas eu de plainte, parce que ça nous est rapporté assez couramment, assez régulièrement.

**M. Jacoby:** M. le député, si on ne reçoit pas de plainte, c'est parce qu'on n'est pas connu, bien sûr, mais surtout parce qu'on n'a pas...

**M. Chevette:** Je trouve que vous êtes bien parti pour vous faire connaître.

**M. Jacoby:** Et surtout parce qu'on n'a pas juridiction sur le réseau. On ne serait pas en mesure d'évaluer toutes les problématiques qui existent dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ça nous est impossible; on n'a pas les données qu'il faut.

**M. Chevette:** Je voudrais reprendre avec vous les niveaux d'intervention dont vous avez parlé dans votre exposé. Vous dites que c'est en ultime recours que le Protecteur du citoyen doit être mis à contribution, et je pense que vous avez raison. Je vous suis très bien dans le cheminement. Mais au niveau de l'ombudsman en particulier qu'on ne retrouve pas dans les hôpitaux même pour chroniques, peut-être qu'on devrait le retrouver là, comme vous disiez, je partagerais passablement votre point de vue, pour

éliminer un paquet de plaintes. Mais par rapport au traitement du CRSSS, comment voyez-vous le pont entre le rôle de l'ombudsman et le niveau du traitement des plaintes au niveau des CRSSS actuels ou de la régie, éventuellement?

Vous dites que ce n'est pas le niveau où on devrait régler les plaintes au niveau régional, mais si on fait une véritable décentralisation, et c'est là ma question, si on s'en va vers une véritable décentralisation et non pas une déconcentration, on va donner une autonomie certaine aux régions, quel est le palier, à ce moment-là, si la régie ou le CRSSS n'est pas l'instance appropriée pour régler des plaintes au niveau régional dans le cadre d'une décentralisation réelle véritable, comment voyez-vous ça?

**M. Jacoby:** Je me suis peut-être mal exprimé plus tôt, mais la mécanique que je proposerais est la suivante. Que chaque établissement, dans la mesure du possible, possède un comité d'usagers qui pourrait s'occuper notamment de la défense d'intérêts collectifs et un ombudsman ou un porte-parole qui relève du conseil d'administration, par exemple, de l'établissement. Bon. Alors, un bénéficiaire se plaint. Il s'adresse à ces personnes-là. On sait que l'ombudsman actuellement n'est pas indépendant, mais il fait une très bonne job, il peut régler un paquet de problèmes. Si jamais, en bout de ligne, la personne se considère encore lésée, même après avoir transmis son dossier au comité de bénéficiaires sous des aspects plus collectifs, je me dis, à ce moment-là, que le bénéficiaire va s'adresser au deuxième palier qui est l'instance régionale. Et, l'instance régionale, elle est absolument essentielle, et ce qui va être extraordinaire avec l'instance régionale avec son pouvoir, c'est qu'elle va par sa jurisprudence, entre guillemets, influencer sur la qualité des services qui vont être offerts au niveau régional, quel que soit l'établissement, elle va développer sa jurisprudence, elle va donner des exemples. Ce qui veut dire que, dans la même région, avec le temps, les usagers d'un CSS, d'un CLSC, d'un centre hospitalier psychiatrique seront traités avec tous les égards qu'ils méritent comme usagers et bénéficiaires, parce qu'il y aura une instance régionale qui va rayonner à l'échelle régionale.

**M. Chevette:** Au niveau toujours du cheminement d'une plainte, je comprends qu'au niveau d'un centre hospitalier, ça pourrait être l'ombudsman. Si ça ne se règle pas là au niveau supérieur qu'est la région, après ça vous voyez ça au niveau de l'ombudsman et c'est là que vous voyez l'élargissement de votre mandat parce que, actuellement, vous n'avez pas juridiction.

Vous avez dit dans votre exposé que vous faisiez cheminer les plaintes aux endroits appropriés dans la conjoncture actuelle. Est-ce à dire que vous faites directement affaire avec des institutions quand vous voyez que le problème

peut être réglé au niveau de l'institution ou si vous passez nécessairement par le CRSSS ou par le ministère?

**M. Jacoby:** C'est-à-dire qu'on réfère les gens au CRSSS.

**M. Chevette:** À cause du système maintenant.

**M. Jacoby:** Oui, mais personne, à peu près personne ne sait que le CRSSS, au moment où on se parle, a un pouvoir d'intervention.

**M. Chevette:** Les députés le savent en maudit.

**M. Jacoby:** Mais le monde ne le sait pas. Le vrai monde ne le sait pas.

**M. Chevette:** Le vrai monde?

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

**M. Chevette:** Vous pourriez peut-être avoir un front commun là-dessus.

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

**M. Jacoby:** Alors, on agit comme service de référence, actuellement. On n'ouvre pas un dossier. On a bien sûr des contacts. Au niveau de la Direction des enquêtes chez nous, les délégués et les représentants du Protecteur du citoyen ont des contacts dans certains établissements, et ça aide à régler des dossiers. On appelle des gens, mais c'est tout à fait informel et ça vaut ce que ça vaut. Parce qu'il n'y a pas de mécanisme organisé et intégré, ni sur le plan local ni sur le plan régional. En tout cas, si ça existe, ça fonctionne plus ou moins.

**M. Chevette:** Comme je voudrais laisser mon collègue de Rouyn vous poser quelques questions sur le changement de mentalité, je dois souhaiter que votre recommandation se retrouve dans l'avant-projet, ainsi que la page 56 du document d'orientation du gouvernement actuel.

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans le projet, pas dans l'avant-projet.

**M. Chevette:** Dans le projet, j'ai bien dit. L'avant-projet, je sais que vous n'y croyez pas, M. le ministre.

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

**M. Trudel:** Merci, M. le Président. Donc, M. Jacoby, l'article 238 de l'avant-projet de loi qui sera modifié pour nous amener un vrai projet de

loi sur lequel on pourra discuter, si je comprends bien, vous ne croyez pas beaucoup que de confier à un organisme communautaire désigné par la régie régionale comme instrument d'assistance pour les bénéficiaires qui auraient des plaintes, compte tenu de l'inégalité que vous avez observée dans le traitement actuellement et dans les années passées, est-ce que ça ne vous semble pas, si j'ai bien compris, un mécanisme suffisant? Là, je parle du support au traitement des plaintes.

**M. Jacoby:** Je pense que, dans l'avant-projet de loi à l'article 238, il n'y aurait pas grand-chose à changer, à mon point de vue. Je trouve tout à fait impérieux que la régie régionale ait le pouvoir et ait l'obligation, à toutes fins pratiques, de voir à mettre sur pied un plan régional des mécanismes d'aide et d'accompagnement. C'est absolument essentiel, parce que c'est une des grandes lacunes du système actuellement. Je pense que ça ne peut être dispensé que par la régie régionale et non pas par l'établissement au niveau local. Ça, c'est fondamental.

Ce que je dis, c'est que mettre le focus de protection des droits au niveau de la régie régionale, on fait fausse route, en se limitant à ça. Il faut mettre le focus au niveau de l'établissement, au niveau local. Ce que je veux dire par là, c'est que non seulement on doit dire que les établissements doivent fournir des services de santé et sociaux de qualité, mais qu'ils doivent les fournir dans le respect des droits des usagers et qu'ils doivent traiter, comme on trouve dans nos lois provinciales, les usagers avec les égards qui leurs sont dus - c'est important, même si, dans certains cas, les lois ont valeur pédagogique très importante - et doivent dispenser leurs services dans des délais raisonnables.

Moi, je pense qu'avec ça, on met l'imputabilité au bon endroit. On dit aux établissements: Vous dispensez le service, mais dispensez-le dans les formes et en respectant les droits. C'est normal. On doit respecter les droits d'autrui. Commençons par les établissements. À ce moment-là, la direction sera sensibilisée, les professionnels, les intervenants, tout le personnel. Et, à ce moment-là, plutôt que d'avoir seulement la deuxième ligne qui vient par en arrière et dit: Vous n'avez pas bien fait votre job, dans quelques années, avec les changements de mentalité, la formation du personnel, on aura des services de qualité, respect des droits dès la première ligne. Donc, il faut ajouter cette obligation en première ligne.

**M. Trudel:** Est-ce que vous n'avez pas l'impression, cependant, toujours compte tenu de l'histoire... Et vous avez bien insisté pour décrire les inégalités des différents bénéficiaires suivants là où ils sont. Vous avez donné l'exemple... Je ne suis pas sûr qu'à Gaspé et à Rouyn-Noranda, on ait le même traitement au niveau du respect

des droits. Est-ce que vous n'avez pas l'impression que, l'objectif premier, évidemment, du Protecteur du citoyen étant d'assurer les droits, c'est le Protecteur du citoyen qui devrait avoir la responsabilité juridique de voir à la mise sur pied de ces mécanismes à niveaux que vous nous présentez ce matin, parce qu'on n'est pas sûrs, compte tenu de l'histoire, que les institutions, compte tenu de leur objectif premier et des rapports de forces - vous avez eu une réponse très éclairante là-dessus tantôt - qui jouent à l'intérieur des institutions, que le mandat au niveau de l'organisation du traitement des plaintes et des organismes responsables, parce que vous avez parlé de l'importance de créer un climat - ça, c'est très intéressant - il faut donc qu'il y ait un organisme au niveau québécois qui soit chargé, je dirais, entre guillemets, de surveiller l'existence ou la création de ce climat dont c'est l'objectif principal. Est-ce qu'on ne devrait pas juridiquement, au niveau de la loi, confier la responsabilité du traitement et de l'organisation du système de traitement des plaintes, du respect des droits, au bureau du Protecteur du citoyen?

(12 heures)

**M. Jacoby:** Je pense que c'est faisable, mais je pense aussi qu'on ne doit pas mettre tout sur le Protecteur du citoyen. Il faut penser que dans la structure proposée, il y a des régies, la régie régionale. Je me dis que si la régie régionale joue un rôle de deuxième niveau concernant des plaintes, elle pourrait aussi donner du support en termes d'établissement de mécanismes de traitement de plaintes sans exclure la possibilité, pour le Protecteur du citoyen, de donner du support sur un plan régional.

Dans la réalité de tous les jours, MM les membres de la commission, depuis que j'ai proposé et recommandé, l'an dernier, que les ministères et les organismes se dotent de mécanismes de traitement de plaintes, je suis sollicité régulièrement pour conseiller les ministères et organismes dans l'élaboration et la mise sur pied de leur service de traitement de plaintes.

Alors, si jamais le gouvernement met cette responsabilité en première ligne de créer des services de plaintes, je pense qu'il va falloir que la loi prévoit également que la régie régionale puisse donner non seulement du soutien, mais également puisse faire une évaluation de ces services de plaintes quant à leur efficacité et leur qualité parce qu'on donne déjà dans l'avant-projet... J'ai cru voir certaines activités d'évaluation de programmes au niveau des établissements. Ça pourrait être un autre volet que pourrait jouer la régie régionale, soit d'évaluer ces mécanismes-là.

**M. Trudel:** Je crois qu'il est heureux de constater que vous insistez sur le fait que la régie régionale doit avoir cette responsabilité et l'exercer. Je me permets de dire que j'ai aussi

encore quelques craintes et j'aimerais bien que la régie régionale soit elle-même surveillée au niveau du respect et de l'exercice du mandat du traitement. C'est pour ça, je pense, que le Protecteur du citoyen doit avoir comme recours ultime au niveau des plaintes en soi, mais surtout au niveau de la création de ce climat dont vous avez parlé et du suivi parce qu'on est souvent portés à oublier l'exercice des droits dans un système, vous l'avez bien décrit, très très complexe... Merci beaucoup de votre témoignage.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député. M. le ministre, avez-vous quelque chose à rajouter?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, ça va. Merci beaucoup de vous être présentés. Probablement que vous vous retrouverez davantage dans le projet de loi; je le souhaite à tout le moins.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Jacoby. Au nom des gens de cette commission, au nom du vrai monde, on vous salue. Merci beaucoup.

Je vais maintenant demander aux gens représentant la Fédération des CLSC du Québec de bien vouloir s'avancer. Je profite de ce petit temps d'arrêt pour demander la coopération des gens, si on peut s'avancer un peu plus ici vers l'avant et un peu plus aussi en arrière afin de dégager la porte, question de sécurité. On vous demanderait d'accélérer, s'il vous plaît. Merci.

Alors, nous allons reprendre nos travaux. Bienvenue aux membres de la Fédération des CLSC du Québec. Bienvenue à cette commission. J'apprécierais si la personne responsable pouvait se présenter et aussi présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

#### Fédération des CLSC du Québec

**M. Payette (Maurice):** Merci, M. le Président. J'aimerais d'abord me présenter. Mon nom est Maurice Payette. Je suis président du conseil d'administration de la Fédération des CLSC.

**Le Président (M. Joly):** Un instant s'il vous plaît, M. Payette, j'apprécierais beaucoup la coopération des gens, à savoir au niveau des conversations. Merci.

**M. Payette:** À ma droite, Mme Jeanne-d'Arc Vaillant, directrice générale de la Fédération et, au bout à ma droite, M. Fernand Roy, vice-président de Vidéotron et membre du conseil d'administration et du comité exécutif de la Fédération des CLSC. À ma gauche, Mme Suzanne Roy, vice-présidente de la Fédération et directrice générale du CLSC Les Méandres et, à l'extrême gauche, M. Jean-Pierre Bélanger, un chercheur de la Fédération.

J'aimerais d'abord donner le sens un peu du

mémoire dont vous avez pris connaissance. Ce mémoire, il représente ce que pensent et ce que veulent les usagers des CLSC. Je suis moi-même un usager. On m'a dit tout à l'heure, le monde ordinaire, le vrai monde. Je siège sur le conseil d'administration du CLSC qui dessert mon village et c'est à titre de représentant des 10 000 usagers de ma MRC, que j'accomplis cette fonction.

Le mémoire a été préparé par un conseil d'administration majoritairement composé de représentants des citoyens. Il a été soumis, étudié et adopté par une assemblée générale majoritairement composée aussi de représentants des citoyens. Et ce matin, parmi les gens qui sont dans la salle, il y a de nombreux usagers, particulièrement des présidentes et des présidents des regroupements régionaux qui sont tous des représentants des usagers. Je n'ai pas l'intention de résumer l'ensemble du mémoire. J'aimerais de mon côté dire les trois choses que je trouve les plus importantes, trois demandes que nous, les usagers des CLSC, nous faisons. La première demande, c'est qu'en accomplissant cette réforme, vous placiez l'utilisateur au centre du système dans les décisions que vous aurez à prendre dans les mois à venir. Nous vous demandons de penser d'abord et avant tout aux besoins de la population, aux besoins actuels et aux besoins futurs que nous avons décrits dans notre mémoire. La seule raison d'être du système de santé et des services sociaux, ce sont les personnes. Nous pensons qu'il faut dans cette réforme intégrer l'ensemble des services autour du client plutôt qu'autour des établissements. Au sortir de cette réforme, je pense qu'il ne devrait y avoir qu'un seul gagnant, le citoyen.

Ma deuxième demande, c'est de donner à tous les citoyens et à toutes les citoyennes du Québec, les moyens de rester chez eux. Nous désirons rester chez nous, rester dans notre maison, dans notre village, notre quartier, notre communauté locale. C'est là que nous sommes bien et c'est là que nous voulons vieillir en continuant à contribuer au dynamisme de notre communauté. Nous voulons éviter le plus possible et à tout prix de placer les personnes âgées en perte d'autonomie, de placer les personnes handicapées, de placer les jeunes en difficulté. Nos proches, nos parents, nos voisins font déjà beaucoup de choses pour permettre le maintien dans le milieu de vie, le maintien à domicile. Mais je pense que nous avons besoin du support de l'État, d'un support significatif.

Ma troisième demande, c'est de prioriser le développement des services légers. Je me suis permis pour visualiser, pour illustrer, de construire une pyramide tronquée. Comme vous le voyez, elle repose sur une base qui est plus étroite que le sommet.

**M. Chevrette:** Je croyais que c'était l'édifice de la CEQ.

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

**M. Payette:** Pour nous, cette pyramide représente un peu ce qu'est le système actuel. Au sommet, ce sont les ressources lourdes, les services lourds, les services spécialisés, les services d'institutionnalisation, hôpitaux, maisons d'accueil, etc. Ces services qui entraînent évidemment la dépendance des citoyens, qui entraînent aussi la surconsommation, des services, vous le savez, dont le coût est dans un état de croissance exponentielle.

À la base, ce sont les services légers, les services communautaires, pas uniquement les CLSC. Ce sont des services qui tendent à respecter et favoriser l'autonomie des personnes, à les maintenir dans leur milieu naturel, à utiliser les dynamismes de la communauté, des services qui sont centrés sur la prévention. Ce sont des services, je pense, moins coûteux.

Ce que nous pensons, c'est qu'il faudrait progressivement renverser cette pyramide, renverser la pyramide de façon à ce que la première ligne, les services de base, puissent devenir la base réelle de l'ensemble du système. Là-dessus, nous croyons que les CLSC sont là, à cette base, 158 établissements. Mais ils ne sont pas assez là, au sens où, pour nous les usagers, les CLSC ne sont pas suffisamment accessibles. Et, deuxièmement, tous les CLSC n'offrent pas toute la gamme des services courants, des services médicaux, des services sociaux. Et je pense qu'il faut élargir cette porte d'entrée pour que la base de la pyramide puisse être vraiment solide et qu'on puisse donc prioriser les ressources et les services légers pour s'assurer que la pyramide continue à rester là.

Je vais laisser à M. Roy le soin de terminer cette présentation.

**Le Président (M. Joly):** M. Roy.

**M. Roy (Fernand):** M. le ministre, mesdames et messieurs de la commission, je vais tenter de parcourir les grandes idées du mémoire de la Fédération des CLSC. D'une part, d'emblée, je vous dirais qu'on doit maintenir et préserver au Québec les grands principes du système de santé et des services sociaux. Ces principes, comme vous le savez, sont l'accessibilité aux services, l'universalité et la gratuité des soins, l'aide sociale, l'approche médicale globale et la participation des citoyens.  
(12 h 15)

Pour quelle raison, me direz-vous? Essentiellement, pour permettre à la population entière l'accès aux services dont ils ont besoin, tant en quantité nécessaire qu'en qualité nécessaire. En ce sens, la privatisation des services de santé créerait un double système: l'un rapide, à forte teneur technologique, pour ceux qui en ont les moyens; le second, public, pour les autres. Comme aux États-Unis où plus de 30 000 000 de

personnes ne sont pas assez riches pour se payer des assurances ni assez pauvres pour bénéficier des services publics donnés aux démunis. Nous croyons qu'avant de jeter par-dessus bord ces grands principes, le gouvernement du Québec doit tout faire pour rendre le système de santé et de services sociaux le plus efficace possible et, bien sûr, le moins coûteux possible. C'est ce que la population attend de son gouvernement. La Fédération des CLSC considère que le système de santé tel qu'il se présente actuellement démontre des ratés. Nous constatons chaque jour qu'il y a une inadéquation entre, d'une part, la demande des services de santé par la population et, d'autre part, l'offre de ces services par les organismes et les institutions du système. Ainsi, comme vous le savez, nous assistons à l'engorgement des salles d'urgence, nous assistons à la pénurie des centres d'accueil, nous constatons une trop grande institutionnalisation au Québec, notamment 50 % de plus au Québec qu'ailleurs au Canada, et ce, malgré qu'au Québec, le système de santé coûte 10 000 000 000 \$ dont 50 % de ce budget se retrouve dans les hôpitaux. Enfin, nous constatons surtout que la population est insatisfaite des services.

La demande, elle, a évolué notamment par le vieillissement de la population, le taux élevé de chômage chez les jeunes, l'éclatement de la famille. L'offre des services de santé n'a pas, à notre avis, évolué. Et de plus, nous savons que la capacité de payer de l'État est limitée.

La Fédération des CLSC croit qu'il est possible de corriger la situation, et ce, sans qu'il en coûte plus cher au gouvernement ou sans taxer davantage la population. Il faut réduire la trop grande institutionnalisation. Il faut que cessent les luttes corporatives et institutionnelles. Il faut corriger l'absence de complémentarité entre les différents acteurs au sein du système de santé. Il faut que l'accès aux services de santé et aux services sociaux se fasse autrement que par la porte des urgences des hôpitaux. Il faut donc donner à la population du Québec un système de santé au lieu d'un système de maladie. Dans sa réforme, le gouvernement doit rendre les services de base, autant médicaux que sociaux, plus facilement accessibles et organisés pour répondre adéquatement aux besoins de la communauté locale. Le gouvernement doit privilégier le maintien des gens dans leur milieu de vie en favorisant le développement en CLSC d'une pratique médicale salariée et multidisciplinaire. Le maintien à domicile est un virage nécessaire pour prévenir la trop facile institutionnalisation des gens, pour résorber les listes d'attente dans les centres d'accueil d'hébergement et les hôpitaux, pour contribuer au désengorgement des urgences d'hôpitaux.

Rappelons qu'en 1986-1987, on évaluait qu'il en coûtait en moyenne par année par bénéficiaire 1175 \$ pour des services réguliers de santé à domicile, entre 7000 \$ et 8000 \$ pour des

services intensifs de santé à domicile, 25 000 \$ pour l'hébergement en centre d'accueil et 44 600 \$ pour l'hébergement en centre hospitalier de longue durée. Le maintien des personnes dans leur milieu naturel est un moyen fondamental pour prévenir la mise en institution. Le vieillissement accéléré de la population québécoise, la hausse des coûts en hébergement et finalement la capacité de payer des contribuables rendent prioritaire le maintien à domicile dans le milieu de vie. La Fédération des CLSC soutient que ce choix doit être fait maintenant. Les recommandations de la Fédération des CLSC veulent influencer tantôt l'offre, tantôt la demande. Les CLSC ne sont pas insensibles aux problèmes auxquels le système est confronté, mais il ne préconise pas l'adoption de la solution qui vise à produire un plus fort volume de services dits spécialisés et surtout plus coûteux. Dit autrement, les CLSC pensent plutôt que le ministère doit faire une meilleure utilisation de son réseau public de CLSC. Il doit rentabiliser l'investissement de plusieurs centaines de millions, qu'il a fait à ce niveau afin que son réseau de CLSC contribue davantage à réduire l'achalandage et le recours aux services spécialisés et à prévenir la détérioration des situations de ceux et celles qui se défendent moins bien face à certains facteurs de risque parce que plus vulnérables.

