



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 (15)

Le mercredi 14 mars 1990 - No 25

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Institut canadien de recherches avancées	CAS-1537
Association des centres d'accueil du Québec	CAS-1549
Fonds de la recherche en santé du Québec	CAS-1562
Conseil québécois de la recherche sociale	CAS-1572
Centrale des syndicats démocratiques	CAS-1580

Intervenants

M. Jean A. Joly, président
Mme Huguette Boucher Bacon, présidente suppléante

M. Marc-Yvan Côté
M. Guy Chevette
M. Henri-François Gautrin
Mme Jeanne L. Blackburn

- * M. Marc Renaud, Institut canadien de recherches avancées
- * M. André-Pierre Contandriopoulos, idem
- * Mme Ellen Corin, idem
- * M. Barry Pless, idem
- * M. Robert Evans, idem
- * M. Michel Clair, Association des centres d'accueil du Québec
- * M. Mario Dolan, idem
- * Mme Lise Bélanger, idem
- * M. Gilles Proulx, idem
- * M. Patrick Vinay, Fonds de la recherche en santé du Québec
- * M. Marc-Adélar Tremblay, Conseil québécois de la recherche sociale
- * M. Réjean Dubé, idem
- * M. Eli Schwartz, idem
- * M. Michael Conway, idem
- * M. Claude Gingras, Centrale des syndicats démocratiques
- * M. Robert Légaré, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

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

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1060, Cowoy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28
Québec, (Québec)
G1R 5E6 tél. 418-643-2754

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0623-0102

Le mercredi 14 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 quatorze minutes)

Le Président (M. Joly): Bonjour, tout le monde. Bienvenue à cette commission. Nous nous réunissons aujourd'hui pour une consultation générale et des auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi Loi sur les services de santé et les services sociaux. Est-ce qu'il y a des remplacements, Mme la secrétaire?

La Secrétaire: Oui. M. Atkinson (Notre-Dame-de-Grâce) est remplacé par M. Holden (Westmount); Mme Loiselle (Saint-Henri) est remplacée par M. Lafrance (Iberville); Mme Marois (Taillon) est remplacée par Mme Blackburn (Chicoutimi).

Le Président (M. Joly): Merci, madame. Aujourd'hui, nous entendons l'Institut canadien de recherches avancées, l'Association des centres d'accueil du Québec, le Fonds de la recherche en santé du Québec, le Conseil québécois de la recherche sociale et la Centrale des syndicats démocratiques.

Je vois que, déjà, les représentants de l'Institut canadien de recherches avancées se sont avancés, ont pris place. Alors, bienvenue à cette commission. Je vous rappelle un peu la procédure. C'est que vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire et, par après, les parlementaires des deux formations se réservent le plaisir et le loisir de vous poser des questions.

Alors, je demanderais à la personne responsable du groupe de s'identifier et d'identifier les personnes qui l'accompagnent.

Institut canadien de recherches avancées

M. Renaud (Marc): Bonjour, mon nom est Marc Renaud. Je suis sociologue de la santé, professeur de sociologie à l'Université de Montréal et directeur du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention. Vous ne comprenez pas?

Le Président (M. Joly): Oui. Juste peut-être tasser un peu le micro vis-à-vis vous. Seulement que... Parfait. Merci.

M. Renaud: Je vais d'abord vous présenter les personnes autour de cette table. D'abord, les auteurs du rapport: André-Pierre Contandriopoulos, à ma droite, qui est économiste de la santé, professeur au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et directeur du

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé; Ellen Corin, qui est à l'autre bout de la table, anthropologue de la santé, professeure en psychiatrie à l'Université McGill, de même que directrice d'un centre de recherche à l'hôpital Douglas; finalement, Barry Pless, qui est immédiatement à ma gauche, professeur de pédiatrie et d'épidémiologie à l'Université McGill, de même que directeur d'un centre de recherche à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Il y a également deux autres personnes, autour de la table, qui ont très gentiment accepté notre invitation à nous accompagner, même si leur français n'est pas parfait. Nous leur avons demandé de nous accompagner parce que ce sont parmi les meilleurs experts au Canada en matière de financement et d'organisation des soins et nous travaillons, de toute façon, avec eux régulièrement.

Il s'agit de Bob Evans, qui est ici à ma gauche. Bob est économiste de la santé et professeur d'économie à l'Université de Colombie-Britannique; il est également directeur du programme "Population et Santé" de l'Institut canadien de recherches avancées qu'on représente ici aujourd'hui. Bob vient d'être nommé comme commissaire de la Commission royale d'enquête du gouvernement de la Colombie-Britannique sur les coûts des soins en Colombie-Britannique.

Finalement, à l'extrême droite, Fraser Mustard. Fraser Mustard est un médecin pathologiste extrêmement renommé, ancien doyen d'une faculté de médecine. Il est également aujourd'hui président de l'Institut canadien de recherches avancées.

Je vais peut-être vous dire deux mots, avant de débiter le mémoire, deux mots sur cet institut. Cet institut a été créé en 1982 par l'entreprise privée dans le but d'essayer de développer, au Canada, de la recherche et du développement. C'est un institut sans mur, qui regroupe des chercheurs de disciplines différentes, souvent de pays différents, qui exercent dans des domaines différents, de manière à ce que ces chercheurs développent des pensées nouvelles relativement à des produits ou relativement à des politiques.

Cet institut fonctionne, comme je le disais tantôt, depuis 1982. Il y a une centaine de chercheurs qui y sont impliqués, dont 20 du Québec, et il y a six ou sept programmes à l'intérieur de l'Institut, dont le nôtre qui est le programme sur la santé des populations. Ce programme a comme mandat de faire le point de l'état des connaissances en matière des déterminants de la santé. Il a également comme mandat d'essayer de débattre de meilleures mesures pour améliorer la santé des populations.

C'est donc dans le cadre de cet Institut que nous faisons, aujourd'hui, une représentation ici, de même qu'en tant que chercheurs québécois puisque trois d'entre nous avons été très impliqués dans la commission Rochon, et Barry a été très impliqué sur les questions de développement des problématiques autour des enfants.

Pourquoi ce mémoire? Si on se présente devant vous, ce n'est pas parce que nous avons des intérêts précis à défendre ou une cause précise à défendre. Évidemment, si vous nous posez des questions sur la recherche, nous sommes des personnes très intéressées mais, à part la recherche, nous sommes des observateurs passablement neutres à l'égard du système de soins.

Nous avons tous été fortement impliqués dans des comités ou des commissions visant à essayer de comprendre ce qu'il faut faire avec notre système de santé, que ce soit au niveau provincial, au niveau national ou au niveau international. Or - et c'est la raison pour laquelle nous sommes ici - nous avons le sentiment que le présent projet de loi ne rend pas complètement justice aux nombreux efforts qu'un grand nombre de personnes ont faits pour trouver des idées, pour améliorer notre système de soins et améliorer la santé de la population.

Il y a plusieurs aspects du projet de loi qui nous semblent extrêmement positifs mais, en même temps, il y a un certain nombre d'aspects du projet de loi qui nous mettent mal à l'aise, et nous sommes venus ici un peu pour vous l'exprimer. Parfois, nous avons le sentiment que le projet de loi va trop loin, parfois il va trop vite ou pas assez loin, mais, surtout, on a le sentiment que le projet de loi se contente de faire des réformes de structures sans se doter de dispositifs susceptibles de guider le système dans l'atteinte de résultats concrets. Il nous semble qu'il faut arriver à penser le système pour atteindre des objectifs concrets, à moyen terme.

Je n'ai pas l'intention de vous lire l'ensemble du mémoire parce que c'est trop long, mais laissez-moi vous résumer la première partie. Et je voudrais vous lire la toute dernière qui vient de vous être remise et qui est beaucoup plus précise quant aux recommandations qu'on veut faire.

Ce que nous disons, dans les dix premières pages de ce mémoire, c'est que la santé d'une population, c'est, en premier lieu, attribuable à des facteurs économiques, sociaux et culturels et, uniquement en deuxième lieu, attribuable aux services médicaux. Ce que nous présentons dans le texte, c'est un ensemble de constats un petit peu troublants. Par exemple, on s'aperçoit que le Japon avait la moins bonne espérance de vie de tous les pays développés, en 1960. Aujourd'hui, il a, et de loin, la meilleure espérance de vie des pays développés. Pourtant, le Japon investit une fois et demie moins en médecins et en infirmières que c'est le cas chez nous. Par ailleurs, il

investit plus dans l'éducation.

Un autre constat qu'on rapporte dans le texte, c'est le constat que même si tous les gouvernements ont développé des politiques d'universalité d'accès aux services, donc d'égalité d'accès aux services, on s'aperçoit que l'écart de santé à l'intérieur de la population entre les classes sociales demeure, à travers le temps. Et ce n'est pas juste une question de riche et de pauvre, c'est vraiment une question de gradient. Plus on est haut dans une hiérarchie, meilleure est notre santé. Si on est juste en dessous, on est un peu moins en santé et ainsi de suite pour aller jusqu'au plus pauvre. Et ça, c'est vrai pour toutes les causes de mortalité et pour tous les problèmes de comportement. Il y a un problème derrière ça. Comment se fait-il qu'il y ait un tel gradient dans l'état de santé de la population, même si toute la population a accès aux services de santé? On n'a pas encore toutes les explications à cette question-là. Ce qui semble vouloir ressortir des études en psycho-neuro-immunologie, c'est le fait que plus on est haut dans une hiérarchie, plus on a un sentiment de contrôle sur sa destinée, sur son environnement et meilleure est notre santé. On pourrait en parler longtemps.

Autre constat qu'on rapporte dans le texte, c'est l'idée suivant laquelle - ça a été largement démontré - l'isolement et le manque de soutien social pour un individu, c'est aussi grave que de fumer pour sa santé. Quand on regarde ces facteurs-là, on s'aperçoit que la médecine a un impact important, bien sûr, mais relativement secondaire par rapport aux facteurs économiques, culturels et sociaux. Si on regarde les grandes maladies mortelles du passé, ce n'est pas la médecine qui a fait en sorte que ça recule, c'est l'enrichissement collectif, c'est l'évolution des comportements des gens.

Venons-en maintenant aux conclusions que l'on tire de tout ça. Il y a quatre paramètres au fond de notre raisonnement. Le premier, comme je viens de le dire, il y a des facteurs sociaux, économiques et culturels qui sont extrêmement importants pour la santé de la population. Le deuxième paramètre, bien sûr, par ailleurs, c'est qu'il y a une très forte demande de soins au sein de la population. Même si on sait que les déterminants principaux, ce n'est pas directement la médecine mais autre chose, il reste que nos sociétés ont décidé d'investir énormément du côté des soins. Ça, c'est le deuxième paramètre. Le troisième paramètre, ce système ne pourra pas avoir des effets meilleurs qu'il n'en a maintenant simplement avec des réformes de structures, même si les réformes de structures sont coûteuses et dérangeantes. Il est absolument nécessaire, selon nous, de recadrer l'ensemble des pratiques soignantes et des pratiques préventives par rapport à des objectifs précis de résultats à atteindre et non pas seulement par rapport à des objectifs de services à donner. Le quatrième et

demier paramètre dans notre raisonnement, il ne serait pas raisonnable pour le Québec, à l'heure actuelle, d'accroître ses dépenses de soins au-delà de leur niveau actuel. Par conséquent, il y a une foule d'arbitrages qui sont nécessaires.

Venons-en maintenant à nos conclusions plus opérationnelles. Si vous voulez prendre le mémoire, à la page 12, je vais lire les quelques pages qui restent parce que c'est là que résident nos suggestions les plus précises. Il y a trois idées fortes dans notre mémoire. La première, c'est qu'il faut arriver à trouver le moyen d'introduire un peu plus de rationalité, un peu plus de cohérence dans les prises de décisions gouvernementales, dans les prises de décisions dans le secteur de la santé. La deuxième idée, c'est que la santé, ce n'est pas une responsabilité juste d'un ministère mais d'un gouvernement. Et la troisième idée, c'est que, si on régionalise, régionalisons pour vrai.

Commençons par la première idée: pour une plus grande cohérence dans les prises de décisions. Le rationnement appelle des choix. Quand le rapport Rochon parle d'un système en otage, il veut dire que ces choix sont le plus souvent dictés par la nature des rapports de forces où les plus forts gagnent invariablement sur les plus faibles. Ils ne sont pas éclairés par une évaluation rigoureuse des besoins et des options possibles. De surcroît, les choix sont souvent laissés au hasard, à l'air du temps. On fait confiance aux professionnels sans se poser plus de questions. Comme on méconnaît généralement l'importance des facteurs socio-économiques et culturels et qu'on surestime l'impact de la médecine, ces choix vont en général dans la direction d'un renforcement du domaine biomédical.

Je vais prendre quelques exemples. Pour prévenir la mortalité infantile, la société fait implicitement un choix en laissant se développer la réanimation néonatale en milieu hospitalier plutôt que d'investir dans des programmes intégrés de soins globaux qui intègrent des services domestiques, éducationnels, nutritionnels et médicaux, de soins globaux pour des femmes enceintes de milieux défavorisés dont on sait par ailleurs qu'elles ont de loin le plus haut taux de bébés de petit poids. Autre exemple: En laissant se développer les soins intensifs de nature curative pour des patients en phase terminale, on se trouve à défalquer les ressources des patients qui ont besoin, eux, de traitements préventifs.

Prenons le cas du cardio-vasculaire aussi. La société met en oeuvre une multitude de technologies des plus biomédicales - l'angioplastie, le cathétérisme, la transplantation - aux plus sociales, par exemple, l'éducation du public pour de la réanimation cardiaque, en passant par des technologies de santé publique, de transport ambulancier, de dépistage de l'hypertension, etc. Dépendant du montant d'argent, ce montant d'argent qui est investi dans l'une ou l'autre de

ces technologies, on fait implicitement un postulat de l'importance présumée de chacune pour améliorer la santé cardio-vasculaire de la population. Or, ces postulats ne sont jamais rendus explicites ni documentés ni débattus. On ne sait pas, par exemple, s'il est préférable d'investir dans l'angioplastie ou dans l'éducation du public pour que les gens sachent quoi faire si jamais il y a quelqu'un qui fait une crise cardiaque devant eux.

Entrons dans les moyens maintenant. Dans la nécessité d'introduire plus de cohérence dans les choix que la société fait en matière de santé, il nous semble souhaitable que le présent projet de loi rende permanent le Conseil d'évaluation des technologies de la santé que le gouvernement québécois a récemment créé, mais en lui imposant une clause dite "crépusculaire". Le gouvernement devrait également s'assurer que ce conseil interprète son mandat d'une manière large. Il devrait non seulement revoir l'évidence sur le bien-fondé et les conditions d'utilisation des technologies biomédicales, mais il devrait aussi comparer l'utilité de ces technologies à des technologies sociales ou de santé publique dans l'atteinte de certains objectifs, par exemple, pour réduire l'incidence des maladies cardio-vasculaires. Il nous semble également important d'élargir le rôle de l'actuel Conseil des affaires sociales et d'en faire un centre permanent d'enquête épidémiologique, sanitaire et sociale, comme le suggérait le document Orientations. Ce conseil devrait, entre autres, voir à ce que le Québec, à l'instar de deux autres provinces canadiennes, se dote d'un système de statistiques sanitaires qui soient utilisables à des fins d'évaluation du système et, le cas échéant, de réallocation des ressources.

Il est important de dire que le Québec a récemment fait un effort important via l'enquête Santé-Québec pour mieux comprendre l'état de santé de toute sa population, qu'elle soit malade ou non. Cette enquête est très importante pour établir des objectifs de santé. Malheureusement, comme celle-ci ne fait qu'une photographie de la situation à un moment donné dans le temps et sans lier en détail les problèmes de santé à l'utilisation effective des services, son utilité pour la gestion du système est moins grande que ce qui serait possible, sans coûts additionnels importants, avec un réaménagement des informations saisies par les fichiers Med-Echo et de la RAMQ appariés avec les données du recensement canadien. Une telle base de données pourrait permettre l'évaluation du développement de telle ou telle forme d'intervention - par exemple, les césariennes et le placement d'enfants dont on a récemment entendu parler - d'une région à l'autre par rapport à d'autres provinces ou par rapport à d'autres pays. Voilà pour la première idée. Donc, essayer d'introduire plus de cohérence.

Deuxième idée, la santé, ce n'est pas juste

la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux; c'est la responsabilité aussi de l'ensemble du gouvernement. La santé, ce n'est pas qu'une affaire de médecins, on l'a déjà dit, et, comme le laisse sous-entendre le premier article du présent projet de loi, toutes les composantes de ta vie, le travail, l'école, la famille, l'alimentation, l'activité économique, ont un impact mesurable sur l'état de santé. En ce sens, la santé, ce n'est pas non plus l'affaire d'un seul ministère, même si la coutume veut qu'on l'appelle le ministère de la Santé. En fait, il s'agit là d'un ministère des services médicaux au même titre qu'il est un ministère des services sociaux. La santé, c'est l'affaire de tout le gouvernement. Plusieurs ministères y partagent une responsabilité: l'Éducation, les Transports, la Voirie, la Justice, l'Emploi et la Sécurité du revenu, l'Industrie et le Commerce, l'Environnement, pour ne mentionner que les ministères les plus évidents. Les municipalités ont aussi une grande responsabilité.

Dans ce contexte, il devient extrêmement important de mettre en place des politiques intersectorielles, entre ministères, ayant comme finalité d'arriver à la réduction d'un certain nombre de problèmes sociaux et de santé. Un des moyens pour y arriver serait de créer, en dehors du ministère de la Santé et des Services sociaux, un conseil consultatif sur la santé du Québec. Si on ne veut pas multiplier le nombre de conseils indûment, ce conseil pourrait fort bien être le Conseil des affaires sociales dont nous avons parlé plus haut, mais l'important c'est que ce conseil soit présidé par le premier ministre, comme c'est le cas en Ontario, ou encore qu'il relève d'un ministre d'État. Ce conseil aurait comme mandat d'appuyer le gouvernement dans l'élaboration de toutes les politiques qui ont un impact sur la santé, quel que soit le ministère impliqué, et de faire des recommandations qui, une fois approuvées, lieraient chacun des ministères concernés. Pour être clair, l'idée, ce n'est pas de mettre le ministère de la Santé et des Services sociaux sous tutelle. L'idée, c'est de bien démarquer la responsabilité de la gestion des services médicaux de la responsabilité d'améliorer la santé de l'ensemble de la population.

Un autre moyen est de mettre explicitement sur la place publique les objectifs de santé poursuivis par le gouvernement. On ne devrait pas, à notre avis, laisser dormir sur les tablettes les 20 objectifs présentés dans le premier chapitre du document Orientations. Ces objectifs ont été débattus depuis plusieurs années et commencent à faire consensus. Ils ont la capacité de mobiliser les acteurs du système vers des objectifs précis de résultats. Pour donner à ces objectifs l'importance qu'ils méritent, il nous semblerait important que le gouvernement, dans le cadre du présent projet de loi, se crée l'obligation de doter le Québec d'un plan triennal

d'objectifs qu'il devrait réévaluer, évidemment, périodiquement. De plus, comme en Ontario, le discours inaugural à l'Assemblée nationale pourrait, à chaque année, faire état des objectifs qui seront poursuivis en matière de santé et établir un certain bilan de l'année antérieure.

(10 h 30)

Troisième idée-force du mémoire: Pour des régions régionales vraiment décentralisées, responsables et efficaces. L'idée de la décentralisation, c'est de rapprocher les prises de décisions de ceux et de celles qui sont le plus directement concernés, permettant ainsi un ajustement des politiques d'ensemble aux réalités régionales et une beaucoup plus grande flexibilité dans l'utilisation des moyens pour atteindre les objectifs. Avec les régions régionales, le Québec pourrait se doter d'outils merveilleux, d'outils originaux et efficaces pour s'attaquer aux grands problèmes sociaux et de santé de l'heure, en mobilisant à cette fin des organismes communautaires, des entreprises privées, des établissements, des professionnels, et ainsi de suite. Mais ces régions peuvent aussi être des monstres, des monstres de paperasse et de bureaucratie, toutes tendues vers la poursuite, ou plus réalistement le contournement des directives énoncées par Québec, des monstres aussi de notables locaux, imputables à personne sauf eux-mêmes, qui continueraient d'être orientés vers la gestion des services, sans souci pour l'amélioration de la santé des populations. Les régions sont donc, si le Québec prend cette direction, une véritable expérimentation en milieu naturel. La différence entre le succès et l'échec de cette décentralisation, à notre avis, tient à quelques conditions fondamentales. Premièrement, l'idée de décentralisation est par définition opposée à l'idée de solution mur à mur. Elle repose sur une rigidité dans les objectifs à atteindre, mais sur une très grande flexibilité dans les moyens à mettre en oeuvre. Or, les régions ne sont pas égales les unes par rapport aux autres. Il y a des régions qui sont prêtes maintenant à tenter l'expérience de la décentralisation; il y a d'autres régions, à notre connaissance, qui ne le sont pas. Dans ce contexte, autant il nous semble important que la décentralisation soit obligatoire à moyen terme, autant il ne nous semble pas souhaitable de précipiter les choses en imposant maintenant à toutes les régions un rythme uniforme d'implantation. La décentralisation repose sur trop de changements de mentalités pour être imposée, simplement d'un trait de plume, par une autre directive de Québec.

Les régions ne sont pas non plus égales les unes par rapport aux autres quant à l'expertise qu'elles possèdent pour s'attaquer aux problèmes extrêmement complexes auxquels elles sont confrontées: traitement des maladies aiguës, prise en charge des malades chroniques, santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, périnatalité, violence, etc. Dans ce contexte, une direction

devrait être créée au sein du ministère avec comme mandat de fournir aux régions un appui logistique et, le cas échéant, des ressources humaines pour les aider à ajuster les objectifs du Québec aux réalités régionales et, éventuellement, pour développer d'autres objectifs. Cette direction aurait donc comme mission d'épauler les régions dans les choix à faire et de les aider à documenter le potentiel spécifique dont elles disposent au niveau des communautés et au niveau des institutions existantes.

Deux minutes, je termine. Deuxième condition, l'atteinte des objectifs de santé du Québec devrait faire explicitement partie du mandat des régies régionales. Non seulement celles-ci devraient-elles administrer les programmes d'assurance-maladie, d'assurance-hospitalisation, mais elles devraient aussi avoir le mandat de mobiliser les ressources de la région pour atteindre certains résultats. Pour ce faire, elles devraient avoir une certaine autorité non seulement sur les professionnels et les institutions sanitaires, mais aussi sur l'ensemble des autres intervenants qui ont un impact sur la santé de la population. Prenons l'exemple des accidents. Supposons que le gouvernement décide dans son plan triennal de réduire de X % la mortalité par accident au Québec. On sait que la mortalité par accident est la principale cause de mortalité pour tout le monde, entre 1 an et 45 ans, au Québec. Les coûts engendrés sont énormes, on le sait. Mais on sait également que 70 % des accidents pourraient être prévenus, en totalité ou en partie, si seulement on implantait des stratégies connues de prévention.

Dans le contexte actuel, qu'est-ce que ça voudrait dire pour nos régies régionales? Rien, parce que les régies régionales n'ont aucun pouvoir, aucune autorité sur d'autres intervenants que ceux des services médicaux et des services sociaux. Si une régie voulait être efficace, elle devrait voir à limiter la vitesse sur les routes, à renforcer l'application des lois anti-alcool au volant, à inspecter l'état sécuritaire des véhicules, à voir du port de casque protecteur à bicyclette, à imposer le port de la ceinture de sécurité, à créer des pistes cyclables, à améliorer la signalisation et l'état des routes, à assurer des voies sécuritaires de promenade pour les piétons, etc. Pour ce faire, il faudrait donc que les régies aient une certaine autorité morale sur les municipalités, sur le ministère des Transports et de la Voirie, sur le ministère de la Justice. Ce n'est pas le cas actuellement, puisque les régies n'ont d'autorité que sur les services médicaux et les services sociaux.

Enfin, troisième et dernière condition, nous semble-t-il, pour que les régies soient efficaces, afin que les régies ne s'enferment indéfiniment dans des jeux d'officine ou des rapports de forces, il nous semble qu'il faut absolument trouver le moyen de les rendre imputables à autre chose qu'à des fonctionnaires à Québec.

Non pas qu'on ne respecte pas les fonctionnaires... La commission Rochon suggérerait d'en faire des organismes élus. Puisque cela semble impraticable, il faut trouver d'autres moyens. Un de ceux-ci pourrait être de rendre les dirigeants des régies régionales responsables devant les membres élus de la présente commission parlementaire. À l'occasion de l'étude de leurs crédits budgétaires, ils devraient rendre des comptes sur leurs dépenses passées et sur l'atteinte des objectifs prévus au plan triennal du gouvernement. Dans le contexte - et je termine là-dessus - où les régies régionales seraient imputables aux autorités publiques élues, on pourrait prévoir un système de punitions et de récompenses pour responsabiliser les régies, non seulement par rapport aux aspects financiers et administratifs du régime, mais également par rapport à l'atteinte des résultats souhaités par le gouvernement. Le niveau de financement des régies devrait alors être ajusté de période en période pour tenir compte de la taille de la population de chaque région, de l'état des facteurs qui déterminent la santé - le taux de chômage, le niveau de richesse, etc. - et du degré d'atteinte des objectifs. Je vais m'arrêter là-dessus. La fin de notre texte étant essentiellement un résumé, peut-être que ça vaut la peine de lire la toute fin, si vous...

Le Président (M. Joly): Vous le pouvez, si c'est quand même assez bref.

M. Renaud: Très bref, c'est juste la fin, nos suggestions.

Le Président (M. Joly): On vous accorde le temps qu'il faut, M. Renaud.

M. Renaud: Rendre permanent le Conseil d'évaluation des technologies de la santé avec un mandat large. Élargir le rôle du Conseil des affaires sociales pour en faire un centre permanent d'enquête épidémiologique, sanitaire et sociale. Créer en dehors du ministère un conseil consultatif sur la santé de la nation avec comme mandat de voir à l'élaboration de toutes les politiques gouvernementales qui ont un impact sur la santé. Créer l'obligation au gouvernement de développer un plan triennal d'objectifs de santé. Le discours inaugural à chaque année devrait en faire état. Ne pas imposer la décentralisation par en haut, mais prévoir un rythme variable d'implantation des régies et un support technique aux régions qui en ont besoin. Donner aux régies le mandat d'atteindre les objectifs de santé du gouvernement avec autorité, tout au moins morale, sur l'ensemble des intervenants, qu'ils soient des professionnels de la santé ou non. Enfin, rendre les dirigeants des régies régionales imputables à la commission parlementaire des affaires sociales, devant laquelle ils devraient se présenter à chaque année pour

défendre leurs crédits budgétaires et leur performance dans l'atteinte des objectifs. Je vous remercie.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je veux d'abord vous dire que nous sommes très heureux de vous recevoir pour recommencer notre semaine d'auditions parlementaires. C'est plus qu'un air frais de vous recevoir, compte tenu qu'il est, de ce que j'ai compris, un air canadien. J'en profite pour saluer de manière particulière les gens qui, de Colombie-Britannique et de Toronto, nous rendent visite ce matin. Je pense que leur contribution renforce notre idée de commission d'avoir un débat très large, très ouvert. Tel que je le disais, et cela a été répété par mon collègue Chevette, au début de la commission, il faut avoir, dans cette commission parlementaire, des gens qui viennent nous parler des problèmes du système ou nous donner des solutions aussi, et c'est ce que vous faites dans votre mémoire complètement détaché d'intérêts partisans. Je pense que vous êtes un groupe assez exceptionnel à ce niveau-là. Vous allez loin, et, moi en tout cas, comme ministre, à ce moment-ci, je suis très à l'aise de vous écouter ce matin, de vous entendre, et de cheminer avec vous sur le plan des propositions que vous nous faites. C'est donc un mémoire qui, pour nous, change le cap de ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant, d'intérêts qui étaient plus dirigés vers... Un centre hospitalier qui venait défendre son centre hospitalier, un département de santé communautaire qui venait défendre son département de santé communautaire, un CRSSS qui venait défendre le CRSSS d'aujourd'hui et de demain, régie de demain... Mais véritablement un mémoire qui va, je pense, changer radicalement le ton de la commission sur le plan des objectifs qu'on doit viser et des moyens pour les atteindre. Donc, je vous suis très reconnaissant, au nom de cette commission, d'avoir pris la peine de rédiger un mémoire, de le présenter. Ça va être un guide, pour nous, en tout cas, très intéressant pour plusieurs de vos suggestions.

Comme première question, vous avez évoqué l'enquête Santé-Québec, qui me paraît une base, puisque, si on veut avoir des objectifs, il faut savoir où on est, où on se situe. Malgré le fait que ce n'est pas exhaustif comme enquête, je pense que c'est un premier jalon qui est tracé et qui doit être nécessairement bonifié. Et, si mes informations sont bonnes, ça n'existe dans aucune autre province du Canada, au moment où on se parle. Donc, c'est une première, à ce moment-ci, au niveau du Québec. De par votre expérience, qu'est-ce qu'il faut ajouter, retrancher et qu'est-ce qu'il faut faire avec l'enquête

Santé-Québec, de façon à ce qu'on puisse mettre en branle notre réforme, mais pour sous-tendre nos objectifs? Parce que ça présuppose une connaissance très bonne, pas seulement une photo, comme vous le disiez tantôt. L'enquête Santé-Québec, c'est une photo d'un moment X qui est déjà dépassé aujourd'hui, parce que ça date d'une année et plus - deux ans - et on est dans une situation où il faut repartir la machine. Qu'est-ce qu'il faut faire dans ces conditions-là si on veut être capables de mettre en application des recommandations que vous nous faites, parce que c'est la base?

M. Contandriopoulos (André-Pierre): Je pense qu'on peut répondre autour de deux idées. La première idée, c'est que l'enquête Santé-Québec est à un moment donné dans le temps et qu'on pourrait, sans reproduire chaque année une enquête qui est coûteuse, lui donner une espèce de temporalité en l'appariant avec des données qu'on a sur l'utilisation des services médicaux de la régie, sur les services hospitaliers, les données Med-Echo et intégrer l'enquête Santé-Québec aux autres systèmes d'information qu'on a, ce qui donnerait une signification plus grande, à la fois aux données de la régie dans leur relation avec l'état de santé, qui permettrait de les interpréter, qui permettrait de leur donner du temps. Associé à cette idée, le fait que l'enquête Santé-Québec ne devrait pas rester une expérience unique, mais devenir un peu comme les recensements, une enquête qui serait reproduite aux cinq ans ou aux dix ans et, entre-temps, qu'il y ait une jonction avec des données qui sont collectées sur une base temporelle permanente. Ça, c'est la première idée.

L'autre idée autour de Santé-Québec, c'est qu'un système comme le système de soins génère le type d'informations qui servent à le piloter. Et, dans la mesure où le pilotage, l'organisation du système, a été fait essentiellement sur les services, on a aujourd'hui un système d'informations qui portent sur les services. Pour arriver à faire en sorte que Santé-Québec soit vraiment intégrée aux prises de décisions, il faudrait aussi que les décisions soient fondées sur les indicateurs de résultats. Et je pense que c'est un phénomène qui est cumulatif. Plus on va utiliser les résultats, plus l'enquête Santé-Québec sera utile. C'est quand même relativement intéressant de voir que peu de travaux aujourd'hui ont été faits à partir de l'enquête Santé-Québec.

Mme Corin (Ellen): À ce niveau-là, quelque chose qui est sûrement très important, c'est d'amener les personnes en charge de la planification et de l'organisation des services dans des régions à utiliser les données de l'enquête Santé-Québec. Donc, je pense que l'enquête Santé-Québec fournit un portrait. Elle permet de formuler des questions. Elle ne donne pas nécessairement les réponses. Et l'enjeu important

est, en regardant sa réalité régionale, à partir des données de l'enquête Santé-Québec, de faire des analyses secondaires et d'essayer de mieux comprendre la réalité qui est sous-jacente aux données statistiques. Et, à ce moment-là, ça invite à mettre en branle toute une autre série de réflexions, de recherches complémentaires, d'expérimentations, à partir des données de l'enquête Santé-Québec, qui deviendront intégrées dans une dynamique de planification et de recherche au niveau régional également.

