



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 (16)

Le jeudi 15 mars 1990 - No 26

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux	CAS-1589
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	CAS-1595
Bande des Naskapis du Québec	CAS-1604
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec	CAS-1609
Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières	CAS-1823
Association des personnes handicapées de Drummondville	CAS-1631
Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec	CAS-1635
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	CAS-1646

Intervenants

M. Jean-A. Joly, président
M. Michel Tremblay, président suppléant

M. Marc-Yvan Côté
M. Christos Sirros
M. Guy Chevrette
M. Christian Claveau
M. Rémy Trudel
M. Jean-Pierre Jolivet
M. Henri Paradis
Mme Huguette Boucher Bacon

- * Mme Francine Tremblay, Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux
 - * M. Eli Weetaluktuk, idem
 - * Mme Lizzie Epoo-York, idem
 - * M. George Koneak, idem
 - * M. John Ryan, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
 - * M. Steven Bearskin, idem
 - * M. Roméo Saganash, idem
 - * M. John Mamianskum, bande des Naskapis du Québec
 - * M. Robert A. Pratt, idem
 - * M. André Aubry, Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
 - * M. Robert Marier, idem
 - * M. Yvon Millette, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières
 - * Mme Solange Fernet-Gervais, idem
 - * Mme Madeleine Dussault, idem
 - * M. Jean-Yves Dessureault, idem
 - * M. André Thibault, idem
 - * Mme Hélène Gagné-Raymond, Association des personnes handicapées de Drummondville
 - * Mme Lise Vallée-Letarte, idem
 - * M. Christian Dufour, idem
 - * M. Patrick Kenniff, Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec
 - * M. Denis Gagnon, idem
 - * Mme Claire McNicoll, idem
 - * Mme Jeannine Pelland, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
 - * Mme Thérèse Guimond, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le Jeudi 15 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 rencontrons ce matin pour la consultation générale et les auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Mme la secrétaire, est-ce que nous avons des remplaçants ce matin?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Marois (Taillon) sera remplacée par Mme Blackburn (Chicoutimi) et Mme Vermette (Marie-Victorin) par M. Claveau (Ungava).

Le Président (M. Joly): Merci bien. Aujourd'hui, nous allons entendre le Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux, région 10A; le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James; la bande des Naskapis du Québec; l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec; le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières; l'Association des personnes handicapées de Drummondville; la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec et, finalement, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Je vois que, déjà, les gens qui représentent le Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux sont avec nous. Welcome. Bienvenue. Je sais aussi que le mémoire a été présenté en anglais. Pour la bonne compréhension du mémoire en question...

**Conseil régional Kativik de la
santé et des services sociaux**

Une voix: Il est "translated".

Le Président (M. Joly):... il a été traduit en français et distribué aux membres de cette commission.

La présentation qui sera faite le sera en anglais, à ce qu'on me dit. Par contre, c'est la traduction exacte ici qui nous a été soumise ce matin. I do not know who will be leading the group, but if that person could maybe introduce herself and also introduce the persons who are with her or with him.

Mme Tremblay (Francine): Bonjour, M. le Président. Mon nom est Francine Tremblay, conseillère à la planification et à la...

Le Président (M. Joly): Vous pouvez demeu-

rer assise, madame.

Mme Tremblay: Merci.

Le Président (M. Joly): C'est automatique.

Mme Tremblay: D'accord.

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Côté (Charlesbourg): Comme pour les sages-femmes.

Mme Tremblay: Hein?

M. Côté (Charlesbourg): Comme pour les sages-femmes.

Mme Tremblay: Ah oui! mais on s'est tenu debout!

Le Président (M. Joly): Ce n'est pas déjà oublié?

Mme Tremblay: Non, je n'ai pas oublié. Bonjour, M. le Président. Mon nom est Francine Tremblay. Je suis conseillère à la planification et à la programmation au Conseil régional de la santé et des services sociaux Kativik, de la région 10A. J'aimerais vous présenter, au nom de la région Kativik, les porte-parole qui vous présenteront les grandes lignes du mémoire que nous vous avons soumis. À ma droite, M. Eli Weetaluktuk, président du Conseil régional de la santé et des services sociaux Kativik; à sa gauche, M. George Koneak, président de l'hôpital de l'Ungava qui est un établissement à vocation multiple; ici, à ma droite, M. Pauloosie Padlayat qui est le président de l'hôpital de l'Inuulitsivik à Povungnituk, qui est un établissement à vocation multiple, et, à la droite de M. Padlayat, Mme Lizzie Epoo-York qui est directrice générale du Conseil régional de la santé et des services sociaux Kativik.