Les CLSC, en collaboration avec leurs partenaires, peuvent intervenir et avoir, par les services qu'ils offrent déjà ou qu'ils pourraient développer, un impact sur la demande de services plus lourds et plus coûteux. Les services offerts par les CLSC sont d'abord plus légers parce que leurs professionnels doivent, au plan de leur pratique, continuer à faire appel le plus possible au potentiel des personnes, des familles, des proches et des communautés. Ils doivent aussi intervenir sur l'environnement des personnes qui constitue souvent un facteur important dans l'écllosion des problèmes. D'ailleurs, la Fédération des CLSC est en voie de produire des guides de pratique plus rigoureux qui visent à réduire, à sa juste mesure, l'implication du professionnel dans le processus de traitement de la demande.

Dispensés de cette façon, plusieurs services offerts par les CLSC sont, à n'en pas douter, une solution aux problèmes que le système rencontre. Prenons l'exemple des services courants médicaux. Il a déjà été démontré que les consultations médicales effectuées dans les CLSC, là où les médecins sont salariés, comportent des diagnostics plus précis et plus justes, une diminution de prescriptions et permettent aux utilisateurs d'être mieux informés et de faire, par conséquent, une meilleure utilisation des ressources. Cette raison, à elle seule, justifierait le ministère de vouloir développer la pratique médicale dans son réseau public de CLSC.

Les CLSC veulent accorder une place importante à la demande médicale dans l'identification des besoins de la population de leur

territoire. Ils veulent aussi répondre à la demande du ministère qui souhaite que la population du Québec ait accès à des services globaux. Il est donc impérieux que le ministère, s'il veut assurer des services de meilleure qualité et à un coût moins élevé et s'il veut, en même temps, diminuer l'achalandage des hôpitaux, confie aux CLSC la responsabilité de dispenser plus de services, tels les prélèvements, plus de consultations médicales, certaines urgences mineures avec, si nécessaire, lits d'observation.

Nous avons parlé des services de soins à domicile et des services médicaux courants. Ces services sont, d'ores et déjà, présents dans les CLSC. Cependant, il faut officialiser ces services, les dynamiser par la réforme qu'entend faire le gouvernement. Il ne faut pas oublier également que les CLSC dispensent des services sociaux et, ce, dans une approche globale.

Le réseau des CLSC comprend 158 établissements. En 1988-1989, 2 500 000 personnes furent desservies par ce réseau, soit 38 % de la population. Le gouvernement consacre 4,9 % de son budget global du ministère de la Santé et des Services sociaux. La Fédération des CLSC demande au gouvernement de bâtir sa réforme sur ces 158 CLSC qui offrent actuellement 476 lieux différents de services dans toutes les régions du Québec. Mesdames et messieurs, merci.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Mes premiers mots seront, très certainement, pour féliciter la Fédération pour l'excellent mémoire qui est devant nous et je suis convaincu qu'une heure n'est pas suffisante pour rendre justice à tout le travail qui a été fait pour supporter votre mémoire. Malheureusement, il y a des contraintes de temps, mais je veux vous dire que ce sera un instrument de référence dans les jours qui viennent, puisque c'est une question de jours après la commission quant aux décisions à prendre, mais qui a eu, on le sent bien à la lecture, un travail fouillé et qui vient de la base. Ça, c'est très rafraîchissant. Je n'aurais pas toujours tenu ces propos-là face aux CLSC...

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

**M. Côté (Charlesbourg):** ...et vous pourrez constater ma grande évolution vis-à-vis...

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

**M. Côté (Charlesbourg):** ...de l'existence et de la permanence des CLSC. Autant être franc comme je le suis d'habitude, malgré le fait que ce ne soit pas toujours payant politiquement.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, je pense que, définitivement, dans la réforme, dans mon esprit, autant je l'ai dit jusqu'à maintenant, il y aurait des régions ou des CRSSS sur le plan régional qui seraient un élément extrêmement important de la réforme, je peux affirmer aujourd'hui que les CLSC vont être la base même de cette réforme au niveau local avec tout ce que ça comporte comme remise en question d'autres structures et de pouvoirs additionnels à être confiés éventuellement aux CLSC, bien sûr, toujours en étant capable de taire cette réallocation de ressources d'abord dans un premier temps.

Je commencerais - parce que j'ai encore souvenir de ma première rencontre avec M. Payette qui avait fait la distinction. Il avait dit: Je suis un bénévole. Je me souviens et vous l'avez refait aujourd'hui et ça donne d'autant plus de valeur à la démarche et au bénévolat que vous faites, parce qu'il y a beaucoup de bénévolat - avec votre pyramide. Ça vous a pris dix minutes à l'inverser théoriquement. Ça prend combien de temps pour l'inverser vraiment?

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

**M. Payette:** M. le ministre, j'ai utilisé le mot "progressivement". Il faut inverser progressivement la pyramide. Je sais que nous sommes en présence d'un système qui, je dirais, est très structuré, qui a ses modes de fonctionnement, ses habitudes, ses règles, ses lois, un système au sein duquel il y a bien sûr des intérêts, des domaines protégés, mais je pense que ce que nous attendons, c'est de se mettre sur la voie du renversement de la pyramide. Je ne pense pas qu'on puisse le faire du jour au lendemain. Je souhaiterais qu'au XXI<sup>e</sup> siècle, la pyramide soit renversée pour qu'elle puisse être sur une base solide.

**M. Côté (Charlesbourg):** Sans ébranler les colonnes du temple.

**M. Payette:** Sans ébranler... Ha, ha, ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** Avant d'entrer dans un questionnaire plus pointu sur des sujets particuliers, j'ai encore frais à l'esprit une émission que Claude Charron a faite très tôt après les fêtes où on mettait en situation la problématique des urgences dans un hôpital 24 heures et la méconnaissance que les gens avaient de l'existence du CLSC. Ils ne savaient pas où ils étaient localisés et quels étaient les services qu'ils offraient. Vous expliquez ça comment? Évidemment, on dit 158, avec quelque 450 points de services à travers tout le territoire, c'est un très vaste réseau un peu partout, doté de moyens financiers très inégaux, je le comprends, quand on passe d'un per capita de 12 à 107 en termes

de fourchette, ce n'est pas nécessairement des biens nantis que vous entendez parler, c'est davantage de ceux qui n'en ont pas. Mais c'est quand même tout près de 500 établissements sur le territoire. Qu'est-ce qui fait qu'il y ait une méconnaissance ou une malconnaissance de l'existence des CLSC?

**M. Payette:** Il y a un paradoxe là-dedans, M. le ministre. On a fait faire un sondage scientifique par une firme indépendante le printemps dernier et, premièrement, on découvre qu'il y a quand même 2 500 000 Québécois qui utilisent les services des CLSC. On peut penser qu'ils ne les ignorent pas, puisqu'ils les utilisent. Au niveau de la connaissance, je pense, et Jean-Pierre pourra me corriger, que ce sont 80 % des Québécois et des Québécoises qui connaissent, non seulement l'existence des CLSC, mais qui connaissent les services qui sont rendus par les CLSC. Il faut dire quand même, peut-être pour expliquer le paradoxe, que quand on compare à un autre sondage qui a eu lieu il y a cinq ans, il y a une croissance très grande dans les dernières années au niveau de la connaissance et au niveau de l'utilisation. Peut-être aussi que c'est parce que nous sommes trop modestes et que nous ne nous faisons pas connaître suffisamment. Madame.

(12 h 30)

**Mme Vaillant (Jeanne-d'Arc):** M. le ministre, je peux ajouter que le réseau vient à peine d'être complété. Vous avez des secteurs entiers: prenez Montréal, la région de Québec. Il y a certaines régions comme l'Outaouais où ça a été complété en 1975, mais le dernier CLSC a été implanté en 1988. Donc, dans la région de Montréal, il y avait, il y a à peine cinq ans, la moitié des territoires qui n'étaient pas couverts par des CLSC. Et l'autre facteur, vous le soulignez au niveau du per capita, il y a des CLSC qui ne peuvent pas offrir toute la gamme de services, bt j'ajouterais un dernier élément, M. le ministre. Ça dépend aussi... Vous avez des régions, surtout en milieu rural, où le CLSC est très connu et c'est lié aussi à un dernier facteur. C'est lié aussi à l'accessibilité.

**M. Côté (Charlesbourg):** On parle beaucoup de duplication. Pour être capable de renverser cette fameuse pyramide, il va aussi falloir, autant que possible, éliminer les duplications. Dans votre document, vous dites: Il faut mieux définir les champs de chacun pour être capable d'éliminer cette duplication. Et du fait que les champs soient bien identifiés, bien clairs, on pourra davantage parler de complémentarité.

À votre point de vue, je sais qui sera partisan, mais on se le dit dès le départ. Alors, au point de vue des CLSC, quelle est la duplication entre les CLSC et les CSS et quelle est la duplication entre les CLSC et les départements de santé communautaire?

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

**Une voix:** On aurait dû les inviter aussi!

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

**M. Payette:** Ils vont venir.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est pour ça que j'ai dit: Ça va être partisan. Je le sais d'avance, mais, évidemment, vous saurez que je poserai les mêmes questions lorsque les deux autres groupes se présenteront.

**Mme Vaillant:** Nous allons également être très francs, M. le ministre. Prenons les services sociaux. Ce que nous disons au niveau des services sociaux... Et nous en parlons dans notre mémoire, les services sociaux - c'est le cas dans la plupart des pays - doivent être dispensés le plus possible au niveau local et s'intégrer dans une approche globale. Donc, je vous dirais qu'en termes de duplication et dans le cadre d'une réforme, on pourrait au niveau des services sociaux, l'ensemble des services sociaux qui sont dispensés dans les centres de services sociaux, que ce soient les services sociaux aux enfants et à la famille ou, encore, aux adultes, aux personnes âgées, en milieu scolaire, dans le cas de Montréal ou aux réfugiés, l'ensemble de ces services sociaux gagneraient à être dispensés en CLSC.

Je ferais abstraction des services sociaux, de ce qui est relié au processus judiciaire qui est une jonction avec le Tribunal de la jeunesse qui s'inscrit dans un contexte, dans celui de la Loi sur la protection de la jeunesse, dans la loi des jeunes contrevenants. Donc, ça m'apparaîtrait - avec l'expérience que j'ai un peu à ce niveau-là - difficile d'intégrer ça au niveau local et ça desservirait, effectivement. Mais l'ensemble des autres services, ce sont des services qui rejoignent des clientèles, que ce soient des adultes, des personnes âgées, enfance, famille, ce sont des personnes qui sont au niveau local.

Donc, il pourrait y avoir une meilleure utilisation et une meilleure articulation des services sociaux, parce qu'on sait qu'un grand nombre de problèmes sont au niveau psychosocial. Mais je ferais abstraction de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la loi des jeunes contrevenants.

Maintenant, concernant les DSC, je vais laisser Suzanne...

**Mme Roy (Suzanne):** Concernant les DSC, là où il peut y avoir duplication encore, c'est au niveau de la santé au travail. Il y a encore des DSC qui dispensent directement des services dans les entreprises alors que, effectivement, ce sont des mandats qui, dans plusieurs autres cas, sont dispensés par les CLSC.

On trouve aussi occasionnellement des DSC qui, on ne sait par quelle possibilité qu'ils ont financièrement, mais qui font encore des interventions à caractère d'action communautaire. À nouveau, ce sont des services qui sont de l'ordre des mandats des CLSC. Toutefois, les DSC ont des mandats très importants au niveau de la santé publique. Ces mandats doivent être protégés comme mandats des DSC, mais tous les mandats de première ligne devraient aller dans les CLSC. Quant aux DSC, à ce moment-là, ils pourraient être rattachés, enfin, protégés dans leur entité, mais rattachés aux régies régionales, sortis des hôpitaux et rattachés aux régies régionales.

**M. Côté (Charlesbourg):** Pourquoi faudrait-il les sortir des hôpitaux? Je me fais l'avocat du diable parce que, évidemment, commencer à recevoir des petits mémoires où chacun veut être attaché à son hôpital, compte tenu de la complémentarité entre les deux, il y a bien de l'information qu'on ne peut pas éliminer du revers de la main. Mais pourquoi, selon votre point de vue, les départements de santé communautaire devraient-ils être rattachés à la régie régionale, et donc dispenser peut-être même des services par rapport aux centres hospitaliers?

**Mme Vaillant:** Écoutez, moi, je pense que le mandat de santé publique est un mandat très important. C'est un mandat qui doit être joué à un niveau régional et je pense qu'à ce niveau-là, il y a une rationalisation à faire. Je ne souhaiterais pas, pour ma part, que le mandat de santé publique soit dilué. Quand la santé publique est en cause, il faut absolument - que ce soient des événements comme à Saint-Basile-le-Grand ou autres - qu'il y ait une décision qui soit prise et qu'elle soit prise rapidement pour protéger la santé de la population. Mais ce mandat, à notre point de vue, se situe à un niveau régional. Qu'on parle de la promotion de la santé, c'est extrêmement important. Quand on a des objectifs de santé, à ce moment-là, le DSC pourrait, en protégeant son mandat pour ne pas qu'il soit avalé par le restant de l'organisation, jouer un rôle important au niveau de la régie régionale. Lors des enquêtes, de l'évaluation et de la recherche qui sont faites pour mieux soutenir l'action des établissements, ça devrait être fait de concert avec les établissements. Et il y aurait un lien plus logique entre le mandat qu'ont les DSC et la régie régionale.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, ce que je constate c'est, effectivement, qu'il y a des endroits où il y a duplication; on les identifie nettement. Vous nous indiquez vos couleurs.

**Mme Vaillant:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je ne peux pas

vous dire aujourd'hui si je les partage. Il faut au moins attendre de voir l'autre côté de la médaille et on verra par la suite. Mais il y a, effectivement, duplications et il faudra les éliminer.

Vous avez parlé de cliniques externes. Il me semble que d'être un centre hospitalier, ce matin, je serais très heureux. Évidemment, ce n'est pas l'amour parfait, je l'ai compris depuis un certain nombre d'années. Vous proposez, finalement, si j'ai bien compris, qu'il y ait au niveau des CLSC étant plus près, de première ligne, des cliniques externes ou l'équivalent de cliniques externes dans les CLSC. D'abord, est-ce que ce serait dans tous les CLSC ou tous les points de services de CLSC? Et si tel est le cas, est-ce qu'il y a maintien des cliniques externes au niveau des centres hospitaliers? Troisième question, parce que c'est aussi assez important, j'aimerais savoir combien, parmi les médecins qui pratiquent en CLSC, sont à vacation, combien sont à salaire et quel serait le mode de rémunération privilégié à ce moment-là, parce que peut-être qu'on a tendance à croire qu'à l'acte c'est plus vite et qu'à vacation, c'est plus lent, plus humain? En tout cas, je mets ça entre guillemets parce qu'on risquerait peut-être d'avoir des problèmes à prouver tout ça.

**M. Bélanger (Jean-Pierre):** Si vous me le permettez, M. le ministre, à l'acte, effectivement, c'est souvent plus vite, mais c'est aussi souvent plus fréquent.

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

**M. Bélanger (Jean-Pierre):** Ce que je veux dire par là, c'est la conviction...

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais vous n'êtes pas médecin, vous.

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

**M. Bélanger (Jean-Pierre):** Je suis juste docteur, mais en sociologie. La conviction profonde qu'on a, c'est que le fait de donner les services médicaux sur une base salariée et en ayant facilement accès à d'autres professionnels qui peuvent traiter des problèmes... Parce que de plus en plus les problèmes auxquels on a à faire face, que ce soient les problèmes de santé mentale ou les problèmes liés au vieillissement de la population, ne sont pas uniquement des problèmes de nature médicale. Ce sont souvent des problèmes qui ont aussi d'autres dimensions ou des problèmes de santé, mais qui sont la conséquence de situations sociales et qui requièrent l'intervention d'un médecin, mais qui ne requièrent pas que l'intervention d'un médecin, qui requièrent aussi l'intervention d'autres professionnels. Ce dont on est convaincu, quand on a une équipe multidisciplinaire au sein de laquelle

un médecin est présent, c'est qu'avec un mode d'intervention comme ça, on est en mesure d'agir de façon plus efficace. Ce qui fait que les gens ont besoin de revenir moins souvent, si on veut, voir leur médecin.

Actuellement, grosso modo, il y a à peu près 800 médecins qui travaillent en CLSC, soit l'équivalent d'à peu près 600 médecins à temps plein. Vous posez la question à savoir quelle était la base de rémunération. À 95 %, ils sont payés à salaire. C'est un choix qui a été fait au début de l'évolution des CLSC. C'est un choix qu'on maintient, justement pour favoriser la pratique en équipe multidisciplinaire.

On pense qu'en permettant à tous les CLSC d'offrir des services médicaux salariés, on pourrait atteindre un seuil d'à peu près 15 % de l'ensemble des services médicaux donnés par des médecins omnipraticiens qui seraient dispensés en CLSC. À partir de ce seuil-là, ce qu'on pense, c'est que la roue se mettrait à rouler de plus en plus vite. Les gens auraient un choix. Ils auraient le choix d'aller en cabinet privé de médecin où ça va plus vite, ou aller au CLSC où, à ce moment-là, il pourrait y avoir une médecine plus humaine. Et les gens auraient le choix, selon le type de problème qu'ils auraient. À partir de ce seuil, la roue tournerait de plus en plus vite. Il y aurait un plus grand nombre de personnes chaque année qui choisiraient d'aller au CLSC plutôt qu'en cabinet privé de médecin.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que vous me permettez une question? Évidemment, s'il y a 800 médecins qui pratiquent dont 600 à temps plein, 80 % sont à salaire.

**M. Bélanger (Jean-Pierre):** 95 %.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah, bon! 95 % à salaire. Est-ce que vous avez fait l'inventaire assez exhaustif du nombre de cas, de patients ou de bénéficiaires pour être capable de voir le ratio coût par bénéficiaire, à salaire, par rapport à ce que ça aurait été à vacation?

**M. Bélanger (Jean-Pierre):** Ça n'a pas été évalué. Ce qu'on peut vous dire, quand on fait nos sondages, en termes de clients qui viennent au CLSC pour des services médicaux, on a une proportion semblable de médecins en CLSC quand on compare au restant des médecins. Ce qui veut dire, grosso modo, que 7 % des médecins omnipraticiens pratiquent en CLSC, qu'on reçoit 7 % des gens qui consomment des services médicaux au cours d'une année donnée. Donc, à ce niveau, il y a correspondance. Ce que je peux vous dire, c'est que ça ne coûte pas plus cher, les services médicaux en CLSC, que ça coûte en clinique privée.

**M. Côté (Charlesbourg):** On me signale qu'il me reste deux minutes. Oubliez les autres volets.

J'avais des questions sur le maintien à domicile, mais je sais que mon collègue Chevette qui a à peu près le même style que moi va pouvoir continuer.

**M. Chevette:** Le même style que moi!

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

**M. Côté (Charlesbourg):** D'ailleurs, ça inquiète bien des gens du réseau, parce qu'il paraît que je vais terminer ce qu'il avait commencé et qu'il n'a pas eu le temps de finir.

Je vous ai posé la question des duplications avec les CSS et avec les départements de santé communautaires. Est-ce que les CLSC font des choses qu'ils ne devraient pas faire, étant donné que je vous ai donné mes couleurs dès le départ, que vous allez continuer d'exister et qu'on va renforcer votre rôle?

**Mme Vaillant:** Écoutez, on peut dire que par le passé les CLSC ont fait un certain nombre de choses qu'ils n'auraient pas dû faire. En fait, je pense que ce qui est important - et ça été fait dans le rapport Brunet - c'est que les services de santé et les services sociaux soient resserrés, que l'approche communautaire soit également centrée. Je vais répondre à votre question, je pense que les CLSC ne peuvent pas intervenir tous azimuts, dans tous les dossiers, allant de l'écologie à la pauvreté, et se substituer à toutes les ressources. Ils ne peuvent pas se substituer à la communauté locale. Donc, dans ce sens-là, il y a une mission qui doit être resserrée, et je pense qu'il fut un temps où on ne savait pas exactement ce que voulait dire la prévention. On l'actualisé plus, c'est dans la dispensation des services et c'est par une approche. Donc, ce n'est pas juste faire des études. Les CLSC sont très conscients de ça; en 1987, ils ont adopté le rapport Brunet et les services sont resserrés et centrés sur la population.

**Le Président (M. Joly):** Merci, oui, c'est terminé, M. le ministre. M. Roy, vous voulez ajouter quelque chose?

**M. Roy:** Oui, un commentaire à cette question-là.  
(12 h 45)

**Le Président (M. Joly):** Parce que c'est sur le temps de M. Chevette.

**M. Roy:** Oui, ça va être très rapide, M. Chevette. J'ai eu l'occasion d'être président d'un conseil d'administration de CLSC, dans la vague de ce qu'on appelle la deuxième fondation des CLSC, j'entends par là le parachèvement du réseau. Et je vous dirais ceci: J'ai constaté qu'il y a eu une évolution dans les CLSC, et je parle en tant que bénévole, personne de l'extérieur. Je ne travaille pas, je ne vis pas dans le système.

Et un des faits marquants - et je termine sur ça pour ne pas prendre trop de temps - c'est qu'il y a quelques mois, il y a peut-être même six mois, les CLSC se sont donné un système d'accréditation; eux-mêmes se sont dit, nous allons nous créer, via la Fédération des CLSC, un système d'accréditation pour être certains que ce qu'on va faire, c'est ce qu'on doit faire. Je pense que c'est significatif de cette évolution.