M. Côté (Charlesbourg): C'est volontairement que je posais ma question sur l'enquête Santé-Québec, parce que, effectivement, si on n'a pas une base, on ne sera jamais capable d'évaluer, ou à peu près, où on veut aller et si on l'atteint. C'est pour ça que ma deuxième question était l'objectif de résultats, puisque vous en avez discuté. Est-ce que ça existe ailleurs? Est-ce que, au Canada ou en Occident, on a des expériences d'objectifs de résultats aussi globales que celles dont on parle au moment où nous nous exprimons? Si oui, on aimerait partager avec vous votre niveau de connaissances. Sinon, qu'est-ce qu'il faut faire pour s'assurer que nos objectifs de résultats soient un succès et qu'on arrive aux résultats qu'on espère? Sur le plan théorique, ça peut être excellent...

M. Renaud: Oui. Absolument.

M. Côté (Charlesbourg): ...sur le plan pratique, c'est une autre question, et l'articulation de tout ça va probablement faire un succès ou un échec. Vos conseils nous apparaissent extrêmement importants à ce moment-ci.

M. Pless (Barry): Le chirurgien général des États-Unis, ancien, avant le présent, a créé un document très important qui décrit en détail les objectifs pour la nation, pour l'année 1990. C'est en révision maintenant pour l'an 2000. Avec des objectifs comme ça, aux États-Unis, c'est une grande force pour toute la communauté de la santé pour atteindre des objectifs spécifiques avec des instructions similaires au document d'orientations dans le premier chapitre... Moi, je pense que c'est une force majeure des États-Unis pour mesurer les réalisations dans ce champ.

M. Renaud: Ce qu'il est importante de faire ressortir, c'est que l'idée d'objectifs de résultats est présente partout dans le monde. Il y a des rapports - on pourrait remplir la pièce jusqu'au plafond - partout, qui insistent sur la nécessité de réorienter le système sur les objectifs de résultats. Le cas américain est bon parce que leur document est probablement le plus complet de tous, mais il y a également l'Angleterre qui en a développé, la Colombie-Britannique; dans le reste du Canada, on en a développé.
(10 h 45)

La question que vous posez, c'est: Est-ce qu'on a l'expérience de systèmes de soins qui se sont réorganisés en fonction de cette idée?

M. Contandriopoulos: Je pense que la réponse est non. Actuellement, les systèmes de soins ne sont pas réorganisés. On a même presque l'impression, souvent, que les objectifs de santé sont d'autant plus précis qu'ils ne sont pas intégrés aux politiques sanitaires d'un pays. Mais, par ailleurs, on peut se dire: Est-ce qu'en 1970 on avait des modèles précis du système qu'on a mis en place quand on a fait la réforme du système de santé au Québec? Et la réponse, c'est non. On l'a commencé et d'autres personnes se sont inspirées de ce qu'on a fait. Peut-être qu'on en est au point où il faudrait innover dans ces directions-là au Québec, même si on n'a pas de modèles déjà préfabriqués qu'on pourrait utiliser tels quels.

M. Côté (Charlesbourg): C'est très intéressant. Est-ce que ça va? C'est très intéressant parce que, effectivement, on aura beau avoir des objectifs, si, par les moyens, on ne réussit pas à changer le cours des choses, à faire des réallocations de ressources en fonction des objectifs qu'on se donne, ça demeurera toujours des objectifs qui ne seront pratiquement jamais atteints. L'expérience des États-Unis m'apparaît intéressante. Cependant, on n'a pas le même système. Il y a beaucoup plus de privé aux États-Unis qu'au niveau du Québec. De voir l'articulation entre les objectifs et les moyens mis en place, ça, ça m'apparaît extrêmement important puisque, effectivement, on ne l'a pas ici. En Angleterre ou aux États-Unis, quels sont les moyens d'articuler finalement le processus décisionnel en fonction des objectifs? Ça aussi, ça m'apparaît extrêmement important. C'est pour ça que je questionnais pour savoir quels sont les conseils que vous avez à nous donner à ce moment-ci, parce que, vous aussi, vous proposez un virage extrêmement important dans votre mémoire. On vire passablement notre système en disant: Davantage de prévention, ce qu'on n'a pas toujours fait dans le passé, par rapport à une tendance aujourd'hui qui est, vous l'avez bien décrite, davantage vers le curatif. On a juste à prendre le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux qui est d'au-delà de 8 000 000 000 \$, sans la Régie de l'assurance-maladie du Québec, il y a 5 000 000 000 \$ qui vont dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. Ça veut dire que ce n'est pas une mince tâche. Alors, c'est pour ça que des objectifs, quant à moi, c'est bon. C'est la première question que j'ai posée en arrivant au ministère. Mais, à partir du moment où on a des objectifs, comment fait-on pour s'assurer que dans les décisions qui vont être prises, soit par des régies, soit par des établissements ou par le ministère, on puisse y arriver? Alors, vous

proposez un certain nombre de choses. Oui, allez.

Une voix: Ha, ha, ha!

Mme Corin: Je voudrais juste faire peut-être une remarque ou un complément par rapport à ça. Je pense que quand on se centre sur la notion d'objectifs de résultats par rapport à des objectifs de structures, on postule que le rapport immédiat entre structures et résultats n'est pas absolument connu d'avance, puisqu'on décentre l'intérêt. Je voudrais souligner l'importance ou l'intérêt de cette perspective-là dans le domaine de la santé mentale, qui est un domaine que je connais particulièrement. Et je pense que ce qui est très intéressant actuellement au niveau de la santé mentale, c'est qu'il y a certaines orientations de base qui ont été données dans des documents politiques, mais qu'on laisse à chacune des régions le soin d'expérimenter et d'organiser. Et c'est ainsi qu'on sait que pour le moment certaines régions mettent l'accent sur le développement de services de santé primaires; d'autres mettent l'accent sur la réorganisation, la recentralisation et la mise en rapport des différents types de ressources; d'autres mettent l'accent sur le développement de ressources communautaires. Dans ce contexte-là, deux choses m'apparaissent fondamentales. D'une part, c'est de très très bien documenter le processus des types d'interventions qui se mettent en place dans différents contextes et, d'autre part, de documenter ce que ça produit. Parce que si on opte pour des objectifs de résultats et si on n'a pas conscience de l'importance dans le même temps, de très bien documenter les processus qui conduisent aux résultats dans différentes régions, différentes provinces, on risque à ce moment-là d'avoir des difficultés à interpréter les données finales. Et, donc, je pense qu'à ce moment-là ça demande un souci beaucoup plus grand et ça, ça revient un peu aux directions et au rôle que Marc Renaud proposait de donner à certains conseils comme le Conseil des affaires sociales. C'est qu'il est fondamental à ce moment-là de "monitorer" ce qui va se faire au niveau du système en même temps que ce qui sera produit.

M. Côté (Charlesbourg): Et, évidemment, ça ne sera possible que dans la mesure où les régies régionales - appelons-les comme ça à ce moment-ci - aient une indépendance, une marge de manoeuvre. Évidemment, vous avez touché au point de l'imputabilité, qui est un point extrêmement important. Il y a une suggestion là qui est intéressante, que la commission devienne le lieu où les régies régionales viennent rendre compte de leurs services. Mais quand même vous prenez soin de dire: Attention de ne pas recréer au niveau des régions une structure aussi accaparante, aussi structurée, aussi omnipuissante en région que celle que vous avez au central. C'est un peu ça que vous passez comme message. Évidemment, si vous le passez, c'est parce que vous craignez un peu.

M. Renaud: Il y a risque énorme, évidemment. Les bureaucraties étant ce qu'elles sont, les risques de bureaucratisation et de centralisation sont considérables. Le message qu'on passe fondamentalement, c'est que si on crée des régies, de grâce, donnons-leur toute la marge de manoeuvre pour qu'elles réussissent à faire ce qu'elles ont à faire avec une véritable flexibilité des moyens. Par ailleurs, laissons au central le devoir de dire: C'est par là qu'on s'en va.

Mme Corin: Et ça, ça demande qu'on encourage les régions aussi à être créatives et innovatrices. Donc, on encourage les régions à chaque fois se faire un portrait de leur situation et des ressources dont elles disposent et à innover dans ce sens-là. Parfois, on a l'impression que des directives qui viennent des ministères ne sont pas toujours perçues, en tout cas par les régions, comme encourageant la créativité et l'innovation. À ce niveau-là, il y a peut-être un paradoxe, là.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez... C'est un aspect qui est intéressant dans votre mémoire, à tout le moins qui pique la curiosité, à la page 9. Vous parlez de l'impact des déterminants sociaux, surtout lorsque vous parlez du tabac. Et ça, ça pique un peu la curiosité. J'aimerais peut-être vous entendre davantage parce que ça me paraît gros comme affirmation pour quelqu'un qui est néophyte et surtout mon sous-ministre adjoint qui est à côté de moi et qui est un grand fumeur.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Alors, ça a piqué notre curiosité. J'aimerais peut-être vous entendre davantage là-dessus, les déterminants, parce que c'est quand même une bonne affirmation.

M. Renaud: On parle des résultats de... Il y a énormément de recherches sur ce thème-là, mais les trois études les plus importantes sont des études qui ont suivi des courbes de population à travers le temps. On a mesuré sur ces individus, évidemment, leurs habitudes de vie, s'ils prenaient un coup ou non, s'ils fumaient ou non. On a mesuré également dans quelle mesure ils avaient des amis, dans quelle mesure ils étaient intégrés socialement. Donc, on s'aperçoit, quand on regarde les résultats des études, dix ou douze ans après, que les gens qui ont peu d'amis sont beaucoup beaucoup plus à risque de mourir, trois fois plus que les gens qui ont beaucoup d'amis. La courbe, elle s'en va comme ça. Et ça, c'est exactement la même courbe que la mortalité attribuable au tabac. C'est ça qui est l'idée. C'est-à-dire qu'on se fait tellement casser les

oreilles - ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas arrêter de fumer pour votre sous-ministre, ha, ha, ha! - mais le tabac...

Une voix: Le tabac, c'est mortel.

M. Renaud: ...c'est mortel, mais l'absence d'amis aussi, c'est mortel.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Renaud: Le fait qu'on vive tout seul dans son coin, qu'on soit isolé, qu'on en arrache dans la vie, c'est aussi dangereux que de fumer. Et ça, c'est important de le réaliser parce que l'étude... **Science**, l'une des grandes revues prestigieuses américaines, a déclaré que l'isolement social est un facteur de risque au même titre que le tabac, que le cholestérol, etc. Quand **Science** fait ce genre de déclaration là, il faut le prendre en compte. Revoyant toute l'évidence, ils disent: On devrait maintenant agir par rapport au soutien social de la même manière qu'on a agi en 1964 par rapport au tabac.

Mme Corin: Avec peut-être encore un élément complémentaire, c'est que ce facteur de risque que constitue l'isolement n'est pas spécifique à une maladie. Donc, il s'agit vraiment là d'une possibilité d'action qui dépasse l'action sur des maladies particulières. Et, à ce niveau-là, ça souligne encore davantage le très grand enjeu qu'il y a d'aussi penser les interventions à ce niveau-là.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai...

M. Evans (Robert): On trouve dans le journal américain **Business Week** de la semaine dernière un commentaire sur ces données-là concernant l'inquiétude que le changement des arrangements maritaux dans l'Amérique du nord aura un grand impact sur les coûts de santé pendant les prochaines décades. C'est simplement que ces données-ci, ces résultats, maintenant, se trouvent dans le "main stream" des commentaires sociaux et des affaires...

M. Côté (Charlesbourg): Peut-être une petite dernière. Le département de santé communautaire... Si je n'y allais pas avec une question spécifique comme celle-là je me sentirais mal à l'aise, compte tenu de votre expertise. Quelle est l'évaluation que vous faites des départements de santé communautaire, puisque vous touchez un bon nombre de points, dans la perspective de vos recommandations, quelle serait la place que devraient occuper les départements de santé communautaire?

M. Contandriopoulos: Je pense que dans la perspective que l'on propose c'est, au fond, de dire: La place des départements de santé com-

munautaire ne devrait peut-être pas être uniforme pour toutes les régions de la même façon, que le découpage de la responsabilité de la santé communautaire pourrait passer par des départements de santé communautaire dans certains cas, mais, encore une fois, c'est cette idée que les façons de faire pourraient être différentes de région en région et qu'il n'est pas besoin d'avoir une structure panquébécoise pour savoir comment on va prendre en charge la santé communautaire. Il y a certaines régions où déjà les conseils régionaux et les départements de santé communautaire ne font qu'un. Il y a donc deux structures qui se superposent. Dans d'autres régions, il y a des structures différentes, mais je pense que le message qu'on dit c'est que ce n'est pas tant la structure des départements de santé communautaire qui est importante que les façons de voir la santé et la santé communautaire dans une politique de santé.

M. Côté (Charlesbourg): Ce qui veut dire, si je comprends bien, qu'il faudrait que le département de santé communautaire soit davantage rattaché ou de responsabilité avec la régio...

M. Contandriopoulos: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...régionale que tout autre attachement à un organisme autre, provincial ou autre.

M. Contandriopoulos: C'est le sens d'une régionalisation. La santé communautaire n'est pas déconnectée d'une politique de santé, et si on régionalise les façons de faire, on régionalise aussi les interventions des départements de santé communautaire.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que vous iriez jusqu'à dire surtout pas rattaché à un hôpital?

M. Contandriopoulos: Ça serait la logique.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Joliette, leader de l'Opposition et aussi critique en matière de santé.

M. Chevrette: Merci. Moi, je ne sais pas si c'est la nature de votre groupe ou à cause du statut que vous avez, mais c'est la première fois que je trouve qu'on aborde concrètement et globalement les problèmes. Je voudrais vous en féliciter d'abord. Je trouve que vous posez les bonnes questions et vous posez un jugement très valable sur l'avant-projet de loi. À toutes fins pratiques, vous l'avez sans doute lu puisque vous avez même pris la peine de traiter des notes explicatives du projet de loi. Je lisais, entre autres, une phrase qui me faisait rire, et je suis convaincu que le ministre partage mon point de

vue, quand vous dites: Ce projet de loi ne... Excusez. "Même les notes explicatives au projet de loi ne font que platement résumer les changements souhaités aux structures." Je suis convaincu que le ministre est d'accord puisque, depuis le début, le ministre se plaît à dire qu'il retient les suggestions faites. On ne reconnaîtra sans doute plus l'avant-projet de loi et c'est tant mieux pour la société québécoise.

Vous posez des bonnes questions, à mon point de vue, parce que décentraliser pour décentraliser, ça m'apparaît être quelque chose de fou comme balai. On ne décentralise pas pour le plaisir de décentraliser. On décentralise pour assouplir le fonctionnement ordinairement, améliorer le fonctionnement, faire en sorte que les décisions collent plus aux réalités du milieu. On rapproche les pouvoirs de décision des citoyens. Et, encore là, vous posez les questions: Allons-nous continuer à laisser développer les services de santé comme ils se développent présentement ou s'il y aura des orientations de base de données? C'est toute la question. Est-ce qu'on décentralise complètement ou si on garde des pouvoirs au niveau national? Moi, je pense que vous posez le vrai problème. Les grandes orientations de santé, à mon point de vue, et je donne mon opinion bien personnelle là-dessus, je pense que ça doit demeurer au niveau national. Si on est capable chaque année de convoquer Hydro-Québec pendant deux jours pour les ententes sur leur plan de développement, il me semble qu'on doit être capable, au niveau de la santé d'un peuple, de faire la même chose, d'être capable d'avoir des objectifs. À ce moment-là, lorsqu'on convoquera les gens par la suite, on n'aura pas l'air de s'attaquer aux gens. (11 heures)

Là, on est obligé de dire aux médecins, par exemple: C'est effrayant, vous médicalisez. Vous médicalisez, ça n'a pas de maudit bon sens. Il y a des hôpitaux même qui, pour faire du développement, sont rendus qu'ils font les jobs des CLSC. Ils font du domicile, du maintien à domicile. C'est l'hôpital à domicile et, vous avez remarqué, ils viennent ici et ils sont tout heureux de dire qu'ils ont fait du développement. Mais est-ce que ça correspond aux objectifs de santé? Est-ce que ça n'accapare pas médicalement tout l'argent, ou ça ne gobe pas tout l'argent, précisément, ce qui nous empêche d'en mettre sur la prévention, par exemple? Ça vous touche cet aspect-là d'une façon indirecte, et ça m'apparaît important. Sur cet aspect-là, moi, je pense qu'on doit retenir que, et je souhaite que le ministre de ce côté-là y aille à fond de train, on puisse véritablement se fixer des objectifs, de sorte qu'on n'attaquera plus les individus ou les gens du système, on va les amener à participer à ces objectifs-là. Ça je pense que c'est important, et je vous félicite d'aborder ça de cette façon-là. Sauf que j'aimerais vous entendre, comme groupement, sur les

orientations, quand vous dites... Quel est le partage des pouvoirs que vous verriez dans un tel concept, avec les régions?

M. Renaud: Il est clair que les régions doivent avoir la responsabilité de la gestion quotidienne des services, que le ministère a la responsabilité de fixer les objectifs, de "monitoner" et d'épauler chacune des régions, parce qu'encore une fois elles ne sont pas égales les unes par rapport aux autres. Et juste là-dedans il y a pas mal d'ouvrage. Là où il y a un problème, on en a discuté justement entre nous hier soir, c'est qu'est-ce qu'on fait des hôpitaux d'enseignement?

M. Chevette: Ah oui...

M. Renaud: Parce que dans la structure actuelle - on ne veut pas ouvrir un panier de crabes compliqué, là - si les hôpitaux d'enseignement sont complètement la responsabilité du ministère, à ce moment-là, il y a 50 %, pratiquement, des ressources hospitalières qui sont défalquées des régions et gérées par Québec. Est-ce qu'il ne serait pas mieux de penser, mais on ne s'est pas fait une tête là-dessus, est-ce qu'il ne serait pas mieux de penser que les hôpitaux d'enseignement, la partie enseignement soit directement gérée par Québec, et que la partie soins soit dépendante des régions, peut-être? Mais ce n'est pas une question facile, de bien départager les responsabilités.

Une voix: Quelqu'un d'autre...

M. Contandriopoulos: En reprenant la question comme vous la posez de façon très générale, ce qu'on dit, explicitement, c'est que, oui, le gouvernail général est à Québec et les décisions qui sont prises dans les régions sont des décisions sur les moyens. Autrement dit, il n'y a pas une façon d'atteindre un objectif de santé, il y a une multitude de façons de le faire, et il y en a qui sont probablement plus adaptées à une région qu'à l'autre. Ce qu'on demande simplement, c'est de rendre des comptes sur les résultats et de ne pas être tenus à une réglementation sur les façons de faire. Donc, on change vraiment très très radicalement la façon dont on a organisé notre réseau de la santé jusqu'à présent. C'est le premier élément. La question qui est subséquente à ça, c'est encore une fois le fait que les régions québécoises sont excessivement différentes et que les grandes villes, Québec, et Montréal surtout, sont des régions très particulières. Et se pose la question de qu'est-ce que serait la régionalisation de Montréal, par exemple? Et là il y a encore du travail à faire. Mais je pense qu'on ne peut pas, dans cette réflexion sur les façons de faire, dire en même temps il existe une ou des régions urbaines métropolitaines, et on exclut de ces

régions-là tout un pan de l'activité médico-hospitalière de ces régions, qu'est le pan rattaché à l'université. Il y a quelque chose là qui est, en tout cas intellectuellement, excessivement difficile à accepter.

M. Chevette: Mais vous parlez de décentralisation graduée, si j'ai compris votre mémoire. J'ai de fortes réticences à cette suggestion, et je vais vous expliquer pourquoi et j'aimerais vous entendre réagir. On sait qu'il y a des inéquités flagrantes, qui sautent aux yeux de tout le monde au niveau des sommes consacrées à la santé des gens dans certaines régions. La Montérégie, par exemple, on sait qu'elle est sous-équipée, et au point de vue financier on sait que, par rapport au per capita qui se dépense ailleurs, c'est pauvre comme ressources. C'est un peu la même chose dans Lanaudière, qui est l'avant-dernière, Laurentides-Lanaudière. Mais ça c'est reconnu, c'est de notoriété publique au ministère, c'est... Il y a des régions, effectivement, qui sont prêtes à assumer une décentralisation certaine et immédiate. Je prends l'Estrie, je prends le Saguenay-Lac-Saint-Jean, il y a au moins deux régions qui se sont dites prêtes demain matin à assurer ou assumer une décentralisation certaine. Mais, si on décentralise d'une façon graduée, comment allons-nous corriger les inéquités, parce que décentraliser veut dire transférer les enveloppes, y compris de la RAMQ, dans ma tête, au niveau d'une région. Si, dès le départ même, on ne corrige pas ces inéquités-là, comment on pourrait réaliser une décentralisation certaine en y allant d'une façon graduée?

M. Renaud: Mais notre idée n'est pas de décentraliser sur 20 ans, là, mais l'idée c'est de se donner le temps de décentraliser, parce qu'il ne faut pas mettre la charrue avant les boeufs. Pour certaines des régions que nous on connaît, si, du jour au lendemain, vous décentralisez dans l'intérieur du personnel de direction qui est actuellement présent dans ces régions, ça ne changera rigoureusement rien, parce que les mentalités n'auront pas changé. Notre idée, c'est donc de dire tout simplement: Allons-y mollo, il faut y arriver probablement d'ici 5 ans. Il faut que le Québec soit décentralisé. Mais allons-y quand les régions seront prêtes à y aller. Par exemple, pourquoi les régions ne devraient pas faire une demande? Nous, comme chercheurs on fait constamment des demandes. Pourquoi les régions ne feraient-elles pas une demande écrite à cette commission, pour devenir une région, pour s'expliquer, pour expliquer comment ils veulent procéder et pour faire en sorte que chacune des régions se soit bien mobilisée, avant qu'on leur donne le statut d'une région décentralisée?

Il me semble que tout le monde est gagnant là-dedans. Autrement, si on va trop vite, les

objectifs que vous, vous poursuivez, on ne les atteindra pas.

M. Chevette: Mais prenons un exemple concret, M. Nadeau. L'Estrie veut décentraliser demain... accepte la décentralisation, ils demandent dès le départ, ainsi que le Saguenay-Lac-Saint-Jean... Vous commencez par établir des normes et des critères, je suppose, pour décentraliser les enveloppes. Si vous ne corrigez pas dès le départ les enveloppes... Le lendemain, il reste quatorze régions qui ne sont pas décentralisées et qui continuent à être administrées par le ministre ou par le ministère. À ce moment-là les correctifs sur le plan de l'équité des services ne se font pas simultanément. Comment voyez-vous ça?

M. Contandriopoulos: Je pense qu'on n'a pas beaucoup le choix quand on raisonne sur des hôpitaux qui sont là, des personnes qui sont engagées, des conventions collectives qui courent, tout ça qui est en place. Donc, le processus de décentralisation, avec cette idée que les régions, l'Estrie fait une décentralisation, donc c'est toute une animation qui est faite là. C'est une demande qui va faire en sorte que, non pas le montant total d'argent qui va être décentralisé la première année, mais bien les réajustements budgétaires, année après année, vont être eux alors carrément associés à un per capita, à des facteurs de risque, à des indicateurs de résultats. Autrement dit, on part, au point de départ, avec, pour l'Estrie, sensiblement le même budget, qui, au lieu d'être donné par Québec, est géré par cette régie. Mais la régie sait, la population sait, le monde sait que l'année prochaine, après avoir comparé, les réajustements vont être faits et que vraisemblablement les réajustements vont être faits en fonction de critères qui sont des critères beaucoup plus proches des populations à desservir et des résultats à atteindre. Je pense que c'est de ça dont on parle. Qu'est-ce que ça va vouloir dire à moyen terme, dans cinq ans ou dans dix ans? Ça va vouloir dire qu'il y aura moins d'argent qui va aller directement dans des régions métropolitaines, plus d'argent qui va aller directement dans d'autres régions et qu'il va y avoir toutes sortes de négociations qui vont se passer, entre les différentes régions, en termes de contrats de services, en termes d'échange de compétence, en termes d'avantages divers. C'est ça qu'on est en train de créer.

M. Chevette: Merci. Ça m'éclaire. D'autres questions. Ce sont vos fameuses régies imputables à la commission parlementaire. Il y a seize régions sociosanitaires, je pense, au Québec. Est-ce que les gens qui formeraient la régie seraient des gens élus, imputables devant la commission parlementaire ou des gens nommés par les organismes, mais imputables devant la commission parlementaire? Comment voyez-vous ça? Parce

que, si vous leur faites rendre des comptes devant les élus, est-ce que ça change le mode... Est-ce que c'est un mode électif, au niveau de la régie, ou si c'est un mode nominatif?

M. Renaud: Non. Ça pourrait être électif éventuellement, mais notre idée c'est que ce n'est pas électif. Ce sont les personnes nommées, dont la carrière est gérée par le ministère, mais dont l'imputabilité sur le plan politique, c'est cette commission. En d'autres mots, on dit: La région doit défendre son budget, défendre sa manière de s'organiser devant la commission. Par ailleurs, sur le plan de la carrière, le dirigeant de la régie régionale est, lui, évidemment dépendant du ministère. C'est un peu l'idée à laquelle on est arrivé. Le problème c'est de... La commission Rochon avait pris une solution facile en disant l'élection... Evidemment ça serait parfait si ça pouvait marcher. À court terme, il y a toutes sortes d'objections à cette idée, mais il faut trouver le moyen de ne pas tout simplement rendre ces gens-là imputables au ministre, ce qui veut dire qu'en principe ils ne sont pas imputables parce que le ministre a trop d'affaires à faire.

M. Chevette: O.K. Mais si je comprends bien votre raisonnement, c'est que ce sont des gens nommés en région pour réaliser les objectifs gouvernementaux ou ministériels? D'accord? Est-ce que vous n'appellez pas ça, à ce moment-là, de la déconcentration et non pas de la décentralisation réelle?

M. Contandriopoulos: Non. Je pense que ce qu'on leur dit c'est qu'ils sont nommés pour rencontrer les objectifs du ministère. Ils ont un pouvoir, une responsabilité sur les moyens de le faire et ils sont responsables de faire la démonstration qu'ils ont utilisé l'argent dans des façons de faire qui sont les meilleures possible. Donc, ils ont cette obligation de rendre des comptes sur les façons de faire. Ils n'ont, dans l'idéal, aucune norme qui limite leur façon de faire. Dans ce sens-là, je verrais réellement un pouvoir dans les régions, un véritable pouvoir qui n'est pas seulement de la déconcentration.

M. Chevette: Oui, mais si vous donnez le pouvoir en région de prendre des orientations... C'est parce que je veux voir ce que vous avez véritablement, là, entre les deux oreilles, comme on dit en bon québécois. Je voudrais savoir, ces gens-là, pour administrer, prendre des décisions, tirent leur source, leur approvisionnement, si vous me permettez l'expression, pour prendre leurs décisions, ils les prennent où? Est-ce que sont des groupes consultatifs qui conseillent ces gens nommés là? Puisque vous dites que ce n'est pas nécessairement électif, j'aimerais savoir comment ces gens tireraient les pouvoirs au niveau régional, pour prendre des orientations

qui leur sont propres, et après ça venir répondre devant un groupe de parlementaires, qui lui est indépendant du ministère. C'est très compliqué, votre histoire, là. On se comprend bien?

M. Contandriopoulos: Très bien.

M. Chevette: Des gens nommés en région qui prennent des décisions et ont le pouvoir de prendre des décisions, ils ne sont pas élus, ils se présentent devant des élus, mais qui ne sont pas redevables devant l'Exécutif. Parce que nous autres, la commission parlementaire, on pourrait théoriquement aller à rencontrer du ministre, ici. S'il n'y avait pas la ligne de parti, je suis convaincu que bien des fois on serait en désaccord avec le ministre. À partir de là, comment vous voyez ça concrètement?

Mme Corin: Il y a quand même des objectifs généraux de résultats sur lesquels, en principe, tout le monde fait l'accord, et, à ce moment-là, je pense que ce qui est essentiel, c'est de favoriser dans les critères de l'évaluation la notion d'adaptation aux réalités régionales en termes de concrétisation et de spécification des objectifs - ce n'est pas la même chose partout; suivant les caractéristiques des régions, c'est un objectif qui prend le pas sur un autre - et également une adaptation au niveau des moyens. Alors, si cette diversification fait partie du mandat et des critères d'évaluation, à ce moment-là, je pense que c'est ça qui est plus important que le fait que la personne soit élue ou pas. C'est comment est-ce qu'elle va faire pour lire les problèmes de santé et pour mettre en place des moyens qui tiennent compte des caractéristiques de sa région pour y répondre. Je crois que ça, à mon avis, c'est un peu indépendant du fait qu'on est élu ou pas. C'est une conception, c'est une façon de regarder ce que veut dire gérer un système de santé, dans une optique régionale.

M. Renaud: Je ne suis pas sûr de comprendre votre problème, je pense... Ça répond? Le dirigeant de la régie régionale va avoir son propre conseil d'administration. Au fond c'est...

M. Chevette: Son propre quoi?

M. Renaud: Son conseil d'administration, un peu comme c'est dans le projet de loi. Cette personne-là va être entourée, elle n'est pas laissée là toute seule. L'idée c'est de faire en sorte que la région soit imputable à la commission parlementaire, évidemment par l'entremise du dirigeant de la régie régionale, dont, par ailleurs, la carrière, comme c'est une personne nommée, dépend de la ligne hiérarchique du gouvernement.

M. Chevette: Bon, voici le seul incon-

venient que j'y voyais. Je trouve ça intéressant, l'idée de l'imputabilité devant une commission parlementaire, je trouve ça extrêmement intéressant; c'est la première fois, c'est une idée neuve, d'ailleurs, ça n'a été soumis par aucun groupe. Ce que je veux dire, cependant, c'est que je ne voudrais pas qu'on se ramasse avec un ensemble, un conseil d'administration bourré de D.G. du réseau, mais qu'on ait des citoyens, c'est ça que je veux dire, qu'on ait des citoyens qui fassent partie de cette régie-là. Je prend dans l'Estrie, par exemple, on a mis l'emphase, dernièrement, on a mis une priorité, en termes de développement, face à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Ce sont les gens du milieu qui se sont pris en main. On risque autrement avec votre dénomination d'arriver avec des compétences, je n'en doute pas, je ne veux pas parler de la compétence professionnelle des D.G. du réseau, mais, si ça devient un arbitrage entre des D.G. du réseau au niveau régional, je ne marche pas. Comment voyez-vous ça, pour qu'on puisse maintenir une véritable participation des citoyens à la base?

M. Contandriopoulos: Je pense que, dans la façon dont on raisonnait, on ne contestait pas la nécessité de repenser la composition des conseils d'administration, on restait au fond dans les lignes de ce qui était dit là et des aménagements, mais ce n'était pas ça le problème. Ce qui nous semblait important, c'est... Imaginons qu'on ait ces conseils d'administration, composés non pas uniquement de D.G. d'hôpitaux, mais composés très majoritairement de représentants de la population - c'est de ça dont on parle - et le directeur de la régie régionale, qui est nommé par Québec, qui a son conseil d'administration. Ce qu'on a essayé en même temps de dire - ce qui transparait dans tout le mémoire - c'est que la santé ne peut pas être simplement sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il faut quelque part que le gouvernement assume une responsabilité sur la santé, et le retour à la commission parlementaire, c'était comme de remettre, face à une responsabilité gouvernementale, l'atteinte ou la non-atteinte de certains résultats de santé, cette espèce d'équilibre qu'on a essayé d'imaginer. Mais les modalités, on ne les pas écrites. On ne les a pas travaillées plus que ça.