Leur langue étant l'inuttituit, M. le Président, langue maternelle, et l'anglais, la seconde langue, nous avons prévu les services d'une interprète, Mme France Huriy, qui va faire la traduction et jouera le rôle d'interprète anglais-français et français-anglais pendant les échanges. Pour l'inuttituit, si jamais M. Pauloosie Padlayat a à s'adresser en inuttituit, ce sera notre directrice générale qui fera la traduction.

Le Président (M. Joly): Merci. Comme vous le savez, vous avez une vingtaine de minutes ou moins pour nous présenter votre mémoire et,

après ça, le temps qui reste est dévolu aux deux formations pour échange. Merci.

Mme Tremblay: Alors, la présentation sera faite en anglais, comme vous l'avez dit.

Le Président (M. Joly): Parfait! Allez, madame.

Mme Tremblay: Merci.

Le Président (M. Joly): Okay. You may go, you may start.

M. Weetaluktuk (EH): Mr. Chairman, the Kativik Regional Board of Health and Social Services and the two health and social services establishments welcome the opportunity to address the parliamentary commission on the draft Bill on the Act Respecting Health and Social Services. As you must have already observed, the presentation of our vision of the organization of health and social services is a vision of the Inuit population and not one of a specific establishment as opposed to another. The Kativik Regional Board of Health, of which I am an elected representative, and both establishments responsible for the delivery of the health and social services in our fourteen communities spread on a distance of 1400 miles along the coast of the Ungava Bay and the Hudson Bay, these three instances and their elected Boards have a concerted message to address to this Commission. It is, as such, a demonstration of our will to assume fully the responsibility for the planning, delivery, evaluation of services to our population.

The Kativik Regional Board of Health and Social Services already meets the objectives of the Government's new orientations in that the Board is comprised of elected representatives from each municipality in the region. This unique composition, established by Decree no 1020-79, resulted from the provisions of Chapter 15 in the James Bay and Northern Québec Agreement. As such, It answers numerous questions raised by this Commission In regard to the accountability. As elected people, each one of us as representative of a specific community, each one of us as representative of the village, has to be responsible in front of the population to our community.

Generally, the Inuit feel that the proposed modifications to the powers and responsibilities of the regional authority will be a positive step towards improvements in the development and delivery of health and social services in the Kativik Region. It must be reminded that the Kativik Region covers an area of 563 515 km² in Northern Québec, North of the 55th parallel. The population, of which the majority is Inuit, is divided among fourteen communities linked only by air. The geographic and demographic par-

ticularities of the region have a great impact on development and delivery of services. We are a relatively young population with specific problems and concerns.

Speaking of some of the characteristics in our region, it is surprising to note that the new decree on administrative regions has not yet recognized Region 10A as a distinct region from 10B. As far as we are concerned, there is no place for discussion on this issue and we request that the Government give a specific number to our region, different from the one of the Créé Region. The modifications to the powers and responsibilities of the regional authority will enhance our ability to develop the orientations and activities required to specific objectives in our region.

The potential for flexibility within the programs will stimulate involvement by health personnel and the population at large. Therefore, Inuit people are requesting the power that the Ministry is ready to give to all regions but, more specifically, the budget necessary to make this power significant. It is time that the Regional Board of Health and Social Services be given the control over the budgets spent to do studies on the state of Inuit health and well being, their needs and service delivery. At this point in time, much money goes to the Southern establishments in Québec, Montreal, Val-d'Or, for services to the North without any control by our region.

We feel that our mandate in the community health and planning programs must be more clearly defined and financial resources made available to the Regional Council to assume these responsibilities and to establish the links or a contract or arrangements with the Community Health Department in order to do so.