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

**M. Chevette:** Merci, M. le Président. Tout d'abord, je voudrais saluer Mme Vaillant et lui dire que, par ses réponses, elle est en train d'amener le ministre à un deuxième et à un troisième cadre de partage.

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

**M. Chevette:** Après en avoir vécu un avec le prédécesseur du ministre, c'est un peu ça, à toutes fins pratiques. Il me semble que ça aurait été plus simple que vous suggérez le transfert total des responsabilités, c'eût été plus simple à appliquer, comme cadre. Blague à part, je voudrais vous féliciter, moi aussi, pour la qualité du mémoire. L'interprétation que je fais de votre mémoire est la suivante: Donnez-nous donc la chance, à même une réallocation des ressources, et non pas à même d'ajouts, de réaliser ce que vous pensiez qu'on devait faire en 1970. C'est à peu près le résumé que je peux faire de votre mémoire. J'espère que j'ai bien compris. Si ce n'est pas ça, vous me le direz.

**M. Payette:** C'est en plein ça.

**M. Chevette:** Donc, je peux faire partie du monde ordinaire moi aussi? Ce que je voudrais vous poser comme question directe, c'est: Quel type de réallocation voyez-vous dans l'immédiat pour commencer à faire pencher la tour de Pise?

**Mme Vaillant:** Écoutez, moi, là-dessus, je pense que si on veut inverser la pyramide, il faut d'abord que dans les budgets de développement... Je vais prendre le budget d'alourdissement de la clientèle. Le budget d'alourdissement de la clientèle qui est de 25 000 000 \$ et qui a été envoyé dans le réseau, ça s'est soldé par 70 % dans les centres d'accueil, 30 % pour le maintien à domicile. Je pense qu'au niveau du développement, au niveau de l'argent neuf qui est injecté, il faut qu'il y ait une priorisation pour faire en sorte que la première ligne se fasse. Le deuxième élément: À partir du moment où on organise la première ligne, qu'on maintient le plus à domicile, qu'on désengorge les urgences et qu'on est en complémentarité, ce qu'il faut éviter - et on a eu le cas dans les hôpitaux psychiatriques

avec Louis-Hippolyte-Lafontaine et Robert-Giffard - c'est qu'on va libérer des lits, on va finalement libérer des sommes d'argent mais elles ne sont pas réallouées. Ça donne à l'autre réseau des marges de manoeuvre additionnelles, ce qui fait que la première ligne à ce moment-là est comme étouffée. Ce dont il faut s'assurer, c'est que pour l'inversion de la pyramide, si on prend des mesures pour désengorger les urgences, libérer des lits, désinstitutionnaliser ou prévenir l'institutionnalisation, il va falloir avoir une méthodologie pour faire en sorte que la réallocation de ressources se fasse parce qu'autrement, ça ne mène nulle part. Et ça, ce sont des interfaces. Je vais vous donner juste un petit exemple, toutes proportions gardées, si on regarde l'ajout. Prenons les CHCD. Il y avait à peu près 3 700 000 000 \$ en 1984-1985. Ils sont à 5 000 000 000 \$. C'est 1 300 000 000 \$. C'est deux fois et demie le budget des CLSC. Dans les urgences, M. le ministre annonçait les sommes qui ont été investies les quatre dernières années et on pourrait remonter. Il y en a eu aussi d'investies depuis les années quatre-vingt. Ces 500 000 000 \$, si on en avait pris 100 000 000 \$ pour le mettre dans le maintien à domicile parce qu'on sait que la clientèle des urgences, il y a une clientèle qui est composée de personnes âgées et les lits en CHCD, il y en a un bon pourcentage qui sont pour les personnes âgées. Donc, nous, ce qu'on dit, c'est qu'on est prêts à vivre la réallocation de ressources. Les CLSC ont été développés comme ça. C'est la seule catégorie d'établissement qui a été développée de cette façon-là. Donc, on dit: Attention. Oui, on va travailler pour désengorger. On va jouer pleinement notre rôle. Mais il faut que le ministère s'assure, par une méthodologie avec la régie régionale, que l'argent qui est libéré va revenir.

**M. Chevette:** O.K. Mme Vaillant ou M. Payette, je vais me permettre un commentaire. On s'en va vers une décentralisation, du moins au niveau du discours, on dit qu'il y aura une décentralisation certaine. Je vais prendre exactement l'exemple que vous avez donné: l'alourdissement des clientèles. Dans le cas de l'Estrie, par exemple, le partage n'a pas été de 70 %-30 %, si mes informations sont bonnes.

**Mme Vaillant:** C'est exact.

**M. Chevette:** Il y a eu une concertation du milieu et on a décidé de donner beaucoup plus aux CLSC pour l'alourdissement qu'aux centres d'accueil, contrairement à certains endroits du Québec où ça a été le contraire, 80 %-20 %, à certains endroits, si bien qu'au niveau du Québec, on se retrouve à 70 %-30 %.

Dans le cas où on s'en va vers une politique de décentralisation puis et qu'on permet la

concertation, comment voyez-vous pouvoir se réaliser un peu les orientations que vous dites, quand vous laissez au milieu... Ça, c'est un premier aspect.

Le deuxième, moi, je trouve ça intéressant que vous parliez du rôle fondamental que le CLSC peut jouer au niveau local, sa mission première, la réallocation des ressources, tout le kit, mais je veux vous poser une question. Qu'est-ce que vous êtes prêts à faire comme structure pour essayer de changer les mentalités? Parce que, à la base de tout le système de santé, à moins que je ne me trompe, l'expérience que j'ai vécue, il faut d'abord sortir l'idée de dépendance de l'individu vis-à-vis de l'institution et aussi "démédicaliser" - c'est une façon de s'exprimer - l'approche santé et services sociaux. Qu'est-ce que vous êtes prêts à faire comme structure pour, par exemple, contrer le discours - je vais le nommer, moi - d'Augustin Roy qui, pour lui, son groupe ne se trompe jamais et tous les autres sont dans les carottes? Qu'est-ce que vous êtes prêts à faire comme structure pour préparer la population à des changements aussi importants et qui sont à la base même d'une réforme? Parce que, si on ne réussit pas à changer les mentalités, vous savez très bien qu'on peut rendre pathétique toute situation, et en santé en particulier, et que les lobbies sont extrêmement puissants. On peut faire trembler un Conseil des ministres par une menace, par n'importe quoi.

Qu'est-ce que vous êtes prêts à faire, vous autres qui êtes proches du citoyen, là?

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

**M. Chevette:** C'est vrai!

**M. Côté (Charlesbourg):** Moins, un peu...

**M. Chevette:** Peut-être pas le ministre de la Santé, parce qu'il est fort.

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

**M. Chevette:** Il n'a peur de rien. Il l'a dit à la TV, l'autre soir, je l'ai vu. Mais, cela dit, il y en a qui sont plus peureux les uns que les autres, c'est majoritairement que ça décide. Donc, qu'est-ce que vous êtes prêts à faire...

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

**M. Chevette:** Qu'est-ce que vous êtes prêts à faire concrètement pour préparer ce changement de mentalité?

**M. Payette:** On a déjà commencé, M. Chevette, mais je vais laisser Mme Roy continuer parce qu'il y a une expérience dans votre région qui illustre bien ce qu'on peut faire et ce qu'on a commencé à faire pour changer les

mentalités. Mme Roy.

**Mme Roy:** Dans le cadre du désengorgement des urgences dans les régions, les treize CLSC se sont mis ensemble et ont mis en place un système qu'on appelle le 24-7. Le système a au moins deux gros volets. L'un d'eux, c'est une centrale d'écoute téléphonique où les treize CLSC sont branchés sur un premier CLSC, le CLSC de Sainte-Thérèse. Donc, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, toute personne qui est sortie de l'hôpital et qui, pour différentes raisons, nécessite un contact plus direct avec le réseau peut téléphoner à cette centrale et immédiatement avoir les services d'une infirmière compétente qui va soit réagir à des demandes de services directs ou encore qui va répondre à des problèmes d'anxiété ou des choses comme ça. Donc, ce service d'écoute téléphonique a couvert, l'année dernière, plusieurs personnes et on a constaté que si ces personnes n'avaient pas été rejointes ou n'avaient pas pu rejoindre la centrale téléphonique - la plupart avait au-delà de 75 ans - au moins 60 % de ces personnes seraient retrouvées dans les hôpitaux. Ça, c'est un des volets où on a commencé à faire des choses.

Le deuxième, c'est ce qu'on appelle le SIMAD, le service intensif de maintien à domicile, où, à nouveau dans notre région, il y a 700 personnes qui ont été rejointes et on constate, quand on regarde le profil de la clientèle, que 75 % d'entre elles, c'est-à-dire 40 % d'entre elles avaient plus de 75 ans et qu'un autre 34 % étaient des malades en attente de placement.

Donc, si on regarde l'efficacité des mesures de ce service, on constate qu'il y en a 53 % qui ont retrouvé une capacité fonctionnelle. N'eût été de ce service, elles seraient retournées dans les hôpitaux. Alors, à votre question, qu'est-ce qu'on peut faire et qu'est-ce qu'on fait actuellement pour modifier le profil de consommation? Ce sont là les exemples qui se font.

**M. Chevette:** Au-delà de quelques expériences qui se font, actuellement, dans le cadre actuel budgétaire dans lequel vous oeuvrez, il y a un manque de ressources. C'est évident, au niveau des CLSC, tout le monde en convient, là-dessus on ne se chicane pas. On sait que la phase de consolidation n'a jamais été faite. Qu'est-ce que vous voulez? On a préféré y aller graduellement en implantant, sur une période d'ailleurs passablement longue. On a finalisé un réseau mais il n'est pas consolidé, si bien qu'il y avait même des disparités entre les services qu'on donne d'un CLSC à un autre. Ce qui explique, d'ailleurs, la méconnaissance que Charron, moi, je l'ai interprété de même... À Montréal, ils ont été les derniers, puis ils sont habitués à avoir des urgences qui débordent. En province, ce n'est pas la même chose, j'ai

compris que les Montréalais là-dessus ne pouvaient pas s'apparenter au reste du Québec, effectivement, mais ça peut fausser les chiffres d'un sondage.

Cela dit, je pense que, au-delà même des expériences que vous tentez, il va falloir que vous provoquiez vous aussi le débat, que vous le souteniez. Ce n'est pas vrai que ça doit partir exclusivement du politique. Parce qu'on aurait beau, comme Parlement, à mon point de vue, comme législateurs, lancer la plus belle opération d'une réforme, si on n'a pas sensibilisé... C'est ce que je reproche personnellement à la commission Rochon, pour votre information. Je reproche à Rochon, personnellement, de ne pas avoir profité des audiences publiques pour donner les aberrations du système et sensibiliser la population, l'amener à penser changements. On a préféré étudier, c'est le seul reproche, grand reproche, que j'ai à faire à la commission Rochon, qui a fait des études merveilleuses. Mais, à mon point de vue, elle aurait dû sensibiliser sur les aberrations du système, de sorte que la population aurait été très réceptive à des changements radicaux et en profondeur. Là-dessus, je m'arrête parce que j'aurais le goût de vous faire un bon discours. Mon collègue veut questionner, je m'arrête.

**M. Trudel:** C'était beau, mon collègue.

**M. Chevette:** J'étais bien parti, laissez-moi faire.

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

**M. Trudel:** Merci, M. le Président. D'abord, essayer de valider une statistique qui est apparue dans le décor depuis que l'on travaille sur cet avant-projet de loi. Ici, au Québec, on hospitalise 50 % de plus qu'ailleurs au Canada ou dans la plupart des autres pays industrialisés. Est-ce que vous avez déjà travaillé là-dessus?

**Mme Vaillant:** On institutionnalise, c'est dans les centres d'accueil d'hébergement, c'est la clientèle des personnes âgées. Effectivement, le taux d'institutionnalisation est autour de 7,2 %. Il y a quelques années, il était à 8 % et, dans plusieurs pays occidentaux, il est à 4 % ou à 5 %, ce taux d'institutionnalisation. Au ministère, on a parlé d'une norme, l'objectif qui a déjà été visé, c'était de ramener le taux d'institutionnalisation à 6 %. Et au niveau du placement d'enfants, il y a des données très solides là-dessus. Le Québec a un taux de placement d'enfants deux fois plus élevé qu'en Ontario et là-dessus, il y a également des données très très solides. Au niveau de l'institutionnalisation, on a un pattern d'institutionnalisation et il est plus élevé qu'ailleurs.

**M. Trudel:** Et compte tenu des coûts qui sont impliqués, c'est là que se crée d'abord la problématique financière, le support au réseau, de l'organisation des systèmes de la santé et des services sociaux.

**Mme Vaillant:** C'est sûr. Il y a différentes études, je ne les ai pas apportées qui ont été faites. Il y a eu une politique sur les personnes âgées qui a été élaborée et qui est sortie en 1985 et les analyses qui avaient été faites à l'époque démontraient que si... Voyez-vous, nous sommes à 10 % au niveau du vieillissement, il y a 700 000 personnes âgées, et en l'an 2000, on va être à 12 %. Donc, si on maintient notre taux d'institutionnalisation, prenez juste aujourd'hui, prenez 2 %, c'est 10 000 personnes de plus et on sait que, à partir du moment où une personne âgée est en institution, après six mois, un an, son milieu de vie est défait, on ne peut pas la retourner chez elle et ce sont des sommes récurrentes. Et ajouter à ça l'autre facteur qui est l'immobilisation, tout ce que ça coûte en termes d'immobilisation. Donc, si on fait une projection de coûts, il est évident que, si on ne change pas notre façon de faire, en l'an 2000 ce n'est pas 10 000 000 000 \$ que ça va coûter, ça va être 20 000 000 000 \$. Et pour parer à ça - échelonné sur une douzaine d'anges, d'après une projection qui a été faite à partir de la politique sur les personnes âgées - ça prendrait autour de 176 000 000 \$ qu'il faudrait injecter dans le maintien à domicile, d'ici l'an 2000, pour éviter l'institutionnalisation. Et en faisant ça, on épargne des centaines de millions en alourdissement, en CAH et en institutionnel.

**M. Trudel:** Et là-dessus, le problème ou la situation problématique commence à la porte d'entrée.

**Mme Vaillant:** Oui.

**M. Trudel:** Par quelle porte on entre? Est-ce qu'on entre par la porte de l'urgence de l'institution hospitalière - et, là, comme disait mon collègue, on s'embarque dans la filière médicale - ou on peut entrer par une autre porte? Est-ce que de façon réaliste vous pensez que, effectivement, au Québec, on puisse, au niveau des soins à recevoir, en arriver à entrer par une autre porte dans le système que l'urgence de l'hôpital?

**M. Bélanger (Jean-Pierre):** Je dirais, là-dessus, qu'il y a déjà 37 % des Québécois à chaque année qui rentrent par le CLSC. Et on ne prétend pas avoir un monopole sur ce qu'on appelle la première porte, entre guillemets. Mais ce qu'on sait, c'est que pour des problèmes de type liés au vieillissement de la population, aux problèmes de santé mentale, aux problèmes qui n'ont pas strictement de dimension médicale.

c'est qu'on est une porte d'entrée qui est efficace et ça, on est en mesure d'en faire la preuve avec les programmes qu'on a développés. Ils ne sont pas encore suffisamment connus, mais c'est une preuve qu'on est en train de faire de plus en plus à chaque année. Et simplement au rythme actuel, il n'est pas impensable que d'ici quatre ou cinq ans, ce soit pas mal plus que la moitié de la population du Québec qui fasse affaire avec son CLSC à chaque année.

**Mme Vaillant:** Là-dessus, je voudrais ajouter ceci. C'est que je pense qu'au niveau des services de base médico-sociaux, urgence mineure, 24-7, les CLSC devraient constituer la base du système, c'est-à-dire qu'on devrait d'abord avoir accès aux services du CLSC. Ils devraient être connus et ça devrait être la référence. Et les ressources plus lourdes, que ce soit l'urgence, que ce soit l'hospitalisation ou l'institutionnalisation, c'est du spécialisé, c'est à un autre niveau. Je pense qu'en faisant ça, on épargnerait beaucoup de coûts et ça permettrait aussi au citoyen de se retrouver quelque part, de se retrouver dans le système. Il sait où est son CLSC et il pourrait, à ce moment-là, y référer.

**Le Président (M. Joly):** Dernière question, s'il vous plaît, brièvement.

**M. Trudel:** Est-ce que vous pensez, finalement, que le ministère pour ne pas dire le ministre, que la planification de la dispensation des soins de santé et des services sociaux au Québec peut venir à bout du corporatisme, du rouleau compresseur des établissements de santé pour en arriver à inverser cette pyramide? Par quelle clé faut-il passer pour en arriver à enclencher ce renversement et ne plus céder au terrorisme?

**Mme Vaillant:** Là-dessus, nous sommes fondamentalement convaincus que c'est une volonté politique, c'est la décision d'un gouvernement. On est en démocratie. Et, là-dessus, je vous dirais, au-delà du fait que nous sommes la Fédération des CLSC, que, comme citoyens du Québec, nous n'avons pas le choix. C'est le bon sens. C'est le sens commun. Nous n'avons pas le choix. Et, à ce titre-là, il y a des conseils d'administration qui sont formés de citoyens. Il y en avait 450 lors de notre assemblée générale et eux vont parler et vont s'exprimer. Nous n'avons pas le choix.

**M. Payette:** Réponse brève à M. Bérubé.

**Le Président (M. Joly):** Oui.

**Une voix:** M. Trudel.

**M. Payette:** M. Trudel, excusez. C'est, je pense, en donnant plus de pouvoirs aux usagers,

aux citoyens qui participent dans des différents processus décisionnels. Je pense que ce serait une voie qui permettrait de pouvoir faire un meilleur équilibre entre les différents pouvoirs.

**M. Trudel:** Merci.

**M. Payette:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci bien. Au nom des membres de cette commission, je tiens à remercier les représentants de la Fédération des CLSC du Québec. Merci. Nous allons suspendre jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 13 h 6)

(Reprise à 15 h 10)

#### **Association des cadres intermédiaires des affaires sociales**

**Le Président (M. Joly):** Je vois que, déjà, les membres de, l'Association des cadres intermédiaires des affaires sociales ont pris place. Alors, j'apprécierais si la personne responsable pouvait s'identifier et aussi identifier les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît!

**M. Lessard (Jacques):** M. le ministre, M. le président de la commission, mesdames et messieurs membres de la commission, mon nom est Jacques Lessard. Je suis président de l'Association des cadres intermédiaires et je vais vous présenter les gens qui m'accompagnent. Tout d'abord, à ma gauche, M. Jasmin Bilodeau, qui est notre vice-président de la région du Saguenay, et, à ma droite, M. Laurian Lefrançois, qui est notre directeur général.

**Le Président (M. Joly):** Bonjour. Bienvenue à cette commission. Vous connaissez un peu la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous exposer votre mémoire et, par après, au sein du côté ministériel que du côté de l'opposition, on se réservera le plaisir, le loisir de vous poser les questions d'usage. M. Lessard.

**Une voix:** Et hors d'usage.

**Le Président (M. Joly):** Et hors d'usage, occasionnellement. Ha, ha!

**M. Lessard:** Comme nous vous l'avons indiqué dans le mémoire que nous vous avons fait parvenir en janvier, notre association est formée de cadres de niveau intermédiaire à l'emploi des établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui se sont regroupés en vue de promouvoir et de défendre leurs intérêts socio-économiques.

Nous nous présentons donc devant vous

aujourd'hui en tant que représentants de 6800 cadres intermédiaires du réseau soucieux de leurs conditions de travail et de l'impact que pourraient avoir sur leur carrière, leurs conditions de travail et la sécurité de leurs emplois, certaines dispositions législatives contenues dans l'avant-projet de loi.

Nous n'avons pas sollicité de mandat autre auprès de nos membres et si nous devons, dans le feu de la discussion, dépasser le champ des relations du travail, nous ne parlerions qu'en notre nom personnel. Par contre, nous avons effectué deux tournées en région dans la dernière année et nos propos seront ceux des cadres intermédiaires du réseau quand il sera question des relations du travail. Ainsi, nous sommes particulièrement à l'aise de dire que les cadres intermédiaires que nous représentons jugent être traités avec considérablement moins d'égards que ne le sont les autres employés de l'État, syndiqués et cadres. Ils fondent, en conséquence, beaucoup d'espoir sur l'ouverture créée par l'article 352 et surtout sur l'ouverture d'esprit du ministre à s'en prévaloir pour corriger les iniquités dont ils font l'objet.

En effet, sous prétexte qu'ils font partie de la direction, qu'ils représentent l'employeur auprès des employés d'exécution et parce que c'est sur eux que l'employeur se complait à se rabattre en tout temps, surtout dans les périodes difficiles, parce que ce sont les employés les plus dévoués à la poursuite des objectifs de nos établissements et organismes, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les associations d'employeurs n'ont jusqu'à maintenant pas cru bon de faire le nécessaire pour que le gouvernement leur accorde les conditions d'emploi qu'il a accordées d'emblée aux cadres des autres réseaux et dont il a convenu avec les centrales syndicales pour les employés d'exécution de tous les secteurs, incluant ceux de notre réseau.

Le monologiste Yvon Deschamps, dans son annonce publicitaire sur le port de la ceinture de sécurité, avait une phrase qui décrivait bien ce que les cadres du réseau ressentent comme message de la part des décideurs de leurs conditions de travail. Cette phrase est la suivante: Je t'attache parce que je t'aime.

**Une voix:** Cela dépend...

**M. Lessard:** Ha, ha, ha! Espérons que l'article 352 permettra au ministre de mettre un terme à cet excès d'amour qui a trop duré, quant à nous.

Le projet de loi prévoit des changements considérables de structure, des déplacements importants de niveaux de décision. L'implantation de toutes ces nouveautés créera sans doute des remous violents susceptibles de perturber la dispensation quotidienne des services dont les cadres intermédiaires de nos établissements sont responsables au nom de leurs employeurs.