(11 h 15)

M. Chevrette: Je voudrais vous remercier, puis je peux vous dire que, personnellement, comme Opposition, nous allons voir à ce que certaines de vos recommandations se retrouvent dans le projet de loi, parce que je les trouve très intéressantes, en particulier, le fait d'avoir continuellement à actualiser nos objectifs de santé et de les faire partager. Je suis persuadé que c'est la façon d'apporter des changements de mentalité. Au lieu de braquer des gens, puis de les faire se battre en fonction de leur corporatisme individuel ou comme groupe, qu'on les

amène à faire partager des objectifs de santé, et ça permet un développement, et établir des priorités qui peuvent avoir des impacts sur l'ensemble de la collectivité. Je vous remercie infiniment de votre rapport.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. C'est une très bonne contribution. J'ose espérer qu'on pourra vous reparler après la commission parlementaire au moment où on prendra des décisions finales, parce qu'il me paraît y avoir des pistes très intéressantes. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, à mon tour, au nom des membres de cette commission. Je tiens à remercier les gens de l'Institut canadien de recherches avancées. Merci beaucoup.

Je demanderais maintenant aux gens représentant l'Association des centres d'accueil du Québec de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît. Bonjour. Bienvenue à cette commission. Est-ce que c'est M. Clair qui est le porte-parole? Non?

M. Clair (Michel): Dans un premier temps, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Alors, si voulez vous présenter et aussi nous présenter les gens qui vous accompagnent, s'il vous plaît.

Association des centres d'accueil du Québec

M. Dolan (Mario): Bien sûr. M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, mon nom est Mario Dolan. Je suis notaire à Montmagny et l'un des 5000 bénévoles qui oeuvrent au niveau des conseils d'administration des 375 membres de l'Association des centres d'accueil du Québec, dont je préside le conseil d'administration. Je vous présente les personnes qui m'accompagnent. De notre conseil d'administration: Mme Lise Bélanger, présidente du Conseil régional des centres d'accueil de la région 06C; M. Gilles Proulx, président du Conseil régional des centres d'accueil de la région 03, Rive-Nord; M. Gaston Robert, président la Commission des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; M. Pierre Lamarche, président la Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Font également partie de cette délégation, Mme Gisèle Besner, qui est vice-présidente de la Commission des centres d'accueil d'hébergement, et, de notre secrétariat national, Me Michel Clair, qui est le directeur général de l'association et qui procédera, dans quelques minutes, à la présentation des principaux éléments de notre mémoire.

Permettez-moi, d'abord, de rappeler aux membres de cette...

Le Président (M. Joly): Excusez.

M. Dolan: Oui.

Le Président (M. Joly): Vous avez une vingtaine de minutes pour votre mémoire.

M. Dolan: Oui, on le sait.

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Dolan: Merci. Permettez-moi d'abord de rappeler aux membres de cette commission que notre association regroupe six familles d'établissements, à savoir les centres d'accueil d'hébergement, les centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique, les centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle, les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, ainsi que les centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation.

La mission de notre association est de supporter nos membres dans la réalisation de leur mandat fondamental, soit la prestation de services adéquats aux clientèles désignées par la loi, et de représenter les intérêts des centres d'accueil dans cette perspective. En vue de communiquer à l'Assemblée nationale le point de vue de nos membres sur l'avant-projet de loi, nous avons procédé à une double consultation sectorielle et régionale impliquant tout autant des directeurs que des administrateurs bénévoles de nos établissements. Cet exercice démocratique a conduit notre association à adopter en assemblée générale les grands principes qui sous-tendent le contenu de notre mémoire. Je suis particulièrement fier à titre de président de l'Association des centres d'accueil du Québec que nos membres ne se soient pas limités simplement à rejeter les propositions de l'avant-projet de loi, mais aient accepté de mettre de l'avant de véritables alternatives engageantes pour eux-mêmes d'abord, mais pour les autres aussi et toutes orientées vers le meilleur intérêt des clientèles desservies.

M. le Président, notre association a été à l'avant-garde quant à la solution à apporter à de nombreux problèmes sociaux au cours des dix dernières années. Qu'il s'agisse d'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle, de réadaptation des jeunes en difficulté d'adaptation, des personnes ayant une déficience physique, des alcooliques, des toxicomanes ou des mères en difficulté d'adaptation, dans tous ces cas, je puis affirmer que, bien avant que les autorités politiques ou ministérielles ne reconnaissent le bien-fondé, notre association avait initié des changements aujourd'hui cités en exemple.

Il en va de même, croyons-nous, dans le secteur des services gérontologiques où notre association préconise, depuis plusieurs années,

une rationalisation ordonnée du réseau des centres d'accueil d'hébergement et le développement d'un réseau intégré de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, ce que nous appelons, nous, le centre de services gérontologiques. Seul un tel réseau travaillant en tandem avec celui des CLSC peut constituer une alternative aux recours abusifs à l'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie. Autrement, les ministres continueront à dénoncer le phénomène, mais continueront aussi d'investir de plus en plus d'argent dans les hôpitaux et à condamner les centres d'accueil et les CLSC à se battre entre eux pour de petits budgets de développement.

Nous espérons que le temps de la sympathie pour le social et de l'argent pour le médical tire à sa fin dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et que les priorités ministérielles à l'égard de ces personnes rejoindront concrètement les nôtres.

Pour vous présenter notre mémoire, notre directeur général, Me Michel Clair.

Le Président (M. Joly): Merci. M. Clair.

M. Clair (Michel): M. le Président, vous avez en main un mémoire et un résumé de notre mémoire. En fait, notre mémoire comporte deux grandes parties: une première qui traite de différents enjeux sociopolitiques et une deuxième qui analyse plus systématiquement le texte de loi, les dispositions prélegislatives, si on veut, contenues à l'avant-projet de loi. Alors, dans les 15 minutes qui vont suivre, je n'ai aucunement l'intention de présenter la deuxième partie. Je pense que les fonctionnaires qui sont chargés de rédiger pourront s'inspirer, à l'occasion, des modifications que nous proposons.

Je me contenterai, par ailleurs, non pas de lire le résumé, mais d'en faire un deuxième résumé, si vous voulez, et d'attirer l'attention de la commission parlementaire en préambule sur quatre éléments qui nous semblent extrêmement importants et, deuxièmement, sur près d'une dizaine de points qui sont contenus dans notre mémoire et sur lesquels nous avons, comme le disait le président de notre association, des choses à dire et des alternatives à proposer.

Notre mémoire suit la méthodologie ou l'analyse, si vous voulez, qui est faite de l'avant-projet de loi et des orientations ministérielles qui avaient été présentées par Mme Lavoie-Roux. Nous abordons donc, dans un premier temps, les généralités.

À notre avis, deux failles majeures caractérisent l'ensemble du processus dans lequel nous sommes partie prenante. D'une part, à plusieurs reprises, on a fait état de la publication prochaine d'une politique de santé et de bien-être pour les Québécois et, ce que l'on constate, c'est qu'un projet de réforme, principalement de

structures, précède l'énoncé d'une telle politique et ça nous semble être une démarche qui n'est pas très solide sur le plan logique. Comme M. le ministre l'indiquait lui-même tantôt, avant de savoir quels sont les meilleurs véhicules, les meilleurs moyens d'atteindre des objectifs, ce ne serait pas mauvais d'avoir une bonne idée des objectifs qu'on poursuit.

La deuxième faille, à notre avis, qui caractérise le processus, c'est que nulle part il n'est question de la délimitation inévitable, à notre avis, que les Québécois vont devoir faire tôt ou tard du fameux principe de l'accessibilité universelle et gratuite de services. Nous, on considère que c'est une faille majeure puisque, dans le réseau que nous représentons, l'universalité des services sur le plan de l'accessibilité et de la gratuité, c'est une illusion. C'est une illusion sur le plan de la gratuité quand on pense, par exemple... Qu'il s'agisse des jeunes contrevenants, des jeunes en difficulté d'adaptation qui nous sont confiés dans nos établissements ou des personnes âgées que nous hébergeons, la gratuité, c'est un mythe. Les personnes âgées défraient leur hébergement dans le réseau des centres d'accueil d'hébergement et les parents doivent contribuer au niveau de la prise en charge des jeunes par le réseau de réadaptation.

L'accessibilité universelle aussi c'est un mythe dans notre secteur. Il y a des régions entières qui, sur le plan de certains services qui nous apparaissent être de base, comme la réadaptation sur le plan de la déficience visuelle, de la déficience auditive, de la réadaptation en alcoolisme et toxicomanie ne sont à peu près pas desservies. Alors, nous, on pense qu'un débat préalable doit avoir lieu quant à délimiter ce qui est réellement universellement gratuit et accessible. Autrement, ce sont les établissements qui doivent faire les choix que la société ne fait pas. Un exemple concret, le centre d'accueil Domrémey à Montréal, capacité de traitement de personnes alcooliques et toxicomanes par année, 1800, nombre de demandes de traitement, 9000. Entre les deux, le beau principe d'accessibilité universelle, qui est condamné à en faire le choix? C'est rétablissement.

Deux autres reproches, si on veut, plus spécifiques du point de vue des centres d'accueil à l'égard de l'avant-projet. Le diagnostic qu'il pose et les remèdes qu'il propose donnent et sont basés essentiellement sur une perspective médicale et hospitalière de la réalité. Et, inutile de vous dire que, comme on se définit d'abord et avant tout comme des établissements à vocation sociale, des établissements sociaux, les centres d'accueil, quelle que soit leur mission, sont déçus de cela. Deuxième reproche. À notre avis tant l'avant-projet que les orientations qui étaient proposées reconduisent le déséquilibre budgétaire quant à l'importance qu'on accorde au volet social et au volet santé en faveur du volet santé.

Une fois cela dit, M. le Président, abordons les principaux thèmes. D'abord, la problématique des régies régionales. Notre association a toujours indiqué qu'elle était d'accord avec une décentralisation réelle. Quand on entend une décentralisation réelle, on veut dire décentralisation du pouvoir et des responsabilités. Et à notre humble avis, ce qui est proposé dans l'avant-projet de loi, avec une complexité incroyable de normes de contrôle au niveau régional, ne constitue pas une décentralisation au sens politique du terme mais bel et bien plutôt une déconcentration administrative. D'ailleurs, deux éléments viennent à notre avis confirmer ça, le fait que le président-directeur général de la Régie soit l'équivalent d'un sous-ministre régional choisi par le ministre et répondant à celui-ci et, deuxièmement, la façon de nommer les membres du conseil d'administration de la régie régionale vient confirmer que tout ce beau monde répondrait bien davantage au ministre qu'à la région et que, dans ce sens-là, nous ne pouvons conclure que ce qui est annoncé et ce qui est proposé coïncident. Alors, nous, ce qu'on propose, c'est, oui, que le gouvernement aille de l'avant dans une véritable décentralisation. Je crois que le ministre, dans ses propos récents, a indiqué clairement sa volonté dans ce sens-là. Et, quant à nous, une décentralisation véritable, ça veut dire non pas un resserrement de l'emprise régionale sur les établissements mais, au contraire, une autonomie plus grande au niveau des conseils d'administration locaux et que les PDG et les conseils régionaux soient imputables au moins autant à la population régionale qu'ils le seraient au gouvernement.

Le deuxième sujet que je voudrais aborder rapidement, la création de la nouvelle catégorie d'établissements de centres d'hébergement et de soins de longue durée qui résulterait de la fusion de deux catégories d'établissements, les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée. Nous sommes d'accord avec ça. Ça peut étonner, mais nous sommes d'accord. Là, cependant, où nous ne sommes pas d'accord et nous sommes extrêmement déçus, c'est de voir la mission qui est proposée dans l'avant-projet de loi à cette nouvelle catégorie d'établissements, à savoir que les nouveaux centres d'hébergement de soins de longue durée seraient confinés exclusivement à une mission d'hébergement puisque toute notion de services externes en disparaîtrait. On reviendrait, à notre avis, à la notion d'hospice qui prévalait avant la réforme Castonguay de 1970 et, pour nous, c'est inacceptable. L'article 30 tel qu'il est rédigé viendrait en quelque sorte rendre irréalisable le développement d'un concept de centres de services gérontologiques mettant en tandem les CLSC et les centres d'accueil d'hébergement pour développer une véritable alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie. Alors, quant à nous,

l'article 30, c'est inacceptable.
(11 h 30)

On a proposé, depuis plusieurs années, un concept de centres de services gérontologiques et on essaie, sans beaucoup de moyens, de développer ça, d'avoir de l'hébergement dépannage dans les centres d'accueil d'hébergement, d'avoir des services de psychothérapie et d'ergothérapie qui soient disponibles non seulement pour les personnes hébergées mais également pour les personnes du milieu dans les centres de jour. Vous allez être surpris d'apprendre, c'est quasiment scandaleux en 1990, mais savez-vous qu'il n'y a que 22 % des centres d'accueil d'hébergement qui sont en mesure d'offrir à la fois des services de physiothérapie et des services d'ergothérapie? Pas surprenant que les personnes âgées en perte d'autonomie se retrouvent dans les centres hospitaliers parce que qui que ce soit qui se retrouverait dans cette condition-là ferait le choix d'aller là où il pense qu'il va trouver des services adéquats en fonction de sa réalité biopsychosociale, je m'excuse d'employer le mot, mais il va s'en aller là où les services sont disponibles. Et de nous ramener, comme on le propose à l'article 30, à une notion d'hospice, on pense, nous, que c'est faire marche arrière et que c'est contraire aux objectifs poursuivis et annoncés par le ministre de la Santé et des Services sociaux au cours des derniers mois.

Nous représentons aussi des centres de réadaptation. Et, vous dire à quel point ils ont été choqués à la lecture de l'article 31 qui vient nous donner là aussi notre mission, c'est peu dire. Parce que lorsqu'on lit l'article 31, je pense que ça vaudrait la peine de le regarder... L'article 31, ce qu'il nous propose, c'est de revenir, je le retrouve rapidement... L'article 31 dit que les centres de réadaptation, c'est pour prendre charge de personnes, etc., qui doivent être protégées, soignées ou gardées en résidence protégée. Ça, c'est une notion qui prévalait, il y a 25 ans, quand on parlait des écoles de réforme et des asiles. La réadaptation, telle qu'elle existe aujourd'hui, telle qu'elle est pratiquée dans les centres de réadaptation est d'au moins 20 ans plus avancée, plus développée que ça. C'est pourquoi je prends le temps de lire l'article qu'on propose comme définition de la mission des centres de réadaptation. Ce sont des installations, à notre avis, où on offre des services d'adaptation et de réadaptation à des personnes présentant une déficience physique ou intellectuelle ou des difficultés d'ordre caractériel, psychosocial ou familial et qui visent à développer et maintenir les capacités physiques et mentales ainsi que l'autonomie fonctionnelle et sociale de ces personnes. À cette fin, le centre accueille les personnes qui requièrent de tels services, évalue leurs besoins, prodigue les services à l'interne, à l'externe, dans les locaux du centre de réadaptation ou dans le milieu de

vie des personnes ou, si nécessaire, les dirige vers les centres, les organismes communautaires ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

On pense, M. le Président, là-dessus que si - j'espère que ce n'est pas le cas - mais si le texte de l'article 31 tel qu'il est présenté, tel qu'il nous est libellé présentement représentait la volonté gouvernementale et ministérielle du rôle qu'on ait à jouer, bien, on n'aurait pas besoin de se forcer beaucoup parce que c'est ce qui se passait, il y a 25 ans.

Au niveau des instituts universitaires, on en propose 13 dans l'avant-projet de loi et dans les orientations ministérielles. Beaucoup de gens parlent à l'effet qu'il y a une trop grande prééminence du volet santé et du volet médical. Pourtant, les gestes ne nous semblent pas suivre les souhaits puisque, sur 13, j'attire votre attention sur le fait qu'il y a en a 11 qui sont des centres hospitaliers, qu'il y en a deux qui sont des institutions spécialisées et qu'il y a un centre d'accueil. Nous, on pense que les huit clientèles spécifiques que nous desservons pourraient elles aussi avoir mérité, à cause du développement qui s'est produit dans ce secteur-là au cours des dernières années, la reconnaissance d'un institut universitaire pour chacune de ces clientèles-là.

Le cinquième sujet que j'aborde, la formation des conseils d'administration. Nous avons été heureux d'apprendre que le ministre avait confirmé que la fameuse notion de conseil d'administration unifié tous azimuts sur une base de territoire de CLSC avait été abandonnée. Néanmoins, nous sommes conscients que dans le réseau des centres d'accueil d'hébergement, comme dans celui de la déficience intellectuelle et des jeunes en difficulté d'adaptation, il pourrait être avantageux, pour les clientèles desservies, de simplifier notre fonctionnement et d'unifier un peu les structures décisionnelles. C'est pourquoi, en ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, nous proposons, nous, qu'avec l'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux et des dispositions adéquates à cet effet, sur une période de quelques années, nous en venions à constituer, avec les centres hospitaliers de soins de longue durée, un seul conseil d'administration unifié par territoire de CLSC, dans le but de créer au niveau de chacun de ces territoires-là une entité qui s'appellerait le centre de services gérontologiques du territoire untel, avec une structure de coordination unique, facilitant la compréhension et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Si on ne fait pas ça, qu'est-ce qui se passe aujourd'hui? Sous nos yeux, les hôpitaux tentent par tous les moyens, pour des objectifs qui sont à évaluer, je vous laisse chacun, je ne porterai pas le jugement à la place des autres, vous pourrez le porter chacun d'entre vous, mais les

hôpitaux poursuivent la chasse aux centres d'accueil d'hébergement pour essayer de les fusionner parce que budgétairement ça représente des avantages que de fusionner un centre d'accueil d'hébergement avec un hôpital. Ça se passe systématiquement et ça va dans le sens opposé, à notre avis, au souhait qui est exprimé par à peu près tout le monde, qu'on évite de médicaliser la vieillesse en perte d'autonomie. Alors, nous, on préfère - comment vous dirais-je donc? - se remettre en cause sur le plan de nos structures en sachant que c'est quelque chose à faire que de transformer 225 centres d'accueil d'hébergement et environ 75 centres hospitaliers de longue durée en, grosso modo, 155 unités fonctionnelles sur une base de territoire de CLSC. On préfère ça plutôt que de se faire rogner constamment notre mission sociale et d'être récupéré par des centres hospitaliers. Et, éventuellement, on pense qu'on pourrait même aller jusqu'à avoir un conseil d'administration unifié avec les CLSC, dans le temps, si ça ne fait pas une guerre de clocher.

Au niveau des personnes ayant une déficience intellectuelle, il y a 67 centres de réadaptation sur le territoire du Québec. Nous pensons, là aussi, qu'en y prenant le soin de bien faire l'opération, avec des mesures adaptées à la réalité de ce réseau-là, si c'est la volonté gouvernementale, il serait possible au cours des deux ou trois prochaines années d'en diminuer considérablement le nombre en procédant à l'unification des conseils, cette fois, non pas sur une base de territoire de CLSC, mais davantage sur une base de territoire qui s'approche à peu près des territoires actuels de département de santé communautaire, sans présumer que ceux-ci vont continuer d'exister.

Au niveau des jeunes et des mères en difficulté d'adaptation, l'avant-projet de loi prévoyait le regroupement des conseils entre les CSS et les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Là-dessus, nous, on dit au gouvernement, s'il le désire, encore une fois, et si on est prêt à y mettre les formes pour que ça se passe dans l'intérêt des clientèles concernées et le respect des cultures des deux catégories d'établissements, nous, on pense que, oui, c'est possible, à deux conditions. D'une part, qu'on traite séparément la réalité de Montréal où ça n'a aucun sens de regrouper le CSSMM et les 13 plus gros centres de réadaptation au Québec sous un même conseil d'administration. On a déjà ce que certains appellent un "éléphant" et ce n'est pas en lui adjoignant 13 centres de réadaptation sous un même conseil qu'on va le faire maigrir. Alors, première condition, donc, faire une exception pour Montréal. Deuxième condition, nous, on pense que si l'approche que nous proposons, qui est celle de revoir l'organisation du réseau en fonction d'une approche clientèle et en fonction d'une approche programme, ce qui ferait bien du sens si c'est l'approche retenue,

c'est qu'à ce moment-là les CSS soient consolidés dans leur mission famille-jeunesse avec les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Vous avez sûrement pris connaissance dans notre mémoire qu'en ce qui concerne d'autres parties de la mission des CSS ça pourrait être avantageusement pris en charge par d'autres catégories d'établissements.

En ce qui concerne la composition des conseils d'administration... Avant ça, en tout cas, M. le Président, je trouve ça extrêmement important de conclure sur ça. Nous, on préfère aborder de front, et ça fait longtemps qu'on souhaite qu'il en soit ainsi, franchement la question de la composition des conseils d'administration et d'une rationalisation de ceux-ci dans les établissements que nous représentons. On préfère aborder ça franchement plutôt que de continuer à jouer à la cachette où le ministre dit: Non, non, non, on n'a pas de politique de fusion, que les hôpitaux disent: Non, non, ce n'est pas notre objectif de médicaliser l'approche à l'égard du traitement des personnes âgées en perte d'autonomie, que tout le monde dit: Après toi Gaston, et que, finalement, dans la réalité, ce qui se passe, c'est qu'à chaque année qui s'écoule on voit de plus en plus de centres d'accueil d'hébergement entrer dans le giron hospitalier, médical. À moins qu'on nous dise que c'est l'approche qu'on souhaite, la médicalisation de la vieillesse en perte d'autonomie, on pense que ce n'est pas une bonne idée, que ce serait une meilleure idée de nous rationaliser, nous autres, ensemble, dans le but de développer une alternative véritable à l'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie.

J'avais commencé la composition des conseils, question qui n'est pas facile à solutionner et loin de nous l'idée de penser qu'on a trouvé la recette magique. Mais, quand on regarde tout ça, la proposition qui nous semble présenter le moins d'inconvénients, serait de, plutôt que d'avoir un système de désignation de représentants de groupes de ci, de groupes de ça, plutôt que d'avoir un système très alambiqué, nous on pense que ça vaudrait peut-être la peine qu'on prenne le risque de la participation directe de tous les citoyens sur une base électorale, au suffrage universel, pour briguer les suffrages comme membre d'un conseil d'administration de quelque établissement que ce soit, à l'exception des CRSSS. Ah! je sais qu'on peut nous expliquer que le seul critère soit d'être résident du territoire desservi par l'établissement untel... Je sais qu'on va nous dire: Il y a les commissions scolaires qui ont une expérience négative, que la participation est faible aux assemblées du conseil de nos établissements, mais on peut aussi espérer que les partis politiques, par exemple, décident de s'y intéresser. On pense que dans la mesure où le vieillissement de la population va rejoindre, comme préoccupation monétaire, de plus en plus les citoyens, il sort possible d'intéresser les gens

à participer activement à la direction d'un conseil d'administration et c'est certain qu'on est conscients que cette façon de procéder favoriserait, au départ, les personnes qui sont déjà en place au niveau des conseils d'administration, et on se dit: Pourquoi pas? Pourquoi pas? Les gens qui sont sur les conseils d'administration en déficiences intellectuelles, par exemple, bien c'est parce que la plupart du temps ils ont un intérêt personnel pour la cause des déficients intellectuels, et ça ne serait pas anormal qu'ils continuent d'être élus au niveau de leur conseil d'administration, parce que, très souvent, contrairement à des grands hôpitaux, très souvent, les personnes qui siègent sur nos conseils d'administration sont des personnes qui sont directement, familialement, liées à la problématique dont on s'occupe dans nos établissements.

Deux petits commentaires là-dessus. Ah! j'oubliais. Au niveau du conseil d'administration de la région régionale, ce qu'on propose, c'est que si c'était ça qui était retenu, le scrutin universel, c'est-à-dire l'assemblée générale des résidents de tel district qui élit le conseil d'administration du centre d'accueil ou de l'hôpital untel, à ce moment-là, que le conseil régional soit élu simplement par et parmi les membres de tous les conseils d'administration de la région, et qu'à ce moment-là ça en fasse des gens qui soient vraiment représentatifs de toutes les parties d'une région, et que, dans la mesure où les partis politiques, moi je le souhaite, s'intéressent à cette question-là, ça rendrait cependant peut-être un peu plus compliqué le monopole politique d'une ou de l'autre des formations politiques sur le conseil régional, mais ça assurerait, cependant, une présence politique saine, à notre avis, au niveau de cette instance.

En ce qui concerne la participation des salariés du réseau au niveau des conseils d'administration...

Le Président (M. Joly): Excusez-moi, M. Clair. On a largement débordé, par intérêt, je pense, des deux côtés, mais vous êtes conscient que ça limite le temps des questions.

M. Clair: Alors je vais m'arrêter à faire deux brefs commentaires sur ça, sur la participation des salariés de notre réseau. On pense, nous, que c'est justifié qu'un salarié ne siège pas au conseil d'administration de l'hôpital ou du centre d'accueil qui l'emploie, mais qu'il ne devrait pas être exclu d'aller siéger sur un autre conseil d'administration. En ce qui concerne l'exclusion des directeurs généraux des délibérations d'un conseil d'administration, ça nous semble être quelque chose qui est inacceptable.

J'aurais aimé vous parler des fonctions et pouvoirs des conseils d'administration, de la planification des ressources humaines et du financement. Peut-être que vos questions nous permettront d'aborder ces sujets-là. Je vous

remercie.

Le Président (M. Joly): Sûrement. Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux. (11 h 45)

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Évidemment, je pense qu'une heure ne donne pas le temps de rendre justice à tout le travail qui a été fait pour la présentation de votre mémoire. Il reste quand même une pièce très importante quant à ce qui va suivre la commission parlementaire et ce qui est déjà en cours aussi. À tout le moins, ça, c'est la première consolation. Sur plusieurs suggestions que vous faites à l'intérieur de votre document quant au libellé de certains articles, quant à certaines pistes de solution, malgré la bonne volonté on n'aurait pas le temps définitivement d'examiner dans le temps qui nous est imparti. Mais je tenais à dire que c'est un mémoire substantiel, et qui, évidemment, s'adresse à ceux qui sont en bonne partie l'objectif de la réforme. Quand on parle de vieillissement en particulier, on l'a dit, c'est le premier objectif au niveau du ministère et ça doit être la préoccupation première au niveau du Québec. Donc ça vous concerne au premier titre.

Évidemment, vous avez évoqué en partant les failles du système ou les illusions du système. Ce ne sont peut-être pas nécessairement des failles comme des illusions, en termes d'accessibilité, et en prenant soin de dire que l'universalité, l'accessibilité a ses limites. Et je pense que tout le monde doit en convenir, accessibilité, ça veut dire avoir accès rapidement à des services et qu'il n'y ait pas nécessairement de liste d'attente. Si la liste d'attente est longue, il y a un problème d'accessibilité. Si vous êtes dans une région par rapport à une autre et qu'il n'y a pas de médecin spécialiste, il y a des problèmes d'accessibilité aussi. Ça m'apparaît extrêmement important et, effectivement, ce sont des failles au niveau du système.

Les intervenants précédents qui étaient de l'Institut canadien de recherches avancées nous ont fait une présentation que je trouve assez extraordinaire. Je sais que vous étiez dans la salle, pour avoir fait un petit tour de vue et vous avoir aperçus. Un des points extrêmement importants qu'ils ont évoqué c'est que eux-mêmes pensent, et c'est notre avis, que le Québec n'a plus les moyens d'ajouter des ressources financières dans le système. Donc, ce n'est pas facile, on est pris avec des carences du système ou des illusions du système d'accessibilité. Certains pensent que c'est en ajoutant de l'argent qu'on va régler les problèmes d'accessibilité. D'autre part, on n'a pas les moyens d'ajouter d'argent. Donc, on en arrive à un des éléments de base qui est la réallocation de sommes pour être capable de faire face à nos défis de demain. Et évidemment, lorsqu'on parle de CH, parce que ce que j'ai compris de la présentation, au niveau

des conseils d'administration, on isole les centres hospitaliers, parce qu'on est davantage, au niveau des centres hospitaliers, si j'ai bien compris, dans du curatif, alors qu'il faut aussi parler de préventif. Donc, ça serait par une réallocation de ressources.

J'imagine que vous vous êtes penchés là-dessus. Est-ce que la régie régionale, avec des pouvoirs - parce que j'ai compris que tout le monde souhaite qu'on donne davantage de pouvoirs à la régie régionale - serait capable de faire ce que le ministère ne serait pas capable de faire en termes de réallocation de ressources, en fonction de besoins particuliers que vous défendez aujourd'hui?

M. Clair: Dans un premier temps, je pense que c'est assez évident pour tout le monde, nous ne nous attendons pas dans le réseau, ni de la réadaptation, ni de l'hébergement, à une croissance fulgurante des dépenses en santé et en services sociaux au cours des prochaines années. Cependant, année après année, le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux reconduit ce qui est de plus en plus des iniquités criantes dans l'allocation des ressources financières en faveur, à notre avis, du réseau hospitalier. J'en veux un exemple, un seul, la reconnaissance obtenue il y a quelques années par le réseau hospitalier, d'un coût de système de 1 % relié au phénomène du vieillissement de la population. Vous disiez tantôt 5 000 000 000 \$, le budget des hôpitaux; 1 %, ça fait bien 50 000 000 \$. 50 000 000 \$ qui s'en vont automatiquement, qu'on ne questionne pas, qui s'en vont dans la base budgétaire des hôpitaux, en reconnaissance du phénomène de vieillissement de la population. Pendant ce temps, 50 000 000 \$, c'est le budget total obtenu sur trois ans par les CLSC et les centres d'accueil d'hébergement pour faire face à l'alourdissement des clientèles et au développement du maintien à domicile par les CLSC. Je n'inclus pas la tranche qu'on attend cette année pour porter ça à 70 000 000 \$. Alors c'est sûr que, si on ne remet pas ça en cause, c'est un peu comme d'affirmer une chose et de faire le contraire. On affirme que la priorité doit être de développer des alternatives à l'hospitalisation abusive des personnes âgées et, pendant ce temps-là, les deux réseaux qui, en tandem, constituent l'alternative à l'hospitalisation des personnes âgées, soit les CLSC et les centres d'accueil, nous on ne l'a pas cette indexation-là en reconnaissance du phénomène du vieillissement de la population. C'est une anomalie.

Deuxième exemple. Je pense que l'État n'utilise pas assez la budgétisation, l'octroi des budgets de développement pour forcer la complémentarité entre des catégories d'établissements. Si l'État ne le fait pas, je ne pense pas que ça va être la régie régionale qui va le faire plus. Je vous donne un exemple qu'on a vécu l'an dernier. Alors que nous on se tue à dire que les

CLSC et les centres d'accueil d'hébergement, ensemble, constituent l'alternative à l'hospitalisation, qu'est-ce que le ministère a décidé de faire, l'an passé, avec le budget d'alourdissement des clientèles et de maintien à domicile? Le ministère nous a envoyés nous battre comme des compétiteurs au niveau des conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Pendant ce temps-là, les hôpitaux sont assis tranquilles sur leur 1 % de coût de système automatique, et puis, nous, on nous demande de développer une alternative ensemble, puis on nous envoie nous battre. Alors, le budget d'alourdissement des clientèles et de développement du maintien à domicile, par exemple, loin d'être octroyé en termes de nous mettre en compétition un réseau par rapport à l'autre, vous devriez nous condamner à nous entendre, sur le plan régional ou sur le plan local, en termes de complémentarité et, s'il n'y a pas un accord des deux catégories d'établissements, que le budget de développement ne se produise pas, en quelque sorte. Nous on pense que, oui, c'est possible d'utiliser la décentralisation comme moyen de rendre plus efficaces, plus productifs les investissements gouvernementaux, mais que, par ailleurs, il y a aussi des choix, je dirais préalables, au niveau régional, qui sont faits présentement, ou qui ont été faits depuis quelques années et qui sont maintenus, et qui empêchent le développement de l'alternative.

M. Côté (Charlesbourg): Les objectifs qu'il y a à l'intérieur du document qui a précédé le projet de loi, parce qu'on a dit que le projet de loi serait fondamentalement modifié à la lumière de la commission parlementaire... Il y avait des objectifs, il y en avait 20, dont un particulier pour faire face au vieillissement de la population. Est-ce que, là-dessus, vous vous êtes penchés, et partagez-vous ce que Mme Lavoie-Roux avait énoncé à l'époque, l'obligation de plus ou moins 5000 places additionnelles, en tenant compte, bien sûr, d'un phénomène où on devrait institutionnaliser 33 % moins de personnes? Est-ce que, pour vous, compte tenu de votre vécu et de vos expériences, c'est un objectif qui nous permettrait de faire face à la situation?