Furthermore, it goes without saying - in our experience, it appears necessary to state it occasionally - that the Regional Board cannot assume its responsibilities without minimal budget allocation for the staff. At present, the Regional Board has six recognized positions, including a clerical one and a communication officer. We request the responsibilities and the means to assume them. Our concern for means to meet the needs of the population are even greater. If we find it necessary to stress the need for adequate staffing at the regional level, it is much more so in regard to the study of the needs of the population than to the delivery of the services.

While we must recognize that some efforts have been made at the Ministry, much has to be done. We often feel forgotten in the budget allocation process. Sometimes, we find out that the money is about to be distributed or has been distributed through all regions, and the Kativik Region is not included. Taking into account the characteristic of our region should not mean putting us aside from the allocation process, while doing long studies that bring nothing to

the region. We are pleased that our Minister of Health recognizes the time for the long studies is over and that it is time for decisions and action. We count on this attitude to receive the full recognition through the budget allocation process, a process that should still take into account our specific situation. In view of where we are at, in terms of planning and delivery of services, the expectations in terms of objectives and results should be different than those from other regions.

In matters relating to public health, the Regional Board must be in a position to assist the Kativik Regional Government which has the mandate for public health in our region, by providing professional expertise in matters relating to public hygiene and the prevention of disease and disability.

The Kativik Regional Board must be assigned specific funding for human resources development to provide basic and specialized training to Inuit, aside from human resources development programs established by the Government. This training is the prerequisite to effective participation by Inuit in all levels of delivery and development of health and social services.

We have a good example of what can be accomplished through the midwife program at the Hudson Bay establishment. As Inuit, we wish to establish that we agree generally with the modifications to the powers and responsibilities of the regional authority as provided for in the draft Bill. We anxiously await ratification of these powers and responsibilities. We have been prepared to take these for some time, as evidenced by our previous statements to the Government. Thank you.

Le Président (M. Joly): Okay. Thank you. Merci. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux. Oh! excusez! M. le ministre Côté, je pense, a l'intention de s'impliquer aussi, encore une fois.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Tout simplement, M. le Président, pour souhaiter la plus cordiale des bienvenues aux gens de la région Kativik. Évidemment, je ne peux pas le faire en anglais, parce que ma langue première est le français, puis ma seconde aussi. Alors, c'est la seule que je maîtrise très bien. Mais je tenais à souhaiter la plus cordiale des bienvenues à des gens d'une région que j'ai moi-même visitée comme ministre des Transports à l'été 1986 et vous dire qu'en faisant la lecture de votre présentation sur le plan de vos demandes, quant aux responsabilités qui me préoccupent à ce moment-ci, je les reçois avec beaucoup d'attention. J'ai même l'intention, au mois d'août, de m'y rendre, de telle sorte que

je puisse prendre connaissance des besoins chez vous afin de pouvoir prendre les meilleures décisions et les décisions les plus éclairées en allant moi-même sur place. Ça se fera au cours du mois d'août de l'été qui vient. Donc, c'était au moins cette communication.

Dans le but de sauver du temps et de laisser la place aux échanges, je vais demander à mon collègue, M. Sirros, de passer à la période des questions qui se fera en anglais, pour permettre de sauver un certain temps et de pouvoir vous questionner véritablement. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci. M. Sirros, M. le ministre délégué.
(10 h 30)

M. Sirros: Perhaps I could just, before getting to any questions, give you a brief summary of what the Minister just said. Basically, he regrets not to be able to continue the discussion with you in English; he said his first and second language was French. In that sense, he wanted to save some time and move on to getting into the question period now. I will be conducting the exchange perhaps in English, so that we can save that time. Also, he receives with a lot of interest the proposals you put forward and he will be looking at them attentively and, in addition, he will be able to come up to the region in August. He has been there before, back in 1986, as Minister of Transport, and he plans to come up again in August to be able to follow up on some of the requests that you put forward and exchange "sur place", on site, on those issues.

En gros, roughly...

M. Côté (Charlesbourg): C'est correct.

M. Sirros: C'est correct?

M. Côté (Charlesbourg): Je ne le parle pas, mais je le comprends.

Le Président (M. Joly): Approuvé.