Il sera donc très important que leur collaboration entière soit acquise durant toutes les phases de changement qui prendront place. L'incurie du réseau à leur égard en matière de formation, de perfectionnement, d'accessibilité de moyens pour le maintien à jour de leurs connaissances tant professionnelles qu'administratives, le peu de souci pour leurs conditions d'emploi, bref l'absence flagrante de considération du réseau en contrepartie de l'allégeance indéfectible qu'il exige d'eux ne sont sûrement pas des atouts pour le réseau dans le contexte des changements à venir.

Les cadres intermédiaires sont les bougies d'allumage du fonctionnement journalier de nos établissements. Ce sont, entre autres, des motivateurs. Et l'on sait combien la motivation est importante pour le succès de toute entreprise. Le moins qu'on pourrait faire pour assurer que les changements s'opèrent sans heurts et que les services ne se détériorent pas durant la période de transition et d'adaptation serait de faire en sorte qu'on traite les motivateurs de telle façon qu'ils soient d'abord eux-mêmes motivés. Ils sont incapables de transmettre à d'autres autre chose que ce qu'on leur aura donné à transmettre.

Nous tenons évidemment pour acquis que vous êtes tous parfaitement familiers avec la teneur de notre mémoire. Nous vous ferons donc grâce d'en reprendre maintenant tout le contenu, à moins que vous n'en exprimiez le désir. Nous sommes à votre entière disposition pour en discuter et pour répondre, si possible, à toutes les questions que vous voudriez nous adresser.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci beaucoup. Dans un premier temps, pour bien nous situer, 6800 cadres intermédiaires, c'est passablement de monde. Ça se ventile comment? Excusez mon ignorance, je suis un petit nouveau, j'arrive au ministère.

**M. Lefrançois (Laurian):** Il y a évidemment, M. le ministre, plus de cadres intermédiaires que ceux qui sont membres chez nous, mais 6800 représentent les cadres qui sont membres chez nous à l'heure actuelle. Ça se répartit, au niveau des types d'emploi, à peu près dans tous les secteurs d'activité. Ce sont des infirmières-chefs, des chefs-techniciens de radiologie, des technologues médicaux, etc., les cadres aussi dans les divers services auxiliaires, financiers, de personnel. Les seuls qui ne sont pas aussi bien représentés que d'autres groupes, à l'intérieur de notre Association, sont les cadres des services sociaux. Pour le reste, nous sommes présents dans toutes les sphères d'activité et dans tous les établissements ou presque.

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans le résumé qu'on m'a fait de votre mémoire, il y a des bouts très forts; autant y aller dès maintenant sur le plan de la reconnaissance. On est ici pour aborder les vrais problèmes et ne pas tenter de se conter de peurs, mais de se dire la vérité. Donc, on va peut-être finir par s'attacher et ça va être mutuellement vrai. Donc, on va s'aimer.

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

**M. Chevrette:** Pas de passe-droit à l'Assemblée nationale.

**M. Côté (Charlesbourg):** On parlait presque de négligence du MSSS envers ses cadres en matière de développement professionnel, dans la définition des conditions de travail, de la stabilité d'emploi, ce qui en résulte une crédibilité de la part du ministère pas très grande vis-à-vis des cadres intermédiaires. Donc, ce que vous nous dites, c'est qu'historiquement - j'imagine que ce n'est pas depuis mon arrivée - il y a, à ce niveau, un désintéressement quant à la formation des gens que vous représentez et vous ne vous sentez pas appuyés et vous ne vous sentez pas respectés. Je comprends que c'est ça. J'aimerais en entendre un petit peu plus. Comme je suis un gars qui a aussi enseigné l'histoire pendant quelques années, et que ma formation est d'abord celle d'un historien, juste pour ma culture personnelle, sachant que l'histoire, c'est très important sur le plan des données pour être capable de bien analyser et tenter d'éviter des erreurs dans le futur, j'aimerais vous entendre un petit peu plus là-dessus, de manière plus précise.

**M. Lefrançois:** Dans ce cas-là, je pense que la façon la plus facile serait de le décortiquer par les éléments que vous avez soulevés. D'abord, en matière de formation, de perfectionnement, de développement en général, je pense que c'est facile de constater que le réseau a été très faible. Le mot "négligence", je ne pense pas qu'il soit exagéré, en l'occurrence, quand on sait, par exemple, que le même gouvernement dans le fond, qui alloue des montants dans les divers secteurs a cru bon, par exemple, d'investir dans l'éducation 250 \$ par tête de cadre, alors que, dans la fonction publique, il a jugé que c'était encore plus important et il a investi annuellement 300 \$. et ça, historiquement, dans les dernières années. Et dans notre réseau, directement du ministère, ça représentait 23 \$. mais avec les contributions des établissements, dans certains cas, ça peut avoir monté à une moyenne d'environ 42, 50 \$ par année, qui sont investis par tête de cadre pour la formation et le développement et, évidemment, le maintien à jour des connaissances. C'est donc...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je comprends, c'est que c'est surtout lorsque vous vous comparez à d'autres secteurs du gouvernement. Ne nous en donnez pas plus qu'ailleurs, mais au moins traitez-nous comme les autres secteurs du gouvernement traitent leurs cadres intermédiaires.

**M. Lefrançois:** Oui, mais le malheur que ressentent les cadres n'est pas exclusivement en vertu de la comparaison qui se fait ailleurs. C'est vraiment leurs besoins à eux qu'ils sentent négligés. Vous savez, le scénario habituel qu'on a connu dans le réseau, et il faudrait retourner un petit peu plus loin, ça prendrait plus de temps qu'on n'en a probablement, mais vous savez d'où vient le réseau, comment il a été bâti, et il a conservé au moment de sa mise en marche des acquis qui... Il y a eu un héritage qui lui est arrivé par les établissements qui étaient déjà en place, et le mode de recrutement, le type de personnel qu'on recrutait, à ce moment-là, était peut-être différent. Sans vouloir minimiser, je pense que ces gens-là y ont mis tout leur cœur et ils ont très bien fait, mais les critères qu'on avait dans ce temps-là n'étaient pas les mêmes - d'ailleurs, pas plus au niveau de la santé que dans le resto de la société. C'était grandement différent. Le moins qu'on aurait pu penser, c'est que ce réseau-là, qui est en constante évolution, je dirais en ébullition, quasiment, du point de vue technologique, sous tous les rapports, n'a pas cru bon de faciliter pour son personnel-cadre le maintien à jour des connaissances ou encore des percées dans les nouvelles techniques. Ça a été vraiment très minime ce qu'il a investi là. Et ce qu'on a vécu dans les dernières années, c'est que plusieurs cadres se font dire: Bien, je regrette, tu étais bien correct quand tu as été engagé, quand tu as été promu cadre, mais aujourd'hui, bien, tu es dépassé. Et on prend tous les moyens pour s'assurer qu'on va le remplacer. Alors, ce qu'on a institué, ce sont des mesures de stabilité d'emploi, dont on pourra parler tout à l'heure, mais qui, à toutes fins pratiques, ne rendent pas justice à des gens qui, par rapport à la longévité qu'ils ont dans le réseau, le peu de ressources qui ont été consenties pour les aider à se maintenir à jour dans leurs connaissances... Parce que vous savez, ce qui est vécu, ce n'est pas nécessairement qu'on va manquer de fonds, ce ne serait pas la seule raison, mais le cadre qui voudrait avoir quatre jours, par exemple, pour aller suivre un cours de perfectionnement, plus souvent qu'autrement, il se fait dire: Bien, tu ne peux pas y aller, on a bien trop besoin de toi. C'est ça, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** On va tenter de fouiller un petit peu plus loin parce qu'il y a deux points dans le... Pas seulement deux, mais je vais en prendre deux en particulier, compte

tenu de l'importance du sujet, on va tenter de les fouiller davantage. Parce que dans le mémoire il est dit quelque part "désintéressement du MSSS vis-à-vis des cadres de son réseau, politiques qui ont poussé certains employeurs locaux à faire vivre à leurs cadres des conditions qui seraient jugées inacceptables dans la plupart des milieux de travail." C'est ça que vous évoquiez, tantôt?

**M. Lefrançois:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Sur le plan de la formation et du...

**M. Lefrançois:** Et sur le plan aussi des méthodes administratives pour remplacer les gens, et quand je parle...

**M. Côté (Charlesbourg):** Une petite réforme administrative, là.

**M. Lefrançois:** Oui, bien...

**M. Côté (Charlesbourg):** Une petite réforme administrative, à ce qu'on comprend, en règle générale. Je ne t'aime pas la face, je te fais une réforme.

**M. Lefrançois:** Oui, des réorganisations, des trucs comme ça, parce qu'on n'a pas vraiment de données suffisantes pour justifier un congédiement. Les mesures de stabilité d'emploi étant là, bien, c'est une porte qui permet quand même d'atteindre des fins. Il y en a qui le font par maladresse, mais d'autres, ce sont des qualités moins grandes.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je comprends.

**M. Lefrançois:** Par caprice, des fois, aussi.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est parce qu'on a un système qui n'est pas tout à fait correct. Quand tu demandes au ministère de payer à 100 % les deux ans, tu peux te permettre, au niveau des administrations locales d'établissement, de faire une réforme sur le plan administratif s'il y a quelqu'un dont tu n'aimes pas la face. Évidemment, ça coûte 12 000 000 \$ par année au gouvernement, ça. Je serais peut-être prêt à penser que ces 12 000 000 \$, on pourrait en prendre une bonne partie pour former notre monde un peu plus, avec le même argent. Il y a des messages qui ont été envoyés au réseau, il n'y a pas tellement longtemps. Je ne sais pas si vous avez vu circuler les lettres, mais ça m'a frappé quand je suis arrivé. Je trouvais que c'était passablement d'argent uniquement pour faire des réformes administratives. Parce que ça peut arriver, des bonnes réformes administratives.

**M. Lefrançois:** C'est exact.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et ça peut arriver aussi qu'il y ait des gens en poste qui n'ont pas tout ce qu'il faut pour être capables d'occuper le poste et qui n'ont pas effectivement évolué. Mais il faut au moins donner la chance à notre monde de suivre la formation qu'il faut. Je pense qu'avec la même source, le même argent, on est capables d'en mettre davantage sur la formation au niveau des cadres intermédiaires et même Supérieurs et ça, ça pourrait être intéressant. C'est pour ça que je voulais vous, le faire préciser: Mais ce que j'ai compris, ce n'est pas fait de manière égale partout. Vous dites bien: "qui ont poussé certains employeurs locaux - certains employeurs focaux, donc, pas tous - à faire vivre à leurs cadres des conditions qui seraient jugées inacceptables dans la plupart des milieux de travail." Donc, ce n'est pas partout. Est-ce qu'on généralise ou si ce n'est pas partout?

**M. Lefrançois:** Non. Il ne faudrait surtout pas généraliser parce qu'on ne classerait pas quand même le nombre d'employeurs, je n'utiliserais pas de qualificatif, autres que ceux qui seraient visés là-dedans. Ce n'est pas vraiment la majorité, c'est clair. Ce sont des gens marginaux. Mais pour nous, lorsque tu lances, un taureau dans une arène avec des gens vulnérables en avant, peu importe le nombre de taureaux; c'est le nombre de gens qui se font enfourcher qui compte. Et, quand il y en a un, il y en a déjà un de trop. Ça, c'est notre point de vue à nous.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je comprends, c'est que c'est une situation, mais qui n'est pas généralisée, qui est quand même présente dans le réseau et ça, ça...

**M. Lefrançois:** Qui est présente, oui, mais pas généralisée.

**M. Côté (Charlesbourg):** Lorsque les mandats de D. G. sont abordés, deux mandats de quatre ans, vous semblez avoir beaucoup de réticences vis-à-vis de ces mandats-là. J'aimerais peut-être vous lire mon petit résumé pour qu'on se comprenne bien: "Cetté nouvelle, orientation amène-rait possiblement des défis différents et nouveaux pour les D. G. Cependant, un nouveau directeur général amène des changements de vision, de méthodes de travail, de relations interpersonnelles, la remise en cause de leur utilité pu celle de leur poste au sein de l'établissement. Cette approche pourrait s'avérer intéressante pour les personnes en fin de carrière." Bon, ça, ça veut dire que c'est une pratique qui serait bonne pour dire à quelqu'un qu'il lui manque quelques années avant d'avoir sa pension, libéré par le haut et avoir de l'air frais eh bas. Est-ce que c'est uniquement dans ces cas-là que deux mandats de

quatre ans au niveau du réseau, ce serait bon?

**M. Lefrançois:** La façon dont on l'a présenté, M. le ministre, c'était plutôt à l'inverse. Ce qu'on disait, c'est qu'il va être difficile d'attirer des gens qui n'avaient pas dans leur plan de carrière de prendre leur retraite après un mandat de deux ans, parce qu'on sait que le record du réseau pour replacer son monde, il n'est pas très glorieux. Ce n'est pas le manque d'efforts de certains, mais il n'en reste pas moins qu'il n'y pas lieu de commencer à se promener avec des étendards pour se glorifier de notre record. Alors, je me disais: La confiance que les gens vont avoir face à ce réseau-là pour pouvoir se déplacer d'un établissement à l'autre et aspirer, lorsqu'ils vont devoir quitter un poste, s'assurer qu'il va y en avoir un autre sur lequel ils auraient une certaine priorité, quand même. Là, on ne parle pas d'un individu qui n'a pas donné de bons services. On parle d'un individu qui est rendu à un terme en fonction d'un calendrier, qui peut être utile pour le réseau aussi en raison de son expérience. Tout ça, on dit: Bien, en plus de ça, à moins que tu n'insères ça dans une planification de carrière où il est bien prêt à se faire hara-kiri au bout de la ligne, on n'attirera pas les gens qu'on voudrait.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce qu'il n'y a pas un danger de routine après huit ans?

**M. Lefrançois:** Je pense qu'il y a un danger, mais de la même façon qu'on disait qu'on ne généralisait pas les comportements des établissements, je pense qu'on ne pourrait pas non plus généraliser le comportement de ces individus-là. Il y en a que, moi, je connais, qui sont dans leur établissement depuis au-delà de huit ans à l'heure actuelle et qui se tirent très bien d'affaire, je peux vous le dire. (15h30)

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous êtes des observateurs quotidiens de ce qui se passe dans notre réseau. À un moment donné, au début de la commission, j'ai posé une question: Qui décide et qui mène? Ça me paraît être - en tout cas, je la juge moi-même - une bonne question parce que, normalement, qui décide? C'est le conseil d'administration de l'établissement. Qui mène, normalement? Ça devrait être aussi le conseil d'administration de l'établissement. Mais ce n'est pas évident. Il y a, donc, le pouvoir médical, il y a le pouvoir du D. G. et il y a peut-être un autre petit pouvoir ailleurs, là. Ça a toujours été voulu dans un rapport de forces pour être capable d'équilibrer un certain nombre de choses. Ce n'est pas évident que tout ça se fait partout et ça implique un certain nombre de problèmes. Chacun bâtit sa chapelle, évidemment, à l'intérieur du système. Et, évidemment, de rester plus de huit ans, ça crée des chapelles. Je comprends le problème que vous soulevez. Si on veut attirer

les meilleurs éléments comme directeur général d'un centre hospitalier ou d'un établissement du réseau, il faut, à tout le moins, nous garantir une sécurité. Bon! La seule sécurité qu'on nous garantit maintenant, c'est deux ans après, s'il s'en va, au maximum. Mais si on était dans une situation où, effectivement, on garantit un bassin de récupération, dans un bassin, et, à ce moment-là, qu'ils puissent avoir la sécurité d'emploi, mais qu'ils puissent être utilisés ailleurs dans le réseau, un peu comme on a fait dans le cas de l'éducation avec certains professeurs, est-ce qu'on ne serait pas dans une situation où la sécurité serait là? On pourrait, effectivement, attirer des bonnes personnes, mais ça permettrait un certain changement au niveau de certaines administrations qui serait salubre. Ce serait salubre. Est-ce que vous ne croyez pas que ça pourrait être une mesure intéressante au niveau des D.G.?

**M. Lefrançois:** Là, je dois admettre que la réponse que je vais vous donner, elle est plus un sentiment personnel.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, je comprends.

**M. Lefrançois:** Je pense que si on tient compte des problèmes que les gens ont à vivre et qu'on ne les flanque pas dans une situation où ils vont, invariablement, se retrouver devant un gouffre, mais qu'on dise: On t'offre aussi des moyens de t'en sortir une fois que c'est terminé, je pense bien que vous attireriez des gens dans le réseau qu'il serait intéressant d'avoir. Il est possible, par contre, que dans cette optique-là le mode de sélection, le triage doive être vu différemment qu'un triage local, à ce moment-là. Ce serait plus une banque qui aurait un caractère provincial. Donc, le triage devrait aussi avoir un caractère qui s'apparente à ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que je me trompe en disant, vu de votre point de vue, et je ne vous défends pas... Ce n'est pas... Je pense que vous avez le droit de défendre votre point de vue à vous autres et celui des gens que vous représentez, là. Est-ce que vu de votre point de vue, la plus grosse inquiétude vis-à-vis de la fin d'un D.G. pour un établissement au bout des huit ans, c'est le changement que ça implique? Une nouvelle personne qui arrive, avec des nouvelles méthodes, qui n'aimera pas la face d'Untel, qui va aimer mieux travailler avec un autre, ça fait dès bouleversements au niveau des cadres intermédiaires. Est-ce que ce n'était pas un peu cette crainte-là qui...

**M. Lefrançois:** C'est une très grande crainte, M. le ministre, et je vais vous dire qu'on a constaté... C'est ça, ce n'est pas une épidémie là, mais on a constaté fréquemment que le changement d'un directeur général signifiait, à

brève échéance, le changement de toutes les têtes de direction et, à brève échéance encore, d'un grand nombre de cadres intermédiaires, selon chacun des directeurs arrivés là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que vous avez des statistiques là-dessus, sur les D.G. qui ont changé dans une institution et sur ce que ça a amené par la suite, en termes de changement de cadres intermédiaires? Est-ce qu'il y a eu des études de faites là-dessus par votre association ou... À ce que je comprends, c'est que ça a un impact assez important. On dit presque là: Un D.G. va amener, dans une période de temps x, le changement de presque tous les cadres intermédiaires. C'est ça que ça veut presque dire.

**M. Lefrançois:** Malheureusement, on n'a pas de statistiques là-dessus, mais disons que si vous lancez comme idée...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Lefrançois:** ...que le directeur général va changer dans tel établissement, la réaction qui va vous venir, c'est presque une réaction naturelle, c'est: Oui, il va y avoir des changements tout à l'heure, hein? Ça fait que...

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, on est dans un réseau, soyons égoïstes un petit peu. De mon point de vue à moi, on va parler de nos problèmes de santé et de services sociaux. Vous êtes des observateurs au carrefour de l'activité qui se passe dans tout le réseau d'établissements. Est-ce qu'on n'a pas un problème fondamental de mobilité de la main-d'oeuvre gelée par les conventions collectives? S'il y avait une plus grande mobilité de notre main-d'oeuvre, est-ce qu'on serait capables de faire face davantage à la musique, ou si ce manque de mobilité ne nous crée pas des problèmes énormes sur le plan du fonctionnement?

**M. Lefrançois:** Ça cause des problèmes, c'est évident. Moi, ce que j'identifiais plus tôt, c'était le cloisonnement des tâches, cloisonnement qui est tellement hermétique que tu peux avoir une personne qui tricote d'un côté puis l'autre qui ne fournit pas à répondre du téléphone, mais il y en a une qui, au moment où ça survient, n'a pas de travail à effectuer et l'autre s'adonne à en avoir trop; là, c'est qu'on entre dans un domaine qui dépasse largement, dans le fond, les conventions collectives. On rentre dans un domaine qui a trait au comportement des individus les uns envers les autres, vous savez ce que je veux dire. Si vous voyez votre voisin se noyer, vous allez sauter à l'eau pour le sauver. Ce n'est pas évident, par exemple, que tout le monde va faire la même chose. C'est un peu ça. Il y a beaucoup de comportements comme ceux-là qu'on attribue peut-être aux conventions collée-

tives, mais qui relèvent beaucoup plus, je pense, de l'attitude des gens.

Maintenant, c'est quoi? C'est de la motivation, c'est que les gens n'y retrouvent pas une sécurité qu'ils ont besoin d'avoir, je ne sais pas exactement c'est quoi. Mais, effectivement, il y a un problème là qui, peut-être, commence à se régler par un découplage qui est rendu excessif des tâches.

**M. Côté (Charlesbourg):** Comme le temps presse toujours, une dernière petite question. Vous parlez du directeur des soins infirmiers et, si j'ai compris, vous demandez une précision, de préciser. J'aimerais savoir la nature de la précision que vous souhaitez et quels sont les problèmes qui seraient réglés par la nature des demandes que vous faites au niveau du directeur des soins infirmiers, en particulier.

**M. Lefrançois:** En tout cas, la chose qu'on voulait souligner, c'est qu'on précise certains rôles de façon claire, puis on arrive aux soins infirmiers et on donne juste... On ne donne pas la rue, on donne la ville, point à la ligne, puis c'est juste. On sait que, dans certains cas - ce n'est pas nécessairement répandu puis vécu difficilement - le fait de laisser cette zone grise qui n'affirme pas que le directeur des soins infirmiers, en matière de soins infirmiers, est à la fois le responsable et l'autorité, je pense que c'est quelque chose, c'est une zone grise qui ne devrait pas exister. On a la chance, là, tant qu'à y être. En tout cas, on a déjà constaté, dans les établissements, que ça causait un problème, que la direction des soins infirmiers n'ait pas toute la liberté de choisir les modes d'intervention de nature soins infirmiers, et on s'entend toujours. Et je pense que cette profession a droit aux mêmes égards, à l'intérieur de la loi, que les autres professions. Je pense qu'elle doit être aussi respectée parce qu'elle le mérite.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître le leader de l'Opposition et porte-parole officiel en matière de santé.