M. Clair: Je vais être très franc avec vous. Pour l'Association des centres d'accueil, le développement de nouvelles places n'est pas la priorité numéro un, à court terme. Parce que, pour nous, on aura beau ajouter des places, si les services ne suivent pas, si les centres d'accueil... Quand bien même on ajouterait demain matin 5000 places dans le réseau des centres d'accueil d'hébergement, s'ils sont budgétés encore à 70 \$ per diem, par jour, pendant que les hôpitaux sont budgétés à cinq ou six fois ça, 350 \$, 400 \$ par jour, per diem, si on ne développe pas des services d'hébergement-dépannage, des services externes en

physiothérapie, en ergothérapie dans les centres de jour, si on n'a pas de réseau entre les services à domicile qu'offrent les CLSC et ceux que nous offrons dans les hôpitaux au Québec, s'il n'y a pas un réseau véritable de prise en charge des services gérontologiques adaptés à la réalité des personnes âgées en perte d'autonomie, c'est bien évident qu'elles vont aller ailleurs. Pour nous, on ne nie pas que, ça et là sur le territoire, il manque de places, on ne nie pas ça, mais on sait par expérience aussi que les hommes et les femmes politiques de quelque appartenance qu'ils soient - comment dirais-je - ont tendance à se préoccuper - parce que c'est très visible, la construction d'un centre d'accueil dans une ville ou dans un village - d'abord et avant tout de ça, parce que c'est très visible. Alors que le développement de services adaptés à la réalité des personnes âgées, de budgéter les établissements, pour qu'on ait... Par exemple, prenons la présence de services de physiothérapie et d'ergothérapie. Si on retenait la norme un ergothérapeute, un physiothérapeute par 100 places dans les centres d'accueil d'hébergement, ça coûterait, grosso modo, 10 000 000 \$, si j'arrondis un peu.

Alors, qu'est-ce qui est prioritaire? Est-ce que c'est d'ajouter ici et là les places qui manquent dans certaines régions ou ce qui est prioritaire, pour éviter qu'on ait à institutionnaliser de plus en plus de gens, c'est que les centres d'accueil d'hébergement et les CLSC soient le mieux équipés possible pour maintenir à domicile le plus longtemps possible les personnes? Parce que, ça, c'est une chose qu'on oublie souvent que les centres d'accueil d'hébergement ne font pas que de l'hébergement. On reçoit en interne à peu près 25 000 à 30 000, mais on en dessert aussi, dans nos centres de jour, à peu près 10 000 ou 15 000.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Au fil des dernières années, il y a quand même eu une croissance assez exceptionnelle des centres de jour un peu partout sur le territoire. Ça ne veut pas dire que c'est complété mais, curieusement, lorsque tu regardes l'attribution des centres de jour, il y a des régions qui sont encore très pauvres, très très pauvres. Et ça m'a frappé, lorsque j'ai demandé la ventilation des centres de jour, ceux qui crient le plus fort en ont plus. Et, ça, évidemment, sur le plan politique - vous l'avez dit tantôt - ça n'a pas bien changé de ce côté-là, historiquement parlant, depuis de nombreuses années et vous en savez quelque chose.

À partir de ça, il y a donc une volonté d'en établir sur le territoire et d'aller régler un certain nombre de problèmes qu'on peut régler au niveau des centres de jour quant à la dispensation de services qui vont faire que l'institutionnalisation soit moins grande. Et, ça, c'était la deuxième partie de ma question, parce qu'on dit: L'évaluation est à 5000 places, mais en tenant compte du phénomène qu'on institution-

naliser 33 % de moins d'individus, parce que, évidemment, il faut faire face à cette situation-là.

Est-ce que, dans l'état actuel de vos connaissances, parce qu'on sait de quelle manière, à l'époque, les gens finissaient par entrer en centre d'accueil... Ce n'était pas toujours ceux qui étaient en perte d'autonomie qui entraient dans les centres d'accueil, pour toutes sortes de raisons. Est-ce qu'on est dans une situation, au moment où nous nous parlons, où toutes les places occupées en centre d'accueil d'hébergement sont des places où, effectivement, les gens devraient être là ou s'il n'y a pas d'autres mesures qui nous permettraient, finalement, de soulager et de reconnaître que, les centres d'accueil d'hébergement, avec les centres hospitaliers de longue durée, c'est l'ultime recours et, évidemment, le plus dispendieux? Puis vous avez raison de dire que, quand on compare les budgets d'un et l'autre, ça tombe sous l'évidence très très très rapide qu'il faut renverser des choses.

Donc, il y a toute une série de mesures qui font que, de ton centre de jour avec des services, de tes familles d'accueil, de tes pavillons, de tes centres d'accueil d'hébergement privés et privés non conventionnés et tout ce qui pullule aujourd'hui de privé autofinancé... Ça, c'est peut-être le plus grand piège qu'on n'a pas sur la terre au moment où nous nous parlons. Ça aussi, il va falloir s'en parler un de ces bons jours. Le privé n'est pas - et que ça vienne de ma bouche, c'est peut-être bien bizarre - miraculeux partout. Il y a peut-être bien des pièges puis bien des nids à feu. On va s'en parler dans pas grand temps. Mais c'est un piège qu'il faut éviter. Ça ne veut pas dire que le privé ne peut pas être une solution, mais ce n'est pas la solution à tous les problèmes qu'on a. C'est peut-être l'enfer des personnes âgées qui doivent se retrouver dans ces situations-là.

Donc, tout ces maillons... C'est une chaîne et chacun des maillons devient extrêmement important. Alors, c'est pour ça que la réflexion doit aller jusque-là dans les gestes qu'on va poser. Moi, je ne tiens pas mordicus à 3000, à 4000, à 5000 ou à 6000. Ce que vous nous dites, c'est que la priorité première doit être de donner un support sur le plan clinique plus important que ce qui est reconnu à ce moment-ci au niveau des personnes âgées.

Je pense que madame a peut-être quelque chose, parce que j'en ai dit plus que je pensais. (12 heures)

Mme Bélanger (Lise): En fait, vous parliez au début des clientèles qui ne sont pas à leur place. Je crois que dans les centres d'accueil d'hébergement il reste peut-être un petit reliquat de personnes qui ont des besoins un peu plus légers. Par contre, elles ont vieilli au fil des années. Elles sont peut-être rendues à 85 ou 90 ans. Alors, rendu à ce niveau d'âge, on est plus frêle. Par contre, l'autre facteur qu'on oublie

souvent, c'est que, dans le réseau des centres d'accueil d'hébergement, on a un fort pourcentage de clientèles qui ont un profil de longue durée et ça, on l'oublie. On oublie aussi que, dans le réseau des centres d'accueil d'hébergement, il y a de 35 % à 40 % des personnes qui sont atteintes de déficits cognitifs. Alors, le réseau d'hébergement, je crois que la solution n'est pas de faire déplacer les personnes. Les cas plus légers iraient vers des pavillons, les cas plus lourds iraient vers des CHSLD. Ça déracinerait pour apporter peu de choses finalement. Effectivement, je crois et je ne suis pas seule à croire ça quand on s'en parle entre nous, mais on croit vraiment que là où il faut mettre l'accent, c'est d'ouvrir vraiment le centre d'accueil d'hébergement sur sa communauté et faire en sorte que toutes les ressources dont il dispose - parce qu'il dispose de beaucoup de ressources finalement, le centre d'accueil d'hébergement, mine de rien - donc, de l'ouvrir à sa communauté et de faire en sorte qu'avec le CLSC il y ait une meilleure complémentarité et qu'on puisse en arriver à faire des percées beaucoup plus importantes pour répondre aux besoins de la clientèle. Plutôt que ce que disait M. Clair, tout à l'heure, on fait un peu des chasses aux sorcières et, pendant ce temps-là, on perd, je pense, la vraie, l'ultime raison d'être pour laquelle on est là, c'est le bénéficiaire, c'est le client, c'est la personne qui est dans le besoin. Et on a besoin, nous autres, de se consolider au niveau local pour arriver à répondre le mieux possible. Et l'ajout de 5000 places, je crois qu'il devrait être fait avec une grande minutie et peut-être pas de façon très politique, mais de façon très rationnelle, en regardant les poches de territoires où il y a de grandes concentrations de personnes âgées et où il y a peut-être des manques de lits de longue durée.

M. Côté (Charlesbourg): On s'en vient avec des instruments qui vont nous permettre de le faire de manière rationnelle. Vous pouvez être sûrs de ça et dans pas beaucoup beaucoup de temps.

Il y a juste un élément qui m'inquiète dans ce que vous nous dites.

Le Président (M. Joly): Brièvement, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, très brièvement. C'est qu'on parle du centre d'accueil d'hébergement qui est une plaque tournante au niveau d'une communauté et le CLSC aussi. Ce qui m'inquiète, c'est de ne pas entendre parler qu'il pourrait aussi y avoir complicité ou complémentarité avec un centre hospitalier malgré tout ça, parce que, évidemment, il y en a plusieurs qui finissent par aboutir à l'hôpital aussi et ça demeure aussi... Il faut que ce soit dans les préoccupations aussi.

Mme Bélanger (Lise): Quand on parle de la complicité, la complicité avec les centres hospitaliers, elle doit se faire, mais je crois que notre plus grande complicité à l'heure actuelle, elle doit s'orchestrer avec les CLSC qui sont nos partenaires sur le plan local et, ensuite, d'être plus complice avec le réseau des hôpitaux via leur unité de gériatrie active, mais via les services qu'ils développent pour répondre aux personnes qui s'adressent directement à eux.

M. Clair: Vous savez, M. le ministre...

Le Président (M. Joly): Très brièvement, s'il vous plaît. Parce que là, vous savez comment ça fonctionne, autant de temps l'autre côté, ce qui veut dire qu'on déborde et l'autre groupe après...

M. Chevette: Il peut prendre sur mon temps.

Le Président (M. Joly): Sur le temps très court de l'Opposition.

M. Clair: Ça va être très court.

Le Président (M. Joly): Vous avez encore de la sympathie.

M. Clair: Si la question du ministre sous-entend, et ce serait légitime peut-être à partir des propos qu'on a tenus, qu'on a une approche corporatiste à l'égard des hôpitaux, tel n'est pas le cas. Sauf que la vie nous a appris qu'ils n'ont pas tellement l'habitude de se considérer comme nos complices, mais malheureusement beaucoup plus souvent comme nos patrons.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Je pense que Mme la députée de Bourget avait une petite question.

Mme Boucher Bacon: Je vais essayer de la...

Le Président (M. Joly): De la comprimer.

Mme Boucher Bacon: ...comprimer.

Le Président (M. Joly): Merci.

Mme Boucher Bacon: Alors, je remercie l'Association des centres d'accueil du Québec d'être venue ici ce matin et tout particulièrement Mme Gisèle Besner, qui est vice-présidente aux affaires professionnelles de la Commission des centres d'accueil d'hébergement, dont le centre d'accueil est dans mon comté. J'en suis très fière.

Alors ma question s'adresse à M. Mario Dolan ou M. Auclair, M. Clair, je m'excuse, concernant, en page 72 de votre mémoire, la

révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Vous faites un parallèle entre l'ancienne loi et l'avant-projet concernant la classe des mères en difficulté d'adaptation qui crée la confusion versus celle des jeunes en difficulté d'adaptation. J'aimerais, sR vous plaît, que vous puissiez élaborer sur la confusion.

M. Clair: Rapidement, il existe au Québec quatre centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation qui dispensent des services très spécialisés à tant des jeunes mères que des mères adultes qui connaissent de très sérieux problèmes d'adaptation sociale. Ces quatre établissements là - il y en a un à Montréal, un à Québec, un à Trois-Rivières et un à Sherbrooke - la préoccupation première de ces quatre établissements a toujours été de conserver leur spécificité parce qu'imaginez-vous bien que, si le social en général a de la misère à sumager par rapport à la santé, ce qu'il en est de quatre établissements à une vocation si spécifique. Alors, dans le texte, on ne parle plus de mères en difficulté d'adaptation mais seulement de jeunes mères en difficulté d'adaptation. Donc, ces établissements-là disent: Si on devient uniquement des établissements à vocation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation, notre spécificité se dilue de plus en plus. Et leur crainte, c'est que, finalement, il n'y ait plus de différence, que ce soit seulement un programme des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Alors, parce que jeunes.... Des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et pour mères en difficulté d'adaptation, habituellement, ce sont deux réseaux de taille totalement différente. Dans un cas, on parle de 42 établissements, dans l'autre cas, de quatre. Alors, vous comprenez le désir de protéger la spécificité de la mission de ces quatre établissements.

M. Dolan: Et le discours des quatre centres est à l'effet que, des mères en difficulté d'adaptation, il y en a de tout âge et non pas seulement en bas de 18 ans.

Le Président (M. Joly): Oui. M. le leader de l'Opposition et responsable comme critique en santé.

M. Chevette: Merci. Tout d'abord, je vous avoue qu'avec un mémoire aussi volumineux qui analyse article par article il va être difficile de toucher à l'ensemble, malheureusement, mais je vais me contenter de trois aspects. Tout d'abord, je voudrais parler un peu de la situation actuelle dans les centres d'accueil. On sait que, depuis quatre ans, il y a 325 nouvelles places en centres d'accueil pour personnes âgées. On sait qu'on a transformé certains centres d'accueil en centres hospitaliers de soins de longue durée. On a voulu, par ça, décongestionner les urgences. Et

là, nous en sommes rendus, comme moyen de décongestionner les urgences, à un langage militaire des groupes tactiques d'intervention stratégique. Je voudrais savoir très clairement - je trouve que vous avez un langage direct dans votre mémoire, j'aimerais que vous le conserviez au niveau de la façon de répondre - selon vous, quelle est la meilleure façon ou la façon la plus complète de régler le problème qu'on vit concrètement dans les salles d'urgence et au niveau des listes d'attente des personnes âgées.

M. Clair: Nous, on est d'accord avec la création du groupe proposé mis sur pied par le ministre...

M. Chevette: Même avec le vocabulaire.

M. Clair: ...sauf que notre crainte, on va vous l'exprimer très clairement. Notre crainte, chaque fois qu'on a envoyé des gens provenant de toutes sources dans le réseau hospitalier, je n'ai pas tellement souvenance d'un cas où ce groupe-là n'est pas revenu en disant: Finalement, M. le ministre, c'est de l'argent que ça prend.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Clair: Alors, ce n'est pas qu'on n'a pas confiance dans l'intention du ministre, dans l'efficacité possible de ça mais, notre crainte, c'est celle-là. Et c'est pourquoi, nous, on dit qu'on essaie de faire comprendre le plus simplement... Écoutez, le citoyen qui a un parent qui est très âgé, qui a 90, 92 ans, qui vit encore à domicile et qui connaît tout à coup un changement subit dans son état qui fait qu'il doit casser maison, comme on disait, s'il n'existe pas un réseau intégré de services dans lequel il a confiance qui s'appellerait, par exemple, un centre de services gérontologiques, bien connu, identifié dans le milieu comme offrant non seulement les services d'un mouiroir mais offrant une gamme de services diversifiés reliés à la réalité des personnes très âgées et en perte d'autonomie... À ce moment-là, on peut espérer que la personne va se diriger vers ce service-là. Autrement, désillusionnons-nous. On aura beau ne pas mettre d'argent dans les hôpitaux, les personnes âgées vont arriver par l'urgence dans le milieu hospitalier parce que ça va apparaître comme étant le seul lieu où il y a des services adéquats en rapport avec la réalité des personnes âgées en perte sévère d'autonomie, des personnes, je devrais dire, très âgées. Alors, nous, on dit: La solution, ça ne passe pas uniquement par un resserrement des hôpitaux, ça passe aussi, ça passe d'abord, je devrais dire, par le déploiement au Québec d'un réseau de services gérontologiques qui offre un continuum le plus étendu possible de services reliés à la condition des personnes âgées. Et ça ne se ferait pas à très

grands frais. On ne parle pas de centaines et de centaines de millions de dollars. N'investissons que la moitié du budget du 1 % qui est prévu en indexation automatique reliée au vieillissement de la population au cours des quatre ou cinq prochaines années en développement dans le maintien à domicile et dans l'hébergement. Obligez-nous à nous développer en complémentarité, mais ne nous faites pas le coup, cependant, de nous demander de nous développer en complémentarité et de nous envoyer nous battre en région, parce que là c'est impossible. Nous, on dit: Le tandem CLSC-centre d'accueil d'hébergement ou centre hospitalier - appelons-le "la nouvelle catégorie" - c'est ce tandem-là qui constitue l'alternative à l'hospitalisation et non pas l'une ou l'autre des deux parties du tandem.

M. Chevette: Mais quand vous parlez de conseil d'administration unifié entre centre d'accueil et centre hospitalier de soins de longue durée, quand c'est intégré... Comment voyez-vous ça quand c'est intégré à l'intérieur d'une même vocation d'un hôpital? Par exemple, je donne l'hôpital chez nous, le centre hospitalier chez nous. Il a quatre vocations chez nous, le centre hospitalier: un centre d'accueil qui dépend du centre hospitalier, il y a une aile psychiatrique... il a une vocation psychiatrique, il a une vocation chronique et une vocation soins aigus. Comment pouvez-vous voir, par exemple, que les centres d'accueil publics puissent former une unité administrative, quand vous retrouvez sous un même chapeau toutes les vocations dans le milieu?

M. Clair: À notre avis, c'est une question... Écoutez, je ne nie pas que, dépendant de la configuration des dispensateurs de services dans un territoire donné, ça ne soit pas compliqué nulle part. Il y a des endroits où ça peut être plus ou moins compliqué. Mais, encore une fois, la prémisse avec laquelle, nous, on a travaillé, c'est de dire: On veut simplifier la coordination des services adaptés à la réalité des personnes âgées en perte d'autonomie et on pense que, dépendant de la volonté politique, on pourrait aller jusqu'à réunir sous un conseil unique, sous une structure, pour employer votre langage militaire, de commandement unique, la dispensation des services aux personnes âgées où qu'elles soient. Écoutez, placez-vous... Le bénéficiaire, la personne âgée, est-ce que c'est vraiment nécessaire que la famille d'accueil... S'il est en famille d'accueil, ça, ça relève du CSS. S'il reçoit des services à domicile, ça, ça relève du CLSC. S'il reçoit des services d'un centre de jour, ça, ça relève d'un centre d'accueil d'hébergement. S'il doit prendre rendez-vous pour obtenir un service hospitalier, c'est à l'hôpital qu'il va.

Écoutez, j'ai eu l'occasion d'examiner, sans doute vous aussi, des modèles. Quand on explique, par exemple, à des Suédois, chez qui la

totalité des services sociaux dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie - le député de Trois-Rivières s'en souviendra - ça relève de la municipalité... Je ne dis pas qu'il faut qu'on aille vers la municipalité ici, mais quand on explique à ces gens-là que, nous, les services aux personnes âgées, c'est dispensé par cinq catégories d'établissements, on leur dit qu'on a inventé la concertation pour simplifier l'affaire mais, vous savez, ce n'est pas la meilleure idée. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, il a été, auparavant, ministre des Transports. Imaginons... On pourrait se compliquer l'existence au ministère des Transports, hein? On pourrait dire, par exemple, en ce qui concerne l'entretien du réseau routier: Les chaussées vont relever d'une direction, les ponts vont relever d'une autre direction, l'entretien d'hiver va relever d'une autre et l'entretien d'été, d'une quatrième. Mais ça, on dit: C'est bien trop compliqué, non. On va dire: Écoute, on va créer un comité de concertation. Alors, nous, ce qu'on dit: Ce n'est pas intelligent de procéder comme ça par rapport à l'approche clientèle. Autant que possible sur le territoire d'un CLSC, on devrait essayer d'intégrer les services sous l'autorité d'une même structure décisionnelle parce qu'autrement la concertation devient comme une vertu idéale alors qu'on pourrait avoir des choses beaucoup plus simples.

M. Chevette: Si je veux me permettre de poser une couple de questions, je vous arrête.

M. Clair: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Il a été comme vous et comme moi, il est habitué d'être ministre et à répondre.

M. Chevette: Oui, mais c'est à nous autres de s'imposer.

M. Côté (Charlesbourg): Ça prend du temps.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Oui, on est tous pareils.

M. Chevette: Je pense qu'on retrouve essentiellement ces réponses-là. Mais je voudrais vous demander si vous seriez prêts à vous faire hara-kiri comme structure si on confiait tout ça aux CLSC.

M. Clair: Confier quoi?

M. Chevette: Toute la responsabilité des soins pour les personnes âgées, de A à Z.

M. Clair: Bien, c'est un peu ce qu'on propose à plus ou moins long terme...

M. Chevette: Oui, mais vous vous gardez une place...

M. Clair: ...dans notre mémoire, parce que ce qu'on dit, nous...

M. Chevette: ...mais, comme structure...
(12 h 15)

M. Clair: ...on dit: Si on veut procéder... Ça dépend, encore une fois, si on veut procéder en cow-boy ou bien si on veut procéder d'une manière ordonnée. Nous autres, on dit: On est prêts à regarder les affaires en fonction de la réalité qui est devant nous et à procéder d'une manière ordonnée. Il y a 225, 240 centres d'accueil d'hébergement et à peu près 75 hôpitaux de soins de longue durée. Ça fait longtemps qu'il y a des gens qui rêvent à une structure... Écoutez, on est allés presque à rêver de fusionner toutes les catégories d'établissements sur une base de territoire de CLSC, sous un conseil d'administration unifié. Nous, on dit... écoutez, ça a été écrit noir sur blanc dans une politique gouvernementale, il y a donc quelqu'un, on peut présumer, qui était visionnaire, qui a proposé ça. Nous, on dit: Faisons une première étape en faisant le ménage à l'intérieur de nos propres structures sur le plan de la rationalisation entre les hôpitaux de soins de longue durée et les centres d'accueil d'hébergement.

Dans un deuxième temps, s'il y a une volonté de l'État d'aller dans la direction que vous évoquez, à savoir que tous les services pour les personnes âgées relèvent d'une seule et unique structure de coordination, que ça s'appelle CLSC, centre hospitalier de soins de longue durée, centre d'accueil d'hébergement, appelez-le comme vous voudrez, on parle de la même chose, sauf qu'on dit: Donnons-nous le temps de réaliser des étapes qui vont permettre à cette structure-là de donner les meilleurs fruits et non pas de se contenter d'une approche que je qualifie, encore une fois... qui serait un peu cow-boy.

M. Chevette: Au niveau régional, à la page 46, vous partez de la trop large place qu'on fait au communautaire. Je vous avoue que, des deux côtés de cette table ici, ça nous fait rire parce que tout le communautaire qu'on a entendu jusqu'à date, ils ont la trouille, ils ont la trouille de la décentralisation, ils ont une peur bleue de vous autres, et des hôpitaux encore plus que vous autres; ils disent que le médical, parce qu'ils vous apparentent au médical, ils disent que ça n'a pas de bon sens le peu de place qu'ils ont au niveau régional, puis, vous autres, vous portez un jugement de valeur extrêmement radical. Au bas de la page, dernier paragraphe.

M. Clair: Ce n'est pas radical, pas du tout, écoutez...

M. Chevette: Aie...

M. Clair: ...s'il y a des...

M. Chevette: "...trop large place au sein de ses instances..." C'est assez clair, ça.

M. Clair: Il faut le remettre dans le contexte. C'est le contexte de la participation des organismes bénévoles, des organismes communautaires au niveau des conseils d'administration des CRSSS. Il y a quand même, vous l'admettez avec moi, dans le réseau des organismes bénévoles, il y a des gens qui portent le titre de directeur général de ces organismes-là. Entre vous puis moi, puis la boîte à bois, pouvez-vous bien me dire comment, selon quel raisonnement des organismes qui sont financés à peu près comme nous, d'une certaine manière, eux, le quart des sièges au niveau du conseil régional va être réservé à des gens qui sont indirectement rémunérés par l'État, qui dirigent des organismes bénévoles et on exclut entièrement la participation des directeurs généraux à la direction des conseils régionaux de santé et de services sociaux et de siéger à des conseils d'administration?

On dit juste, nous... Écoutez, ce sont deux affaires différentes... De collaborer avec des organismes bénévoles en intégration sociale des déficients intellectuels, en adaptation de jeunes en difficulté d'adaptation, alcooliques, toxicomanes, nommez-les, s'il y a des établissements qui collaborent avec les organismes communautaires, c'est bien notre réseau. Mais entre travailler avec eux, se concerter avec eux, les aimer puis aller se mettre en position de se faire imposer par le quart d'entre eux, au niveau du conseil régional, de leur donner le quart des sièges, on dit: Wo, wo, une minute là; il y a une différence à établir. C'est juste ça. Ne tirez pas.

M. Chevette: Quelle est la portion que vous voyez au monde municipal?

M. Clair: Ils auraient la chance de se faire élire, comme d'autres, au niveau des conseils d'administration.

M. Chevette: Donc, pas de sièges réservés, pas plus que pour le communautaire.

M. Clair: Aucun. Même un député, s'il veut se faire élire au niveau du conseil d'administration de son CLSC ou de son centre d'accueil ou de son hôpital parce qu'il pense que quand...

M. Chevette: Est-ce qu'il ne devrait pas siéger d'office, lui?

M. Clair: ...ils votent le budget, ce serait intéressant qu'il siége, il pourrait y aller.

M. Chevette: Est-ce qu'il ne devrait pas siéger d'office, lui, puisqu'il est élu, lui?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Clair: Ce sont des privilèges que vous avez tout à fait le pouvoir de vous octroyer.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Ce n'était pas le sens de ma question.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Dernière question sur la régie régionale. Vous semblez craindre la régie régionale puisque vous voulez qu'on se garde des prérogatives au niveau national. Vos craintes viennent... C'est assez ambigu, vous dites que vous êtes d'accord avec une décentralisation mais que... J'aimerais que vous explicitiez davantage votre "mais que".

M. Clair: M. Proulx.

M. Proulx (Gilles): Ce ne sont pas nécessairement des craintes vers la régie régionale. Ce qu'on voudrait éviter, dans le fond, c'est que, au niveau régional, on retranspose la structure ministérielle et que, dans le fond, les régies régionales se croient, elles, être des mini-ministères. C'est ce qu'on veut éviter. À partir du moment où on décentralise, ce qu'on dit, nous autres, c'est qu'on ait une approche clients et que, dans le fond, au niveau régional, on fasse aussi l'administration de l'approche clients et non pas que les régies régionales se voient maintenant confier les pouvoirs d'un mini-ministère. S'il y a des craintes, c'est ça. C'est de faire en sorte qu'à un moment donné la régie régionale, avec sa permanence, parce qu'un conseil d'administration de régie régionale se réunit huit, neuf fois par année, ce qu'on craint, c'est que la permanence d'une régie régionale devienne une espèce de remplacement...

M. Chevette: Superstructure régionale.

M. Proulx: ...du ministre. C'est juste ça, les petites craintes. Mais ce qu'on propose, ce qu'on dit, c'est que si, au niveau régional, on discute-

Une voix: ...une dernière petite.

M. Chevette: Pas de ministre en région, c'est correct. Vous avez dit, M. Clair, tantôt, et ça m'a frappé: Forcez-nous à agir en complémentarité. Si j'ai bien compris vos paroles. Comment verriez-vous ça concrètement?

M. Clair: Je vais essayer...

M. Chevette: Est-ce que c'est par les structures? Est-ce que c'est par d'autres moyens comme les enveloppes protégées? Est-ce que ce sont des enveloppes à être arbitrées pas les groupes existants ou si c'est de fondre en une structure?

M. Clair: On a entendu, il y a quelques semaines, le ministre rappeler à certaines catégories d'établissements que c'était lui qui proposait à l'Assemblée nationale les budgets alloués à chacun des établissements. Nous, sans dire qu'on endosse ça sans nuances, ce qu'on pense, c'est que la budgétisation du réseau, la façon dont le budget est octroyé, ça devrait être un des objectifs que de forcer la complémentarité entre les différentes catégories d'établissements. J'en donne pour exemple, là... Écoutez, l'an passé... et, comme on ne sait pas qu'est-ce que le ministre a retenu pour l'année prochaine, ça nous inquiète un peu. Nous, on poursuit comme objectif une complémentarité avec le réseau des centres locaux de services communautaires, les CLSC. Si le ministre dit: J'envoie en région l'enveloppe de cette année d'alourdissement de clientèle et de maintien à domicile, je l'envoie au niveau des CRSSS, s'il n'y a aucun "guideline" - passez-moi l'anglicisme - aucun paramètre quant à savoir dans quelle mesure ça devrait servir à du rattrapage dans l'alourdissement de clientèle et dans le développement de maintien à domicile, qu'est-ce qu'on fait? On nous envoie nous battre, les centres d'accueil et les CLSC, devant le conseil régional. Et quant on dit "se battre", ça veut dire des coups durs entre les catégories d'établissements. Nous autres, on ne souhaite pas ça parce qu'on ne voit pas...

Le Président (M. Joly): En conclusion, s'il vous plaît.

M. Clair: ...comment ça peut aider à développer la complémentarité. Alors, je donne l'exemple, vous nous condamnez à nous entendre si le budget de développement qui est octroyé au niveau de chacun des CRSSS ne devient disponible que sur, je vous dirais, unanimité des parties, une espèce de droit de veto des CLSC et des centres d'accueil l'un à l'égard de l'autre. Peut-être qu'on obtiendrait des résultats beaucoup plus positifs que simplement nous envoyer nous battre l'un contre l'autre.

M. Chevette: En tout cas, M. le Président, en guise de conclusion, je voudrais vous remercier mais, M. Clair, je voudrais aussi vous dire que, si on décentralise, on doit laisser au milieu le pouvoir de s'arbitrer entre eux, se partager entre eux. Si on décentralise en disant: C'est tant pour telle enveloppe, tant pour telle autre, tant pour telle autre, c'est de la déconcentration. On ne fait que leur permettre de gigoter à l'intérieur de certaines enveloppes et non pas de

prendre des initiatives concrètes du milieu et d'établir leurs priorités.

M. Clair Je ne voudrais pas avoir le dernier mot avec vous mais, si on décentralise les budgets d'alourdissement de clientèle et de maintien à domicile mais qu'on continue de protéger le budget des hôpitaux...

M. Chevette: Ah ça, je comprends. C'est la même chose pour la réadaptation. J'aurais voulu la questionner, je m'excuse mais...

Le Président (M. Joly): Il y aura d'autres...

M. Chevette: ...comme vous venez de Joliette, j'irai vous en parler.

Le Président (M. Joly): ... d'autres occasions. Merci. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je voudrais remercier. J'avais pris soin de dire, au départ, que ce n'est pas dans une heure qu'on pouvait rendre justice au mémoire que vous avez déposé. Je me rends compte, au bout d'une heure, qu'on avait parfaitement raison de le dire au départ. Et je pense que le ton de nos discussions ne reflète pas du tout, ou à peu près, ce qu'il y a dans le mémoire. Le mémoire est beaucoup plus substantiel que ce qu'on a pu discuter. Et ce sera très certainement un document de référence. Quant aux urgences, je vous invite à aller voir dans les 14 derniers jours combien il y a eu de jours où on était délinquants. Ça vous donnera une bonne idée d'une partie des solutions qu'il faut apporter.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Alors, merci, au nom des membres de cette commission, aux représentants de l'Association des centres d'accueil du Québec. Merci beaucoup, ça a été bien apprécié. Alors je demanderais aux personnes représentant le Fonds de la recherche en santé du Québec de bien vouloir s'avancer et prendre place, s'il vous plaît.