M. Sirros: What I wanted to do was, perhaps... In fact, what I find very interesting is that your presentation, basically, supports fairly wholeheartedly the thrust of the reform which is to decentralize, to regionalize and to let the local communities take more active charge of their own health care system. And I was wondering if you might take this opportunity to just give us a brief... I was up there myself, last year, and we had the opportunity to visit and talk, but I was wondering if, for the benefit of the others, you might also just take the opportunity to give us what might be some of the more immediate priorities you would have in terms of attacking, more specifically in terms of "formation", the training of Inuit people, in terms of assuming positions within the health

care system, specific health problems that you might be looking at in terms of new decentralized powers that you might have. In other words, could you give us more of a picture of the situation that you feel you would be better able to deal with, given the kind of decentralized approach and by program, which would mean funding not by institution but by program, how that would be beneficial for you? I do not know if I am making myself clear, but...

Mme Epoo-York (Lizzie): (S'exprime dans sa langue).

Le Président (M. Joly): Could you speak...

M. Sirros: It is in Inuit.

Le Président (M. Joly): Oh! It is okay. That is why I could not understand.

Des voix: Ha, ha, hat

Mme Epoo-York: (S'exprime dans sa langue).

M. Wesishikut: (S'exprime dans sa langue).

M. Koneak (George): (S'exprime dans sa langue).

Mme Epoo-York: To the question that you raised, in terms of immediate needs, George answers that the experience we have with the Southern resources is that nurses, for example, come up North, remain in the region two to three years, and sometimes less, and then we have to go through the process of retraining for another resource person. So what we would like to see as a region is a training program set up for Inuit who would eventually take over. That is just an example. There are many other positions that are in the same position.

M. Koneak: (S'exprime dans sa langue).

Mme Epoo-York: And also, just to make sure that you understand clearly, most positions that we request for, they come as strictly salaries and benefits for the resource people from the South. There are never any extra funds to go with the position that could give room for training for a Native.

M. Sirros: So that your primary concern is more funds for training of Native people to get into the system. In terms of your request to have the same kind of powers as the regional authority, we have no difficulty in transferring that kind of situation to your context. In other words, once the reform comes into place, once the new laws are adopted, there would be no difficulty, from what we can see, especially since you are requesting it, that your "conseil régio-

nal" become a regional authority. What is particularly interesting in what you have now is the way that you form your Board, which is a little bit closer to what we want to see in terms of "imputabilité", people being responsible for decisions they take. All your people right now are elected representatives from municipalities, if I understand correctly. In other words, they first go through a process where they are chosen by the people from their municipalities and then they get chosen to be on the Board of what could eventually be the regional authority. And you would be willing to take on that responsibility in terms of wider powers, if I understand. Could you perhaps just elaborate a little bit on how it has worked out in the last few years?

Mme Epoo-York: We have had this system since 1979 and so far, it has been the best way to function. The only problem that we have with this is that we did not have the power. The power is there but you normally do not have... I mean, you cannot use your power if you do not have the decisions over budgets that are allocated for your region and that is basically what is missing in our region.

M. Sirros: I am sorry, I was distracted a little bit, but could you repeat just that last bit?

Mme Epoo-York: Yes, our structure has been there all the time. The problem is that the power is there, but you cannot use the power unless you have a budget to control. On top of that, at the regional office you do not have the support staff.

Une voix: Oui.

Mme Epoo-York: But it is always... The structure has always been there and in terms of the community, it is very good.

M. Sirros: Are you saying you have difficulty in exercising the authority that you do have vis-à-vis the institutions that give the services?

Mme Epoo-York: In fact, it is not so much the difficulty, but the shortage of staff, of human resources at the regional office. What we are doing is more like what you call double-edged work, trying to run the services making sure they are the best services possible and, at the same time, trying to plan for the region, with the region.

M. Sirros: If tomorrow morning you had the authority, the responsibility for deciding who gets what for what programs, what would be your priorities?

Mme Epoo-York: We would probably meet with the region and make recommendations to our Council, which is what we have been trying to do all along.

M. Sirros: You would meet with the region. And who would that include at this point?

Mme Epoo-York: Usually what we do is this. We have been setting up regional task forces from the establishments and our office and then, we make recommendations to our regional council and also to the Board of directors of the establishments.

M. Sirros: You can give us at this point what some of those priorities might be, in terms of health and...

Mme Epoo-York: Well. Our priority has been training; that is our biggest issue right now. But there again, training has been one of the areas that we have the most difficulty with because there are a lot of training needs at the internal level of the establishments as well as at the region.