**M. Chevrette:** Merci. À vous écouter, je croyais me retrouver il y a deux, trois ans, 1987, je pense, 1986. Vous avez dit à peu près la même chose, semblable à ça. J'ai lu le mémoire de ceux qui vont vous suivre, c'est à peu près la même chose aussi. Il y a un point que je partage beaucoup c'est, effectivement, au niveau de la santé et des services sociaux, au Québec, il n'y a pas eu cette reconnaissance du droit à la formation continue. J'appellerais ça de même, moi, peut-être. J'ai toujours trouvé inconcevable qu'en éducation, par exemple, on puisse avoir 1 % du budget, par exemple, à la CEQ, des sommes assez importantes qui permettaient annuellement d'en-

voyer des enseignants, à 80 %, ou selon différentes modalités - je ne sais pas si ça a été modifié - on avait de l'argent pour le perfectionnement de son personnel et au niveau de la santé, ça n'a jamais été pris pour acquis. S'il y a un secteur où la technologie évolue, où les méthodes changent, c'est bien dans le domaine de la santé et des services sociaux. Et moi, je suis extrêmement sympathique à vos revendications dans ce secteur-là. C'est pour ça que je ne parlerai à peu près pas de votre mémoire, je vais vous parler des aspects dont vous ne traitez pas dans votre mémoire mais qui ont fait l'objet de commentaires d'autres groupes et peut-être qu'étant donné que vous regroupez des cadres intermédiaires de plusieurs groupes, ça peut nous permettre d'avoir une impression ou un son de cloche différent.

Je voudrais vous parler de décentralisation. On sait que l'avant-projet de loi parle de régie mais ne dit pas nécessairement que c'est une décentralisation certaine. Ça peut être des régies qui assument une déconcentration et non pas nécessairement une décentralisation. Donc, je voudrais savoir, comme cadres intermédiaires, en tant qu'association de cadres intermédiaires, qu'est-ce que vous pensez de la décentralisation. Est-ce que vous êtes pour une décentralisation réelle ou si vous êtes, dans un premier temps, pour une déconcentration du ministère, comme d'autres ministères d'ailleurs le sont. Je pense au MLCP, c'est un ministère qui est déconcentré en région, il y a des bureaux du MLCP un peu partout dans chacune des régions. La santé, avec les CRSSS, est-ce qu'on peut parler d'une déconcentration? Je ne suis même pas sûr qu'on puisse aller jusque là. Je ne pense pas que les CRSSS... C'est plutôt un rôle consultatif. Ils acheminent après les... Ils ont l'illusion de certains pouvoirs en tout cas, pour être plus précis. Mais, vous autres, vous préconisez quoi? Déconcentration ou décentralisation?

**M. Lefrançois:** Je dirais plutôt... On serait portés à aller plutôt vers la déconcentration. Par contre, on ne la venait pas sans, au départ, un bon encadrement législatif et aussi, évidemment, au niveau du ministre, des pouvoirs qui permettent de fixer des objectifs qui sont de nature provinciale et qui puissent avoir aussi les moyens de les faire respecter sur l'ensemble du territoire. Mais c'est sûr que si on arrive au niveau des régions, comme il a déjà été fait, il y a eu un peu une décentralisation mais, dans le fond, on a décentralisé les problèmes sans décentraliser les solutions ou la possibilité d'amener des solutions. Le mérite qu'on voyait dans le présent projet de loi, c'est quand même qu'il y avait un alliage des deux. Il n'y avait pas seulement une décentralisation des problèmes ou l'identification des problèmes etc, mais également une déconcentration des pouvoirs pour arriver à les régler.

**M. Chevette:** Je ne suis pas sûr qu'on se comprend. Je vais reprendre ma question parce qu'une déconcentration des pouvoirs, ça peut vouloir dire une décentralisation. On n'a peut-être pas le même langage ou le même sens des mots. On ne donne peut-être pas le même sens aux mots mais selon vous... Je vais y aller différemment: Est-ce que c'est à la région, à partir d'une enveloppe globale, à décider de ses priorités, de l'affectation de son argent, ou si c'est au ministre ou au ministère ou au gouvernement à dire: Voici, c'est tant pour la santé, tant pour les services sociaux, tant pour le communautaire, tant pour ci, tant pour ça? Est-ce que c'est à la région? Et, selon votre réponse, je vous dirai que moi, dans mon jargon, ça pourrait être déconcentration ou décentralisation, mais je pense qu'on ne s'entend pas sur le sens du mot.

**M. Lefrançois:** C'est vraiment une question qui m'embête parce que je n'ai jamais posé la question à d'autres du réseau là-dessus.

**M. Chevette:** Si vous préférez ne pas répondre, ne répondez pas.

**M. Lefrançois:** Non mais c'est que... Ce serait purement personnel mais en tout cas...

**M. Chevette:** Vous êtes là comme individu aussi, envoyez donc!  
(15 h 45)

**M. Lefrançois:** En principe, je pense que la région est mieux placée pour identifier les besoins à son niveau et les régions sont tellement différentes l'une de l'autre au Québec que c'est clair que la région est mieux placée dans à peu près tous les cas. Mais cela étant dit, si elle a identifié le problème et qu'elle a la volonté de le régler - et ça, c'est au ministre de s'en assurer, par contre, de cette question de volonté...

**M. Chevette:** Sur la responsabilité ultime, on s'entend. Moi, je pense que vous avez raison. Il n'y a personne qui remet ça en question.

**M. Lefrançois:** D'accord, et que les budgets soient aussi envoyés dans les régions, mais pas sans aucun paramètre. Je veux dire, il y a quand même des risques d'erreur au niveau d'une utilisation rationnelle. Il doit y avoir un "ball-park" qui est défini. Les budgets devraient être confiés aux régions, tel qu'il était prévu dans le projet de loi. Là, on ne décentralisera pas seulement les problèmes, mais également les moyens de les solutionner et c'est la seule façon.

**M. Chevette:** Est-ce que vous croyez qu'on doit aller jusqu'à décentraliser les enveloppes de la RAMQ? Elle est pas pire, comme question, hein?

**M. Lefrançois:** Ouais! Non, là-dessus, je pense que je n'irai pas là, non. Je dois dire que, dans le fond, c'est une question quand même de...

**M. Chevette:** De quelques dollars. Ha, ha, ha!

**M. Lefrançois:** Oui, sauf que c'est une chose que de passer une commande et une autre chose que de faire le chèque pour payer. Ce sont deux choses différentes.

**M. Chevette:** Oui, mais le citoyen de l'Abitibi ou de la Gaspésie, il paie les impôts. Et ce n'est pas parce qu'il est en Abitibi qu'il paie moins cher d'impôt.

**M. Lefrançois:** Ah non! Ça, je...

**M. Chevette:** Est-ce qu'il n'aurait pas droit, par exemple, à un per capita identique au Montréalais, dans sa région, pour se faire traiter, à une qualité de services? Ce n'est pas une question de faire un chèque, une facture. Je ne suis pas d'accord avec vous pantoute. C'est une question d'équité. Je viens d'une région et je n'ai pas honte de dire ça. S'il y avait des gens de Montréal qui se levaient dans la salle, je dirais: Messieurs, vous ne payez pas plus cher d'impôt que moi. Ils s'écraseraient probablement.

**M. Lefrançois:** Évidemment, vos propos ont de l'allure, sauf que la réalité...

**M. Chevette:** Je vous remercie bien.

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

**M. Chevette:** Je n'en doutais pas.

**M. Lefrançois:** Je n'étais pas là seulement pour vous dire des bêtises, quand même.

**M. Chevette:** Non, non, je sais bien. J'espère.

**M. Lefrançois:** Mais il y a des réalités avec lesquelles il faut vivre. D'abord, attirer un groupe équivalent de médecins per capita en Abitibi, ce n'est pas aussi facile. D'ailleurs, on en avait parlé déjà dans certaines interventions auprès de Mme Lavoie-Roux, par exemple, qu'il y avait lieu, peut-être, de contingerter au niveau des internes et des résidents. Tu aurais moins de difficultés à envoyer quelqu'un en Abitibi après s'il provient déjà de là. Mais ce n'est pas facile quand même de convaincre un gars qui a été élevé dans la région de Montréal d'aller oeuvrer à Gaspé. Alors, le résultat, c'est que...

**M. Chevette:** Ah! Là, je vous arrête. Je

suis quasiment scandalisé par ce que vous dites.

**M. Lefrançois:** Soyez-le parce que...

**M. Chevette:** Et je vais vous expliquer pourquoi. Moi, je suis enseignant. Quand il n'y avait pas d'enfants à Montréal, si je voulais enseigner, j'allais en Abitibi. S'il n'y avait pas d'enfants à Montréal, il fallait bien que j'aille sur la Côte-Nord, s'il y avait seulement là qu'il y avait des besoins. Pourquoi les médecins iraient-ils où ils voudraient alors qu'il y a des besoins ailleurs? Là-dessus, je m'excuse, il va falloir faire un débat de société. S'il y a une profession qui veut se cantonner à Montréal pour avoir 1 par 400 ou 1 par 300 habitants et qu'ailleurs on en a 1 par 2000 ou par 3000, je m'excuse, c'est le rôle d'un État de répartir les ressources. Et ce n'est pas parce qu'ils veulent aller tous là. Moi, c'est pour ça que je suis un des tenants très forts des enveloppes de la RAMQ, que ça aille au niveau des régions. Il faut arrêter de maintenir les iniquités qui se perpétuent. Si on laisse ça au vouloir d'une profession, qu'est-ce qu'on va faire? On ne fera jamais rien. Est-ce que ça a de l'allure, ça aussi?

**M. Lefrançois:** Ça a de l'allure, évidemment. Mais H ne faut jamais oublier quand même qu'actuellement... En tout cas, tant et aussi longtemps que ce ne sera pas changé, c'est que nos médecins sont quand même des entrepreneurs privés.

**M. Chevette:** Payés par le public, monsieur.

**M. Lefrançois:** Oui, mais pas à salaire.

**M. Chevette:** Là, je rebondis une autre fois. Un médecin a beau être privé, ce sont les deniers, les impôts publics qui le paient. Et le rôle d'un État, quelle que soit la couleur du gouvernement, c'est de faire en sorte qu'il y ait une équité dans les services de santé. Je ne parle pas dans la surspécialisation - on ne peut pas en mettre partout - mais des spécialités de base; je pense qu'on doit chercher à ce que chacune des régions du Québec reçoive une qualité assez identique de services. Et ça, c'est le mythe, la peur des lobbies tout puissants. Et tant et aussi longtemps qu'on va réfléchir de même, on ne changera rien. Le jour où on va prendre le taureau par les cornes, on va changer des choses. Vous ne croyez pas ça?

**M. Lefrançois:** Je suis entièrement d'accord avec vous sur ce que les régions doivent avoir comme services. C'est clair que ce n'est pas à cause que l'individu demeure à Gaspé ou à Saint-quelque-chose le long du fleuve, où il n'y a absolument rien, qu'on lui accorde pour autant un dégrèvement d'impôt. Bien plus que ça, s'il voulait se faire traiter dans le passé, il payait

son avion puis son autobus pour venir se faire traiter à Québec. Ça, vraiment, c'est criant comme manque de justice dans ce système-là. Je pense qu'il y a des mesures qui ont été prises, d'ailleurs, tout récemment, pour contrevenir, quand même, dans la mesure du possible, à ça.

**M. Chevette:** Je vais poser une question à votre président. Quelle est la place que vous voyez, la place du communautaire? Comme cadre intermédiaire, vous avez à voir oeuvrer le communautaire dans le domaine de la santé et services sociaux; quelle est la place que vous y voyez, à ce réseau du communautaire?

**M. Lessard:** Qu'est-ce que vous entendez par communautaire?

**M. Chevette:** Les organismes, les ressources alternatives en santé, que ce soit en santé mentale, que ce soit à l'organisation du communautaire, vous avez à oeuvrer souvent avec des dirigeants d'organismes, vous êtes sans doute appelé, comme cadre intermédiaire, à rencontrer ces groupes-là. Ils ont très peur, eux, de la décentralisation, sous prétexte que le côté santé, si les arbitrages se font au niveau d'une région, est tellement puissant. On sait très bien que c'est facile à dramatiser, la situation d'un malade. C'est beaucoup plus facile à convaincre du monde qu'il y a une urgence d'agir que d'aller, par exemple, sensibiliser du monde à l'importance de faire de la prévention. Vous avez à oeuvrer avec ces groupes communautaires là; est-ce que vous croyez qu'on doive, comme gouvernement ou comme Assemblée nationale, voter des mesures qui permettent, par exemple, une politique de financement à ces organismes là; et qu'on pourrait aussi penser à des enveloppes protégées au niveau de la région pour ne pas qu'ils soient gobés en entier par le volet santé?

**M. Lessard:** Je préfère ne pas répondre à ça.

**M. Chevette:** C'est votre choix. Est-ce que vous croyez que les cadres intermédiaires, dans la présente réforme, ont un rôle fondamental à jouer auprès du changement de mentalité à apporter en ce qui regarde le réflexe de la dépendance face à l'institution?

**M. Lessard:** Voulez-vous préciser votre question?

**M. Chevette:** Oui. Tous les gens qui sont appelés à faire des discours se targuent qu'on doit axer nos ressources sur la personne, et on sait que la personne a pris ou a épousé ce réflexe de dépendance quasi totale vis-à-vis de l'institution. Tu vieillis et tu songes à avoir ta place en centre d'accueil avant même d'être malade. Tu vieillis un tant soit peu et tu veux

sortir de ton village pour t'en aller dans un HLM. On veut s'en aller toujours vers l'institution. On a un enfant de malade, on dit: le centre d'accueil. Une personne handicapée: centre d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs. Le milieu cherche à habituer la personne à toujours dépendre de l'institution. Je pense qu'un des secrets ou une des avenues, une des voies pour se sortir de ce merdier-là, c'est précisément d'amener un changement de mentalité en profondeur; faire en sorte que la personne, d'abord, puisse avoir des ressources pour se prendre en main avant de songer à aller en institution. Croyez-vous que votre association de cadres intermédiaires a un rôle fondamental à jouer face à ce changement de mentalité? Si oui, quel type d'avenue préconiserez-vous?

**M. Lessard:** C'est évident que le problème que vous soulignez, il est existant. On ne peut pas le nier. En tant qu'association, non, je ne vois pas ce qu'on peut y faire là-dedans. On est réellement une association qui a pour but la protection des intérêts socio-économiques et professionnels de nos membres. C'est sûr qu'on vit dans le réseau et on voit que les gens sont accrochés au système, aux différents établissements qui composent le système. Si je regarde ma fonction de représentant d'une association de cadres...

**M. Chevette:** Vous êtes cadre intermédiaire où?

**M. Lessard:** Où?

**M. Chevette:** Oui.

**M. Lessard:** À l'hôpital Laval.

**M. Chevette:** Vous oeuvrez auprès du monde, auprès des gens?

**M. Lessard:** Oui.

**M. Chevette:** Vous avez à parler avec du monde? Vous avez à rencontrer du monde?

**M. Lessard:** Oui.

**M. Chevette:** En dehors de votre syndicat, vous consacrez au moins 37 heures et demie à votre travail de cadre intermédiaire?

**M. Lessard:** Oui.

**M. Chevette:** Vous avez à parler à du monde. Est-ce que vous croyez que vous avez un rôle à jouer auprès du changement de mentalité de dépendance? Ou si votre premier souci...

**M. Lessard:** Individuellement...

**M. Chevette:** J'espère que quand vous êtes au travail, durant vos 37 heures, vous ne pensez pas à votre statut de président de l'Association.

**M. Lessard:** Non. Je l'enlève de temps en temps, mon statut.

**M. Chevette:** C'est justement ce que je veux vous faire enlever pendant quelques minutes.

**M. Lessard:** C'est bien évident qu'on a un rôle à jouer individuellement. Mais, à ce moment-là, je n'ai pas besoin de venir ici comme président de l'Association des cadres intermédiaires pour discuter de ça, en ce sens que n'importe qui, dans la société, a un rôle à jouer pour essayer de briser cette fameuse dépendance. C'est ce que je veux vous dire. C'est évident qu'on a tous des idées comme cadre intermédiaire, qu'on a un rôle à jouer là-dedans, même pas comme cadre intermédiaire, comme individu pour sensibiliser les gens au coût du système.

**M. Chevette:** À l'ouverture de cette commission d'enquête, M. le président - et les mots que je vais dire ne vous attaquent pas, ne vous visent pas - je voudrais rappeler quelque chose. Si vous vous sentez visé, ce n'est pas méchamment, mais c'est sûr que vous allez vous sentir visé.

**M. Lessard:** Bon.

**M. Chevette:** À l'ouverture de cette commission d'enquête, j'avais lu environ 50 à 60 mémoires avant qu'elle ne commence, ou à peu près, et j'ai dit, dans mon discours d'ouverture, que je déplorais précisément qu'on pense surtout en fonction du rôle ou du statut exclusif et qu'on ne traite pas globalement des problèmes qu'on rencontre au niveau de la santé et des services sociaux. Je l'ai fait exprès avec votre organisme, contrairement à mon habitude, je l'admets, pour essayer de vous faire parler d'autres problèmes que celui qui vous confrontait. À mon point de vue, on ne réussira pas... Je suis d'accord que vous vous exprimiez, c'est votre rôle fondamental comme association professionnelle. Je suis entièrement d'accord que vous nous présentiez votre problème. Vous êtes confronté à un problème majeur. Je vous donne même raison sur le fond. J'ai commencé par ça. Ce que je veux dire, c'est que ce n'est pas vrai; on va réussir quelque chose de valable... Si, au-delà de votre problème particulier, il n'y a pas ce souci de travailler ensemble à faire quelque chose globalement, on ne réussira pas. Si Augustin Roy vient ici nous dire que tout se fait bien, tout ce qui est fait par le corps médical est bien fait, il n'y a rien qui accroche, tout est parfait, tout est merveilleux; eux autres ne font pas de

gaffes, ce n'est que le consommateur qui exagère et tout le "kit"... Quand il a fini, il dit: Bonjour, et H s'en va. Les cadres intermédiaires arrivent: Nous autres, on veut plus de perfectionnement et après ça, bonjour Luc, on s'en va. Ce n'est pas de même, je pense, qu'on va réussir à bâtir une réforme qui a de l'allure, qui est cohérente, parce qu'il y a un coût social extraordinaire derrière cette réforme.

Je suis d'accord avec vous qu'il devrait y avoir une affectation des ressources pour que nos cadres intermédiaires soient toujours "up to date" comme disent les Anglais, soient toujours à la page dans la gestion, dans l'administration publique. On a des défis constants à relever et, si on veut que les gens soient capables d'avoir des idées, il faut les perfectionner. Cela dit, de grâce, embarquez-vous aussi dans le débat de société qu'on doit mener dans la réforme. C'est ça que je voulais dire.

(16 heures)

**M. Lessard:** Je pourrais vous répondre que c'est évident qu'en tant qu'individu on ne regarde pas passer le train. On ne regarde pas passer la parade. On est dedans. Mais ce que je dois vous dire, c'est que moi, ici, aujourd'hui, je représente 6800 cadres intermédiaires et je n'ai pas consulté, je n'ai pas de mandat de ces gens-là pour me prononcer sur autre chose que sur nos relations du travail. Partez-moi des relations du travail, demandez-moi le "feeling" de notre monde, je vais vous le dire, on le connaît, on a des documents. On a fait des tournées en région, on sait ce que nos gens pensent, et on est mandatés pour parler de ça. Mais si je vous dis que oui, on devrait s'impliquer dans telle chose, on devrait s'impliquer dans telle chose, que quelqu'un de notre conseil d'administration, ou tout autre membre qui ne partage pas mon opinion... Quel pouvoir as-tu, toi, Jacques Lessard, d'arriver et de te prononcer au nom de l'Association des cadres intermédiaires comme quoi l'Association est d'accord avec telle position? Je n'en ai pas. C'est moi, personnellement, comme invtdiu, et à ce moment-là si...

**M. Chevette:** Je finis là-dessus. Mais, M. Lessard, vous me demandez, par exemple, à moi, député...

**M. Lessard:** Oui.

**M. Chevette:**... de trancher votre dilemme. Et vous êtes une personne-ressource.

**M. Lessard:** Oui

**M. Chevette:** Je dois être en droit de vous demander. Comment penses-tu que je pourrais régler ton dilemme? Si je peux régler ton dilemme en injectant exclusivement de l'argent, ça, c'est facile à mort. Je ne pense pas que ce soit le but de l'exercice exclusivement. Si c'était

ça, on ne vous convoquerait pas, on dirait: Eux autres, ça représente 400 000 \$ - 400 000 \$. Les médecins ont passé avant, ça représente 6 000 000 \$ - 6 000 000 \$. Au bout de la course, on dit à M. le ministre: Ça représente 25 000 000 \$, paie donc et c'est final. On n'a pas besoin de vous convoquer pour ça. On dit: Envoyez-nous donc votre commande. Mais quand on fait l'exercice de la réaffectation des sommes ou des ressources et des correctifs à apporter à un système, je ne pense pas que vous dépasseriez votre mandat... Je n'ai pas de morale à vous faire, vous pouvez m'envoyer chez le diable si vous voulez, mais H me semble que j'aurais aimé que vous me donniez plus d'outils pour me permettre peut-être de regarder où devrait aller la réaffectation. Qu'est-ce qu'on pourrait abolir? Est-ce qu'on doit aller vers le salariat des médecins? Est-ce que c'est trop onéreux, le paiement à l'acte? Est-ce que la décentralisation peut sauver des coûts? Qu'est-ce que vous verriez comme structures qui devraient disparaître pour économiser des coûts sur une échelle quelconque? Je ne le sais pas, mais si le monde, chaque groupe dit: Moi, je suis venu pour ça, je ne sais pas ce que ça va donner en bout de course. Je vous avoue que, comme député qui a à voter sur un projet de loi, plus vous allez m'outiller... Il y a peut-être des recettes que vous auriez pu me donner, que j'aurais trouvées fantastiques. Au moment où je vous parle, si vous vous limitez à me dire: Moi, c'est ça, je respecte ça, mais ça ne m'aide pas gros.