S'il vous plaît! SH vous plaît! On est déjà largement en retard, alors j'apprécierais beaucoup si le Dr GodtWoom ainsi que le Dr Vinay pouvaient prendre place, s'il vous plaît. Merci. Vous connaissez la procédure, de façon la plus concise possible. Vous voyez qu'on est déjà en retard, alors j'apprécierais avoir, en fait, la collaboration de tous. Je vous donne le temps nécessaire pour présenter votre mémoire et le reste du temps est dévolu aux deux formations pour poser les questions d'usage. J'apprécierais si les gens qui ne sont pas en relation avec ce mémoire voulaient bien quitter la salle et fraterniser à l'extérieur, si possible. Merci.

Je crois que c'est le Dr Vinay qui est le

porte-parole. Je vous laisse aller, Dr Vinay, s'il vous plaît.

Fonds de la recherche en santé du Québec

M. Vinay (Patrick): Permettez-moi, d'abord, d'exprimer mes remerciements d'être invité à présenter le point de vue de la recherche à cette commission. C'est un point qui, à notre avis, est important et un point de vue qui a, je pense, un impact définitif sur la façon dont les réseaux et les services de santé doivent être organisés dans notre province.

Peut-être que, pour le bénéfice de ceux qui ne nous connaissent pas, il serait intéressant que je vous présente brièvement ce que c'est que le Fonds de la recherche en santé du Québec. Créé il y a 25 ans sous forme d'un conseil au ministre, cet organisme est devenu un fonds et ce fonds administre de façon indépendante une grande partie de l'effort de recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette vocation s'exprime dans trois grands volets. Un premier volet est un volet d'éducation. Un deuxième volet très important est un volet de support de centres et d'instituts de recherche, 23 à travers la province de Québec, dans les hôpitaux et également hors des hôpitaux, très souvent très proches des régions universitaires et des zones d'influence universitaire. Et, enfin, un volet important est un volet de recrutement et de financement d'activités de jeunes chercheurs, infrastructure humaine essentielle à toute activité de recherche. Et un volet très mineur de financement direct d'activités de recherche.

Le Fonds de la recherche en santé du Québec, en 25 ans, est devenu une entité qui fait l'envie des autres provinces. Il n'y a pas d'équivalent, ailleurs au Canada, de notre structure. Et nous pensons que nous ne nous leurrions pas en pensant que nous sommes, en fait, l'aile peut-être la plus avancée, la plus avant-gardiste du ministère, puisqu'il s'agit vraiment là d'une décentralisation, au meilleur sens du mot, de décisions sur la planification et l'évolution d'activités de recherche à l'intérieur du ministère.

Vous m'excuserez si je sens ici le besoin de vous dire, voyant la salle se vider, que la recherche à l'intérieur d'un système de santé - pour prendre un exemple de nutrition, puisqu'il est midi - c'est un petit peu comme de la poudre à pâte dans un gâteau. Si vous n'avez pas d'évaluation systématique dans le système de santé, vous pourrez passer des heures en commission parlementaire à débattre un modèle versus un autre modèle, vous serez incapables d'en apprécier les conséquences et vous serez incapables d'en obtenir une image claire, avec des jugements qui ne seront pas anecdotiques mais appuyés sur des observations qui sont des observations serrées. Ainsi donc, il est impensable de penser santé sans penser en même

temps à la place que doit avoir, à l'intérieur de n'importe quel système de santé et dans toutes ses composantes, une activité de recherche et d'évaluation sérieuse. Il se trouve que ce n'est pas un exercice que l'on fait au pied levé; il se trouve que ce n'est pas un exercice que l'on fait sans formation; il se trouve que ce n'est pas un exercice que l'on fait sans une certaine infrastructure.

Ainsi donc, si vous me le permettez, je voudrais contester d'abord, devant cette commission parlementaire, l'idée qui voudrait que le FRSQ soit la cerise sur le "sundae" du ministère et présenter autrement le FRSQ comme étant, en fait, une instance porteuse d'une certaine indépendance et un exemple assez extraordinaire d'une concertation entre une volonté politique de développer la santé et le milieu des chercheurs qui s'organisent avec une discipline remarquable pour se rendre disponibles non seulement dans l'exercice de cette recherche, mais également dans l'administration de cette recherche sur des bases d'excellence.

(12 h 30)

Cet énoncé de principe qui vous semble peut-être un peu culinaire est cependant la base de notre analyse de ce document "Orientations". Nous l'avons vu, regardé, lu avec attention et, dans les premières pages de notre mémoire, vous verrez que nous en faisons une analyse très rapide. Le point qui nous vient à l'esprit, c'est qu'il y a effectivement, à l'intérieur de ce document, une préoccupation recherche en santé. On peut dire que cette préoccupation recherche en santé, on peut la voir dans tous les chapitres presque derrière chacune des grandes orientations de ce document. C'est, à mon avis, un des points forts de ce document. Il n'y a pas que des points forts, mais il y a certainement celui-là.

Le document, à la suite, se sépare en deux parties: une partie qui parle de structure et une partie qui parle d'argent. J'ai entendu, tout à l'heure, des réflexions un peu caustiques et peut-être justifiées sur des organismes qui viennent défendre exclusivement leur propre mandat. Je voudrais que vous réalisiez que, derrière le propos du Fonds de la recherche en santé du Québec, il n'y a pas qu'un souci de défendre notre propre mandat, il y a un souci de défendre la santé dans tous ses aspects, et que nous sommes convaincus qu'il y a, au Québec, une réalité recherche en santé qui mérite d'être défendue. Il y a, à l'intérieur de cette réalité non seulement une garantie de la qualité du présent et de l'évaluation continue de ce que nous faisons, mais également une garantie de l'avenir, car la technologie qu'est la santé évolue. Et je pense que, si on ne tient pas cela dans le collimateur, on risque de se trouver assis à côté de la chaise de la santé dans les prochaines décennies.

La première partie de notre mémoire va traiter de l'hôpital universitaire. Cela va vous

sembler curieux qu'un fonds comme le nôtre, qui n'est pas du domaine de l'éducation, mais plutôt du domaine de la santé, se préoccupe de l'hôpital universitaire. Bien, c'est pour des raisons historiques et d'évolution de nos structures, tant de santé qu'universitaires, que nous en sommes venus et que nous en venons à un tournant quant à cette réalité que représente l'hôpital universitaire. C'est une institution qui a une triple vocation, chargée d'abord de soins tertiaires de haute qualité, mais chargée aussi de la mise à jour de connaissances, chargée de l'évaluation de ces connaissances, chargée de la transformation des actes qui vont s'y produire et chargée d'une évaluation des technologies et de leurs coûts et impacts. Ces hôpitaux universitaires ont la possibilité de répondre à ces trois vocations dans une certaine mesure, dans la mesure où la structure qu'on leur fait est cohérente face à cette vocation. Nous pensons ici que la vocation d'évaluation, d'enseignement et de recherche à l'intérieur de ces hôpitaux doit être reconnue par un statut spécial à l'hôpital universitaire, bien sûr, peut-être aussi par une limitation de la duplication des institutions que l'on rangera dans cette liste d'hôpitaux universitaires, de sorte qu'il n'y ait pas une duplication de ressources. Une préoccupation, donc, de rationalisation, de non-éparpillement des ressources en fonction d'une vocation spécifique et, également, une visualisation de ces structures avec un oeil beaucoup plus large que le biomédical traditionnel et un peu étroit. Il travaille, à l'intérieur d'un hôpital, non seulement des docteurs, mais aussi des infirmières, aussi des ergothérapeutes, aussi des physiothérapeutes, aussi des administrateurs et un ensemble d'intervenants qui ont le droit de retrouver, à l'intérieur de cette structure, non seulement un endroit où ils vont exercer leur profession, mais un endroit où ils vont transmettre leurs connaissances, tester l'efficacité de leurs interventions et avoir une activité de recherche et de développement qui leur soit propre.

Le FRSQ réalise parfaitement que dans son histoire - nous en reparlerons un peu plus tard - ce volet non bio-médical de la recherche en santé prend tout à coup une nouvelle importance. Il faut que nous y répondions et ceci vient faire éclater la définition trop étroite de la santé qui était à la naissance de notre organisme, rendant à la santé ce qu'elle doit avoir, c'est-à-dire un ensemble d'intervenants et de concepts qui sont bien plus larges que le biomédical. Qu'est-ce que ça veut dire? Ça veut dire un personnel spécial, à l'intérieur d'une structure universitaire. Une infirmière peut être recrutée dans un hôpital universitaire parce qu'elle est une bonne infirmière, mais elle peut aussi être recrutée parce qu'elle est à la fois une bonne infirmière, une bonne évaluatrice, une bonne enseignante et qu'elle est capable de faire un lien entre les activités médicales, d'une part, les

besoins des patients, d'autre part, et de faire une évaluation rigoureuse des technologies qui la concernent. Est-ce que la structure hospitalière permet ceci, actuellement? Je pense que non et je pense qu'il y a une réflexion à faire sur ce sujet.

La santé est également une très vaste industrie. Regardez combien on importe en biens de santé. Le réseau hospitalier du Québec, en particulier le réseau dans lequel il existe des centres de recherche du Fonds de la recherche en santé du Québec, a et maintient sur place des capacités d'évaluation et des capacités d'interface avec le monde de l'industrie. Ces capacités d'interface sont essentielles à la progression de notre technologie en santé, je dirais même à la création d'une industrie québécoise originale, capable d'exportation de biens de santé pour faire face à l'importation des biens de santé. Je voudrais qu'on réalise bien que, si on ne maintient pas une expertise dans un milieu, on se condamne, à très brève échéance, à l'acheter en même temps que la technologie qu'on n'aura pas su posséder.

Ainsi donc, l'hôpital universitaire joue et peut jouer ici un rôle essentiel. Nous désirons que cette vocation de l'hôpital universitaire soit reconnue à plus d'un titre; peut-être pas seulement en le classant dans une liste d'institutions, mais également en lui donnant des structures qui lui permettent d'exercer à tous les niveaux ces deux autres volets de son activité.

Quant à la deuxième partie de notre mandat, je voudrais reprendre pour vous quelques-uns des points les plus pertinents du plan triennal du FRSQ. Vous savez que notre organisme transmet annuellement au ministère un plan triennal. Dans notre dernier rapport, nous demandions d'avoir une place reconnue à l'intérieur du système de santé, place pour la recherche et pour l'évaluation qui représentait environ 1 % du budget de ce ministère. Je me suis aperçu ce matin que beaucoup d'autres personnes voulaient 1 % et que peut-être il ne resterait plus d'argent pour le ministère, si on donnait lieu à toutes ces suggestions, si on les suivait toutes. Mais nous pensons, à cause de l'importance du mandat que nous avons pour maintenir la qualité des soins en en permettant la modification continue, que cette demande est raisonnable.

Vous verrez d'ailleurs, en fin de document, un petit tableau qui résume les demandes qui nous sont faites en termes de financement dans le courant de l'année 1990 et pas pour l'ensemble de nos programmes. Vous voyez qu'on arrive très, très rapidement à des sommes de l'ordre de 70 000 000 \$. Il très clair qu'il n'est peut-être pas désirable que nous allions d'emblée dans de telles dépenses. Mais nous pensons qu'à long terme, d'ici à sept ou huit ans, cette dépense de 1 % représentera, en fait, une demande parfaitement raisonnable.

Le FRSQ a des programmes de formation. Pourquoi de la formation? Parce que c'est la seule façon de créer de l'expertise où il n'y en a pas. Il n'y a pas d'autre façon de créer de l'expertise que de la susciter tôt, de façon à obtenir que la jeunesse québécoise s'engage résolument dans des domaines de la connaissance et du savoir qui ne sont pas bien représentés actuellement. Nous avons des demandes de formation pour 10 000 000 \$ au Fonds de la recherche en santé du Québec, cette année, et nous allons en donner 2 500 000 \$. Est-ce que la recherche en santé est une carrière au Québec ou si, en fait, c'est une carrière pour un très petit nombre de personnes?

Le programme chercheurs boursiers permet de mettre à l'intérieur des hôpitaux de jeunes scientifiques, quelquefois médecins et spécialistes, qui viennent passer 50 % ou 70 % de leur temps à faire des activités de recherche et d'évaluation. Ces jeunes chercheurs boursiers, mesdames, messieurs, sont payés 22 000 \$. 23 000 \$ par année pour la moitié de leur temps. Ça veut dire 40 000 \$ par année s'ils travaillaient à temps plein. Cela veut dire que ces jeunes employé dans leur laboratoire un personnel de techniciens qui est plus payé que ce qu'eux-mêmes reçoivent à l'intérieur de notre structure. Ceci est complètement inacceptable au niveau de l'échelle salariale.

Pourquoi est-ce comme ça? Parce que notre échelle salariale n'a pas changé depuis huit ans. Et pourquoi est-ce comme ça? Parce que le besoin de recrutement de jeunes chercheurs bien formés et de jeunes médecins bien formés, capables d'activités d'évaluation et financés au mieux, je pense, de ce que pouvait faire le ministère, est actuellement très en dessous de ce qui est nécessaire. Dans notre concours de cette année, 210 jeunes chercheurs, médecins pour environ un quart, non médecins pour environ les trois quarts, désirent venir entreprendre une carrière en recherche évaluative et en santé à l'intérieur de notre système.

Ceci représente 6 000 000 \$ d'argent nouveau si on disait oui à tous ces jeunes. Je ne dis pas qu'il faut dire oui à tous ces jeunes, mais, par rapport à l'enveloppe dont nous disposons qui représente une fraction du budget de l'assurance-maladie, et cette fraction est de l'ordre de 0,3 %, je pense que le budget auquel nous pouvons puiser pour faire face à cette demande est inadéquat; il faut l'augmenter, tel que le permet la loi, à 0,4 %.

En faisant cette augmentation, nous allons permettre quoi? Nous allons permettre à un deuxième volet de développement en recherche en santé de se produire dans nos hôpitaux. Le premier volet a été très largement assis sur un développement biomédical traditionnel. Je pense que ceci est de l'acquis. Il faut maintenant un second volet qui s'appelle recherche clinique, c'est-à-dire recherche directe sur des populations

de malades, qui s'appelle recherche évaluative, c'est-à-dire recherche sur l'impact et la qualité des gestes qui se déroulent à l'intérieur de notre réseau; pas seulement à l'hôpital universitaire, mais partout dans le réseau et même dans les institutions pour personnes âgées en perte d'autonomie dont on parlait ce matin.

Cela veut dire implication de personnes et d'intervenants qui ne sont pas classiquement impliqués dans les activités de recherche; je pense ici aux infirmières, etc., qui ont le droit, en fait, de se développer dans ce domaine. Non seulement ont-elles le droit, mais la population qui reçoit des soins de ces personnes a également le droit d'avoir des soins qui sont conformes à ce qu'ils doivent être, qui sont à la mesure de la technologie moderne, qui ne sont pas superdispensieux pour des raisons non valables, etc.

L'infrastructure de recherche clinique à l'intérieur du réseau est une priorité certaine de toute politique en santé. Aucune des données pratiques que l'on retrouve dans le document "Orientations", aucun des "end points" de santé ne repose sur une analyse rigoureuse de chercheur qui a défini des risques, qui a défini des critères de risque et également des critères de santé. Il est anormal, au Québec, qu'il soit impossible, actuellement...

Le Président (M. Joly): Excusez, Dr Vinay, je vous inviterais à conclure, s'il vous plaît.

M. Vinay: J'achève, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Vinay: Je voulais très brièvement vous dire que l'argent est présent pour faire face à ces demandes, en particulier dans le cadre du dernier budget fédéral, dans le cadre de la loi C-22; le gouvernement du Québec reçoit 25 000 000 \$ en quatre ans du gouvernement fédéral pour le développement de l'activité de recherche en santé dans le domaine de la pharmacologie; le FRSQ reçoit l'équivalent de la moitié de cette somme, actuellement. Nous pensons qu'il pourrait être et qu'il est justifiable d'en recevoir la totalité, afin de faire servir cet argent neuf, qui arrive à la province de Québec, à la promotion de ces programmes, en particulier dans cette interface avec l'industrie.

C'est assez difficile de rendre justice, monsieur, en vingt minutes, à la fois à la jeunesse du Québec qui s'engage dans un domaine d'expertise et d'évaluation, à la fois au besoin de notre système de santé d'être rigoureusement questionné par des chercheurs indépendants qui font ça en termes de leur métier, et à la fois à la population du Québec qui a le droit d'avoir une technologie qui évolue de façon adéquate. Je pense que notre mémoire sera plus éloquent que ces vingt minutes de discussion orale, et je

pense qu'il est essentiel que le projet de loi qui va devenir loi...

Le Président (M. Joly): Écoutez, moi, je n'ai pas d'objection à vous laisser continuer, sauf que vous réalisez que le temps que vous prenez, c'est du temps en moins au niveau de la période de questions.

M. Vinay: J'ai compris, monsieur; j'achève dans trente secondes.

Le Président (M. Joly): Alors, je n'ai pas d'objection du tout, du tout, Dr Vinay.

M. Vinay: Vous êtes bien aimable. Je pense donc que ce nouveau projet de loi doit aller encore plus loin dans l'intégration d'une préoccupation recherche-évaluation dans tous les programmes du ministère qui touchent des bénéficiaires. C'est déjà présent dans l'esprit de ce document. Je pense que ça devrait être présent non seulement dans l'esprit, mais également dans les dispositions pratiques qui vont rendre possible une croissance de ces activités dans chacune des activités qui touchent les bénéficiaires quels qu'ils soient. Je vous remercie.

Le Président (M. Joly): Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.
(12 h 45)

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. J'aimerais souhaiter la bienvenue au Dr Goldbloom et au Dr Vinay. Évidemment, le Dr Vinay nous a fait une présentation succincte, compte tenu du temps, de ce qu'est la FRSQ. Je pense qu'on aurait pu avoir l'après-midi, puis ça aurait été agréable de vous entendre tout l'après-midi sur ce que fait et ce que souhaite faire le FRSQ. Je pense qu'on ne se serait pas lassés de vous entendre, tellement vous l'évoquez avec vos tripes. Ça, je pense que c'est le propre de ceux qui sont en recherche, et c'est tout à votre honneur.

Je voudrais davantage vous questionner en fonction de la réforme et, bien sûr, sur l'implication du FRSQ en fonction de la réforme ou de son expertise et de ce qu'on devrait faire en termes de réforme. Vous avez abordé le problème spécifique des CHU et des instituts. Il y a des propositions, dans votre document, qui sont intéressantes à cet égard, mais on sait qu'on est dans une situation où il y a un certain nombre de centres hospitaliers qui sont reconnus CHU au moment où on se parle. Un certain nombre sont inquiets, d'autres ne le sont pas du tout, puisqu'on devra éventuellement faire un choix de certains centres hospitaliers universitaires. Nous sommes dans une situation où certaines régions du Québec souhaiteraient bien voir décentraliser certains CHU qui sont forcément très, très concentrés à Montréal, à Québec et à Sherbrooke.

ke, mais d'autres régions du Québec aspirent à avoir cette reconnaissance ou à avoir sur leur territoire des centres hospitaliers universitaires.

D'autre part, on a entendu des représentants des centres hospitaliers universitaires venir nous dire qu'ils étaient aussi des parents pauvres du système, malgré le coût de système qui leur est alloué, et qu'ils étaient dans un état de sous-budgétisation, eux aussi, qui les rendait un peu les parents pauvres. J'aimerais savoir de ceux qui remplissent de manière admirable le rôle qu'ils ont actuellement au niveau de la recherche combien il devrait y avoir de centres hospitaliers universitaires au Québec. Est-ce que le phénomène de concentration est un phénomène important à ce niveau-là? Compte tenu du fait qu'on sait déjà qu'il y a un certain nombre de critères qui sont dans les documents d'orientation quant à la reconnaissance des centres hospitaliers universitaires et que vous en évoquez vous-même dans votre mémoire, est-ce qu'on est dans une situation où on devrait augmenter le nombre de centres hospitaliers universitaires ou si on devrait maintenir ce que nous avons maintenant, avec, oui ou non, une répartition autre que celle que nous connaissons maintenant sur le territoire?

M. Vinay: C'est une question complexe, M. le ministre, pour plusieurs raisons. D'abord, parce que la situation est différente dans certaines universités et dans certaines autres. Il faut tenir compte de ces disparités. Deuxièmement, parce que, effectivement, un hôpital universitaire, le mot le dit bien, ce n'est pas seulement de la santé, c'est aussi de l'université, et qu'il faut ici une concertation avec l'université dans toute définition de ce que doit être une institution universitaire. Je pense qu'en dehors de cette concertation le mot "universitaire" est peut-être un leurre. Je pense que le mot "universitaire" implique effectivement ici une concertation directe.

Votre question est peut-être d'aspect plus pratique, puisqu'il est question de nombre. Je réponds à cette question de nombre immédiatement. Nous réalisons qu'avec les compressions qui viennent, en fait, du ministère, du nombre de résidents qui peuvent être entraînés dans chaque service, il devient complètement irréaliste d'avoir, par exemple, dans la région de Montréal, cinq services capables de faire l'entraînement complet en néphrologie du néphrologue qui apparaît dans le système tous les deux ans. Je pense qu'il est tout à fait évident qu'il y a là un problème de rationalisation du nombre de facilités universitaires qui me semble clair.

Deuxièmement, si un hôpital universitaire doit avoir une vocation d'enseignement et de recherche en même temps qu'une vocation tertiaire, il doit avoir les possibilités technologiques de ce faire. Les possibilités technologiques, qu'est-ce que cela veut dire? Ça veut dire une

radiologie qui coûte plus cher, un laboratoire de biochimie qui coûte plus cher, des indications d'activités qui ne sont pas seulement liées étroitement au service, mais également liées aux deux autres vocations. Si vous avez sept universités dans un réseau qui partage ces responsabilités, vous avez sept unités de radiologie qui vous coûtent très cher, sept départements de biochimie qui vous coûtent très cher, alors que ce n'est peut-être pas essentiel qu'y en soit ainsi.

Ceci dit, lorsque les champignons poussent sur le terrain, ils poussent où il y a de quoi pousser. Et nous avons actuellement devant les yeux les réussites d'un certain nombre d'institutions et d'hommes dans ces institutions qui ont poussé un petit peu au hasard du chemin, car il n'y avait pas une concertation suffisamment grande dans l'histoire entre les préoccupations du ministère, les préoccupations des institutions et les préoccupations de l'université. Donc, lorsque l'on parle de rationaliser les choses, on peut également parler de bouger des pointes d'excellence d'un endroit à l'autre et ceci implique des investissements. Il ne s'agit pas de perdre ce que nous avons gagné à grand-peine dans les 20 dernières années; il s'agit de le relocaliser d'une façon intelligente. Ceci peut impliquer des coûts, évidemment, et ceci doit impliquer une rationalisation universitaire bien faite.

Il y a deux réseaux, monsieur, où cela pose un problème: à Québec et à Montréal. Le réseau du Royal Victoria et celui de McGill ne posent aucun problème ou beaucoup moins. Le réseau de Sherbrooke va vous dire qu'il ne pose aucun problème, qu'il est parfaitement unifié; c'est vrai, il est parfaitement unifié, mais il est un peu petit. Les deux autres réseaux ont certainement des problèmes pratiques qui peuvent être résolus. Je ne vois pas comment ils peuvent être résolus de façon intéressante sans qu'il y ait un investissement lié à cette résolution.

M. Côté (Charlesbourg): Lorsqu'on évoquait ça, dans votre mémoire, si je ne m'abuse, vous parlez d'un réseau de CHU et d'instituts. Est-ce que je me trompe ou si l'idée de ce réseau de CHU visait effectivement à faire cette... Ce que je comprends de vos propos, c'est qu'on a besoin d'une rationalisation. Avec ou sans argent additionnel, il y a besoin d'une rationalisation...

M. Vinay: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...parce qu'il y a de l'argent qui se perd à ce que j'ai compris, compte tenu du nombre et compte tenu aussi du nombre de résidents qu'on doit se partager parce que chacun, semble-t-il, se dirige dans des spécialités. Où il y aurait de la place pour un, il y en a cinq. Est-ce que le réseau dont vous faisiez état à l'intérieur du mémoire aurait ces fonctions-là ou ces objectifs en termes de

planification?

M. Vinay: Le réseau dont il est fait état dans notre mémoire, c'est un réseau de centres et d'instituts du FRSQ et ça ne regroupe pas tout à fait la réalité des hôpitaux universitaires. Effectivement, il y a 23 centres et instituts au FRSQ et plusieurs de ces centres, s'ils ont tous une affiliation universitaire quelconque, pourraient ne pas se retrouver dans une courte liste d'hôpitaux universitaires. Pourquoi un réseau? Parce qu'il s'agit ici d'administrer de la façon la plus rationnelle possible des sommes qui ne sont pas importantes et qui pourtant doivent avoir des retombées importantes. Je vous rappelle ici que, pour chaque dollar que le FRSQ met dans un de ses centres, 7 \$ ou 8 \$ viennent actuellement du gouvernement canadien, du gouvernement américain et des autres instances qui nous entourent. C'est donc, en fait, une pompe à ressources que représente l'investissement que le ministère met dans notre organisme.

La notion de réseau est une notion de concertation sur les zones d'excellence. Nous ne pouvons pas avoir trois centres de recherche qui ont comme principal thème de recherche l'hormone natriurétique cardiaque. Qu'il y en ait un, je pense que c'est très bien. Qu'il y en ait trois, je pense que cela pose des problèmes. Donc, il faut une espèce de concertation dans les thèmes et dans les activités entre les institutions du réseau de la santé, concertation qui repose, par conséquent, sur la formation de réseaux de complémentarité. Il s'agit, je pense, d'un bon investissement respectant les multiples facettes de la technologie de la santé.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, un des problèmes qu'on a est un problème où le ministère que je dirige n'a pas plein pouvoir, puisqu'il y a une fonction enseignement qui relève de l'Enseignement supérieur, qu'il y a certaines fonctions cliniques qui relèvent du ministère chez nous et que c'est un déparage qui n'est pas toujours facile. Il doit donc y avoir une complexité très étroite entre les différents ministères concernés pour ces arbitrages-là, parce que ce n'est pas venu du jour au lendemain, cette duplication d'offres de services, si on veut. Il y a donc, ce que je comprends, du travail à faire de ce côté-là, mais je voudrais aller un petit peu plus loin.

Une des préoccupations qu'on entend, au moment où nous nous parlons, c'est que les centres hospitaliers universitaires craignent de devoir relever éventuellement d'une régie régionale qui, elle, aurait un certain nombre de responsabilités et qu'ils souhaiteraient relever davantage du ministère. J'aimerais avoir votre opinion là-dessus. Quelle est l'incidence, par rapport à vos objectifs à vous, qu'un centre hospitalier universitaire, sur le plan de la planification, relève d'une régie régionale ou

relève du ministère directement?

M. Vinay: Monsieur, je pense qu'on peut bien administrer la santé de plusieurs façons. Oyant à moi, je pense qu'un hôpital universitaire qui relèverait d'une régie gagnerait certaines choses et en perdrait certaines autres. Je pense que l'on peut faire sortir toutes sortes de spectres d'une boîte en faisant valoir les difficultés potentielles qui peuvent surgir à l'occasion d'un schéma organisationnel ou d'un autre. La préoccupation de la régie est une préoccupation de services aux bénéficiaires. Cette préoccupation a certains aspects qui sont très valables pour la réalité universitaire qui, ultimement, doit former des gens qui vont offrir ces services ou qui vont les évaluer. Donc, il y a là, je pense, un versant très positif à une telle proposition.

D'un autre côté, cette capacité de former et cette capacité d'évaluer implique une telle concertation entre la carrière universitaire et la carrière hospitalière qu'il me semble très difficile de séparer l'hôpital universitaire de l'université. Effectivement, un jeune chercheur boursier qui, après douze ans chez nous, a gagné son salaire par compétition, par l'excellence, au bout de douze ans, il finit par rentrer dans une université. Son milieu final de travail, c'est une université et il s'intéresse à l'évaluation de la santé dans une structure hospitalo-universitaire. Si on éloigne de l'université l'hôpital, je pense que ce que l'on gagne en préoccupation sociale de la santé, on le perd en "opérationnalité". Cependant, je pense qu'il y a, très évidemment, un discours à entendre de la part de régies sur l'élargissement des perspectives, en particulier en ce qui a trait à l'adéquation du service qui est donné à une population dans le cadre d'un hôpital universitaire.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, le temps presse parce que je me fais jouer de l'oeil par mon président. Vous avez évoqué, à juste titre, tout à l'heure, qu'il y avait beaucoup de recherches biomédicales qui se faisaient, qui devaient se faire et j'en conviens, mais vous avez aussi évoqué le fait qu'il y avait d'autres domaines où il devait y avoir de la recherche. Les orientations en indiquent quelques-unes. Quelles sont vos opinions par rapport aux priorités qui sont à l'intérieur du document d'orientation et quels devraient être les autres domaines prioritaires de recherche?

M. Vinay: Monsieur, la recherche, ça se fait par des hommes. Il faut donc que les chercheurs soient là pour la faire et le FRSQ s'efforce de faire naître des expertises dans des domaines qui, actuellement, ne sont pas suffisamment représentés. Nous pensons que nous sommes à peu près à mi-chemin d'un effort de rationalisation et de création d'activités de recherche dans tous les domaines pertinents à la santé. Il est

très clair que des éléments de solution sont déjà en palce. Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé; avec qui nous collaborons, a, je pense, un mandat extrêmement intéressant, qui s'appuie sur une spécificité que nous lui offrons et nous pensons que ceci est tout à fait adéquat. Le conseil de la recherche sociale a également un rôle important à jouer à l'intérieur de cette problématique de la santé et nous nous arrimons à ses préoccupations pour, précisément, bonifier le travail que ces gens-là désirent faire.

Il y a des tas d'autres domaines où, je pense il va falloir attendre 10 ans, 15 ans avant d'avoir des compétences capables de faire des travaux d'évaluation qui soient de bonne qualité et non pas de la "recherche" superficielle faite pour faire un rapport qui va dormir sur une tablette et qui n'aura finalement aucun impact ni chez nous, ni ailleurs. Il y a ce versant de la promotion d'une recherche dans d'autres volets de la santé. Nous pensons ici au social, bien sûr, nous pensons au psychologique, bien sûr, nous pensons au vieillissement, bien sûr, nous pensons à tous les autres d'intervenants de ta santé. J'ai parlé des infirmières, évidemment, tous les autres sont également impliqués. Pour qu'ils aient accès à ce type d'activités, il leur faut d'abord une formation, ensuite, il leur faut des postes de chercheur boursier, postes dont 30 % de ceux que nous avons réussi à fermer pourront se prévaloir, pour des missions très simples de compétition pour des ressources maigres, et il leur faut ensuite une vocation universitaire à long terme.

Je ne pense pas que l'on puisse planifier pour demain un virage de ta recherche. On peut planifier pour demain une éducation de population spécifiquement promise à faire une activité de recherche dans des créneaux qui sont déficitaires. Nos préoccupations, actuellement, sont là. Si nous avons pour 10 000 000 \$ de demandes de maîtrise, doctorat, formation post-doctorale, "fellow" provenant de jeunes et jusqu'à des médecins formés, eh bien, je pense que nous avons dans la main un outil capable de répondre à cette question pour demain. C'est un pari à très long terme.

(13 heures)

Je vous rappelle que votre ministère l'a pris, ce pari, il y a 25 ans, monsieur. Et, lorsqu'il l'a pris il y a 25 ans, il a créé une réalité qui, aujourd'hui, est rayonnante et joue aussi bien que possible, dans ta circonstance, le rôle qu'elle a à jouer dans ce sens-là. C'est, je pense, le rôle de planification de la recherche en santé qui nous revient.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Compte tenu de l'heure, je dois quand même demander l'autorisation aux membres de cette commission pour déborder d'une quinzaine de minutes.

Une voix: Pas de problème.

Le Président (M. Joly): M. le député de Verdun, très brièvement, s'il vous plaît.