M. Sirros: Does the population get actually involved and how, if they do? In other words, if something is not going right in terms of the services that they want, who do they speak to? Do they speak to their municipality, to the person that they send to the Regional Council? Is there an active dialogue going on between the population and the regional authority?

Mme Epoo-York: (S'exprime dans sa langue).

What they do, they will use their representative if there is an issue that they would like to bring which the Board member would have to take back to the establishment or go through the regional authority, depending on the subject.

M. Sirros: Okay.

Mme Epoo-York: But the issue is always brought to one of the two.

M. Sirros: What is the average time that people from the South will stay up there? You said two or three years for nurses. Is that true for other positions as well?

Mme Epoo-York: If we are lucky, an average of two years and sometimes less.

M. Sirros: So, that must make for some difficult management of the services?

Mme Epoo-York: Very much and very expensive. The same for physicians.

M. Sirros: Yes. Thank you.

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

M. Chevette: Merci, M. le Président. Bienvenue au Conseil. Je voudrais poser deux ou trois questions, mais en particulier sur la reconnaissance. La première question, c'est sur la reconnaissance de la région comme une région autonome et non pas une sous-région. Est-ce qu'ils ont eu des pourparlers avec le ministre ou le ministère? Et, si oui, où ça en est-il rendu?

(10 h 45)

M. Weetaluktuk: In regard to your question, we have in the past, in fact, attempted to bring the issue to the Ministry concerning our region. It has been brought to the Ministry and we know that we have distinct problems and concerns altogether different from Crée concerns. So, when we are included in 10-A as one region, that undermines that we are two distinct groups. We have our own problems in our region, some of which - how would I say? - are very real, like, for example, we have a young population and we went through a lot of changes real fast. That does cause social problems and health problems because when we are keeping up with the outside world, negative impacts are present as well.

M. Chevette: Je vais reprendre ma question parce que je voudrais avoir une réponse dans le sens que ce n'est pas uniquement dans le sens d'une région socio-sanitaire que vous voulez avoir la reconnaissance, mais vous voulez avoir la reconnaissance, si je comprends bien les explications, à moins que je n'aie mal interprété vos propos, d'une région dans le sens du développement complet économique, et non pas exclusivement la reconnaissance d'une région socio-sanitaire. C'est pour ça que je vous posais la première question parce que ça aurait pu être différent, la reconnaissance d'une région socio-sanitaire par rapport à la région économique.

Mme Tremblay: J'ai consulté la directrice générale. J'ai fait la traduction et, effectivement, ce n'est pas uniquement une demande de reconnaissance d'un statut distinct comme région socio-sanitaire, mais c'est dans l'ensemble de tous les secteurs d'activité incluant l'éducation, l'économie. Déjà, de par la structure du Conseil régional de la santé et des services sociaux, vous avez les conseillers régionaux du Conseil régional qui portent trois chapeaux - ils sont à la fois conseillers régionaux du développement économique, conseillers régionaux de la santé et des services sociaux et aussi, dans le domaine de la main-d'œuvre - c'est déjà implanté depuis le début de l'entente de la Baie James. Alors, ce

n'est pas seulement en termes de santé et de services sociaux, mais la directrice générale et le président du Conseil régional mentionnaient que ceci a déjà fait l'objet de demandes officielles par l'autre président, M. Tikilé Kleist, à ce moment-là, mais dans le domaine de la santé et des services sociaux spécifiquement.

M. Chevette: Vous vous déclarez heureux du fait qu'on veuille décentraliser les services de santé et les services sociaux. Est-ce que vous iriez Jusqu'à réclamer une décentralisation complète, totale, incluant les enveloppes d'argent administrées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec?

Mme Tremblay: On a répondu oui.

M. Chevette: Ils sont d'accord avec ça?

Mme Tremblay: Oui. Fermelement, oui.

M. Chevette: Fermelement. Qu'est-ce qu'ils pensent de la composition des conseils d'administration des nouvelles régies où on exclut les directeurs généraux? Est-ce que cela leur fait peur? J'en vois trois devant, là.