**M. Lessard:** Si vous voulez qu'on vous parle des médecins, c'est évident que dans tout l'exercice actuel... Moi, ça me fait penser que le 2, je pense... Le 2 février, il y a eu une émission, Droit de parole, avec Claire Lamarche, qui parlait de la confiance que les gens avaient envers le système de santé au Québec. Et là, tu avais une brochette d'invités, et c'était bien intéressant, tout ce qui s'est dit là, mais il n'y en a pas un qui a touché au problème fondamental du coût des médecins à l'acte. Quand tu es capable de générer le revenu que tu veux, bien je pense que c'est évident... Ça, c'est personnel, ce n'est pas l'Association des cadres intermédiaires qui dit ça, c'est moi qui le dis, là.

**M. Chevette:** Bien, c'est ça que je vous pose comme question. J'étais convaincu que vous aviez des idées personnelles.

**M. Lessard:** Ah oui! Oui, oui.

**M. Chevette:** J'avais hâte que vous sortiez de votre carcan de président.

**M. Lessard:** Mais je trouve inconfortable de sortir de...

**M. Chevette:** Personne ne vous en fera

grief; ils diront que c'est la faute à Chevrette s'il est sorti.

**M. Lessard:** C'est ca, c'est ca.

**M. Chevrette:** Je vous remercie.

**Le Président (M. Joly):** Je me dois, disons, de vous ramener à l'intérieur des cadres, justement, puisque c'est terminé. Alors, messieurs, au nom de la commission, je vous remercie de votre présentation. Je suis convaincu que l'éclairage que vous avez apporté va sûrement aider à orienter le projet de loi. Merci beaucoup. Je demanderais maintenant aux gens de l'Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

**Association des administrateurs  
des services de santé et des  
services sociaux du Québec**

Bonjour, madame, bonjour, messieurs. Alors, au nom des membres de cette commission, je vous souhaite la bienvenue. Vous connaissez les règles du jeu. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous exposer votre mémoire et nécessairement, par après, l'échange est laissé libre entre les parlementaires. Alors, j'apprécierais que la personne responsable du groupe, de l'Association, s'identifie et identifie les personnes qui l'accompagnent.

**M. Dumais (Benoit):** M. le Président, merci. Benoît Dumais. M. Côté et M. Chevrette, merci de nous accueillir. On va tenter de se dégager de notre mémoire pour vous alimenter en commençant par vous présenter Marielle Lavallée, qui est première vice-présidente de l'Association, qui est aussi un cadre supérieur du Conseil régional de la région de Québec, qui est aussi responsable d'Info-Santé, qui est la grosse oreille à l'écoute des bénéficiaires dans la région de Québec, et de la centrale de la coordination des urgences qu'on devrait plutôt appeler la centrale de coordination des ambulances. Mme Lavallée est responsable du réseau hospitalier au sein du Conseil régional. À ma gauche, Jean-Luc Tremblay, qui est directeur des services administratifs du Centre de l'ouïe et de la parole, qui est aussi l'Institut des sourds pour ceux qui auraient mal entendu, qui est aussi une institution qui est située dans le Québec métropolitain, évidemment à Charlesbourg. Enfin, M. Gaston Saint-Pierre, qui est de Rimouski. M. Saint-Pierre est directeur des services techniques alias les services auxiliaires. M. Saint-Pierre est peut-être né dans le même berceau que M. Côté, puisqu'il est né entre Cap-Chat et Sainte-Annes-des-Monts, peut-être à Migneaultville. Je crois que M. Saint-Pierre est ici aussi pour démontrer que, comme Migneaultville Cap-Chat, pour ceux qui n'auraient pas saisi... Je pense que même M.

Côté ne connaissait pas cette expression-là, même s'il est né dans cette région-là. Enfin, M. Robert Savard, qui est directeur général de l'Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux depuis 1982, et moi-même, Benoît Dumais, qui suis président de l'Association et directeur des services professionnels au CHUL, à Québec.

Je veux prévenir les questions. L'Association des administrateurs est une association de 2000 personnes qui regroupent tous les cadres supérieurs de tous les établissements de ce fameux réseau de la santé et des services sociaux, les CRSSS, les CLSC, les centres d'accueil, les CHSP, les centres hospitaliers pour soins de courte durée, avec une petite marge de patients en soins prolongés à l'intérieur, etc. Tous ces cadres supérieurs là, qu'ils soient directeurs des soins infirmiers, directeurs médicaux, directeurs des services professionnels, directeurs des services auxiliaires, directeurs des finances, directeurs des ressources humaines, vous avez l'ensemble... J'espère que j'ai nommé le directeur des soins infirmiers, parce que j'ai le défaut d'être médecin. Je m'en accuse tout de suite. Je fais amende honorable. C'est un de mes trois défauts.

**M. Chevrette:** Les deux autres?

**M. Dumais:** Je vais vous les dire à l'instant, M. Chevrette. Nous représentons l'ensemble de ces cadres-là dans tous les établissements du réseau et, s'il y a quelqu'un ou une association qui peut parler d'intersectorialité, à part la commission Rochon, c'est bien gros. Alors, on vous invite à vous servir de nous, puisqu'on se prétend très intersectoriels entre nous, du moins à notre niveau. Alors, j'ai un défaut, je suis médecin. Le deuxième, c'est que je suis, semble-t-il, responsable du dégagement des salles d'urgence de la ville de Québec, donc, je suis une police. C'est mon deuxième défaut. Et mon troisième défaut, je l'ai peut-être oublié, c'est que je parle beaucoup trop. C'est ça que je voulais vous dire.

**M. Chevrette:** C'est votre humilité, le troisième?

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

**M. Dumais:** À peu près. Ce défaut-là m'entraîne parfois à communiquer, lorsque j'ai des mandats d'établissement, avec certains journalistes qui parfois mettent de l'huile sur le feu. C'est là mon troisième défaut.

Si l'Association est ici, c'est évidemment pour vous parler du mémoire, mais on va laisser ces points techniques dans les quelques dernières minutes. Mais j'aimerais ça attirer votre attention sur certains constats. Et là, je vais même peut-être surprendre de mes collègues parce que

Je comprends et je sens qu'une commission comme ça, elle a une portée, ça sert à quelque chose et que ça sert, en bout de ligne, aux bénéficiaires qui sont autour de la salle et autour de nos établissements. Il faut parler des bénéficiaires.

Alors, nous, il y a trois choses qui nous animent. On est d'accord évidemment avec la régionalisation à outrance. Le pouvoir régional, que ce soit dans les domaines de la santé, de l'économie, de la culture, etc., on croit à ça. Deuxièmement, on croit beaucoup aux objectifs d'atteinte de résultats et non pas de moyens. 10 000 000 000 \$, je pense que M. Côté ne cesse de le dire, H a donc raison... Je rappelle juste aux gens ici autour de la table, et peut-être même aux gens qui sont derrière, que dans un milliard H y a, si je ne me trompe pas, mille millions. Alors, 10 000 000 000 \$ québécois, des dollars québécois, je dis bien, investis en santé, c'est de l'argent...

**M. Chevette:** On est prospères. Vous pouvez continuer...

**M. Dumais:**... et on est d'accord, c'est en masse. C'est assez. Alors, l'atteinte de moyens, l'atteinte non pas de développement de moyens mais de résultats, on est d'accord avec ça.

Et, troisièmement, le bénéficiaire. Je m'engage, au nom des membres de l'Association, aux yeux des membres de la commission, si les propos qu'on vous tenait n'aidaient pas les bénéficiaires du Québec, à ce qu'on vous invite à nous mettre dehors. Ça nous ferait énormément plaisir. Si on ne parle pas dans l'intérêt des bénéficiaires, je m'engage aussi - une façon de parler - à me retirer de l'Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec. Je dis ça en badinant toujours, parce que je badine souvent. Mais vous comprenez bien notre propos, on veut travailler dans l'intérêt des bénéficiaires.

Je me permettrais de faire quatre constatations. Vous avez vu le mémoire, évidemment, avec attention. Vous avez même eu des fonctionnaires qui vous ont résumé ça. Je ne reviendrai pas là-dessus. Je vais laisser à Robert Savard, qui est directeur général, l'attention de préciser certains points. Mais avant, j'aimerais, faire quatre constatations.

La première. Je vais y aller par conclusion. Je vais en tirer quatre. C'est vrai, et ça va peut-être faire sourire M. Chevette et même M. Côté, que le système de santé québécois est loin d'être gratuit. J'insiste. Il est loin d'être gratuit parce que, même les gens de l'Abitibi paient autant, peut-être, pour ce système-là, à moins qu'ils ne soient sur le chômage ou autrement, mais comme contribuables, s'ils ont un emploi, ils paient cher le système de santé au Québec, puisque 1300 \$ en 1987 sont sortis de la poche des contribuables. Je rappelle que 400 \$

viennent du réseau privé. Alors, 22 % des coûts, encore des coûts, reviennent et passent par le réseau privé au Québec. Donc, le système n'est pas gratuit, n'est pas que public et, au Québec il est déjà extrêmement dispendieux. Alors, 1300 \$ du public et 400 \$ du privé, ça fait 1700 \$, en 1987, per capita. C'est ce que les Québécois paient pour s'assurer contre la santé ou, je devrais dire, contre la maladie et l'atteinte au bien-être. Je suis d'accord avec probablement les membres de la commission, c'est extrêmement dispendieux. Alors, ce système-là n'est pas gratuit, c'est évident.

Deuxième conclusion. Le réseau de la santé n'est sûrement pas le propriétaire unique de la santé des Québécois. Je me fais comprendre. Le réseau de la santé, et je pense que M. Côté nous a attiré, depuis qu'y est là, sur ce terrain-là, et avec combien de raisons... En fait, la santé c'est le problème du monde. Ce n'est pas le problème du réseau de la santé. Ce n'est pas le problème du ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est le problème de tout le monde et c'est à chacun de régler son problème. Comme association, je pense que plusieurs de nos membres seraient d'accord avec cette affirmation-là.

Je vais vous donner trois exemples rapidement, pour me faire comprendre. On se pose la question si, au Québec, les routes sont entretenues par des entrepreneurs de pompes funèbres. Il y a des courbes qui tuent combien de gens par année? Combien de gens? Est-ce que c'est la responsabilité des directeurs généraux des hôpitaux de courte durée de prendre le pic et la pelle et d'aller corriger les courbes en question? Je ne pense pas. On ne peut pas crier: MM. les D. G., prenez vos pics et vos pelles et venez-vous-en, on va aller corriger telle courbe dans le coin de Rimouski parce qu'il y a eu 22 morts, cette année, dans cette courbe-là. Ce n'est pas la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux.

Autre exemple, si quelqu'un veut fumer une cigarette, et je le fais de façon très humoristique, La Palice disait ou aurait pu dire d'un fumeur: Un quart d'heure avant sa mort, il était vivant, ce fumeur-là. Si quelqu'un veut griller une cigarette et se faire plaisir, qu'il en assume les responsabilités et qu'il ne demande pas aux Québécois, peu importe le degré de social-démocratie qui les anime, de payer pour la maladie pulmonaire chronique que ce patient-là présentera un jour. Je pense qu'il faut assumer ses responsabilités, en d'autres mots. Et là, je ne le fais pas de façon calculée.

J'ajouterais, comme troisième exemple, que la santé n'est pas la responsabilité entière du ministère, que si 20 % ou 18 % des lits de courte durée dans certains hôpitaux de Québec, Montréal, Montérégie, Lanaudière et Trois-Rivières sont occupés par des patients de soins prolongés, ce n'est peut-être pas aussi la responsabilité du

réseau de courte durée d'assumer cette responsabilité-là.

Troisième conclusion. 10 000 000 000 \$, j'ai dit tout à l'heure que c'était beaucoup d'argent. Je rappelle qu'en fait, si dans 1 000 000 000 \$, il y a 1000 millions de dollars, ça fait 10 000 millions de dollars. On est d'accord, c'est assez. C'est assez d'argent et, même si on veut transfuser des globules rouges du dollar - je ne fais pas de politique ici, même si les globules sont rouges, parce que vous me comprenez, je suis médecin, alors quand on transfuse, on transfuse des globules rouges, pas des globules blancs - même si on voulait les transfuser au débit où on fait ça au niveau du réseau de la santé, ce serait insuffisant. Alors, au fond, 10 000 000 000 \$, c'est beaucoup et c'est trop peu en même temps.

Dernière conclusion, le peuple québécois n'est peut-être pas le peuple de l'Ontario ou de la Californie ou, en tout cas - puisque c'est une société distincte - n'est pas aussi riche que l'Ontario. Ça me semble évident. Comme peuple québécois, on n'a pas, je crois, à investir autant, ou du moins on doit avoir plus d'imagination, à travers une commission des affaires sociales comme celle-ci, que nos voisins par rapport à ça. En somme, si on changeait les déterminants de la santé - on est d'accord avec ça et on est prêts à travailler là-dessus - si les gens fumaient moins, si les gens mangeaient moins de cretons, si les gens écoutaient moins la télévision et faisaient un peu plus de sport, si les gens conduisaient moins ivres au volant, on pense qu'on fermerait le ministère de la Santé et qu'on pourrait peut-être faire du ministère de la Santé une bibliothèque, à propos de la capacité de la santé publique, ou un musée, encore, qui pourrait témoigner que les Québécois, en 1990, étaient dans un piètre état au niveau de leur santé et de leur bien-être.

(16 h 15)

Pour corriger ces quatre observations, si je les résume: la santé, non gratuite et pas tout à fait à 100 % publique; le réseau de la santé, responsable d'une partie seulement de notre santé; un système sous-financé par rapport à des besoins exprimés, mais avec 10 000 000 000 \$, c'est peut-être déjà en masse; et, enfin, une société québécoise distincte, mais un peu plus pauvre que les voisins. Qu'est-ce qu'on peut faire avec ça? J'espère que ça va alimenter certaines questions, et là, j'exprime un point de vue personnel, je pense qu'il faut scolariser à outrance les Québécois et les éduquer. L'autre jour, je disais à Claire Lamarche: En faire des Japonais de l'Amérique du Nord. Les Japonais, ce sont des maniaques de l'information. Ce sont eux qui lisent le plus de lignes de journaux par jour. Même les femmes au foyer - parce qu'il y en a encore là-bas, au Japon - sont obligées et incitées à s'éduquer, entre guillemets, c'est-à-dire à être curieuses. Si les Québécois étaient

comme ça, peu; être qu'ils seraient en meilleure santé. Donc: scolarisation.

Deuxièmement: imputation, responsabilité des citoyens - cigarettes, cretons, alcool au volant, etc. - imputation et responsabilité des corporations qui empilent des pneus quelque part et qui mettent le feu dedans à un moment donné. Imputation des corporations et des collectivités pour faire en sorte que le réseau arrête de supporter la santé des Québécois. En d'autres mots, la santé, c'est notre problème, ce n'est pas le vôtre. J'espère que ce n'est pas le mien comme cadre supérieur. C'est le problème de celui qui en présente un. Il faudrait qu'il l'assume. Maintenant, cette médecine de scolarisation et d'imputation, nous autres, on veut se la servir comme cadres supérieurs. On pense que, si on n'est pas scolarisés suffisamment et qu'on n'est pas à la hauteur de la réforme que le ministère veut mettre en place, il y a un problème. Je pense qu'on n'est pas prêts.

Troisièmement, on veut être imputés des décisions que l'on prend, puisque les 2000 cadres supérieurs sont des collaborateurs étroits de ces 10 000 000 000 \$ et qu'on est des partenaires très étroits de M. Côté et de ses fonctionnaires par rapport à ça. Si on n'a pas des conditions de travail adéquates ou modernes, je dirais, pour gérer cette immense entreprise privée qu'est la santé au Québec - 10 000 000 000 \$, c'est beaucoup d'argent comme chiffre d'affaires, qu'on soit dans le privé ou dans le public - on pense qu'on n'a pas d'affaire là. Nous autres, on vous invite - c'est essentiellement le message - à faire de nous des cadres modernes et, si on n'est pas à la hauteur, à nous clarifier. Avant de nous clarifier, on a des demandes à faire puisqu'on pense que malgré... Pas des demandes en termes d'argent, ça va rassurer M. Chevette, on n'a pas besoin de globules rouges, plutôt d'une attitude et on aimerait...

**M. Chevette:** ...ça doit être du sang bleu, parce que c'est du sang en dehors de tout.

**M. Dumais:** Peut-être. Je n'en ai pas encore vu dans ma pratique, M. Chevette, des globules bleus. À travers le respect, entre guillemets, c'est-à-dire, je dirais, la confiance que le directeur général de ce grand réseau de la santé et que le ministre pourraient avoir à l'égard des cadres supérieurs, nous, on embarque dans cette réforme-là. Mais on invite M. Côté à penser que si on est anémiques, non perfectionnés si, donc, on n'est pas scolarisés, qu'on n'est pas imputables de nos décisions et qu'on n'a pas les moyens de le devenir, on pense que cette réforme-là va aussi être un effort de réflexion sociale inutile, encore une fois. Et on ne voudrait pas. Au contraire. On est d'accord, je l'ai répété tout à l'heure en introduisant, avec la régionalisation, avec l'atteinte des résultats, avec tous ces grands objectifs de la réforme. Alors, au fond,

on veut devenir des partenaires modernes là-dedans, nous, les cadres supérieurs. On pense que, si on n'est pas dans le bateau et que le bateau a besoin d'être renippé et redirigé, au lieu d'aller vers l'iceberg - pensez au Titanic - parce qu'il y a un docteur qui conduit le bateau, s'il faut mettre quelqu'un à sa place, s'il faut changer le pouvoir de place, on est d'accord avec ça, en intégrant ces ressources-là à l'appareil administratif.

La solution, en bout de ligne, zst sûrement l'intégration clinico-administrative. On ne peut pas gérer un hôpital, un centre d'accueil ou n'importe quoi sans les docteurs, et les docteurs ne peuvent pas avancer sans les cadres, etc. Les cadres intermédiaires, les cadres supérieurs et les directeurs généraux sont dans le même bateau et on vous invite à nous voir et à nous doter de moyens modernes pour être des partenaires modernes de cette entreprise-là qu'est la santé.

Il est 16 h 20, donc il nous reste quelques minutes. Je pourrais demander à Robert de préciser certains points, faire le lien, peut-être, brièvement avec le mémoire que vous avez lu, de toute façon. Ça nous fera plaisir, à chacun de nous, de répondre aux questions que vous auriez.

**M, Savard (Robert):** M. le Président, vous êtes conscient que je dois résoudre la quadrature du cercle. Notre président à l'Association, M. Dumais, effectivement, vous a fait part des grandes préoccupations. Essentiellement, les cadres supérieurs du réseau de la santé travaillent, veulent un réseau bien administré, un réseau toujours mieux administré. Ils veulent un réseau non pas tourné vers des fins qui lui sont internes, mais tourné vers l'extérieur, vers les bénéficiaires, la satisfaction de leurs besoins. On s'excuse d'avance, on pense qu'il y a des conditions qui doivent exister pour que les cadres s'assurent, garantissent localement que le réseau sert aux bénéficiaires et, ces conditions, ce sont les cadres compétents, 42,50 \$, dans les dix dernières années, par tête de pipe, pour perfectionner les cadres du réseau.

On vous lance le cri d'alarme. C'était dramatiquement insuffisant, si on se compare aux efforts que la société québécoise a faits pour les cadres de l'Éducation, les cadres de la Fonction publique, les cadres d'Hydro-Québec où c'est dix, quinze, vingt fois plus qui a été fait. D'autre part, les cadres sont prêts à s'embarquer avec enthousiasme dans la réforme que vous proposez. Les cadres ont pris des paris difficiles, ont répondu "présent" lors des difficiles opérations de compressions budgétaires. D'ailleurs, plusieurs centaines de postes de cadres ont été coupés. Mais, malheureusement, lorsqu'il s'agit de prendre des risques, les cadres souhaiteraient, comme les autres, avoir un minimum de filet de protection pour être capables de faire tous les sauts périlleux qu'il faut faire.

Troisièmement, les cadres voudraient avoir

un minimum de respect de la part des administrations locales, lorsque les décisions les concernent. Au moment où on se parle, les cadres, par centaines, sont affligés par des décisions qui sont peut-être justes, mais qui sont prises d'une façon très spéciale. Pour vous donner un exemple - et je brûle de vous le donner puisque je l'ai appris ce matin, ce matin - il y a un cadre supérieur qui me téléphonait pour m'informer qu'il avait appris par la radio locale que son congédiement serait proposé au conseil d'administration, au début de mars. Tous les établissements ne fonctionnent pas comme ça, mais il nous faut des roues de secours pour empêcher que des aberrations de ce genre nous distraient de ce pourquoi on existe, c'est-à-dire un réseau bien géré et essentiellement tourné vers la satisfaction des besoins des bénéficiaires.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. C'est avec grand plaisir que je veux saluer d'une manière particulière M. Dumais.

**Une voix:...**

**M. Côté (Charlesbourg):** À 5 h 45, ce matin, j'ai vérifié, il y avait même deux lits de trop. Alors...

**Une voix:** Vous êtes bien renseigné.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, je suis très heureux de vous recevoir, à ce moment-ci, parce que vous êtes définitivement un rouage extrêmement important de tout le réseau. Si je comprends bien un certain nombre de messages, il y en a d'abord un qui est un cri du coeur. De ce que je comprends, c'est que ce n'est pas la première fois qu'il est fait. Vous avez été très habile dans votre présentation. Je ne vous connaissais pas cette habileté-là, compte tenu des rapports qu'on a eus antérieurement...

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, lorsqu'on est face à face, on peut se reconnaître des qualités davantage que lorsqu'on est derrière une caméra. Évidemment, tout ça expliqué dans la réforme, en disant que les cadres, supérieurs si je résume bien, n'ont pas peur de la réforme, non pas n'importe quelle réforme, n'ont pas peur de la réforme. On est pleinement conscients que ça prend une réforme, il faut changer de cap et que, dans cette situation-là, vous ne pouvez pas la faire sans avoir la qualité au niveau des cadres supérieurs et c'est un peu vous qui allez

la faire, finalement. C'est ce que je comprends.