M. Gautrin: Brièvement. Dans votre document - Il y a des gens qui, d'ailleurs, ont posé ta même question, qui sont venus témoigner avant vous - vous signalez le fait qu'il y a peu de diplômés M. D. qui s'orientent vers ta recherche. Des gens qui ont témoigné avant vous sont venus le dire et vous le dites aussi. Vous évoquez une des causes qui est ta faible rémunération des chercheurs boursiers. Est-ce qu'il y en a d'autres et est-ce qu'il y a d'autres moyens pour augmenter la proportion, d'après vous, de diplômés M. D. dans les carrières de recherche?

M. Vinay: Il y en a d'autres, elles ne sont pas toutes dans les mains de ta santé cependant. Il y en a d'autres. Une partie est dans les mains de l'éducation, une partie est dans les mains de ta santé. La partie qui est dans les mains de l'éducation est très simple, il s'agit de regarder et de comprendre les facultés professionnelles comme les écoles, les écoles de médecine, les écoles de pharmacie, les écoles d'art dentaire, non pas comme des écoles professionnelles, mais bien comme des facultés universitaires. Et je pense que nous avons vécu, dans les derniers 15 ans, un dérapage lent, mais constant vers un statut qui se rapproche plus d'une école professionnelle que d'une faculté universitaire.

Si vous ne valorisez pas, à l'intérieur de votre structure d'enseignement, les activités qui sont authentiquement des activités universitaires, avec toutes les difficultés intellectuelles que cela représente, parce que ce n'est pas quelque chose que l'on peut faire sans une masse assez considérable d'efforts, eh bien, je pense que nous allons nous retrouver avec des écoles professionnelles, par définition, incapables de se renouveler, incapables de faire face au développement technologique qu'elles auront à vivre, de toute façon, et avec lequel elles devront vivre à coups d'argent.

Donc, je pense que l'université a quelque chose à faire là-dedans. Je pense que le fait que nous ayons des hôpitaux universitaires qui étaient trop, en tout cas dans certains réseaux, éclatés en plusieurs institutions a été fort nocif. C'étaient, en fait, des hôpitaux généraux, avec quelques petites instances universitaires noyées à l'intérieur d'une réalité d'hôpital général et ceci n'était pas favorable au développement de ta réalité universitaire.

Enfin, je pense que la rétribution de ta médecine à l'acte a été le pire service qu'on ait rendu à ta médecine universitaire, même si ça a été probablement le meilleur service qu'on a rendu à ta population du Québec, en termes d'accès. Lorsque vous ne gagnez pas d'argent parce que vous faites un travail de nature

universitaire, vous mettez en compétition un bien immédiat, pratique, de couleur verte, ou de couleur jaune, ou de couleur bleue, avec un devenir à beaucoup plus long terme. Pensez à l'heure et demie qu'il faut à un oncologue pour placer votre papa, avec son cancer du pancréas...

Le Président (M. Joly): Excusez, Dr Vinay, peut-être qu'il faudrait conclure parce que le même temps est imparti à l'autre formation, période des questions à 15 heures. Alors, il faut, quand même, respecter un petit peu la "cédule". Je vais maintenant reconnaître Mme la députée de Chicoutimi.

Mme Blackburn: Merci, M. le Président. Messieurs, comme le ministre, je déplore qu'on n'ait pas suffisamment de temps. Vous connaissez l'intérêt que je porte à toute la dimension recherche et développement. Ça m'apparaît la clé du développement de nos services dans tous les secteurs d'activité et, plus particulièrement, dans celui qui nous concerne. Je vais aller directement aux questions. En fait, j'en ai quatre, pour les annoncer tout de suite, et il y en a deux... Je sais que le ministre doit quitter, peut-être qu'il a pu allonger un peu, parce que je voudrais un peu qu'il entende à la fois les questions et les réponses.

La première, c'est: Dans l'approche que vous avez du statut des hôpitaux universitaires, vous dites deux choses et là, je ne suis pas trop certaine de ce que ça pourrait vouloir dire par rapport à un hôpital universitaire dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, à Chicoutimi, plus particulièrement. Ça m'inquiète un peu et je voudrais que ce soit un peu plus clair par rapport à ce que vous avancez. Vous dites au ministre: Ça ne pose pas de problèmes avec McGill et Royal Vie. Mais de façon générale, à ce que j'ai cru comprendre de votre explication, le problème, c'est qu'il y a - vous citez la néphrologie et vous citez la radiologie - trop d'éparpillement, il y a trop de spécialités dans deux, trois ou quatre hôpitaux, donc les équipements coûtent cher et ainsi de suite. Alors, j'en conclus que vous dites: Spécialisons les hôpitaux ou encore mettons... Et ça, je n'en suis pas certaine, parce que vous dites ensuite, en réponse au député de Verdun: Le problème, c'est qu'on a quelques unités de recherche noyées dans toutes sortes d'hôpitaux. Donc, là, ça m'amène à conclure que ce n'est pas la spécialisation dans certains hôpitaux, en nombre réduit le plus possible; c'est la concentration plutôt que la spécialisation. Alors, là, si je concentre plus que c'est là, on va mettre tout ça à Royal Vie ou à peu près. En tout cas, là, j'exagère, mais j'ai de la difficulté à ramasser les deux réponses en même temps pour savoir qu'est-ce que ça pourrait donner pour les régions qui réclament un statut d'hôpital universitaire, par exemple en médecine familiale. Là, il y a un statut de

résidence en médecine familiale, ce n'est pas vraiment un statut d'hôpital universitaire et ça joue un rôle majeur en matière d'accès à des services de santé en région. Et le Québec, ce n'est pas juste Montréal, c'est aussi une région comme la mienne, et Rimouski, et l'Abitibi, et ainsi de suite. Alors, qu'est-ce que je dois comprendre? Est-ce que vous appelez une concentration ou une spécialisation?

M. Vinay: Je pense, madame, qu'il faut, d'abord, une concentration et, ensuite, qu'il faut une concertation. En d'autres termes, si vous désirez obtenir en région une structure avec une fonction universitaire de formation de médecins de première ligne, par exemple, ou de médecine familiale, ça me semble une chose qui est parfaitement possible, car, effectivement, les ressources requises pour former ce genre d'intervenants en santé ne sont pas du tout les mêmes que les ressources requises pour former les gens qui ont d'autres spécialités, par exemple un spécialiste des gliomes ou du cancer du pancréas dans quelque chose de biomédical très pointu. Donc, je pense que les institutions qui sont concentrées ont davantage à tendre la main et à faire des réseaux avec des institutions qui sont beaucoup plus périphériques, de telle sorte qu'elles puissent participer à l'éducation universitaire d'une façon ressourcée, à l'intérieur de régions. Ces régions peuvent être à l'intérieur d'une région unique, comme à l'intérieur de Montréal ou beaucoup plus loin, dans Lanaudière, par exemple. Ceci ne pose pas un problème important. Je ne sais pas si ma réponse est claire, parce que votre question n'est pas entièrement claire. Si vous me dites....

Mme Blackburn: Oui. Non, mais c'est-à-dire que, dans vos réponses, vous dites que ça prend de la concentration parce qu'on éparille et que ça coûte trop cher d'avoir des laboratoires très sophistiqués dans les sept, huit ou neuf hôpitaux de Montréal, ou centres spécialisés. Et, par ailleurs, vous dites: Spécialisez-les pour éviter l'éparpillement. Et moi, je dis: Si je spécialise deux ou trois grands hôpitaux, il est évident que, par rapport au statut d'hôpital universitaire dans les régions, ce qui vise un autre objectif en même temps: la plus grande rétention de spécialistes en région, bien, là, je veux dire, je suis passée un peu à côté. Mais, on pourra peut-être...

M. Vinay: La réponse est: Jumelez-les. Spécialisez-les...

Mme Blackburn: Oui.

M. Vinay: ...et jumelez-les.

Mme Blackburn: La tendance n'a pas été beaucoup à la décentralisation si je pense à tout

ce qu'ont tenté les hôpitaux en région pour sensibiliser, pour ne pas la nommer, l'Université Laval, ici. Parce que là c'est vrai que ça joue sur deux ministères. Et tout cas...

L'autre question, c'est: Vous pariez beaucoup de la concertation et ça m'intéresse, ce dossier-là de la concertation avec les industries. Moi, j'en parie au ministre en même temps. Je sais que ça fait, en tout cas, que ça pourrait faire un certain consensus dans le gouvernement actuel. Il faut profiter du pouvoir d'achat du gouvernement pour revoir sa politique d'achat et faire de la RD, favoriser l'émergence du développement de certaines technologies en santé, en particulier. Pour 7 000 000 000 \$ d'achats par année. Dans certains de ces secteurs, on est les plus performants. J'en voyais un tout récemment qui parlait des prothèses où on était spécialisés et là on est en train de tout faire faire ça à l'étranger. Là, il y a un gaspillage. Mais je joins à ça la décision, la loi C-22 sur le transfert de fonds où on a perdu, parce que c'est le Québec qui a perdu, pour ce qui est de la recherche en pharmacologie, qui permet de mettre sur le marché des médicaments brevetés plus tôt que prévu, la recherche se faisait majoritairement au Québec, sauf que, quand il s'est agi de partager le "pot" on a eu le quart, c'est-à-dire au prorata de la population où, à mon avis, on était défavorisés. Là, normalement, si ma connaissance du dossier est bonne, il y a 12 500 000 \$ de rentrés. Il y a encore 6 250 000 \$ qui doivent rentrer d'ici à la fin mars - selon les informations, la lettre est prête, le ministre doit être au courant de ça aussi - pour un total de 25 000 000 \$ sur quatre ans. Et vous me dites que c'est la moitié. C'est la moitié de quoi que vous avez déjà reçue et pourquoi seulement la moitié et non pas la totalité?

M. Vinay: Je dois dire ici que, après consultation et concertation avec Mme Lavoie-Roux qui précédait notre ministre actuel, Mme Lavoie-Roux et le ministère avaient une attitude qui était exactement la même que la nôtre face à ce dossier. Cette attitude était la suivante: Voici des ressources qui viennent appuyer de la haute technologie dans le domaine de la santé. Ces ressources sont identifiées comme devant servir à cette fin. Obtenons ces ressources et faisons-les fructifier dans ce domaine. En particulier, profitons-en pour améliorer notre interface avec l'industrie. Profitons-en pour ancrer l'industrie pharmaceutique au Québec et profitons-en pour utiliser ce système de réseaux de centres et d'instituts capables d'activités de recherche pour en faire profiter également l'industrie québécoise, en particulier l'industrie québécoise des biens de la santé. Et un certain nombre de mesures ont été prises dans cette direction.

Pour répondre de façon plus pratique à votre question, le pourcentage, pas vraiment le pourcentage, mais ce que représentent

12 500 000 \$ placés dans un fonds de placement, ça représente quelque chose comme 1 200 000 \$ par année. Et ce que nous recevons actuellement, c'est 1 200 000 \$ par année. Donc, nous recevons actuellement, en termes de subvention actuelle, ce que le gouvernement lui-même a reçu.

Ce qui nous inquiète pour l'instant, et ce pourquoi nous resoulevons le débat, c'est que ce gouvernement va recevoir non pas 12 500 000 \$, mais 25 600 000 \$. Et, par conséquent, si on annualisait la même chose, c'est une somme de 2 000 000 \$ à 2 500 000 \$ qui devrait servir à cette fin et non pas une somme de 1 000 000 \$.

Mme Blackburn: Vous aviez fait une proposition - là, je n'en voudrais pas au ministre de ne pas la connaître, parce qu'il n'était pas au dossier à l'époque - au moment où cette loi, la C-22 avait été adoptée, une proposition de création d'un institut de recherche en pharmacologie; si on veut vraiment se développer des secteurs d'excellence, je pensais que c'était la voie tout indiquée. Vous ne craignez pas que la mesure qui est actuellement... D'abord, un, vous dites: On a seulement 50 %, parce qu'on a 1 200 000 \$, alors que si on avait au moins l'intérêt, l'équivalent de 10 %, ça nous donnerait 2 500 000 \$ par année. Vous ne craignez pas que, étant donné qu'il n'y a pas un fonds qui est constitué avec les montants qui sont versés aux provinces, au Québec, un fonds à part, tantôt ça se trouve englouti dans le budget, ça s'en aille au fonds consolidé et que, pour n'importe quelle raison, n'importe quel gouvernement, à un moment donné, pourrait dire: Cette année, on ne l'indexe pas. Et dans la mémoire ça va s'oublier et ça va rentrer dans vos dépenses courantes, et on n'aura pas vraiment atteint les objectifs qu'on aurait dû se donner avec cette compensation. Parce que là, il s'agit de compensation du gouvernement d'Ottawa par rapport à la modification sur les brevets pharmaceutiques. Vous ne craignez pas qu'à un moment donné ça soit effacé de l'ardoise et que vous ne voyiez plus ça? Comment allez-vous gérer ça pour vous assurer que ça aille vraiment dans la recherche en pharmacologie ou en biens médicaux?

M. Vinay: Ce que nous avons proposé à cette date, madame, c'est que cet argent nous soit remis intégralement, que nous créions un tel fonds et qu'à partir d'un tel fonds qui nous assure une sécurité d'approvisionnement nous créions effectivement un institut du médicament qui devait, dans nos plans initiaux, impliquer plus d'universités québécoises. Il nous semblait effectivement que c'était une façon très rationnelle d'aller chercher cet argent et de le consacrer à cette vocation spécifique de développement technologique dans le domaine des biens de la santé. Ça nous semblait une voie non seulement prometteuse, mais la seule voie possible pour s'engager dans cette direction. Effective-

ment, si on n'est pas certain, d'année en année, d'un certain nombre de crédits, on ne peut pas établir une structure stable dans l'incertitude. La réponse gouvernementale là-dessus a été la suivante: Messieurs, nous, nous empruntons et nous voyons mal comment vous, vous pourriez placer, alors que nous, nous empruntons. Et il y a une certaine logique à l'intérieur de cette réponse. On ne pourrait pas dire qu'elle soit entièrement dénuée de logique. Cependant, elle passe à côté du point principal qui est cette incapacité que nous avons maintenant de faire face à ce projet. À moins d'avoir une certitude d'approvisionnement et de revenu dans ce créneau spécifique, nous ne pouvons pas aller de l'avant avec un projet de cette nature et de cette envergure.

Mme Blackburn: Si je comprends bien, ça veut donc dire qu'on a perdu des privilèges - ne parlons pas de privilèges, parlons de possibilités et d'avantages - des avantages considérables que nous avons en matière de recherche en pharmacologie, à cause de la modification de la loi. On a une compensation qui ne nous permettra pas de contrer les inconvénients de la loi parce que l'argent n'a pas été utilisé aux fins pour lesquelles il était prévu et là, si je comprends bien, c'est rendu au fonds consolidé. Là-dessus, je trouve que c'est majeur. Je ne voudrais pas faire de la petite politique; je trouve que c'est un dossier majeur, lorsqu'on parle de recherche et de développement, trop important pour qu'on essaie de faire un petit peu de capital politique. Ces questions sont majeures sur le développement économique du Québec, évidemment de la santé, parce que c'est votre travail. C'est pour ça que je voulais attirer l'attention du ministre là-dessus. On aura l'occasion de s'en reparler. J'aimerais qu'il voie la possibilité de réexaminer cette question-là.

L'autre question, messieurs, c'était sur les 0,4 % du budget de l'assurance-maladie du Québec, qui devait être, en vertu de la loi, consacré à la recherche, au Fonds de la recherche en santé du Québec. Actuellement, vous avez...

M. Vinay: 0,35 %.

Mme Blackburn: 0,35 %. Alors, le manque à gagner est de...

M. Vinay: En termes de millions ou en termes de pourcentage?

Mme Blackburn: Oui, de millions.

M. Vinay: Autour de 1 200 000 \$. Si nous avons ce 1 200 000 \$ supplémentaire, je pense que, actuellement, nous ferions face de façon beaucoup plus efficace à la demande du programme chercheurs boursiers. Je vous ai indiqué tout à l'heure que nous avions, en nouvelles demandes

cette année de chercheurs formés, indépendants, autonomes. 6 000 000 \$ et 4 000 000 \$ d'obligations pour maintenir en fonction les quelque 150 chercheurs que nous avons à travers le Québec. Par conséquent, si vous additionnez ces sommes, nous sommes assez loin des 6 500 000 \$ que la Régie de l'assurance-maladie du Québec nous accorde. Or, ce programme chercheurs boursiers est étanche; nous ne pouvons ni mettre de l'argent dedans pour l'augmenter, ni en sortir. L'échelle salariale des chercheurs boursiers est également relativement étanche. Nous ne pouvons pas la rendre plus adéquate; elle n'a pas changé depuis huit ans. Donc, nous réclamons effectivement, et nous le réclamions dans notre plan triennal, d'avoir au moins le 0,4 % que nous permet la loi, et de ne pas envoyer des jeunes Québécois bien formés, et à grand coût parce que ce sont des gens qui ont 10, 12, 15 ans d'université, en Ontario ou aux États-Unis, pratiquer un métier qu'ils pourraient pratiquer avec tellement de retombées positives pour notre société.

Mme Blackburn: J'ai l'intention de demander au ministre un appui pour une demande à faire à la commission de l'industrie et du commerce sur un mandat d'initiative sur les achats gouvernementaux. Il faudrait vraiment qu'on revoise une politique des achats gouvernementaux et, en santé, c'est majeur. L'appui du ministre là-dessus pourrait être précieux.

En ce qui a trait à la formation de chercheurs boursiers, je pense que vous le dites de façon plus éloquente que je ne saurais le faire, en page 16 de votre mémoire, quand vous dites que vous avez réussi à répondre à peu près à 25 % des demandes de chercheurs boursiers. Si on ne change pas, si on ne modifie pas les règles du jeu, si on ne leur donne pas un salaire décent et si on ne se donne pas collectivement un peu plus de sous pour pouvoir, même à ce salaire-là, en retenir un peu plus... "Manquer à ce mandat sera - et je cite - à toutes fins pratiques, subventionner les provinces canadiennes voisines et/ou les États-Unis en leur envoyant une main-d'oeuvre formée à grands frais dans notre province." Ça, c'est malheureusement le cas en santé, mais c'est malheureusement le cas dans tous les autres secteurs d'activité, y compris en informatique, je pense, où on les retrouve beaucoup dans l'ouest des États-Unis, nos jeunes chercheurs québécois.

Je sais, le temps qui m'est imparti est pour ainsi dire épuisé. Je vous remercie, au nom de l'Opposition, de votre participation aux travaux de cette commission. Évidemment, je vous assure de toute ma collaboration et, en même temps, que je mettrai toute l'énergie pour essayer de faire avancer ce dossier de la recherche. Pour trop de personnes au Québec - évidemment, il y a tellement de dossiers que ça éclate toujours d'un peu partout - la recherche-développement a

toujours été considérée comme quelque chose d'un peu ésotérique, dans lequel on ne se retrouvait pas trop. On n'était pas sûr que ce soit indispensable. J'ai l'intention d'essayer de le ramener - c'est d'ailleurs ma responsabilité - le plus souvent possible.

J'aurais aimé aborder avec vous - cependant, nous ne l'avons pas fait - tout le dossier de vos rapports avec les départements de santé communautaire, qui ne font pas de la recherche fondamentale, mais qui font de la recherche appliquée, et les rapports qui existent entre vous et ces départements, s'y en existe. Et, s'il n'en existe pas, de quelle nature ils devraient être, mais j' imagine que ça fera l'objet d'autres échanges. Je vous remercie.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la députée. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je voudrais, M. le Président remercier le Dr Goldbloom et le Dr Vinay, de leur participation. Je pense que cette commission parlementaire a été saisie de l'état de la situation, des demandes, des problèmes et de la vision de l'avenir du Fonds de la recherche en santé du Québec. Je pense que c'est un endroit approprié pour être capable de faire état de cette situation, toujours dans la perspective d'un système qui a besoin d'être ressassé et d'un système qui a besoin de revoir son allocation de ressources; donc, une réallocation de ressources à partir des budgets que nous possédons maintenant. Je pense qu'on a abordé les points essentiels de la présentation. D'ailleurs, je n'ai pas de surprise, parce qu'on en avait discuté à quelques reprises, sachant fort bien que ce sont des dossiers qui sont sur la table de travail et qui devront recevoir des réponses dans les semaines et les mois qui viennent. Merci.

Le Président M. Joly): Merci, Dr Vinay; Dr Goldbloom, merci. Nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 16 h 30, dans cette même salle. Merci.

(Suspension de la séance à 13 h 21)

(Reprise à 16 h 33)

La Présidente (Mme Bacon Boucher): J'aimerais ouvrir la commission parlementaire. Je souhaite bonjour au Conseil québécois de la recherche sociale. J'aimerais, si c'était possible, pour les besoins de la commission, que vous vous présentiez.

Conseil québécois de la recherche sociale

M. Tremblay (Marc-Adélar): Merci beaucoup, Mme la Présidente. Mon nom est Marc-Adélar Tremblay. Je préside le Conseil québécois

de la recherche sociale. M'accompagnent aujourd'hui M. Réjean Dubé, à ma droite, qui est le directeur des services professionnels et de la recherche au Centre de services sociaux de l'Estrie; à ma gauche, M. Eli Schwartz, qui est directeur général du centre de réadaptation Constance-Lethbridge; à l'extrême droite, M. Michael Conway, professeur titulaire de psychologie à l'Université Concordia, et, à la gauche, Mme Charlotte Poirier, qui est chargée de recherche au secrétariat du Conseil et Mme Marie Rioux, chargée des programmes de subvention à notre Conseil.

La Présidente (Mme Bouclier Bacon): Parfait. Alors, vous pouvez commencer. Vous avez à peu près une vingtaine de minutes et le ministre procédera. Merci.

M. Tremblay (Marc-Adélar): Merci beaucoup, madame. Je profite de...

M. Chevette: Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Boucher Bacon): Oui.

M. Chevette: Juste un instant, M. Tremblay. Mme la Présidente, ayant discuté avec le ministre au préalable, sachant qu'y a un Conseil des ministres, moi, je suis prêt à donner mon consentement pour nous excuser auprès des groupes, mais ce sera, au lieu d'une heure, 45 minutes par groupe pour qu'on puisse permettre au ministre d'aller au Conseil des ministres. Moi, je suis entièrement d'accord. J'ai passé par là déjà.

La Présidente (Mme Boucher Bacon): C'est parfait.

M. Chevette: Donc, 15 minutes au lieu de 20 minutes. Si ça dépasse, on verra, on coupera sur notre bord.

La Présidente (Mme Boucher Bacon): Allez-y

M. Tremblay (Marc-Adélar): Mme la Présidente, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, MM. et Mmes les membres de la commission, nous sommes donc très heureux et très satisfaits d'avoir l'occasion de venir présenter peut-être un peu plus en détail et expliquer les éléments qui peuvent être obscurs de notre mémoire que nous avons présenté à la commission.

Je vais, tout d'abord, présenter les orientations du Conseil, de même que ses programmes et ses projets de développement. Après, M. Dubé parlera de l'utilisation de la recherche par les intervenants dans les milieux de pratique. M. Schwartz, pour sa part, nous dira un mot sur le soutien de la recherche dans les milieux de

pratique et d'intervention et M. Michael Conway nous exprimera les besoins de la recherche sociale et la liberté du chercheur.

J'aimerais, au tout début, rappeler le mandat du Conseil. Il est triple: d'une part, conseiller le ministre sur la politique du ministère en matière de recherche sociale, sur l'enveloppe budgétaire à y consacrer et sur toute autre question pertinente à la recherche sociale; deuxièmement, contribuer à l'amélioration de la qualité de la recherche sociale, à la diffusion de ses résultats et à son application tout autant dans l'enseignement et la pratique professionnelle que dans le développement des éléments de politique sociale; troisièmement, instituer et régir, après approbation du ministre ou d'une personne qui le représente, des programmes de soutien à la recherche sociale et les évaluer périodiquement.

Compte tenu du premier élément de son mandat, le conseil québécois de la recherche se présente donc aujourd'hui devant vous comme étant un organisme-conseil et non pas comme un représentant d'intérêts corporatifs ou encore comme un groupe de pression. Les principales réalisations du Conseil, disons, depuis qu'il a été institué en 1979, sont fort nombreuses et je crois que, dans notre mémoire, nous avons, je pense, donné un assez bon aperçu sur cette question-là.

J'aimerais tout de même mentionner nos principaux programmes qui sont maintenant, si vous voulez, existants depuis quelques années. Nous avons un premier programme qui est un programme de subvention à la recherche, subvention pour la recension des écrits, subvention d'aide à la diffusion des résultats de la recherche qui a déjà été subventionnée, subvention d'aide à la formulation d'un projet de recherche, d'étude ou d'analyse. Ça, c'est un premier programme, donc, programme de subvention. Un second: bourses d'excellence données à des chercheurs chevronnés pour leur permettre de travailler sur un sujet important durant une couple d'années. Troisième programme: des subventions pour études et analyses, qui sont spécialement conçues pour permettre au milieu pratique de travailler en étroite collaboration avec les milieux universitaires et ainsi favoriser l'application des connaissances acquises par la recherche dans le domaine de la recherche sociale.

Nous avons aussi cette année une nouveauté sur laquelle je voudrais insister. C'est celle d'un programme commun avec le Fonds de la recherche en santé du Québec dans le domaine de la santé mentale, un programme commun qui vise à subventionner des équipes de recherche à caractère multidisciplinaire, donc des équipes qui traversent les frontières du biomédical au psychosocial et, inversement, du socioculturel au biopsychosocial et au biomédical. Cette concertation-là est dans le but de mieux favoriser, si

vous voulez, les travaux en profondeur sur des problèmes extrêmement complexes auxquels nous faisons maintenant face et de permettre à des groupes de chercheurs provenant d'horizons disciplinaires différents de travailler ensemble. Si nous obtenons des crédits additionnels pour le développement, nous envisageons également d'offrir des bourses de spécialisation. J'insiste sur le mot spécialisation. Ce ne sont pas des bourses de formation, mais des bourses de spécialisation, des bourses doctorales et postdoctorales, des bourses qui viseraient à établir la continuité dans ce domaine de recherche et à solidifier les traditions de recherche, parce que nous savons, comme la commission Rochon le fait remarquer, et les orientations, évidemment, entérinent cette observation-là, que notre recherche sociale est sous-développée et un des moyens efficaces pour en assurer le développement, c'est de permettre d'accorder ces bourses de spécialisation dans les domaines qui sont de notre ressort.

Nous voulons aussi aider des équipes de recherche à se constituer. Il existe très peu d'équipes de recherche diversifiées dans le domaine de la recherche sociale. Il va nous falloir consentir des efforts particuliers pour que ces équipes puissent être constituées et entreprendre des travaux d'importance.

Peut-être me demandez-vous à cette étape-ci: Qu'est-ce que c'est, la recherche sociale? Eh bien, je dois vous dire que la recherche sociale, à la manière dont nous la définissons, est en relation très étroite avec la mission et la vocation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ça touche principalement aux aspects psychosociaux et socioculturels de la santé. Ça touche, bien sûr, l'ensemble des problèmes sociaux qui sont le résultat des transformations que nous vivons présentement. Dans notre brochure, nous prenons le soin, bien entendu, d'en donner une définition beaucoup plus complète afin de bien nous assurer que les chercheurs qui feront des demandes de financement chez nous ne soient pas déclarés inadmissibles parce qu'ils auraient, si vous voulez, fait une demande qui n'est pas de notre ressort. Alors, nous la définissons généralement comme ayant pour objet la participation et la solidarité sociales vues généralement dans la perspective de la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux. La participation et la solidarité sociales doivent être entendues dans le sens où toute personne, toute famille ou tout autre groupe doit bénéficier de la protection sociale ainsi que des soins et services requis par leur état et par leur condition sociale, jouir d'un accès équitable aux services, pouvoir participer à la vie communautaire, mais aussi compter sur l'appui de la communauté dans leurs efforts en vue d'améliorer leur qualité de vie et celle de leur milieu.

Alors, comme vous le voyez par cette

définition, nous déployons des efforts constants en vue de bien nous assurer que la définition que nous donnons de ce type de recherche est de mieux en mieux en accord avec la mission du ministère afin que les résultats de cette recherche-là soient utiles à ceux et celles qui sont engagés dans l'action sociale. À notre point de vue, comme nous l'avons bien documenté, je crois, dans le résumé de notre mémoire, la recherche sociale est nécessaire pour épauler les planificateurs, les gestionnaires et les intervenants dans leurs fonctions respectives afin de mieux connaître et de mieux comprendre les problèmes sociaux qui nous confrontent et, ayant une meWeure connaissance, d'être capables de planifier, gérer, dispenser des services et des soins qui sont, si vous voulez, plus fidèles aux besoins ressentis et aux problèmes vécus.

Nous voulons aussi profiter de cette occasion pour donner notre accord aux orientations du ministère pour améliorer la santé et les services sociaux principalement au chapitre de la recherche et des systèmes d'information. Le Conseil québécois de la recherche sociale dans son entier souscrit aux principaux constats qui y sont énoncés par rapport au fait que la recherche sociale est sous-développée, que ses traditions de recherche doivent être de mieux en mieux appuyées par les pouvoirs publics pour assurer, comme je le disais plus tôt, une plus grande continuité et renforcer son développement et son utilité. Et aussi, nous souscrivons à la nécessité d'efforts de concertation de notre Conseil avec d'autres organismes relevant du ministère et nous sommes, bien entendu, engagés dans la voie qui nous permettra de travailler ensemble en tant que partenaires et d'une manière concertée.

(16 h 45)

Le développement de la recherche sociale. Pour ce faire, nous avons présenté, il y a déjà un an, un programme triennal de développement dans lequel, je crois, nous avons donné un bon historique des travaux de notre Conseil, des travaux effectués par les membres que nous finançons, mais aussi des travaux que le Conseil a effectués auprès de différents groupes, auprès du ministère, auprès de ses partenaires et auprès de tous ceux qui sont engagés dans l'action sociale. Ce projet de développement est axé sur trois axes, comme je le disais plus tôt: des bourses doctorales et postdoctorales de spécialisation, des subventions de soutien à des équipes de recherche en émergence, et une diffusion et la promotion des résultats des travaux de recherche. Comme je le disais, la première étape de notre programme commun était quelque chose que nous avions prévu à notre projet de développement. Une particularité, c'est que 50 % des membres du Conseil, c'est-à-dire la moitié, depuis les toutes premières années, proviennent des milieux de pratique et d'intervention, ce qui nous donne, je crois, une sensibilité, qui est très

importante, aux problèmes vécus dans ces milieux-là autant par les intervenants que par ceux qui sont affectés par les transformations sociales dans leurs conséquences négatives.

Nous avons aussi mis sur pied, en conséquence, des programmes qui visent à aider les chercheurs en provenance des milieux de pratique et d'intervention. On a un programme qui s'appelle Aide à la formulation d'un projet de recherche, d'étude ou d'analyse. Nous avons aussi des subventions pour études et analyses, qui sont des projets conçus spécialement pour les milieux de pratique. Bien entendu, nous gardons constamment des rapports étroits avec des équipes de chercheurs d'avant-garde qui partagent nos préoccupations et qui sont des partenaires privilégiés.

Le Conseil, on peut le dire, est un partenaire important pour le ministère de la Santé et des Services sociaux. À mon point de vue, en tout cas, j'en suis certain depuis ses tout débuts et particulièrement depuis que je le dirige, nous voulons assumer encore plus pleinement nos responsabilités en ce qui a trait, si vous voulez, aux services que nous pouvons apporter au ministère et à ses partenaires, c'est-à-dire les établissements de la santé et de services sociaux, les organismes bénévoles et communautaires, ainsi que les professionnels qui y travaillent.

On a fait une tournée de consultation régionale auprès de différents groupes pour connaître leurs besoins. À chaque année, nous consultons les cadres du ministère dans le but de savoir quelles sont leurs priorités. Nous avons des enveloppes privilégiées, celles qui se rapportent à la santé mentale, non seulement avec le programme commun FRSQ, mais aussi des programmes plus personnels. On a une enveloppe dans le domaine de la toxicomanie, des aspects psychosociaux de l'épidémie du sida et nous avons aussi plusieurs autres domaines orientés. On s'efforce également de développer des thématiques nouvelles qui sont en relation directe avec des nouveaux besoins, par exemple, l'intervention féministe dans les services de santé et les services sociaux ou encore l'intervention interculturelle dans les services de santé et dans les services sociaux.