Mme Tremblay: Suite à votre question, à savoir comment on réagit, comment on voit ça, le fait qu'il n'y aurait pas de directeurs généraux membres de l'autorité régionale, Mme Epoo a répondu que, de toute façon, pour autant qu'ils soient concernés, actuellement, Us sont liés par l'entente de la Baie James où ils ont une structure spécifique et ce n'est pas actuellement la priorité de changer la composition. Ils se sentent assez confortables pour le moment de fonctionner comme ils fonctionnent de par la structure, parce que ça amènerait d'énormes changements au niveau de la Convention de la Baie James. Je pense que, dans les nouvelles orientations, on dit qu'il y a beaucoup d'autres priorités parce que ce n'est pas...

M. Chevette: De toute façon, j'avais demandé au ministre si ça pouvait faire l'objet d'une analyse différente ou d'un article différent. Il a dit qu'il n'y avait pas de problème. Effectivement, d'autant plus que ce qui me frappait, c'est que déjà votre groupe était imputable, ce sont des élus, de sorte que la notion d'imputabilité n'est pas ailleurs, vous l'avez chez vous. Et c'est ce qu'on recherchait au niveau de la législation, de sorte que ça termine mes questions en ce qui me concerne.

M. le député de Oupiessis.

Le Président (M. Joly): D'Ungava.

M. Chevette: D'Ungava, excusez, je ne voulais pas l'insulter. Le député d'Ungava a

quelques questions à poser.

Le Président (M. Joly): Merci. Allez, M. le député.

M. Claveau: Je vous remercie, M. le Président. D'abord, ça me fait plaisir de vous recevoir ici en commission parlementaire. Je pense qu'on n'a jamais suffisamment d'opportunités que des gens du Grand-Nord et du Nord québécois puissent venir expliquer en commission quels sont les problèmes vécus là-bas, comment ça marche, comme c'est difficile de s'entendre et jusqu'à quel point les structures gouvernementales sont souvent tout à fait inaptes, tout à fait inapplicables. Les structures globales pour l'ensemble du Québec sont inapplicables dans des conditions nordiques. Alors, je suis convaincu que votre présentation d'aujourd'hui va sûrement aider le gouvernement à s'ouvrir les yeux pour essayer de mettre en place les mécaniques qui vont être le plus proche des réalités de la région.

Je voudrais tout simplement vous poser une question par rapport au problème de la régionalisation. Vous n'êtes pas sans savoir et vous avez participé, pour bon nombre d'entre vous, au référendum qui a eu lieu le printemps dernier sur l'élection d'un groupe pour la mise en place d'un gouvernement régional ou d'une structure administrative régionale. J'aimerais savoir si la mise en place de ce gouvernement régional, avec tout ce que ça implique, pourrait, en ce qui concerne le CRSSS Kativik, aider à avoir une approche beaucoup plus sensible et des priorités, des investissements beaucoup plus près des problèmes que vous vivez régulièrement. En d'autres mots, est-ce qu'il serait souhaitable pour vous, en tant qu'intervenants dans le milieu de la santé, d'avoir à traiter ou à discuter de vos budgets, des interventions à faire avec un palier de gouvernement régional pour la région de Nunavik au lieu de venir directement négocier avec le ministère à Québec?

M. Weetaluktuk: The question concerning the self-government issue, more and more we see that the different Ministries are bringing it up. But despite that fact, you have to go on. We are assuming that nothing ever happens. But our life has to go on, as Kativik CRSSS we still have to do this work concerned with health and we think that one day, if self-government comes along, that would be great. But, today, life goes on and our work has to continue. So, we are not really concerned about it.

(S'exprime dans sa langue).

Mme Epoo-York: Just to make sure that it is clear, the answer, it is very difficult for the Regional Board to think about self-government at this point in time, because there are a lot of programs that we would like to get into now,

than to think about what we are going to do for a self-government. Besides, we are already a regional office and it is probably towards the same goal. And we are only preparing for the future self-government anyway. In other words, if it should ever take over, we would be more ready. In fact, we are preparing for that, if it should ever happen.

Mme Tremblay: Pour répondre à la question, M. le président a dit qu'il y a beaucoup de programmes... Il y a beaucoup de ministères qui, déjà, ont commencé des transferts de programmes à l'intérieur de la région. C'est déjà commencé. Mais il parle quand même de la vie qui continue. Il ne peut penser tout de suite à ce qui va arriver avec le gouvernement autonome, mais il dit que ça continue.