En tout cas, ce qui me frappe, parce que ce n'est pas un dossier que je possédais, que je connaissais, c'est la situation, pour en avoir entendu parler un peu au niveau du ministère, mais c'est la situation de la formation, formation évolutive avec les techniques et les méthodes et ce sont des choses que nous nous devons de corriger le plus rapidement possible. Et ce qui me frappe - vous étiez ici tantôt, je le dis encore à nouveau - c'est qu'on aura consacré, cette année, tout près de 12 000 000 \$ en stabilité d'emploi pour des chaises qui tournent - et on l'a dit tantôt, vous le vivez vous autres aussi à votre niveau - alors qu'on pourrait avec le même argent, définitivement, aller davantage dans de la formation ou dans l'accompagnement de la formation pour être capables de faire face à la musique. Ça, je pense que le message est très bien reçu et, si le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue était ici, il l'aurait mis dans son petit cahier vert, donc le petit cahier vert va le suivre jusqu'à la fin de la réforme. Mais vous avez abordé des points au-delà de ceux-là, je ne veux pas y revenir parce que l'évidence, c'est qu'on n'a pas besoin d'y revenir.

Mais vous semblez jouer dans les mêmes talles que nous. On parle d'atteindre des résultats par programme avec des objectifs de résultat. Évidemment, on est au niveau du discours, par rapport à une pratique qui n'est pas tout à fait celle-là qu'on a aujourd'hui. Comment est-ce qu'on fait ce virage-là? Je m'adresserais peut-être à M. Dumais, compte tenu d'expériences qu'il a lui-même dans un établissement. Comment est-ce qu'on fait ça demain matin et quels conseils avez-vous à nous donner pour être capables d'y aller? Parce que je suis pleinement convaincu que vous pouvez nous donner de bons conseils.

**M. Dumais:** Je ne suis pas certain que les conseils vont être nécessairement appropriés, et j'inviterais mes collègues à compléter aussi. Je commencerais en disant: L'approche par programmes régionaux, d'abord, est sûrement un ingrédient pour atteindre des résultats, que ce soit en santé mentale, chez la personne âgée en perte d'autonomie, que ce soit en pédiatrie ou dans des problèmes similaires. Déjà, je connais mieux la région de Québec - quatrième défaut - je suis un chauvin de la région de Québec, je ne suis pas un Montréalais.

**M. Côté (Charlesbourg):** On a au moins le même défaut.

**M. Dumais:** D'accord. Ha, ha, ha! À cet effet-là, la région de Québec, déjà depuis quelques années - et Mme Lavallée pourra en témoigner - fait une approche par programmes en ce sens-là. Ça demande un changement de

conception intellectuelle et, en ce sens-là, les cadres supérieurs bien formés, modernes dans leurs attitudes, non pas dans le contenu technique, seraient des outils importants pour faire en sorte que ce virage-là se produise. Donc, des programmes régionaux d'organisation de santé et de bien-être, c'est sûrement un élément de réponse à la question de M. Côté, je crois, sur une base régionale. Je ne crois pas qu'on puisse étendre une telle approche sur une base inter-régionale ou provinciale parce ça me semble trop collé aux racines de la population qu'on a à desservir. Alors, je pense que déjà les expériences, avant même la réforme, vont vers là.

Un deuxième moyen - là je ne sais pas comment la commission va régler ça ou l'avant-projet de loi ou le projet de loi lui-même ou la réforme - ce sont les tables d'établissement de concertation. C'est assez curieux comme, dans l'avant-projet de loi, on a oublié de rappeler, et ce, sans règlement, sans décret, sans loi pour une fois - ce n'était pas une rime que je voulais faire nécessairement - que des tables d'établissement se sont formées spontanément, toujours dans la région de Québec où il y a sept districts. Les directeurs généraux et les conseils d'administration de ces établissements-là s'assoient régulièrement ensemble et font des programmations concertées, ensemble. Ce ne sont pas des mots que j'emploie, c'est réel. En fait, à Québec, que ce soit Sainte-Foy, Québec-Centre, Orléans, que ce soit rive sud - parce qu'ils sont encore dans la région - que ce soit les régions périphériques, on aborde les sujets maintenant, les programmes de santé et des services sociaux par concertation d'établissement. Je pense que c'est un deuxième moyen. Je ne crois pas que ce soit la fusion du conseil d'administration qui va donner ça. Pour moi, les conseils d'administration, avec tout le respect que je dois aux gens qui sont autour, je ne crois pas qu'il y ait du pouvoir là-dedans. Le pouvoir n'est pas là. Je crois que le pouvoir peut appartenir à des établissements qui sont concertés et qui sont capables sans loi, sans conseil d'administration, de desservir des bénéficiaires dans un sous-territoire d'une région donnée. Alors, voici deux moyens que je proposerais. Peut-être que Mme Lavallée pourrait compléter.

**Mme Lavallée (Marielle):** Ce n'est pas tellement en termes de moyens que je proposerais comme en termes d'assurance qu'on peut garantir des résultats. On dit, par exemple, que le passé est garant de l'avenir. Je vous rappelle le début des années quatre-vingt pour souligner comment les cadres supérieurs se sont impliqués dans tout ce qu'on a appelé compressions budgétaires, restrictions budgétaires, équilibre budgétaire. Et ils se sont embarqués, j'allais dire, dans une espèce de mariage pour le meilleur et pour le pire, et on a, depuis quelques années, géré le pire parce que ça touchait directement les

bénéficiaires. Alors, je voudrais vous dire qu'on est prêts à s'impliquer, comme on l'a déjà fait antérieurement, pour atteindre les résultats escomptés.

**Une voix:** Jean-Luc.

(16 h 30)

**M. Tremblay (Jean-Luc):** Je voudrais rajouter... Moi, personnellement - et l'Association partage ce point de vue là - je pense qu'il est temps qu'on redonne les hôpitaux eux malades, que le malade soit vraiment le point central du fonctionnement des hôpitaux. C'est quand même étonnant de constater qu'il y a des malades qui attendent des heures de temps dans des cliniques externes, avec des rendez-vous. C'est étonnant aussi de constater que, pendant qu'on fait un "lifting" à des patients, dans les salles d'urgence il y a des gens qui attendent sur des civières. Comme vous le savez, dans les hôpitaux, il y a effectivement un certain nombre de rapports de forces et je vous dirais que ce n'est pas évident, mais alors pas du tout évident, que ce sont toujours les administrateurs qui font le trafic.

Donc, les cadres, finalement, sont d'accord avec tout le processus de rationalisation et on est derrière, à 200 milles à l'heure, M. Côté, et on est convaincus, on est vraiment convaincus qu'on peut sauver effectivement des millions au système. Sauf que, parallèlement à ça, on vous avoue qu'on a une préoccupation. Nous demander de nous asseoir à des tables avec d'autres établissements, d'être des gens émulateurs, faisant preuve de dépassement professionnel pour trouver des moyens de rationaliser des dépenses, moi, je suis prêt à embarquer là-dedans et ça m'intéresse drôlement, sauf que le problème majeur qu'on a tous, c'est de se dire: En bout de ligne, est-ce que je ne paierai pas la facture? Et finalement, comme on le sait, on dit souvent: Les perceptions génèrent les attitudes et les attitudes conditionnent les comportements. Dans les orientations du ministère, on touche à peine du bout des lèvres ce qu'on va faire avec les cadres du réseau.

En fait, nous, je pense qu'on est intéressés à être dans le mouvement, on est prêts à s'asseoir autour de la table, sauf qu'on voudrait très certainement être rassurés par rapport à ça. Et l'attitude des gens dépend évidemment du type de partenariat qu'on va sentir de la part du ministère, parce que, effectivement, nous, ce qu'on croit, c'est qu'on est des partenaires et, à ce titre-là, on voudrait effectivement être considérés comme des partenaires.

On trouve également que le quoi pourrait drôlement être compromis si on ne se soucie pas, justement, du comment. C'est donc pour ça, finalement, qu'on a fait certaines formes de représentations.

**M. Saint-Pierre (Gaston):** Ayant été à l'université de Sainte-Anne-des-Monts, on va se

parler.

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

**M. Saint-Pierre:** Ha, ha, ha! M. le ministre et M. le chef de l'Opposition, ancien ministre des Affaires sociales...

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Quand il va reprendre ça, tout va être à l'ordre.

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

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

**M. Chevette:** Que de prétention!

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

**M. Saint-Pierre:** Je suis extrêmement heureux de savoir que je parle à un régionaliste, et ça, c'est important pour nous, en région, pour la région de Rimouski particulièrement. Et je parle au nom de mes collègues de la région, des cadres supérieurs de la région comme telle et, effectivement, je pense qu'il faut séparer un petit peu ce qui se passe à Montréal, ce qui se passe à Québec, ce qui se passe en Abitibi et ce qui se passe dans notre région. Et dans notre région, quand on parle de formation de cadres supérieurs, vous le savez, M. le ministre, je suis sûr que vous n'avez pas fait ça à Sainte-Anne-des-Monts, vous avez dû vous déplacer, et ça coûte des dollars de se déplacer, l'Association en sait quelque chose.

Moi, ce qui m'intéresse, finalement, comme cadre supérieur au réseau de la santé, c'est le cheminement que vous êtes en train de faire et les décisions que vous êtes en train de prendre. Moi, ce que je suis heureux d'entendre de vous - je vais vous flatter un petit peu, puis c'est très honnête, puis c'est particulier aux gens de chez nous - c'est vraiment, finalement, de prendre des décisions, puis je pense qu'il y a des choses à corriger. Mais j'ai été quand même profondément choqué d'entendre un peu ce que j'ai entendu ou ce que j'ai mal lu, que le réseau était mal géré, puis c'est nous, finalement, qui le gérons, je pense. Je dois vous dire qu'il y a eu un effort extraordinaire qui a été fait par nous, par des heures et beaucoup de travail, et beaucoup beaucoup de luttes à l'intérieur de nos boîtes. Je dois vous dire que je siège à un CLSC, je siège aussi à un centre d'accueil et, la complémentarité, je connais ça. C'est du bénévolat, ça, on en fait aussi, puis ça, ce n'est pas connu et ce n'est pas vu. C'est important que vous sachiez ça. Finalement, on siège à d'autres conseils d'administration dans le but vraiment d'administrer d'une façon correcte ce réseau-là puis on tient ça à coeur, puis on aime ce qu'on

fait; on voudrait maintenant que vous reconnaissez notre statut de cadre supérieur puis on va travailler avec vous autres, puis pour vous autres, puis pour le bénéficiaire.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, évidemment, M. le Président, on en a couvert large. J'ai senti des courants passer qui m'intéressaient. Il y en a que je vais laisser aller volontairement parce qu'on se rapprocherait trop des urgences puis je ne le veux pas, cet après-midi.

**Une voix:** On est là pour ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce sera votre liberté à vous.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Une chose qui est certaine, c'est que lorsqu'on parle de régionalisation, ça m'apparaît être une des voies extrêmement intéressantes. Il y a toujours la limite de l'imputabilité parce qu'elle demeurera toujours celle du ministre devant ses pairs à l'Assemblée nationale, mais il faut tenter de pousser le plus loin possible les pouvoirs qu'on peut donner au niveau d'une région.

Selon votre expérience, vous qui avez à travailler en coordination sur le plan régional, quels sont les pouvoirs que nous devons donner en additionnel pour que véritablement le pouvoir, au niveau régional, ait ce qu'il faut pour être capable de faire des choix et de faire les virages dont on se parlait tantôt, la personne et le bénéficiaire avant toute chose? Quels sont les pouvoirs qu'on doit donner à la région pour être capables d'y arriver?

**M. Oumais:** Vous m'avez invité à le faire. Allons directement au coeur d'un problème qui vous tient beaucoup à coeur, le bénéficiaire "jammé" dans une salle d'urgence dans une région. Comment - transformons votre question - un pouvoir régional pourrait-il régler ce problème-là? Et vous nous avez invités, depuis quelques semaines, à réfléchir à ça avec beaucoup, d'ailleurs, d'opportunité. Robert pourrait, parce qu'on avait touché ce thème-là, ajouter à ça. Mais à cet exemple-là, moi, personnellement en tout cas, je crois que l'imputabilité dans une région, dans le sens des responsabilités d'une région, qu'on soit un membre élu ou non, je crois qu'on en est responsable, comme employé d'une entreprise publique qu'est le réseau de la santé dans une région.

Alors, ce bénéficiaire-là dans cette urgence-là, c'est notre problème. Il faut, sur une base locale, le régler et, associé à une dynamique régionale avec des incitatifs et des désincitatifs, régler le problème. Je pense que les conseils régionaux ne demandent qu'à régler ça, et je ne suis pas membre d'un conseil régional quand je

dis ça. Et les conseils régionaux ont besoin d'une approche par consensus, évidemment, de concertation avec les établissements, autrement, ça ne passe pas. Et combien d'établissements passent par-dessus, se rendent au cabinet avant que vous y soyez. Et combien de conseils régionaux ne demanderaient qu'à avoir un certain pouvoir pour modifier des comportements dans certaines salles d'urgence, mettons.

Alors, en ce sens-là, moi, je crois que si on donne à une dynamique régionale des cordons, du pouvoir avec des incitatifs, que ce soit sous forme de budget, sous forme de sortie de bénéficiaires de soins prolongés qui occupent des lits de longue durée dans les hôpitaux de courte durée, que ce soit alourdir des clientèles de centres d'accueil parce que les gens sont très lourds et que ce centre d'accueil, étant performant, devrait bénéficier, peut-être, d'un encouragement en dollars, qu'on déplacera d'ailleurs... Je pense que sur une base locale et régionale, ça se fait. Je ne sais pas si Robert voudrait, au niveau de la régionalisation, ajouter quelque chose.

**M. Savard:** Bien, M. le ministre, je voudrais simplement ajouter que pour nous, malgré la régionalisation, il demeure très clair que demeure la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux d'établir des standards. Et pour nous, les standards doivent être les mêmes d'une région à l'autre au Québec. Et je pense qu'on pourrait donner - le temps est court - plusieurs exemples où cependant, dans le passé, le ministère s'est non seulement préoccupé d'établir des standards mais est allé jusqu'à préciser dans le moindre détail les modalités. Les régions - c'est notre conviction, on a beaucoup réfléchi, à plusieurs reprises dans le cadre des travaux de la commission Rochon - sont capables, en concertation avec les établissements, de prendre en charge les modalités. Mais les standards, c'est la mission socio-sanitaire et c'est le ministère qui doit faire ça. Peu d'interventions au niveau des modalités, beaucoup au niveau des standards.

J'ajouterais un post-scriptum, si vous le permettez. Au niveau des conditions de travail des cadres, nous autres, on est arrivés à la conclusion que parce que la mission des cadres dépasse l'établissement local où ils sont, dépasse parfois la région et qu'ils participent à l'ensemble de la mission socio-sanitaire, étant donné le petit groupe, ça, ça ne doit pas être décentralisé, ça ne doit pas être local, ça ne doit pas être régional. La mobilité, on ne peut pas limiter ça à une région. Le perfectionnement, il y a des choses qui doivent remonter à la petite société qu'on est, finalement, de 6 000 000. Et ça, ça doit être pris en charge centralement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je pense qu'on illustre bien avec un exemple, l'exemple des urgences, au niveau d'une région. Si je vous

comprends bien, Dr Dumais, il faut reconnaître aussi la performance. Ce n'est pas toujours ce qu'on a fait dans le passé au niveau des urgences. Donc, reconnaître là où on est performants et, effectivement, avec des sommes additionnelles, reconnaître cette performance-là. Mais ça implique tout de même qu'au niveau régional il y ait quelqu'un quelque part qui a le pouvoir de décider.

Prenons un exemple particulier, celui qu'on a vécu. On a appris, par la suite, que la situation compliquée du CHUL, à un certain jour X, était due au fait qu'il y avait de l'électif qui avait été repoussé et il y avait des médecins, sur le plan interne, qui avaient le feu au derrière, pour la simple et bonne raison qu'ils ne pouvaient pas faire leur intervention élective, alors que ces gens-là qui étaient sur les listes d'attente - il y avait des exemples - étaient allés dans deux autres hôpitaux de la région du Québec et avaient pu court-circuiter la liste d'attente et être traités de manière plus rapide qu'au CHUL. Ça, ça impliquait qu'il y a deux autres hôpitaux dans la région de Québec qui n'avaient pas eu le sens de la région pour régler des problèmes d'engorgement d'urgence alors qu'il y avait des disponibilités. Vrai ou pas vrai?

**M. Dumais:** En partie vrai.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Même, presque totalement vrai. À ce moment-là, on arrive dans une situation où, effectivement, il faut qu'il y ait quelqu'un, quelque part, sur le plan régional, qui ait le pouvoir de décider. Si ce n'est pas au ministère, il faut que ce soit quelque part. Donc, ça prend un coordonnateur régional qui ait le pouvoir, non pas uniquement au niveau de l'établissement mais au niveau régional, de faire ces choix-là fondamentaux, au moment où on a des problèmes à régler. Moi, ça me paraît être une... Parce que ça va toujours prendre... Même, de la concertation sur le plan régional, on peut prendre des exemples très précis dans la région de Québec où ça a donné des résultats, mais on peut en prendre d'autres où ça n'en a pas donné du tout, où ça a amené des culs-de-sac sur le plan des décisions. Évidemment, chacun défendant son intérêt, il faut que cette structure-là soit capable d'arbitrer et de prendre des décisions et de ne pas avoir de possibilité de recours au ministère, à Dieu le Père, ou à la Cour suprême, Cour supérieure, appelez-la comme vous voulez, pour qu'on puisse aller demander un arbitrage ailleurs. C'est ça, la volonté de transférer des pouvoirs au niveau régional pour qu'ils puissent se prendre là sans appel.

Évidemment, je pense que la porte était trop belle pour qu'on soit capables de se parler de ça, mais j'avais soulevé quand même des choses qui m'intéresseraient. Dans votre mémoire, vous attaquez un problème qui me paraît très intéressant à ce moment-ci et qui risque de

prendre de l'ampleur lorsque le phénomène sera connu. C'est à la page 24, je crois. Page 22, les fondations. On ne se le cachera pas, la vérité, aussi crue qu'elle puisse paraître aujourd'hui, c'est que les compagnies pharmaceutiques, les vendeurs de produits ont trouvé le moyen d'entrer par la porte des fondations. Il y a des exemples. Le lait pour bébé, c'en est un exemple. Vous nous dites ici, là-dedans, de manière assez crue: Certaines fondations - je n'ai pas de cas précis mais j'ai entendu bien des rumeurs - peuvent servir à payer la différence pour des médecins qui sont impliqués dans la rémunération différenciée, donc, pour les garder au niveau d'un établissement, et ça peut être, à l'occasion, la fondation qui paie. En tout cas, j'ai compris que, dans certaines allusions, il y avait ça. Ce que vous dites: Il ne faut pas entraver le travail des fondations, il ne faut pas empêcher non plus les gens de travailler au niveau des fondations, parce que c'est toujours utile, puis, effectivement, c'est utile. Ils vont chercher des sommes que le gouvernement n'irait jamais chercher autrement que par des compagnies qui produisent des biens. Mais vous dites, là-dedans: "D'une part, l'Association est d'accord que les sommes recueillies par des fondations ne doivent pas servir à combler les insuffisances, même réelles, de la politique salariale s'appliquant aux cadres." C'est parent proche de ce que je vous ai dit, là. Donc, c'est une situation qui existe. C'est clair qu'il peut y avoir une insuffisance, du point de vue où on se place, mais le rôle fondamental d'une fondation, pour vous autres, est-ce que c'est de pallier des carences sur le plan du paiement salarial ou si ça doit servir à autre chose au niveau des établissements que vous représentez?

**M. Dumais:** Il n'y a aucun doute dans notre esprit que ça ne doit pas servir à payer mieux les cadres ou les médecins, c'est vous qui le dites. Moi, je ne suis aucunement au courant de situations de ce genre-là, et j'espère que c'est vrai aussi pour les fondations des grands hôpitaux de l'île de Montréal, que ce soit Sacré-Coeur ou d'autres. Je n'en doute pas du tout.

Les fondations elles-mêmes, pour moi, c'est extrêmement clair, font partie du quart de la budgétisation des coûts de santé au Québec. J'ai dit tantôt qu'un quart était payé par le privé, et les fondations font partie de ce quart des 1700 \$ per capita qui sont payés par année pour les soins de santé. Les fondations font partie de ça. Alors, les fondations, pour nous autres, c'est évident que c'est un moyen d'impliquer la communauté - je pense que les Anglo-Saxons ont compris ça depuis longtemps - pour développer des services dont les bénéficiaires ont besoin au niveau de l'enseignement des soins et de la recherche. Nous autres, c'est strictement en ce sens-là qu'on a introduit ces trois paragraphes-là.

**M. Savard:** On attirait simplement votre attention, M. le ministre, sur le fait que la prohibition contenue dans la loi était absolue. On pensait qu'au lieu d'avoir recours à des firmes privées les fondations pouvaient tout naturellement se tourner vers les gens qui travaillent dans les établissements pour leur faire faire du travail à moindre coût.  
(16 h 45)

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître le leader de l'Opposition et porte-parole officiel en matière de santé.

**M. Chevette:** Je vais commencer par les urgences, tel que je vous l'avais promis. Je suis un peu surpris de la réaction du ministre, tout en étant heureux de la remarque de M. Saint-Pierre, parce que je pense qu'on est portés à généraliser et, à mon point de vue, c'était un petit peu, pas mal, pas correct vis-à-vis de l'ensemble du réseau. Je pense qu'effectivement... Parce que un, deux ou trois établissements se paient la tête d'un ministère, on ne doit pas juger l'ensemble des administrateurs. Effectivement. D'autant plus que je suis surpris de la réaction du ministre, d'abord, de sa réaction vive du départ; deuxièmement, de sa réaction par rapport aux propos qu'il tient depuis le début de la commission. Il a dit à tous ceux qui voulaient l'entendre que les conseils d'administration unifiés, il n'y en aurait plus. L'avant-projet était caduc là-dessus.