Maintenant, nous avons aussi un intérêt renouvelé pour le transfert des connaissances. Nous savons que c'est un point qui est critique pour l'avenir de la recherche sociale afin qu'elle soit en mesure d'apporter dans les milieux qui en ressentent le besoin les éclairages nécessaires. C'est ainsi que nous avons organisé pour le mois d'avril prochain, le 6 avril en effet, un forum sur le transfert des connaissances et ce forum-là est spécialement conçu pour mieux comprendre les processus par lesquels ce transfert des connaissances peut s'effectuer, devient possible, devient rentable.

Bien entendu, nous avons aussi un programme de diffusion de nos rapports de recherche.

Depuis dix ans, nous avons subventionné quelque chose comme 450 projets de recherche. Nous avons au-delà de 350 rapports de recherche. Nous les diffusons auprès, si vous voulez, de différents milieux, donc, les milieux qui sont des dépositaires officiels, les bibliothèques régionales, les bibliothèques universitaires, bon, etc. Nous prenons soin de rendre accessibles nos rapports de recherche et nous sommes soucieux de plus en plus que les chercheurs respectent les échéances qu'ils nous ont promises dans leur demande de subvention. Nous les suivons au pas pour bien nous assurer que ces rapports nous sont soumis à temps. Le Conseil fait tous les efforts possibles, le secrétariat de même, pour que les résultats de ce travail nous soient acheminés.

On peut se demander: Le conseil de la recherche sociale, en quoi est-il différent du FCAR? J'ai lu d'autres rapports et présentations...

Le Président (M. Joly): Excusez...

M. Tremblay (Marc-Adélar): ...devant votre commission et je sais que c'est une question...

Le Président (M. Joly): ...M. Tremblay. Oui, sur une question de privilège?

M. Chevette: À ce stade-ci, M. le Président, je sais que ça peut être un choix du groupe qui témoigne, mais j'aimerais, dans les quelques minutes qui leur restent, qu'ils nous disent ce qu'ils pensent de la réforme.

M. Tremblay (Marc-Adélar): Savez-vous, on entend très mal par ici.

M. Chevette: Je vais le dire plus fort.

M. Tremblay (Marc-Adélar): Plus fort?

M. Chevette: J'aimerais, dans les quelques minutes qu'il vous reste...

M. Tremblay (Marc-Adélar): Oui.

M. Chevette: ...vous entendre un tantinet sur la réforme qui vous est proposée. Parce que là vous êtes en train, depuis le début de faire un rapport...

M. Tremblay (Marc-Adélar): Oûi.

M. Chevette: ...sur ce que vous faites. Je trouve ça très intéressant, mais...

M. Tremblay (Marc-Adélar): Disons que la réforme...

M. Chevette: ...par rapport à la réforme proposée, j'aimerais savoir...

M. Tremblay (Marc-Adélar): Comme nous le disions au début, en ce qui a trait à la recherche, nous sommes pleinement d'accord avec le chapitre qui traite de la recherche. Je pense bien que, dans d'autres domaines, vous pourriez questionner notre compétence particulière pour en parler. Nous sommes mandatés spécialement par le ministère pour, si vous voulez, promouvoir la recherche, nous assurer de sa qualité, de sa diffusion et de son utilité, et, bien entendu, nous aimerions beaucoup que, dans le projet de loi, les aspects de la recherche soient mentionnés peut-être plus explicitement qu'ils ne le sont.

Je comprends que c'est un avant-projet de loi. Il faut, bien entendu, savoir qu'il y aura certainement des aménagements qui seront faits après que vous aurez entendu les différents groupes. Mais, là-dessus, c'est sûr que nous appuyons les orientations du ministère dans le domaine de la recherche, de la recherche biomédicale, de la recherche du FRSQ, de celle du Conseil québécois de la recherche sociale. Nous croyons que ces deux types de recherches sont complémentaires l'un à l'autre et qu'ils doivent, si vous voulez, s'alimenter mutuellement. C'est une des raisons, d'ailleurs, pour lesquelles nous devons nous rapprocher du FRSQ pour nous assurer que les efforts communs vont porter des fruits encore plus grands.

Le Président (M. Joly): J'imagine que vous avez encore quelques éléments à rajouter à votre mémoire. Si on veut qu'il nous reste un petit peu de temps pour les questions... Alors, est-ce que vous avez encore des choses à ajouter, M. Tremblay?

M. Tremblay (Marc-Adélar): Je voulais juste conclure, puisque je sais que le temps presse, en vous répétant, en cinq ou six points, nos soucis majeurs: de mieux refléter les besoins du ministère et des milieux de pratique en travaillant en étroite concertation avec eux comme partenaires; de consolider la qualité des travaux dont ils recommandent le financement; de favoriser la collaboration entre milieux universitaires et milieux d'intervention; d'assurer de meilleures conditions au transfert des connaissances et d'établir des programmes communs permettant d'apporter des éléments de soutien et de solution aux problèmes sociaux.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Tremblay. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. Tremblay. Il m'apparaît, à première vue - et je pense que vous l'avez répété - que vous êtes d'accord avec les principales orientations contenues dans le document d'orientation sur la recherche sociale. Évidemment, à ce niveau-là, je pense

qu'on n'a pas besoin d'élaborer plus longtemps; en autant qu'on retrouve ces principes à l'intérieur du projet de loi, à tout le moins, ça vous satisfait, pour le moment.

Dans les semaines précédentes, on a entendu des gens qui sont venus en commission nous faire part, évidemment, de l'état de pauvreté de la recherche sociale, des fonds, à tout le moins, alloués à la recherche sociale et de l'obligation que nous avions d'en faire plus, et qu'on réussirait éventuellement, en investissant davantage dans la recherche sociale au lieu de biomédicale, à solutionner une bonne partie de nos problèmes. On a entendu les CSS qui sont venus témoigner avec la Fédération des CLSC. Ils sont venus nous parler d'un contrat de recherche qu'ils ont avec l'Université Laval, en particulier, sur la recherche sociale. J'aimerais que vous nous disiez quel est le lien ou la parenté proche entre ce qui se fait comme recherche à l'Université Laval, par exemple, en collaboration avec un financement des CSS, de la Fédération des CLSC, et le Conseil québécois de la recherche sociale. Vous parlez beaucoup de transférabilité et je trouve ça excellent. C'est ce qu'on doit souhaiter davantage dans à peu près tous les domaines de la recherche pour qu'il n'y ait pas de duplication, mais davantage complémentarité et partage des fruits de cette recherche. J'aimerais peut-être vous entendre sur les liens qu'il peut y avoir entre le conseil québécois et le groupe de chercheurs de Laval.

M. Dubé (Réjean): Si vous me le permettez, M. le ministre, j'aimerais peut-être vous répondre là-dessus, compte tenu que je suis à la fois membre du conseil québécois et membre d'un CSS. En fait, je proviens d'un milieu de pratique. J'ai été un de ceux qui, effectivement, ont encouragé l'association des CSS à remettre des sommes d'argent au centre de recherche universitaire de Laval. Essentiellement, il faut comprendre la distinction. Ce centre de recherche en est un qui, à ce moment-ci, réussit à obtenir une infrastructure minimale par une contribution de différentes catégories d'établissements, c'est-à-dire la Fédération des CLSC, les centres de services sociaux et l'Université Laval. Ils ont aussi obtenu une partie de financement du ministère de la Santé. Essentiellement, ces gens-là, à ce moment-ci, ce qu'ils font, c'est avoir une infrastructure leur permettant de présenter des projets de recherche pour être en mesure d'obtenir du financement et c'est à ce titre que le Conseil québécois de la recherche sociale peut, par sa dimension d'organisme subventionnaire, analyser des projets pour être en mesure de vérifier la qualité des projets pour, éventuellement, les financer. Donc, il y a une distinction importante à faire entre un organisme qui veut faire de la recherche, lié avec le réseau comme tel, et un organisme subventionnaire qui relève du ministère.

M. Côté (Charlesbourg): De ce que je me suis fait expliquer, car je ne suis pas un spécialiste... Malgré ma formation en histoire, ça fait quelques années, je ne suis pas un spécialiste de la recherche pour autant. Évidemment, lorsque j'étais à l'université, je m'occupais de politique un peu; alors, ça occupait plus de mon temps. Comme je n'étais pas un étudiant modèle... Ce que je me suis fait expliquer, c'est que, fondamentalement, ce que nous avons comme difficulté au niveau de la recherche sociale, au Québec, c'est l'infrastructure. Ce que je comprends, en termes de complémentarité, c'est que le groupe de Laval, lui, par une association avec les CSS et les CLSC, se donne une infrastructure et, par la suite, "applique" sur des programmes de bourses qui lui permettent de faire de la recherche fondamentale, avec les résultats que ça donne. On me dit que l'une des carences importantes de notre recherche sociale est l'infrastructure. J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Tremblay (Marc-Adélar): Oui, l'infrastructure. C'est que la carence fondamentale, c'est un manque de continuité et ce manque de continuité est lié au manque d'encadrement. Le manque d'encadrement est lié au fait qu'il n'existe pas de structure d'accueil, qui est je ne dirais pas un caractère de permanence absolue, mais au moins un caractère de relative permanence, pour que ceux qui s'y trouvent puissent y trouver le climat intellectuel qui favorise le questionnement sur les problèmes sociaux, la recherche documentaire, la recherche empirique, etc. Alors, cet encadrement peut se trouver à l'intérieur de centres de recherche où on doit trouver au moins six ou sept chercheurs principaux qui ont, avec eux, des étudiants au doctorat ou même en études postdoctorales. Ce sont ces étudiants en études postdoctorales et doctorales, de même que leurs directeurs de recherche qui constituent ce cadre absolument nécessaire pour le soutien des chercheurs. Et ça n'a pas existé.

(17 heures)

Moi, j'en fais de la recherche sociale depuis 40 ans. J'ai formé je ne sais pas combien de chercheurs, mais plusieurs. Combien y en a-t-il aujourd'hui qui sont demeurés dans ce champ-là? Il n'y en a pas beaucoup. Il y en a quelques-uns qui ont persévéré, mais c'est l'infime minorité. Ils sont tous bien placés. Ils font des travaux de recherche dans différents milieux gouvernementaux et autres, mais ils n'ont pas persévéré en recherche sociale. Et c'est ça qui est la pierre d'achoppement, ce manque d'encadrement, de soutien, de continuité qui fait, si vous voulez qu'un travail s'entreprend, dans le passé, pièce par pièce et on n'a jamais de résultat d'ensemble, de vue, si vous voulez, qui intègre différents éléments. L'avantage de l'équipe multidisciplinaire, c'est qu'elle est constituée d'individus qui ont, justement, des formations et

des regards différents sur la réalité. Et ces regards différents nous amènent des compréhensions plus subtiles, meilleures de cette réalité-là. C'est ainsi qu'on pourra, je pense, après, énoncer peut-être des services et des soins qui soient en plus parfaite liaison avec les besoins réels.

Nous sommes une société qui se transforme très très rapidement. Particulièrement dans le domaine social, donc sur des aspects psychosociaux et sociaux de la santé, ainsi que sur celui des problèmes sociaux, nous devons, je pense, prendre un tournant et un virage importants. Autrement, nous allons être débordés par ces problèmes-là qui deviennent de plus en plus importants et on court le risque de faire du rapiéçage, c'est-à-dire de courir ici et là éteindre les feux et, à ce moment-là, pendant qu'on les éteint, il y en a d'autres qui s'allument. Donc, c'est un peu, de toute manière, la réponse que j'aimerais apporter à la question que vous soulevez, M. le ministre.

M. Dubé: Aussi, M. le ministre, si vous le permettez, en complémentaire, je dirais, pour utiliser des termes connus...

M. Côté (Charlesbourg): Des termes transférables, quoi.

M. Dubé: C'est ça. Je pense qu'on a développé en général une espèce de mentalité à l'effet que la recherche, c'est quelque chose de théorique, c'est quelque chose d'intellectuel, c'est quelque chose de déconnecté. Et moi, je pense qu'on a un virage important à faire à ce moment-ci pour démontrer que la recherche, c'est quelque chose qui doit être intégré dans le quotidien. Je pense que vous êtes très bien placé, par la fonction importante que vous exercez... Pour les demandes de subventions de toute nature, pour les fonds, comme on dit, "sky is the limit". Je pense qu'il faut être conscient qu'à ce moment-ci il faut vraiment développer, dans la distribution des services, une dimension carrément de recherche pour être en mesure d'évaluer ce qu'on fait. Moi, je dirais: Dans certains secteurs, ce n'est pas nécessairement de l'investissement supplémentaire qu'il faut faire, c'est de la réallocation. Et, pour faire de la réallocation, il faut faire de l'évaluation de services. Il faut regarder ce que ça donne et avoir une approche résultat. Ça, je pense que c'est un élément qui a été bien défendu par la commission Rochon de dire: Il faut vraiment penser résultat, mesure de l'efficacité, de l'efficience, de l'impact de nos services avant d'en rajouter.

M. Tremblay (Marc-Adélar): M. Schwartz aimerait ajouter quelques éléments à cette réponse.

M. Schwartz (Eli): Venant du milieu de la pratique, je suis bien au courant des pressions et

des multiples besoins qui ne sont pas comblés. Mais, nonobstant, je pense que c'est vraiment primordial pas uniquement d'accepter et de supporter ce plan de conseil régional... Mais je pense qu'un élément fondamental pour l'infrastructure, afin que les recherches qui sont faites finalement aient un impact sur la réalité, ça doit être de créer, à travers le réseau, pour les établissements intéressés et capables, une structure minimale de recherche dans les établissements, que ce soit des CLSC, que ce soit des centres de réadaptation. Et, via cette structure minimale, qui peut être effectivement coordonnatrice des recherches, d'essayer de créer une ambiance et une culture dans le centre où les professionnels ne tombent jamais dans une tradition, dans un état statique, mais s'interrogent continuellement afin de profiter de leur expérience.

Ce n'est pas un acquis que nécessairement en donnant plus de services et en soulignant leur efficacité - c'est là qu'on sent la pression ça fait déjà quelques années - on sait exactement ce qu'il faut faire et qu'on peut soulever la bonne chose. Il me semble que, d'abord, ça prend la bonne chose, la bonne direction pour laquelle on a besoin de données on a besoin de recherches, on a besoin d'éléments pour être en mesure de mieux saisir les besoins de la clientèle, les interventions de choix, les moments où intervenir, la façon de travailler d'une façon complémentaire avec les autres et toute une gamme d'autres choses sur lesquelles effectivement, vraiment, on a pas trop de connaissances. Souvent, on travaille sur des notions qui semblent correctes comme la prise en charge du client par lui-même, l'intégration sociale, mais ce qui n'est pas tout à fait clair, c'est quels sont les éléments et comment les aborder.

Pour terminer, si vous me permettez un mot. Il me semble qu'étant une société distincte, sans embarquer dans la politique, il faut développer nous-mêmes notre propre système pour réviser les problèmes, pour apporter notre solution et pas attendre les résultats de recherches qui viendront des États-Unis et des autres provinces. Il faut faire quelque chose sur mesure, à l'intérieur de nos frontières. Mais ça prend un investissement pour ça.

Le Président (M. Joly): Merci. Très brièvement, M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. On terminera avec ça.

Le Président (M. Joly): À la façon dont ça fonctionne, c'est qu'on marche sur le temps l'un de l'autre. Ce que je vais faire, M. le ministre, c'est que je vais reconnaître le leader de l'Opposition et critique en matière de santé. S'il reste du temps, on pourra peut-être continuer d'échanger. S'il vous plaît. Merci.

M. Chevette: Est-ce que vous vouiez ajouter un mot là-dessus?

M. Conway (Michael): On a, dans les universités au Québec, des gens qui ont l'expertise dont vous avez besoin. C'est-à-dire que les gens connaissent les problèmes, par exemple, l'Alzheimer ou les facteurs de risques en psychopathologie. Ces gens-là ont besoin d'un encadrement. Le Conseil ou le ministre peut l'offrir. Si on a un encadrement qui est stable, qui permet le développement de la recherche sociale, ça permet aux chercheurs universitaires de faire une forte contribution aux besoins du ministère.

M. Chevette: Merci, M. le Président. Je voudrais poser deux petites questions. Je vais les poser toutes les deux, parce que, quand vous partez, vous n'êtes pas faciles à arrêter. Donc, je vais les poser toutes les deux pour être sûr d'avoir le temps de les poser.

La première, c'est la suivante. A partir de la décentralisation, donc le pouvoir de décision, dans bien des cas, sera au niveau des régions et non pas au niveau national. Comment voyez-vous le Conseil québécois de la recherche sociale adapter ses recherches en fonction peut-être de la diversité des besoins au niveau des régions, puisque les besoins seraient décidés au niveau des régions?

La deuxième question. L'Institut canadien de recherches avancées disait à peu près ceci ce matin. Vous me pardonnez si je fais quelques erreurs de vocabulaire, mais ce que j'en ai compris c'est qu'eux trouvent inconcevable qu'au Québec on n'ait pas de plan de développement, autant au niveau de la santé qu'au niveau social, en ce sens qu'on demande à Hydro-Québec, par exemple, de venir annuellement exposer son plan de développement, qui est critiqué par des députés, mais dans le domaine de la santé et des services sociaux, on y va à la pièce, on éteint des feux. Il n'y a pas de programmation et d'unité, il n'y a pas de pensée unique. Vous savez ce qui peut arriver à ce moment-là, c'est qu'on est porté à s'attaquer au médecin, parce qu'il gobe une grosse partie des fonds. On est porté à s'attaquer à différentes catégories de personnel, au lieu de les amener à changer de mentalité à partir d'objectifs qui se dégageraient, autant au niveau politique qu'au niveau des intervenants en santé et en services sociaux. Est-ce que vous partagez ce point de vue? Voilà les deux questions que je voulais vous poser.

M. Tremblay (Marc-Adélar): Par rapport à la décentralisation et aux besoins régionaux, il est évident que, jusqu'à maintenant, nous avons observé le fait que les grands consommateurs ou utilisateurs de la recherche sociale se trouvent dans les grands centres et qu'il est très difficile pour les jeunes chercheurs en émergence, dans

les milieux régionaux où il y a effectivement des besoins particuliers... On n'a pas besoin de faire de très longues démonstrations pour documenter le fait qu'il existe des cultures régionales, des besoins régionaux, des mentalités régionales.

Donc, nous, ce que nous avons fait, c'est que nous avons amorcé un programme de visites régionales pour aller rencontrer les jeunes chercheurs ou encore les chercheurs dans les milieux éloignés qui éprouvent de la difficulté à soumettre des projets qui ont la qualité suffisante pour être financés. Et nous cherchons avec eux à mieux connaître leurs préoccupations, à développer des mécanismes en fonction desquels les spécialistes des grandes universités peuvent les aider, justement, à développer des projets. C'est le cas de notre programme études et analyses, c'est le cas aussi de notre programme d'aide à la formulation; c'est le cas donc d'un certain nombre de programmes qui reflètent cette préoccupation-là que vous venez d'énoncer. La première région - que nous avons visitée et c'est avant que notre ministre devienne le titulaire - c'est la région de Rimouski et du Bas-Saint-Laurent. La seconde région que nous avons visitée, c'est celle de Sherbrooke. La troisième que nous nous proposons de visiter, peut-être cela vous surprendra-t-il, mais ce sont les milieux anglophones de Montréal qui, remarquez-le, dans le cas de Concordia et de McGill, sont quand même assez bien, je dirais, financés - Concordia se classe quatrième après Montréal, Laval et l'UQAM - mais, quand même, il y a, dans ces milieux-là, peut-être une connaissance insuffisante de nos programmes. Nous nous proposons d'aller en Abitibi-Témiscamingue, en Mauricie, au Saguenay, dans l'Outaouais. Nous nous proposons donc de visiter toutes nos régions pour être sensibilisés à leurs préoccupations principales de recherche, de diffusion des connaissances et aux difficultés qu'elles ont à se lier avec les milieux universitaires qui ne sont pas en périphérie, mais qui sont au centre comme à Montréal, à Québec, à Sherbrooke.

M. Chevette: Est-ce que vous concevez qu'on doit maintenir la structure de la recherche sociale au niveau national, avec des enveloppes protégées au niveau du ministère, quitte à ce qu'il y ait des parties de cette enveloppe qui servent à étudier des problèmes régionaux? Parce que décentraliser la recherche sociale, à mon point de vue, ce serait diluer un peu, passablement, beaucoup les objectifs nationaux qu'on pourrait vouloir atteindre.

M. Dubé: Moi, je pense qu'il faut être conscients qu'à ce moment-ci il existe effectivement des structures de recherche régionales, des financements régionaux à travers les conseils régionaux et ça, je pense qu'il faut le maintenir pour répondre vraiment à des besoins régionaux. Par contre, je maintiendrais, effectivement, une

structure de financement provinciale. Il y a une multitude de problèmes qui sont carrément des problèmes nationaux, des problèmes comme la protection de la jeunesse, pour parler de quelque chose que je connais bien, les jeunes contrevenants, l'adoption, les retrouvailles, le sida, bon, les personnes âgées...

M. Chevette: La drogue.

M. Dubé: ...le maintien à domicile, etc. Ça ne donne absolument rien de faire de la recherche, je dirais, à toutes fins pratiques, locale dans des secteurs comme ça, qui sont des préoccupations nationales. Ça permettrait effectivement de connecter la recherche sociale à des plans de développement provinciaux, des plans nationaux qu'on pourrait avoir au niveau de la santé et du bien-être.

M. Tremblay (Marc-Adélar): Maintenant, M. le ministre...

M. Chevette: L'ex-futur.

M. Tremblay (Marc-Adélar): ...M. le membre de la commission, sur le plan...

M. Chevette: Vous dites l'ex-futur, dans ce temps-là.

M. Tremblay (Marc-Adélar): Oui. Sur le plan de la qualité des projets, vous savez que nous ne pouvons pas sacrifier la qualité pour la pertinence. Les deux critères sont importants, mais la qualité l'est davantage. Nous devons maintenir des hauts standards au moment où la compétition est nationale, internationale. Donc, nous ne pouvons pas baisser d'un cran la qualité. Au contraire, nous visons à l'améliorer. Et nous allons chercher par d'autres mécanismes à aider ceux qui sont dans les régions à préparer des projets qui deviendraient, sur le plan de leur qualité, acceptables pour le financement. En ce qui a trait à la deuxième question, le plan de développement...

Le Président (M. Joly): Une minute. Il vous reste une minute.
(17 h 15)

M. Tremblay (Marc-Adélar): Oui, une minute. Sur la question du développement, en ce qui nous concerne, nous savons vers quoi nous allons. Nous avons, effectivement, réfléchi, durant une année complète, à plusieurs, membres du Conseil, personnes invitées et participants aux consultations régionales, sur un projet de développement. C'est un projet qui tient compte des contraintes financières, qui tient compte de la communauté que nous servons et qui est réaliste. Nous demandons 1 000 000 \$ par année pour être en mesure de mettre en pratique ce développement-là. C'est très précis et, si vous

voulez que nous déposions notre plan triennal de développement, eh bien, j'en ai une copie ici et je pense que vous pourriez, de cette manière...

M. Chevette: D'accord.

M. Tremblay (Marc-Adélar): ...en prendre connaissance et avoir une meilleure idée sur cette question.

M. Chevette: Déposez-le, si M. le ministre est d'accord.

Le Président (M. Joly): Oui. Alors, en partant de là, eh bien, on le fera distribuer.

M. Chevette: Je vous remercie beaucoup.

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

M. Chevette: Bonne recherche.

M. Côté (Charlesbourg): Je remercie de manière particulière le Conseil québécois de la recherche sociale et, me dit-on, parce que je n'étais pas là, j'avais des préoccupations de transport à l'époque...

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...depuis trois ans et demi, il y a une collaboration très importante et plus efficace avec le ministère. Alors, je tenais au moins à le souligner et à vous dire que je pense qu'on est dans la bonne voie, mais je comprends que, s'il y avait le million additionnel par année pendant trois ans, ce serait encore une meilleure voie. Alors, merci beaucoup et bonne recherche.

M. Tremblay (Marc-Adélar): Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Merci. Au nom des membres de la commission, moi aussi, je vous remercie. Je sais que le député de Verdun a des questions à vous poser, mais, malheureusement, le temps nous manque, vous serez peut-être obligés d'avoir une petite consultation privée en arrière. Alors, merci beaucoup, messieurs, madame.

Je vais maintenant demander aux gens représentant la Centrale des syndicats démocratiques de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Alors, bonjour, bienvenue à cette commission. Je vais vous expliquer brièvement la procédure. Vous avez une quinzaine de minutes pour exposer votre mémoire et, après, les membres de cette commission se réservent le droit, le privilège et le loisir de vous poser quelques questions. J'apprécierais que la personne responsable s'identifie et nous présente les gens

qui l'accompagne.

Centrale des syndicats démocratiques

M. Gingras (Claude): Alors, merci, M. le Président M. le ministre, M. le chef de l'Opposition, membres de la commission des affaires sociales, je désire en premier lieu, comme vous me l'avez indiqué, M. le Président, vous présenter celles et ceux qui m'accompagnent dans le cadre de cette déposition. À mon extrême droite, il s'agit de Mme Claudine Ruest, vice-présidente du secteur des affaires sociales à la CSD...

Le Président (M. Joly): Bonjour, madame.

M. Gingras:... à ses côtés, Mme Thérèse Boisvert-Cliche, présidente de secteur des affaires sociales; à ma droite, le secrétaire de la Centrale, qui est le confrère Robert Légaré, et, à ma gauche, Mme Catherine Escojido, du service d'information de la CSD.

Il s'agit d'une déposition importante et la CSD désire également vous remercier de lui fournir l'occasion d'être entendue et de communiquer sa position sur une foi aussi importante que celle qui régit les services de santé et services sociaux des Québécois.

Alors, rarement un avant-projet de loi aura suscité autant de débats préalables à sa présentation. Il y a eu, bien sûr, des rencontres, des discussions, des rapports de toutes sortes, des tournées ministérielles de consultation qui se sont succédé pour analyser les forces et les faiblesses de notre système et tenter d'y apporter des solutions. Sans faire un historique complet, rappelons qu'un diagnostic a été posé par la commission Rochon. Celle-ci, après un mandat de deux ans et avec des moyens impressionnants à sa disposition, a accouché d'une analyse exhaustive de la situation des établissements, assortie de voies de solution relativement intéressantes, qui valaient, en tout cas, la peine qu'on s'y arrête. Une large majorité des intervenants et intervenantes du réseau a d'ailleurs soumis plusieurs propositions à cet égard.

Faisant suite à ces réflexions, la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Mme Lavoie-Roux, avait alors entamée, si on se souvient, une tournée de consultation sur les conclusions de la commission, qui avait elle-même déjà rencontré tous les intervenants. Cette tournée a mené à la production d'un document intitulé "Orientations" qui a servi de base à l'avant-projet de loi actuellement soumis par le gouvernement. Une si large et longue démarche de consultation a suscité bien des attentes. Seront-elles comblées par les amendements proposés? Voilà une grande question.

Deux principes fondamentaux sont à l'origine de la création du régime de santé et de services sociaux en vigueur au Québec. Il y a, bien sûr, l'accès universel et le financement

public. Bien que nulle part, dans l'avant-projet de loi, il ne soit directement question de privatisation du réseau, la CSD tient à attirer l'attention des membres de la commission parlementaire sur certaines tendances qui semblent se profiler, pouvant éventuellement conduire à une limitation de l'accès universel aux soins et aux services. La CSD s'est prononcée avec force contre la privatisation, sous toutes ses formes, dans le réseau de la santé et des services sociaux. Comme les agences et les établissements privés sont des entreprises à but lucratif, nos expériences, dans les établissements, nous portent à questionner sérieusement le mode d'utilisation des ressources à la lumière de leur pratique existante. À au moins trois reprises, dans l'avant-projet de loi, on retrouve des dispositions visant à permettre les contrats de services. À l'article 152, entre autres, il est indiqué la possibilité, pour un établissement, de conclure de tels contrats avec une personne. Selon la CSD, il s'agit là d'une ouverture très claire à une éventuelle privatisation ou à une forme plus subtile d'allocation des ressources faisant appel au secteur privé.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, selon l'avis de la CSD, doit énoncer clairement les principes qui en font son essence et son originalité. La CSD recommande donc que, dans le chapitre I de l'avant-projet de loi, soit affirmé clairement et sans équivoque le caractère public du financement des services. On sait qu'il y a toutes sortes de rumeurs qui courent actuellement à ce sujet-là. Selon la CSD, les services dispensés par les organismes communautaires doivent être analysés dans une optique de complémentarité des ressources existantes et offertes par les professionnels du réseau. Il serait inacceptable que les directions des établissements se servent des enveloppes budgétaires destinées aux organismes communautaires pour leur faire assumer, à rabais, des services déjà offerts par des professionnels du réseau, les délestant ainsi d'une partie importante de leur mandat.

La CSD recommande que soit effectuée, par la régie régionale, une analyse exhaustive de la situation et des besoins pour l'ensemble des services sociaux, localement et régionalement, avant d'allouer quelque contribution que ce soit aux organismes communautaires pour rendre des services. Cette analyse devra se faire en étroite consultation avec les principaux intéressés, dont les professionnels du réseau. En tant qu'intervenants de première ligne leur expertise, leur expérience et leur contact quotidien avec la réalité des usagers constituent un apport majeur dans ce débat. De plus, les résultats d'une telle étude devront contribuer, bien sûr, à l'élaboration de critères en vertu desquels les régies régionales feront appel à ce type de ressources. La CSD est en effet convaincue que les établissements n'ont pas à exercer directement de

fonction de financement à l'endroit d'organismes communautaires.

Dans une lettre que la ministre de l'époque faisait parvenir, peu avant sa tournée de consultation, elle mentionnait: "Il est essentiel de valoriser les personnes qui, à divers titres, constituent le moteur du réseau des services sociaux et de santé. Leur disponibilité et la qualité de leur travail conditionnent directement la qualité des services." Bâtit le réseau à partir du monde qui y oeuvre, voilà le véritable défi que nous lançait, à l'époque, le gouvernement. La CSD partage cette analyse. Nous croyons que le savoir-faire des personnes est, depuis trop longtemps, ignoré au profit des priorités d'une bureaucratie.

Les modifications proposées aux structures existantes dans les établissements ont provoqué une grande déception chez les syndiqués de la CSD. Toutes nos représentations, à savoir que la résolution des problèmes passe par la participation des travailleuses et travailleurs aux décisions qui les affectent, ne se sont pas concrétisées par la mise en place de structures adéquates dans le projet qui nous est soumis.

Bien sûr, le comité consultatif, qui est proposé, à la direction générale, ou institué par l'avant-projet de loi, soulève des interrogations, particulièrement pour ce qui est de sa composition. Il est indiqué que seront prévus par règlement la qualification de ses membres et leur mode de nomination. La composition de ce comité est prévue par règlement et peut varier suivant la catégorie ou la classe du centre. Toutefois, le comité doit assurer une représentation équitable des diverses catégories d'employés ou de personnes oeuvrant dans les centres. Voilà un article - le deuxième alinéa de l'article 113 - qui fait une telle stipulation. C'est pour le moins vague et très imprécis.

La CSD recommande que les membres représentant les employés soient clairement désignés par le ou les syndicats présents dans rétablissement, toute association syndicale ayant droit à une représentation.

La CSD recommande également que le caractère consultatif du comité à la direction générale soit transformé en un réel pouvoir décisionnel sur toutes les matières prévues à l'article 114. Nous demandons également qu'un nombre minimum de réunions par année soit fixé par la loi, comme c'est le cas notamment en ce qui concerne les comités de francisation dans les entreprises.

Pourquoi recommandons-nous ce genre de modifications? Parce que ce comité, s'il n'a qu'un pouvoir de recommander au directeur de l'établissement, c'est qu'à ce moment-là ça devient une espèce de comité bidon qui sera filtré par les directeurs généraux, et, à mon avis, on n'atteindra pas l'objectif recherché.