La directrice générale, Mme Epoo, voulait clarifier, préciser un peu la réponse. Elle a dit que le conseil régional actuellement demande, justement, de prendre en charge les programmes, les budgets au niveau régional. Il y a déjà une instance régionale en santé et services sociaux et elle dit que les étapes vers la régionalisation et la centralisation dans l'esprit des orientations sont une préparation pour s'intégrer à la démarche de l'implantation d'un gouvernement régional. Elle dit que c'est très important de se préparer à s'inscrire dans le cadre de l'instance régionale de gouvernement régional.

M. Claveau: En ce qui me concerne, je vous remercie de la réponse. Je crois que ça va dans l'esprit de l'ensemble des orientations des groupes qui travaillent sur le territoire de Nunavik. Je n'ai pas d'autre question à vous poser pour le moment. C'est en vous offrant toute ma collaboration pour qu'on arrive à faire en sorte que le gouvernement aille dans le sens de vos revendications que, personnellement, je vous remercie de votre présence ici aujourd'hui.

(11 heures)

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député d'Ungava.

M. Côté (Charlesbourg): Je vous remercie pour votre participation. Elle est très utile en ce sens que vous faites deux démonstrations qui m'apparaissent très évidentes. La première, de la possibilité d'implanter des pouvoirs régionaux qui jouissent de l'imputabilité, et ça m'apparaît un exemple assez probant chez vous.

Deuxièmement, la leçon qui nous est faite, c'est que nul mieux que des gens des régions ne peut planifier et déterminer des priorités dont les gens de la région ont besoin, davantage que le pouvoir central ne peut le faire. Ce sont les deux grandes leçons que je tire de la déposition de ce matin, et je veux vous en remercier. Ça m'apparaît très évident et ce sera définitivement très heureux pour nous comme guide pour le fu-

tur. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci bien. Oui, M. le ministre.

M. Sirros: I also just wanted to thank you again for your presentation. It has been interesting every time we have the opportunity to exchange on your particular situation, as the Minister said. I think...

Une voix:...

M. Sirros: I think I missed it. Une chose à la fois.

Mme Tremblay: J'ai juste traduit ce que le ministre avait dit.

Le Président (M. Joly): Parfait! M. le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux avait quelque chose à ajouter.

M. Sirros: Just in closing, on my part, I also wanted to thank you for your presentation. It has been interesting every time we have the opportunity to exchange on the particularities of the region. I know that there are special problems in the region that a lot of people up there are trying very hard and are working very hard to solve. I want to assure you that you will find support and collaboration over here. I am sure we will have the opportunity, in the future, to pick up on some of the things we have started here, as well as during the visit that I had there last year and the visit that the Minister will be making in August. Thank you.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Maintenant, au nom des membres de cette commission, il me fait plaisir, moi aussi, de vous remercier. Merci beaucoup.

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

Je demanderais maintenant aux gens représentant le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, s'il vous plaît, de bien vouloir prendre place.

Bonjour et bienvenue à cette commission. J'apprécierais que la personne responsable ou porte-parole du groupe puisse s'identifier et identifier les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

M. Ryan (John): M. le Président, M. le ministre, membres de cette commission, permettez-moi de me présenter. Je suis John Ryan, directeur de liaison pour le Grand Conseil des cris, à Québec. J'accompagne ici M. Steven Bearskin, qui est le directeur général du service de santé cri; M. Roméo Saganash, qui est adjoint

au grand chef Matthew Coon-Come du Grand Conseil des cris du Québec; M. Michel Normand, qui est le directeur régional du centre hospitalier de Chisasibi ainsi que M. Lawrence Potter, qui est le responsable de la finance pour le Conseil cri de la santé.

La présentation sera faite par M. Steven Bearskin, et nous tenons à vous remercier de nous avoir donné cette opportunité de nous présenter devant vous aujourd'hui.

Le Président (M. Joly): Vous avez aussi une dame qui vous accompagne.

Une voix: Une traductrice. La même que tantôt

Le Président (M. Joly): Parfait! Merci.

M. Chevrette: On n'a pas entendu le son de sa voix, on va...

Le Président (M. Joly): Mme France Hurty, c'est ça? Merci. Alors, vous avez une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire et, par après, les membres de cette commission se réservent le loisir de vous poser des questions. Merci.