Il dit que ça prend, d'autre part, de la coordination régionale. L'exemple du CHUL, il ne peut pas se produire mille et une fois, avec des conseils d'administration uniques. Vous le savez très bien, c'est l'autonomie d'un établissement. Ou bien vous allez faire une seule gestion unique au niveau de la région, pour éviter que des situations... C'est utopique de penser que ça ne se produirait pas. Il faudrait être naïf de penser qu'à l'intérieur du réseau il ne se produirait pas un problème de cédule d'opération élective dans un hôpital, qu'il y ait un événement qui bouleverse la cédule d'un hôpital, d'un centre hospitalier et que ça n'aura pas une incidence, à un moment donné, dans un autre centre d'une même région.

Je ne vous penserais pas... à vous avertir, ce n'est pas vrai. La complémentarité n'ira pas là. La complémentarité des établissements, c'est beaucoup plus un peu comme Urgences-santé fait à Montréal, qui dit: Je suis débordé ce matin, prends quelque chose. Si vous vous piquez de penser que vous allez prévoir, même dans un centre hospitalier, ce qui pourrait se passer le lendemain matin, c'est une aberration, pour deux lits. Si vous pensez éliminer ça, vous rêvez en couleur, à mon point de vue.

C'est bien beau se parler, "6 000 000, il faut se parler", mais quatre, cinq centres hospitaliers dans la région de Québec, un coordon-

nateur pour l'ensemble des urgences, ça n'a pas d'allure, vous le savez très bien. La centrale Urgences-santé ne réussit même pas, à Montréal. Et ils ont des spécialistes à la tonne pour le faire. Vous savez que les imprévus dans un centre hospitalier, il y en a même. Un accident grave, à Québec, sur le pont de Québec, l'Hôtel-Dieu... Ils ne pourraient même pas les garder tous au CHUL, vous savez. Vous allez déranger même la planification de l'Hôtel-Dieu.

**M. Dumais:** Vous parlez d'une fusillade au parlement, quand vous...

**M. Chevette:** Je ne crois pas d'une façon réaliste et pragmatique qu'on puisse régler ce genre de situation ponctuelle qui peut déranger. Il ne faudrait surtout pas juger de la qualité de l'efficacité des administrateurs parce qu'il y a un dérangement subi. Il faut d'abord aller aux causes. C'est vrai que les causes peuvent dépendre d'une autre institution, mais les causes peuvent être d'une nature purement conjoncturelle. Il faut les accepter. Ça fait partie de la vie quotidienne d'un centre hospitalier. En tout cas, c'est comme ça que je l'ai compris. C'est pour ça que je pense que les vraies manières de régler et de planifier à long terme au niveau des urgences, si on ne donne pas un coup de barre au niveau du domicile, si on n'injecte pas des sommes valables pour garder nos personnes chez elles, on va les retrouver à l'urgence. Des fois, à cause de la température, vous allez peut-être avoir un flot plus grand. Par exemple, en février, ça arrive des fois. À Noël, il y a toutes sortes d'événements qui font qu'à un moment donné, oups, il nous arrive toutes sortes de gens qui ont une fragilité de santé un peu plus grande. C'est normal. Si on n'injecte pas, on ne corrige pas à la source.

Je pense que la perspective d'avenir dans ça: ou bien on crée des postes en centre d'accueil ou bien on injecte de l'argent dans les soins à domicile, et là, on risque de corriger à long terme. Sinon...

**Une voix:...**

**M. Chevette:** Ça prend les deux, effectivement. Sinon, à court terme, on aura beau avoir un agent de trafic mieux structuré avec plus de pouvoir, je ne crois pas qu'on va éviter, par exemple, que ça passe. C'est clair.

**M. Dumais:** Il n'y a pas de question, au bout de votre description.

**M. Chevette:** Je n'en veux pas.

**M. Dumais:** J'aimerais rappeler des événements. Urgences-santé, à Toronto, coûte 44 000 000 \$ par année; à Montréal, avant que ce soit sorti du conseil régional, ça coûtait

%40 000 000 \$. Et il n'y a aucun indicateur de santé qui démontre que les Montréalais...

**M. Chevette:** Mais vous êtes en retard dans les chiffres, à Montréal.

**M. Dumais:** Oui, oui, je parle de plusieurs années. Et il n'y a aucun indicateur de santé qui démontre que les Montréalais sont en meilleure santé que les gens de la région de Rimouski ou de Québec parce qu'ils ont une centrale comme Urgences-santé.

**M. Chevette:** Au contraire, ils sont plus à la merci du système.

**M. Dumais:** Oui. Deuxièmement, j'aimerais rappeler à M. Chevette que les urgences, c'est comme un pont. Un pont, que ce soit Jacques-Cartier ou celui de Québec, à 17 heures, il est tout le temps paqueté. Les urgences sont là pour ça. Il y aura toujours des afflux qui varient d'heure en heure et de jour en jour...

**M. Chevette:** Oui, mais là-dessus, docteur...

**M. Dumais:** Je suis d'accord avec vous dans ce sens-là.

**M. Chevette:** ...je pense qu'on pourrait... J'ai visité d'autres pays et ils n'ont pas ce flot aux urgences. Pourquoi? Parce qu'ils ont habité, ils ont acheminé, ils ont déjà des critères de base qui font. Prenons un exemple concret, c'est la Belgique. En Belgique, vous n'avez pas 200, 300 ou 400 patients par jour aux urgences. Pourquoi? Parce que, pour des problèmes mineurs, ce n'est pas à l'urgence que ça va, c'est dans des polycliniques accréditées ou bien c'est dans des cliniques privées, en dehors. Les vraies urgences, ce sont des cas majeurs.

**M. Dumais:** Vous permettez?

**M. Chevette:** C'est une question de mentalité, ici, et de fonctionnement. Les médecins qui chialent, dont vous êtes du corps, mon cher collègue, les médecins qui chialent souvent que les urgences sont encombrées, j'en connais même qui font venir leurs patients à l'urgence parce qu'ils sont de garde. J'en connais même sur leur répondeur automatique qui disent au client: Oui, voici, nous sommes fermés depuis 17 heures. Si vous avez des problèmes, venez à l'urgence. Bon Dieu! Si on a développé le réflexe de l'institution, il y a des médecins qui ont développé le réflexe de l'urgence, en convenez-vous?

**M. Dumais:** J'aimerais rassurer M. Chevette quand même sur un élément. Les gens qui encombrant nos urgences, ce ne sont pas les gens qui achalandent nos urgences. Si 80 %, 40 % et 60 %... J'ai fait de l'urgence pendant dix ans,

sur la ligne de feu, je peux vous dire que les gens qui sont là, ce n'est pas pour des bineries genre psychosocial ou je ne sais pas quoi. C'est parce qu'ils ont soit une infection dans l'oreille, soit une température, une plaie, une fracture, ou pour des urgences majeures. Le problème d'encombrement d'urgence est un problème majeur. Ce ne sont pas les CLSC, les polycliniques privées ou la santé communautaire qui vont régler les ACV, les infarctus, les polytraumatisés qu'on a dans nos urgences. Pour l'achalandage, ça, c'est une question de politique de réseau. Cet achalandage-là peut être réparti, de toutn façon, à travers le réseau actuel. Et j'aimerais juste rappeler à M. Chevette trois événements: des gens qui ont consulté pour leurs problèmes de santé, l'an dernier, sur l'île de Montréal, 67 % ont consulté les médecins dans les polycliniques privées, 7 % dans les hôpitaux, 12 % dans les CLSC. Alors, je ne vois pas où est le problème. Ce n'est pas un réel problème. De là à changer les mentalités, de faire en sorte que la population s'adresse en prenant sa santé en main, au niveau de la première ligne, on en est, évidemment.

**Mme Lavallée:** Si vous me le permettez...

**M. Chevette:** Oui madame.

**Mme Lavallée:** ...je compléterai en disant... On a dit tantôt que, pour nous, on trouvait que c'était important, la régionalisation. Moi, je dirais, j'ajouterais à ça que si, au lieu de dire que ça prend un coordonnateur, on disait que, selon la région qui connaît sa population, qui connaît ses intervenants et les gens avec qui on travaille, on décidait de la meilleure solution plutôt que de penser à un coordonnateur pour tous. C'est une première chose. Mais je voudrais revenir aussi sur le fait qu'on a dit: Reconnaissons les performants d'une façon tangible et on va avoir des résultats. On a parlé des résultats; tantôt, on va en avoir des résultats, si on reconnaît les performants, parce que les non-performants, ils viendront se joindre aux performants parce qu'ils sauront qu'ils sont reconnus.

**M. Chevette:** Mais il ne faudrait pas aller non plus... J'aurais une remarque. Je ne sais pas si c'est dans l'Estrie, hier... Ce n'est pas un problème mathématique, le problème des urgences et du désengorgement des urgences. Il y en a qui disent: Oui, mais l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul passe tant de patients et l'Hôtel-Dieu, à côté, en passe plus. Ça ne veut rien dire, ça dépend de la nature, de la spécialisation, bien souvent, du centre hospitalier. J'espère que les gens vont arrêter de comparer des choses qui ne sont pas comparables à partir des vocations ou des spécialisations. Les spécialités, qu'est-ce que ça donne à un centre hospitalier? Je pense que

l'Hôtel-Dieu de Québec ne pourrait pas être jugé sur un même pied que l'hôpital du Saint-Sacrement à Québec, et tout le monde en conviendrait, quand il a les grands brûlés où les grands traumatisés. Je veux dire, on ne prend pas, ça ne commande pas le même nombre d'heures de soins, et ça, je pense que les gens ne comprennent pas ça. Ils comparaient... Il y a une personne qui me disait: À l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 40 000 par année et à l'Hôtel-Dieu, 90 000, n'est-ce pas effrayant comme l'autre n'est pas performant? On ne peut pas baser la performance non plus à partir de chiffres aussi mathématiques que ça parce que, là, ça deviendrait encore plus injuste vis-à-vis des administrateurs et vis-à-vis des cadres qui gèrent la boîte. Moi, j'ai trouvé ça un petit peu fort, mais il y a du monde qui va jusque-là, se servant du prétexte, précisément, que le ministre dit: Bon, j'instaure un système de contrôle très sévère. Si c'est ça, je vous avoue qu'on contribuerait en maudissant à déshumaniser encore davantage le système, si on le rend mathématique, au point de vue performance.

**Mme Lavallée:** Je voudrais juste ajouter un commentaire. Depuis les propos qu'on tient, vous vous êtes sans doute aperçus qu'on a parlé de l'abondance du coeur des problèmes qui nous sont tous communs. Donc, vous pouvez constater, comme cadres supérieurs, comment on a de l'intérêt à vouloir régler avec vous, en partenariat, cette problématique-là. On veut travailler en collaboration. On veut être des partenaires. On veut être des associés pour le meilleur et pour le pire, bien sûr, mais en ajoutant un petit peu de meilleur dans le pire qu'on a à gérer, bien sûr, et tout en vous disant que, bien sûr, il faut être responsable et imputable des gestes qu'on pose. Nous avons un sentiment de fierté. Nous avons un sentiment d'appartenance au réseau. On travaille avec conviction et foi et je pense que ça... On a besoin d'avoir une certaine réhabilitation sur ça et votre apport est absolument important. Je me permets de dire que je rêve... Je me permets de rêver, mais ce sont des rêves réalisables et des rêves collectifs où, ensemble, on pourrait travailler et se reconnaître dans nos fonctions.

**M. Chevette:** Pour votre...

**Une voix:** Peut-être que M. Tremblay...

**M. Chevette:** Excusez-moi.

**M. Tremblay (Jean-Luc):** Est-ce que je pourrais ajouter quelque chose?

**Le Président (M. Joly):** Oui.

**M. Tremblay (Jean-Luc):** L'été, par exemple, dans les urgences, il n'y en a pas de problème, relativement pas. Pourquoi ça? Parce qu'il y a

des lits. Pourquoi y a-t-il des lits?

**M. Chevette:** C'est parce qu'il ne se fait pas de chirurgie élective.

**M. Tremblay (Jean-Luc):** Parce qu'il y a moins d'électif. La même chose, les fins de semaine. Si on regardait, par exemple, les résultats de la semaine de relâche, je suis à peu près certain qu'on va peut-être être étonnés tout à l'heure de voir les places disponibles. Alors... Je voudrais ajouter, finalement, ce que j'ai dit tout à l'heure, si vous me le permettez. Si ça prend cinq ans ou même dix ans au système pour être capable de faire une forme d'épuration, parce qu'on se sera associé l'ensemble des cadres, parce qu'on aura mis tous les cadres ensemble pour être capables d'être imaginatifs, de trouver des solutions rentables et économiques, si ça prend cinq ans à cause de l'attrition, à cause des départs, moi, je me dis: On va sauver des millions, des millions et des millions. Et je pense qu'on doit certainement considérer une forme de partenariat et de complicité entre le ministère et nous autres. Ce qui nous préoccupe, et je reviens sur ça, c'est, effectivement, la considération et ce que le ministère pense faire avec cette dimension-là. Que va-t-il advenir tout à l'heure de l'ensemble des cadres qui vont s'asseoir autour des tables et qui vont travailler avec vous?

**Le Président (M. Joly):** M. Saint-Pierre.

**M. Saint-Pierre:** M. Côté, je sais qu'il nous a compris mais vous, M. Chevette, ayant été gâté de l'éducation, un négociateur chevronné il y a quelques années, je suis sûr que vous allez défendre cette partie-là, au niveau de l'Opposition, soit au moins l'équité au niveau des cadres des affaires sociales par rapport aux autres employés du gouvernement. On ne vient pas quêter. Je pense que c'est aberrant, que c'est tout simplement aberrant et on espère que vous ne nous oublierez pas.

**M. Chevette:** M. Saint-Pierre, M. Savard a dû vous donner l'information...

**M. Saint-Pierre:** Non, c'est Ghislain Jean...

**M. Chevette:** ...à l'effet que j'ai...

**M. Saint-Pierre:** C'est Ghislain Jean qui m'a donné ça.

**M. Chevette:** Oui, mais M. Savard vous a sans doute dit que ça n'a pas bougé depuis que je suis parti.

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

**M. Saint-Pierre:** Je ne serais pas prêt à dire

ça, quand même.

**M. Chevrette:** Demandez-lui. Demandez-lui publiquement: Qu'est-ce qui s'est fait au niveau du perfectionnement, depuis 1985?

**M. Saint-Pierre:** Ce que j'aimerais dire, M. Chevrette, c'est que, comme société, moi, je peux le dire, je suis un homme, c'est gênant d'avoir le problème des disparités dans les conditions de travail des cadres parce qu'à la fonction publique, les postes de cadres sont occupés à 4 % par des femmes. Dans l'éducation, ce n'est même pas 20 %. Dans les affaires sociales, près de 55 % des postes de cadres sont occupés par des femmes. Ce ne sont pas juste les cadres intermédiaires. Chez les cadres supérieurs, il y a 36 % des postes qui sont occupés par des femmes. Moi, je trouve ça gênant que le réseau le moins bien doté en termes de conditions modernes de travail et le réseau pour lequel on a beaucoup de difficultés à régler, ce soit un réseau qui est surtout constitué de femmes. En tant qu'homme, je tiens à le dire.

**M. Chevrette:** Là-dessus, j'aurais dû commencer mon questionnement par le suivant: Depuis quand ça a-t-il bougé, ça n'a-t-il pas bougé? Et vous auriez répondu: Depuis 1985.

**M. Saint-Pierre:** Hum!

**M. Chevrette:** Ceci dit... C'est vrai, effectivement. Je la savais, l'information, c'est pour ça que je ne vous l'ai pas posée. C'est parce que je vous ai entendu, M. Savard, dire la même chose, lors de l'adoption de la loi - je pense que c'est 97 ou 197, je ne le sais pas - 97. Quand on a parlé des effectifs médicaux, des fameuses fondations et des conflits d'intérêts des D.G. sur... C'est à cette loi-là que vous étiez là. Quand j'ai lu votre mémoire, j'ai dit: Tiens, ils reprennent des passages formulés dans leur mémoire sur la loi 97.

**M. Dumais:** Il reste encore quelques champs dans le réseau des cadres supérieurs, mais ils sont encore importants.

**M. Chevrette:** Non, je vous donne raison, je vous donne raison à 100 milles à l'heure. Je conçois mal, surtout au niveau de la santé et des services sociaux, qu'on n'ait pas les mêmes sommes comparables au niveau du perfectionnement des cadres. Parce qu'on joue avec la santé des gens, on joue avec des milliards encore plus, si on compare avec l'éducation. 30 % du budget d'une province, c'est quelque chose. On doit avoir des cadres à la page, "up to date", comme disent les Anglais.

C'est vrai que je n'ai jamais compris pourquoi même tous les gouvernements... Je ne cherche pas à être un partisan aveugle. Je vous

dis que je n'ai jamais compris pourquoi il y a une disparité dans le perfectionnement entre l'éducation et les affaires sociales, quand on est supposé avoir une politique monétaire, une politique salariale, une politique de traitement de ses employés, de ses cadres. Je n'ai jamais compris pourquoi il y avait une disparité, effectivement.

En 1985, effectivement - je le faisais peut-être en boutade mais j'étais sérieux - je l'avais dit publiquement, à ce moment-là, je ne comprenais pas la disparité. Il y a un gouvernement dans un gouvernement qu'on appelle le Trésor, ça ne va pas toujours aussi vite qu'on voudrait, au niveau d'un ministère, ça, je n'en disconviens pas, mais il reste qu'on n'a jamais donné, comme gouvernement ou comme État, de réponses intelligentes au pourquoi de la disparité. Vous avez raison. On n'est pas pour se cacher, vous avez raison.

**M. Savard:** M. Chevrette, ce que je peux vous dire, c'est que les Conseils du trésor ont l'air de se suivre et de se ressembler.

**M. Chevrette:** C'est exactement ce que je viens de vous dire.

**M. Savard:** L'autre chose qui a l'air de se ressembler beaucoup, au niveau des conditions normatives, c'est-à-dire au niveau, par exemple, de la protection contre les décisions arbitraires, les associations d'employeurs, l'AHQ, l'ACAAQ et les autres, et je vous parle de façon bien sincère, c'est qu'on a l'impression qu'on prie le gouvernement de ne pas prendre toutes ses responsabilités.

**M. Chevrette:** Oui, mais...

**M. Savard:** Et nous, on s'attend que le ministère des Affaires sociales règle ce problème social.

**M. Chevrette:** J'ai découvert, dernièrement - c'est par hasard, c'est un cadre qui est venu à mon bureau - que le gouvernement, lors de l'adoption des normes du travail, les anciennes normes - je ne me souviens pas en quelle année - s'était soustrait sur toute la ligne, comme gouvernement et avec ses sociétés d'État, à l'application même des normes minimales, de sorte qu'on ne peut pas se servir des normes minimales pour défendre ou soutenir même un cadre d'une société d'État ou du gouvernement. Ça, j'ai trouvé ça... Je l'ai découvert par hasard. Si je n'avais pas eu un cas du genre, je ne l'aurais pas su, ce qui prouve que des adoptions de législation dans les fins de session, avec une avalanche de projets de loi, tu n'es pas toujours sur place quand ça s'étudie et tu te rends compte, par après, a posteriori, quo l'Assemblée nationale crée des discriminations dans le

traitement de ses personnels. Donc, oui, je suis très sensible à ça. Si le ministre l'inclut dans son projet, on l'appuiera; s'il ne l'inclut pas, on fera des amendements pour l'inclure.

**M. Dumais:** Peut-être, M. le Président, avant de... J'imagine que le temps est écoulé.

**Le Président (M. Joly):** Quelques minutes.

**M. Dumais:** J'aimerais conclure en disant qu'on veut être des cadres avec M. Côté, dans cette réforme-là, dans cette entreprise-là, même s'il n'y avait pas de réforme, on tient à être des cadres maniaques de la connaissance, des cadres japonais, entre guillemets, j'insiste. On veut être les meilleurs là-dedans parce que le réseau de la santé et du bien-être social, c'est un réseau complexe, délicat et qui ne ressemble à aucune autre raison sociale au Québec. Alors, on veut être partenaires là-dedans. Et peut-être, en terminant, qu'on pourrait, en collaboration avec Gaston, sûrement inviter M. Côté à Rimouski, en octobre, puisqu'on tient notre congrès à ce moment-là. Je suis certain que vous ne pourrez pas éviter de repasser dans cette région-là. Je suis certain que Gaston va être d'accord avec ça, puisqu'il préside le congrès. J'ai raison?

**M. Saint-Pierre:** Je suis tout à fait d'accord et je voudrais vous dire quand même que le soleil se lève à l'est.

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

**Le Président (M. Joly):** M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, en terminant, pour ne pas être injuste vis-à-vis du Trésor, il a un rôle très ingrat à jouer, je tiens à le répéter et à ne pas l'oublier, c'est lui qui doit balancer un certain nombre de choses. Il s'agit que le ministre en fasse un dossier prioritaire pour lui et qu'il convainque le Trésor; c'est son rôle fondamental à lui. Le Trésor a son rôle à jouer, c'est au ministre de jouer le sien. J'ai compris l'essence du message qui a été livré aujourd'hui; non pas seulement entendu, mais compris. Évidemment, octobre, c'est un très beau temps pour être capable d'aller vous parler de la vraie réforme. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Alors à mon tour, au nom des membres de cette commission, je tiens à vous remercier et je me permettrai de dire à tous ceux qui se sont identifiés comme chauvins qu'on dit qu'un péché avoué est à moitié pardonné, alors on comprend les situations.

Alors, nous ajournons nos travaux à demain 10 heures, ici, dans la même salle. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 6)