De plus, les dispositions qui concernent les comités consultatifs à la direction générale ne

prévoient pas d'obligation pour la direction de divulguer les informations pertinentes aux travaux des membres du comité. Face à si peu de précisions, la CSD recommande au gouvernement d'accorder aux syndicats toute la place qui leur revient, affirmant ainsi, en tant qu'État législateur et employeur, sa ferme croyance dans le partenariat appliqué en milieu de travail. Vous savez que c'est une formule qui se développe de plus en plus dans les milieux de travail, même du secteur privé. Je pense que le gouvernement devrait aussi faire son lit dans ce domaine-là.

Les articles 123 à 126 de l'avant-projet de loi traitent du développement du personnel. Il y est prévu la préparation d'un plan d'action, son adoption par le conseil d'administration et la création d'un comité pour l'évaluer. Encore là, on remarque l'absence des travailleurs. La CSD recommande que soit mis en place dans chaque établissement un mécanisme formel de coopération à deux paliers, pour tenir compte de cet ensemble-là, premièrement, entre les représentants syndicaux attirés et l'administration. Cela tiendrait lieu et place du comité consultatif que vous proposez dans le projet de loi, et ce comité est un comité consultatif à la direction générale. On propose aussi un deuxième palier qui consisterait à constituer des formes d'organisation participative qui regrouperaient des équipes agissant plus près des lieux de travail. Elles seraient axées sur la réalité quotidienne des services, sur le diagnostic de leur état et sur les correctifs nécessaires pour en accroître la qualité, bref, axées sur l'organisation du travail, incluant les besoins de la main-d'oeuvre en matière de formation et de perfectionnement. Les recommandations de ces équipes seraient directement référées au comité consultatif à la direction, modifié dans le sens qu'on préconisait tout à l'heure, c'est-à-dire des comités décisionnels qui feraient rapport directement au conseil d'administration, plutôt que de passer par le D.G.

Dans le document "Orientations", le gouvernement énonce la nécessité de rapprocher la population des institutions et établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ce postulat fait largement consensus et constitue, à notre sens, la pierre angulaire de toute réforme sérieuse du régime. Alors, dans toutes les sphères d'activité, le Québec devra, dans les années quatre-vingt-dix, prendre le virage d'un nouveau partenariat; celui-ci se définira à partir de valeurs, tels le respect de tous les partenaires et l'engagement collectif dans un projet de société à la mesure des attentes de la population. La gestion de la santé et des services sociaux n'échappe pas à cette nécessité.

Pour les conseils d'administration des établissements, nous proposons, bien sûr, la création de cette nouvelle structure, qui regroupe, sur une base territoriale, les établissements, ce qui nous apparaît de bon augure. Elle répond à la nécessité d'une plus grande coordination des

soins et services. Ouvrir la porte des conseils d'administration à la population, c'est un geste louable, mais qui ne doit pas être fait au détriment des travailleuses et travailleurs qui oeuvrent quotidiennement dans les établissements. Leur participation, selon nous, constitue une contribution essentielle aux débats.

La CSD recommande donc que chaque centrale syndicale, représentant des travailleurs et travailleuses dans les établissements d'un territoire donné, délègue une personne sur le conseil d'administration des établissements de ce territoire. Quand on parle de centrale syndicale, c'est en fait des unités regroupées à l'intérieur d'une même organisation.
(17 h 30)

Eh regardant la composition des conseils d'administration des régions régionales, entre autres, on ne peut qu'être frappé par son étrange ressemblance avec celle des CRSSS actuels dont il n'est pas nécessaire de répéter ici les lacunes. En ce qui a trait à ce palier, cette structure, la CSD recommande aussi que chaque centrale syndicale, représentant les travailleuses et les travailleurs dans une région délimitée pour fins d'existence d'une telle région, délègue une personne sur le conseil d'administration de cette région régionale.

Selon la CSD, la décentralisation des pouvoirs vers les régions est une bonne chose en autant que les organismes régionaux soient composés de personnes qui représentent vraiment les groupes en présence, y compris les syndiqués. À cette fin, nous recommandons, dans le but d'éclairer la prise de décision des membres siégeant sur les conseils d'administration des régions régionales, que des rencontres statutaires soient prévues entre ceux-ci et les exécutifs des syndicats représentant les salariés des divers établissements. Celles-ci permettront des échanges sur les problèmes réels vécus dans les milieux et, surtout, apporteront un éclairage nouveau dans la recherche de solutions à y apporter.

Quant à l'organisation des soins versus la réglementation professionnelle, le secteur des affaires sociales de la CSD considère primordiale la réorganisation des soins afin que tout le personnel soit utilisé selon sa compétence respective, entre autres, les infirmiers, les infirmières auxiliaires, les infirmières et les préposés aux bénéficiaires.

Dans le document "Orientations", nous avons pris connaissance du constat suivant qui était posé: "Contrairement à ce qui avait été imaginé, la délégation d'actes a permis à certaines corporations déléguantes d'agrandir et de renforcer leur champ de pratique. Alors que ce mécanisme voulait introduire de la souplesse dans la définition des champs exclusifs, il a plutôt eu pour effet de maintenir la hiérarchisation des professions et de susciter les luttes interprofessionnelles et les conflits juridiques. Comme

résultat, la réglementation professionnelle est devenue très souvent une contrainte dans l'organisation du travail. Elle a constitué un obstacle à la collaboration et au travail multidisciplinaire, et a parfois même perturbé le climat de travail." La CSD partage ce diagnostic. En ce qui regarde les correctifs à apporter à cette situation, ils sont de deux ordres: l'organisation des soins et la protection du public. Quant à l'organisation des soins, nous proposons l'abolition du mécanisme de délégation d'actes pour les infirmiers et infirmières auxiliaires ainsi que pour les puéricultrices et le remplacement de ce mécanisme de délégation par une reconnaissance claire et précise de la capacité professionnelle de ces deux groupes d'emplois d'exécuter une tâche pour laquelle ils et elles sont qualifiés plutôt que par délégation provenant d'autres groupes de travailleurs.

En ce qui a trait à la protection, à l'intérêt du public et aussi pour les conflits entre professions, la CSD recommande la nomination d'un ombudsman chargé de l'application de la réglementation professionnelle. Celui-ci veillerait, entre autres, à la protection du public. Il serait en mesure de statuer sur leurs droits en matière de services de santé et de services sociaux. Il serait aussi bien plus en mesure que les corporations professionnelles, qui ont leurs intérêts à défendre, de traiter en toute impartialité les litiges interprofessionnels.

En conclusion, pour la CSD, il apporte, en fait, cet avant-projet de loi, une réponse partielle. En effet, la plupart des grands objectifs qui y sont contenus constituent des pistes intéressantes en vue de moderniser le réseau. Par contre, c'est au niveau de l'opérationnalisation que la volonté gouvernementale se fait un peu plus nébuleuse. Si le gouvernement consent à mettre en vigueur certaines propositions que lui font les intervenants de la santé et des services sociaux, particulièrement les travailleuses et les travailleurs, l'avant-projet de loi gagnera sûrement en applicabilité et deviendra sûrement un modèle de démocratie régionale.

À titre d'illustration, nous tenons à citer le diagnostic présenté dans le document "Orientations" à propos des ressources humaines: "C'est par le personnel que la population entre en relation avec le réseau public. La qualité des contacts établis revêt dès lors une importance primordiale. Or, les ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux jugent qu'elles sont peu valorisées et se disent démotivées. Leurs conditions de travail sont parfois difficiles et leurs emplois, précaires. Elles ressentent aussi les conséquences d'une gestion quelquefois trop centrée sur l'application des conventions collectives et des directives au détriment des fonctions fondamentales de la gestion du personnel. Le climat de travail ne favorise pas toujours la collaboration. L'organisation ne tient pas suffisamment compte de la

compétence et des besoins des ressources humaines. Enfin, des tensions marquent souvent les rapports entre les différentes catégories de personnel."

Forts de ces remarques, les quelque 6000 salariés que la CSD représente dans le réseau croient fermement que le gouvernement ne peut se permettre cette fois-ci de manquer le bateau. En leur nom, nous demandons au législateur de saisir l'occasion soulevée par la présentation d'une nouvelle loi pour prendre le virage du véritable partenariat, dans le respect des interlocuteurs privilégiés. Il s'agit bien sûr de la population desservie, des travailleuses et des travailleurs du réseau, et des groupes engagés dans la prestation des services. Alors je vous remercie, et nous demeurons à votre disposition pour un échange concernant notre vision de l'avant-projet de loi.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Gingras. Vous aurez remarqué que je vous ai laissé déborder largement.

M. Gingras: Un petit peu.

Le Président (M. Joly): Ça coupe un peu sur le temps. Alors, il nous reste une douzaine de minutes par formation. M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Puisque, de mémoire, je pense que c'est le premier syndicat que nous recevons en commission parlementaire, évidemment on pourra aborder des questions nouvelles, parce que lorsqu'on en est rendu au 115e ou au 120e mémoire, forcément, on joue dans les mêmes eaux. Et je vais le prendre de la manière dont vous l'avez abordé vous-même dans votre mémoire, non pas parce que ça aurait été ma priorité à moi, mais comme vous l'avez abordé sous cet angle-là, le caractère public... Si je comprends l'essence de votre message, pour vous, caractère public veut dire que demain il n'y a aucune partie qui peut être privatisable dans le réseau de la santé. J'ai compris dans le texte que vous avez fait allusion aux OSIS, et ça c'est un exemple, mais moi je voudrais vous apporter d'autres exemples. Et évidemment, si vous me dites non, je vais vous comprendre, parce que si j'étais dans votre situation je ne répondrais peut-être pas différemment, mais, en tout cas, je ne présume pas de la réponse pour le moment. Est-ce qu'il n'y a pas des fonctions dans des centres d'accueil d'hébergement, dans des centres hospitaliers qui pourraient, demain, être privatisées et qui n'affecteraient absolument en rien la partie clinique des soins qui peuvent être dispensés aux bénéficiaires?

M. Gingras: Là-dessus, nous formulons des objections sérieuses à ce que des fonctions

actuellement remplies soient entretenues et prises en charge à l'extérieur du réseau, parce que tous les contrôles, en fait, ou toute la partie de l'accessibilité à ces services, toute la partie de la qualité de ces services auxquels sont en droit de s'attendre quand même les utilisateurs, à notre avis, ne seraient pas préservés dans un système comme celui-là. C'est qu'on confierait peut-être à d'autres le soin d'administrer des services à la population, mais qui ne seraient pas nécessairement de qualité équivalente ou égale à celle qui peut être rendue dans le cadre de services qui sont actuellement à l'intérieur du réseau public. Alors, dans ce sens-là, si de tels services devaient être administrés ou rendus dans des organismes qui collaborent à l'administration des services, ils devraient être encadrés, quand même, par des professionnels du service public, de façon à ce qu'il y ait homogénéité dans les services qui sont dispensés, même s'ils sont dispensés, à ce moment-là, par des organismes communautaires, entre autres, comme ceux que vous proposez.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. On fait bien une distinction entre la partie clinique et une autre partie. Prenons l'exemple des services alimentaires. Expliquez-moi ce que le privé ne pourrait pas fournir en qualité que le public fournit. C'est une pure hypothèse. Je prends celui-là, prenant pour acquis que, sur le plan du clinique, on ne l'aborde même pas, autrement que par la possibilité d'expériences au niveau des OSIS, et, encore là, on n'est pas rendus là, mais davantage sur des services qui ne sont pas directement reliés au bénéficiaire lui-même. On peut parler d'entretien ménager, on peut parler au niveau des cuisines. Il peut y avoir certaines diètes qui peuvent être recommandées, mais de toute façon, ce sont des commandes qui seront remplies, d'après moi, aussi bien par le privé que par le public. Qu'est-ce qui fait que le bénéficiaire n'aurait pas la même qualité de services?

M. Gingras: Bien, écoutez, s'il n'y a pas un encadrement de ce genre de travail qui est exécuté à l'extérieur, à ce moment-là le contrôle de la qualité va dépendre nécessairement de celui qui va assumer cette fonction-là. Alors, à ce moment-là, ce n'est pas nécessairement un service homogène. Quand on parlait de la qualité, dans une institution, le service alimentaire, c'est quand même un service qui doit être coordonné à l'intérieur quand même des autres vocations des établissements, c'est-à-dire qu'il y a les services de santé, comme vous dites. Tout ça, ces repas-là, ça doit quand même être géré dans le cadre de la responsabilité première de l'établissement qui est d'administrer des soins de santé. Alors, le fait de confier ça à des organismes externes, est-ce qu'ils vont avoir le souci de coordonner le service qu'ils vont rendre à l'intérieur des établissements de la même façon que si c'est

rendu à l'intérieur et si c'est coordonné dans l'ensemble de la démarche de l'établissement? Alors, sur ça, on a des hésitations très grandes.

M. Côté (Charlesbourg): Mais dans la mesure où ce serait à l'intérieur d'un établissement, à ce moment-là, ça pourrait remplir les mêmes fonctions et virtuellement, sur le plan syndical, ces gens-là se regrouperaient quand même à l'intérieur d'un syndicat. Ils pourraient être représentés par un syndicat de la même manière. Bon! C'est une des hypothèses qui est là, qui est discutée, où les gens viennent nous dire: À partir du moment où vous ne touchez pas aux fonctions cliniques, il y a peut-être des possibilités de regarder de ce côté-là. Est-ce qu'au bout de la ligne on aura une meilleure qualité ou pas? Est-ce qu'on l'aura à meilleur coût? Ça, c'est une autre question, évidemment, qui serait tranchée par des appels publics. En tout cas, ce n'est pas évident, mais à tout le moins il y a des éléments de réflexion à ce niveau-là.

Le deuxième point que vous abordez dans votre mémoire est le communautaire. Est-ce que je me trompe ou si je vous trouve durs un peu vis-à-vis du communautaire? Il me semble que vous êtes assez exigeants vis-à-vis du communautaire dans vos exigences d'analyse, compte tenu du fait qu'on a entendu ici, plusieurs témoignages, y compris de parents, de bénévoles, qui sont venus nous dire que, effectivement, sur le plan communautaire, il y avait des services qui étaient rendus à la collectivité d'une bonne qualité et qu'il en coûtait très peu cher à l'État pour ce que le communautaire pouvait nous desservir. Il me semble - en tout cas, si je me trompe, dites-le-moi, je pense que c'est l'occasion rêvée - il me semble que je vous trouve durs quant à votre jugement sur le travail que font les groupes communautaires.

M. Gingras: C'est qu'on n'est pas... Notre idée n'est pas nécessairement de critiquer ce qui peut être fait par des organismes communautaires. Notre intention, dans le mémoire qu'on vous soumet, c'est plutôt de critiquer le virage que vous semblez faire de leur confier de plus en plus de possibilités et de responsabilités en transférant des ressources financières et en transférant même des ressources humaines à ces organismes-là pour leur permettre d'accomplir des mandats. Ce qu'on soupçonne à travers tout ça, c'est une intention de déposséder des personnes actuelles du réseau de l'emploi qu'elles occupent actuellement, qui serait en arrière de tout ça, et puis aussi, autre phénomène, c'est de possiblement faire accomplir à rabais par des employés de ces organismes communautaires-là des tâches qui sont actuellement assumées à l'intérieur du réseau public et qui sont quand même rémunérées à des conditions décentes, rétribuées à des

conditions décentes. Or, si c'était ça le but de l'exercice, si c'était uniquement d'essayer d'économiser des coûts au détriment d'une possible qualité de services diminuée, au détriment des emplois du secteur public, et pour obtenir une main-d'oeuvre à meilleur marché, bien, à ce moment-là on pense que ce n'est pas souhaitable de prendre ce virage-là. Nous autres, on voit le rôle des organismes plutôt en termes de complémentarité aux services qui sont dispensés par le réseau public. Alors, dans ce sens-là, ils pourraient travailler en collaboration avec les professionnels du réseau à développer, peut-être, des services complémentaires, mais pas nécessairement se substituer aux services du réseau. C'est dans ce sens-là qu'on le voit.
(17 h 45)

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, l'objectif, c'est la complémentarité. Je pense qu'il n'y a pas de doute là-dessus. Des échanges que nous avons eus avec le communautaire, ceux-ci viennent nous dire qu'on n'en fait pas assez, qu'on ne les reconnaît pas suffisamment et, de votre vision à vous, de la lecture que vous faites de l'avant-projet de loi et de nos orientations, c'est qu'on irait vers un délestage vis-à-vis du communautaire, ce qui n'est pas du tout l'intention gouvernementale, et je ne pense pas que les textes traduisent ça non plus. Il y a peut-être, dans certaines parties, ou certaines localités, des gestes posés par certaines administrations plus locales quant à l'occupation d'un champ par le communautaire qui est plus important que d'autres. Mais ce n'est certainement pas une volonté gouvernementale.

De toute façon, je pense qu'on aura l'occasion d'y revenir parce qu'il me reste deux points et on me signifie que mon temps est presque écoulé déjà.

M. Gingras: Me permettez-vous, juste une petite précision concernant...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Gingras: Ce qu'on demande, enfin, c'est qu'il y ait un inventaire qui soit fait des besoins qui peuvent être en complémentarité et, plutôt que ce soient les établissements qui distribuent des enveloppes bonbons, qu'on confie ça aux régies régionales. O.K.?

M. Côté (Charlesbourg): Mais c'est ça qu'on fait. On confierait l'enveloppe aux régies régionales qui, elles-mêmes, feraient la distribution de l'enveloppe, avec une enveloppe fermée, mais qui serait dédiée au communautaire.

M. Gingras: C'est parce que vous parlez d'établissements.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais actuellement, là.

M. Gingras: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Je dis qu'il y a des établissements, actuellement, parce qu'on en a eu des exemples, qui ont empiété sur le communautaire; et, ça, bien sûr, il y a des cas. Mais, dans la volonté exprimée par les orientations et la volonté gouvernementale, c'est de confier aux régies régionales le soin de faire l'arbitrage et la distribution des enveloppes au communautaire, ce que le communautaire ne veut pas. Mais c'est un peu ça, l'orientation.

À la page 26 - parce que je suis obligé d'aller au plus court - vous prenez soin de reprendre un extrait de l'énoncé des orientations qu'avait rendu public Mme Thérèse Lavoie-Roux. Ça ira dans ce sens-là parce que l'un des problèmes qu'on a au niveau du système, et c'est pour ça que je vous pose la question, pour avoir votre opinion, je pense que c'est aussi la mobilité de la main-d'oeuvre. Dans les orientations, à la page 71, on y disait: "À titre d'exemple, la convention collective de la Fédération des affaires sociales comporte 175 titres d'emplois et un seul hôpital peut en compter entre 50 et 100". C'est considérable. Quand on vient pour appliquer ça, ça crée des problèmes multiples au niveau des hôpitaux. J'imagine que ça peut être vrai chez Vous aussi, pour les gens que vous représentez. Il y avait, au niveau de la négociation, un objectif, entreprendre des négociations avec les syndicats concernés afin de réduire de 20 % le nombre de titres d'emplois, d'ici cinq ans. Ça vous dit quoi, ça, vous? Est-ce que, par ça, on réussirait à régler un certain nombre de problèmes que l'on a au niveau du réseau? Parce que votre objectif et le nôtre, j'imagine qu'il est le même, c'est le bénéficiaire, la qualité du service dispensé au bénéficiaire.

M. Gingras: Ce qu'on veut soulever dans cette perspective, c'est qu'actuellement il y a quand même des catégories d'emplois qui sont sous-utilisées à l'intérieur du réseau. On va prendre un exemple, c'est qu'on embauche de préférence des infirmières pour certaines occupations, sous prétexte, justement, de la polyvalence que vous énoncez. Et puis, en fin de compte, on n'a pas nécessairement ces besoins polyvalents à remplir, ou auxquels on doit répondre. Dans ce sens-là, on crée des coûts additionnels et on met de côté certaines classes, certaines catégories de salariés à l'intérieur du réseau qu'on sous-utilise, tout ça par des décisions administratives. C'est à ça, un peu, qu'on fait référence.

Alors, on dit que les catégories de fonctions à l'intérieur des établissements devraient être mieux définies, d'une part, et ce n'est pas par acte délégué que ça devrait quand même pouvoir s'exécuter, mais: c'est plutôt par une reconnaissance de leur capacité à remplir ces exigences-là. Quant à la possibilité de revoir les titres d'emplois de la négociation et de les

réduire, je vais demander à mon collègue, M. Légaré...

Le Président (M. Joly): Juste...

M. Gingras: Oui.

Le Président (M. Joly): ...une situation qui existe... J'apprécierais, si on pouvait peut-être retenir les propos de monsieur, pour un petit peu...

M. Chevette: Pourriez-vous retenir les propos, M. le Président, pour deux minutes? C'est parce que je dois aller plaider de l'autre côté sur une motion de scission. J'avais trois questions, je vais vous les poser, ma collègue va être ici...

M. Côté (Charlesbourg): Une scission du Canada?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Non, les Anglais, ce n'est pas ça qu'ils veulent...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Les anglos veulent scinder notre proposition. Donc, il va falloir que j'aille plaider, mais j'aurais trois questions. Vous pouvez les prendre en note, je vais les poser d'un seul trait. La première, tout d'abord, c'est pourquoi exigez-vous une représentation au niveau de la Centrale? Ça veut donc dire une nomination par la Centrale à la régie ou aux organismes régionaux, si j'ai bien compris. Pourquoi ne serait-ce pas quelqu'un qui serait élu, et non nommé par la Centrale? Ce serait quelqu'un élu, issu d'une centrale, mais non pas nécessairement nommé. Voilà ma première question.

Ma deuxième question porte sur le perfectionnement de la main-d'oeuvre. J'aimerais bien vous entendre parce que, dans le domaine de la santé par rapport au domaine de l'éducation, vous savez que les travailleurs de la santé et des services sociaux ne sont pas favorisés au niveau de la formation. Dans les conventions collectives, entre autres, il y a très peu de choses. J'aimerais également savoir là-dessus quelle est votre perception et quelles sont vos exigences de base.

Et la troisième: Considérez-vous qu'on règle des problèmes de santé en région si on ne décentralise pas complètement les enveloppes, y compris les enveloppes de la RAMQ, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, et doit-on corriger les inéquités avant même qu'elles ne soient distribuées? En d'autres mots, on ne prend pas ce qui existe au niveau national pour l'envoyer en région. On corrige les inéquités avant de décider de la décentralisation. Voilà mes trois

petites questions. Merci, M. le Président et merci à vous.

Le Président (M. Joly): M. Gingras.

M. Gingras: En termes de procédure, est-ce qu'on poursuit?

Le Président (M. Joly): Oui.

M. Gingras: Et je répondrais aux questions, oui?

Le Président (M. Joly): Écoutez, vous pouvez peut-être répondre aux trois questions. Par après, on pourra reprendre où on avait laissé, sur le commentaire de votre collègue. Est-ce que ce serait plus facile pour vous de faire votre commentaire et, après ça, de répondre aux questions? Bon, parfait! Alors, si vous voulez ajouter votre commentaire, ça terminera sur le côté ministériel.

M. Gingras: Ce que j'étais en train d'expliquer, relativement à la possibilité d'assouplir les régies, je pense qu'il y a toute une négociation à faire quand même sur les titres d'emplois, négociation qui pourrait amener, si vous voulez, à réaliser une meilleure polyvalence et à réaliser à l'intérieur des établissements des plans de travail qui tiennent compte quand même d'une possibilité de définition de tâches qui soit différente de celle qu'on retrouve dans les conventions. Mais tout ça, c'est l'objet quand même d'une négociation. Comme centrale syndicale, on n'a pas d'hésitation à vous dire qu'on favoriserait sûrement des discussions sur cette question, sur cette partie. Je vais demander à mon collègue, M. Légaré, qui est secrétaire de la Centrale mais qui a aussi été porte-parole de la négociation pour les employés des affaires sociales, entre autres, de poursuivre. Il a peut-être une partie de la réponse à votre question, M. Côté.

Le Président (M. Joly): M. Légaré.

M. Légaré (Robert): M. le ministre, mesdames, messieurs. Je peux vous dire, à votre question, que cette année, à cette ronde de négociations, on a déjà fait un pas vers la diminution de certains titres d'emplois en regroupant certains titres d'emplois. Peut-être que votre question veut orienter au niveau du clinique, probablement. S'il y a un effort de fait à un certain niveau, il y a probablement un effort à regarder à un autre niveau.

Mais au niveau de la mobilité, au niveau clinique, il y a actuellement, et depuis des années, un comportement dans l'administration des soins qui fait qu'on ne peut pas avoir la mobilité au niveau du personnel clinique, notamment au niveau du personnel infirmières auxiliai-

res et infirmiers auxiliaires. On les confine à des secteurs d'activité avec des actes différents d'un secteur à l'autre dans le même établissement. Ce qui fait que, lorsqu'on veut utiliser ce même personnel pour des besoins de main-d'oeuvre nouveaux à un service ou d'un autre service, les gens en place ne peuvent pas demander d'y être affectés n'ayant pas exercé certains actes du service où on veut avoir du personnel additionnel. Et on se tourne de bord et on fait appel à du personnel autre, du personnel infirmier, qui est qualifié, on ne le nie pas et on ne nie pas la qualification des autres catégories telles qu'infirmiers ou infirmières auxiliaires.

La problématique de la mobilité, elle est bien plus à regarder à l'intérieur de chacun des établissements au niveau de la structure de fonctionnement des soins infirmiers. Actuellement, on a des expériences-pilotes qu'on mène dans deux établissements de la région de Montréal et on pourrait par la suite élaborer davantage avec vous, s'il en tient à d'autres niveaux. Il y a une mobilité à regarder, mais pas à n'importe quel prix. Il faut la regarder en fonction des personnes qui composent les soins infirmiers et tout le personnel des soins infirmiers et regarder les structures de fonctionnement des actes.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Légaré. M. Gingras, voulez-vous répondre aux trois questions qui vous ont été posées.

M. Gingras: Oui. Concernant la question du leader de l'Opposition: Pourquoi des représentants de la Centrale dans des organismes régionaux? ma réponse là-dessus, c'est qu'on a tenté quand même de regrouper des associations syndicales, qui peuvent être multiples, parce qu'on fait des conseils d'administration par secteur d'activité, par catégorie d'établissements, pour un territoire donné. Alors, ce qu'on proposait, en fait, c'est que ce soient des représentants de l'organisation syndicale qui représentent des travailleurs de ces établissements-là qui soient présents. Quand on propose ce modèle-là, ça ne veut pas nécessairement dire que ce seraient des gens désignés, mais ce seraient des gens qui seraient choisis par les travailleurs des établissements quand même, et on n'a pas d'objection à ce que ce soient des gens élus. Alors, notre formule ne sous-entend pas nécessairement que ce seraient des gens désignés par les centrales; ce seraient des gens représentant les travailleurs, mais provenant des centrales syndicales qui représentent les travailleurs à l'intérieur des groupes concernés.

Alors, on propose que ces travailleurs soient associés dans les deux paliers, tant au niveau des régies régionales que des établissements comme tels, des conseils d'administration des établissements. Alors, c'est dans ce sens-là et ça, c'est au nom du principe du véritable

partenariat qu'on réclame depuis longtemps. M. Légaré vous a dit tout à l'heure: Il y a des exercices à faire dans les établissements, qui nous permettraient, si on s'associait ensemble, de dégager des plans d'organisation du travail qui seraient intéressants pour les établissements de la santé. Mais on est tellement centrés sur l'application stricte des conventions collectives que cette véritable gestion de ce qu'on appelle les milieux de la santé, on ne la fait pas de concert avec les travailleurs et les travailleuses du réseau. Dans ce sens-là, c'est ce qu'on préconise et c'est pour ça qu'on veut qu'ils soient quand même intégrés dans toute la démarche complète, c'est-à-dire de la gestion. Dans ce sens-là, qu'ils soient présents, après qu'ils auront été participants comme conseillers au conseil de l'établissement, qu'ils se retrouvent là un peu pour voir ce qu'on fait par la suite de leurs recommandations.

Quant on parle de perfectionnement et de formation du personnel à l'intérieur des établissements, c'est à juste titre qu'on réclame des modifications à la situation actuelle. Les besoins de formation et de perfectionnement à l'intérieur du réseau sont actuellement un peu laissés pour compte. Bien sûr, il y a des budgets; bien sûr, il y a des ressources qui sont affectées à cette formation; bien sûr, on permet certaines choses, mais on n'a pas un véritable plan de développement de la main-d'oeuvre et de formation, de qualification de la main-d'oeuvre pour introduire des dimensions nouvelles, comme celle que vous souleviez, entre autres, M. Côté, de la polyvalence des travailleurs. Dans quelle mesure a-t-on une stratégie, un plan de développement à l'intérieur du réseau actuellement, pour développer la capacité ou la formation des travailleurs et des travailleuses à occuper peut-être des fonctions élargies à l'intérieur du réseau? Ça, je pense que ce n'est pas un souci, on ne sent pas ça, actuellement, comme pierre angulaire de la formation dans le réseau. On ne sent pas qu'il y a une volonté de mettre des ressources justement pour en arriver à cette réalisation. Alors, dans ce sens-là, on pense qu'on met actuellement fin à des emplois ou à des catégories d'emplois, ou qu'on les diminue, sans nécessairement faire tout ce qui est nécessaire pour accroître la possibilité de travail de ces gens-là à l'intérieur du réseau. On développe des emplois précaires sans nécessairement mettre à contribution des travailleurs et des travailleuses du réseau, qui accomplissent déjà quand même des emplois précaires; on en crée d'autres plutôt que d'essayer d'aller vers un concept d'employés qui ont une compétence plus grande pour occuper des fonctions à l'intérieur des établissements.

Les budgets, bien sûr, pour la formation et pour soutenir cette formation, sont nettement insuffisants actuellement. Ça, c'est un constat qu'on a fait à plusieurs reprises et dont on discute souvent, mais je pense qu'il faut, en plus

d'avoir un plan de formation, avoir aussi des ressources qui nous permettent de faire cette formation et des conditions qui permettent cette formation-là, c'est-à-dire le congé éducation, et tout ça, qui est réclamé à grands cris depuis longtemps par la Centrale.

En ce qui a trait au règlement des problèmes, si on décentralise avant d'avoir corrigé les Inéquités, bien sûr, si vous nous demandez notre opinion là-dessus, c'est que, si on ne fait que reporter les inéquités aux régions, aux régies régionales, on n'aura pas nécessairement réglé tous les problèmes. Peut-être que les régies régionales trouveront le tour de régler certains problèmes qui n'ont pas été réglés, mais de façon importante on ne peut pas dire que ça va être généralisé. Si on avait la possibilité de régler et de corriger les inéquités avant de décentraliser les enveloppes, je pense qu'on placerait quand même les régies régionales dans une situation beaucoup plus confortable pour maintenir des services de qualité et assumer le développement nécessaire des services dans le cadre des besoins nouveaux et des besoins qui peuvent se présenter dans le secteur des services de santé.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Gingras. M. le ministre, est-ce que vous avez un commentaire?

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, on aurait pu parler de participation des employés aux conseils d'administration parce que vous avez une formule qui est là: S'interroger sur l'opportunité de faire en sorte que les employés puissent participer à des conseils d'administration autres que le leur. C'est une idée qui a été soulevée à la commission parlementaire de façon à éviter ou à éliminer toutes les possibilités de conflits d'intérêts et ça, ça vaudrait aussi pour les autres professionnels de la santé. Mais on aura l'occasion d'y revenir, définitivement.

Je vous remercie de votre participation. Je retiens que l'élément formation est un élément extrêmement important, qu'il y a une ouverture sur le plan de la mobilité. Évidemment, ce sont des choses qui se négocient; comme on dit en bon français, c'est du "give and take". Je comprends que vous n'étiez pas pour nous dire aujourd'hui: Oui, puis, allez-y gaiement; ce sont des négociations. Je vous remercie pour votre présentation.

Le Président (M. Joly): Merci, au nom des membres de cette commission. Moi aussi, je vous remercie. Alors, nous allons ajourner nos travaux à demain, 10 heures, dans la même salle.

(Fin de la séance à 18 h 1)