M. Bearskin (Steven): Mr. Minister, Mr. Chairman, members of the National Assembly, the Cree Board of Health and Social Services of James Bay thanks you for the opportunity which this Parliamentary Committee gives to present comments and recommendations respecting certain principles contained in the draft Bill Respecting Health Services and Social Services. We take this opportunity to give you certain comments with respect to the James Bay and Northern Québec Agreement.

We have already expressed our needs respecting health and social services as well as our particular operations to the Rochon Commission. We have also analysed the document entitled "Improving Health and Well-Being in Québec Orientations" taking into account the particular context of our organization and our milieu.

In our view, neither the letter, nor the spirit nor the objectives of Section 14 of the Agreement have been respected. In this respect, our position is the same as that of the James Bay Crees that Québec has not respected several important provisions of the Agreement.

It should be stressed that Québec cannot unilaterally amend the Agreement or any law relating to Section 14 without the consent of the James Bay Crees. Consequently, the comments which follow must be read in this context.

In effect, we request that a special Québec-Cree Negotiating Committee be established in order to study which amendments to the Agreement, Section 14, and the Act are desirable. This

committee should function within the framework of the central table of discussions established by Québec and by the Crees in regard to the implementation of the Agreement. This table should also deal with numerous problems which have resulted from an inadequate implementation by Québec of Section 14 of the Agreement. Even the original provisions of the Act Respecting Health Services and Social Services were not in conformity with Cree rights under the Agreement. Legal proceedings in this regard are still pending. The time has come to correct the situation.

The Parliamentary Committee on this draft Bill is a good place to suggest certain recommendations which we find useful to attain the objectives of respect for our particular situation and our needs, respect for the Agreement and respect for the principles in this draft Bill.

Before turning to our recommendations and suggestions in regard to certain principles contained in the draft Bill, we think that it is necessary to recall the particular history of the Agreement and the role and present responsibilities of the Cree Health Board for the benefit of the members of this committee.

1. The Cree Health Board and Social Services of James Bay was established by the James Bay and Northern Québec Agreement in 1975. By order in council (1978), our organization obtained the powers of a regional council as well as responsibilities relating to the provision of services on the territory of the Council.

The Cree Health Board serves a Native population of approximately 10 000 Crees North of the 49th parallel and the territory which it serves is known by the general Québec population as being James Bay.

Section 14 of the James Bay and Northern Québec Agreement provided for multipurpose functions and mandates for the Cree Health Board and thereby made it a unique creature. Its Board of Directors has the power to establish and maintain four kinds of existing structures: a hospital centre, a social service centre, a reception centre and a local community service centre. It is responsible for the administration of all centres existing in the territory. Section 14 defines legally the nature of these and how they are to function.

The following are the most striking paragraphs and I will not read all of them. There are sections 14. 0. 1, 14. 0. 2, 14. 0. 3, 14. 0. 4, 14. 0. 6, 14. 0. 19 and a, b, c of that section, sections 14. 0. 22 and 14. 0. 29.

2. We will now examine the objectives as well as the orientations of the Cree Health Board by reference to those particular paragraphs of Section 14 which explain the statutory constitution of the Cree Health Board.

The principal objective of the Cree Health Board is in improving the state of health in the population of Region 10B. the social milieu

thereof, and the social conditions of individuals, families and groups. In effect, the Board ensures the planning, administration, implementation and evaluation of programs for health services, social services and community services. It goes without saying that the population contemplated consists basically of James Bay Crees.

Taking into account as much as possible government policy and in a spirit of cooperation, the Cree Health Board must ensure that the services rendered are continuous, accessible and adapted to the needs of the population and the requirements of the milieu. However, there must be necessary financial resources for this purpose.

The present Act defines certain precise functions relating to health and social services furnished by our Council. Thus, it must:

a) encourage the participation of the population in defining its needs in regard to and in the administration of health and community service centres;

b) ensure sustained communication between the public, the Minister and such establishments;

c) prepare programs to develop and operate services provided by the centres under its responsibility;

d) promote a range of services and their implementation in such a way as to provide a better distribution of services in the region;

e) promote more Native participation in the structures through sustained training programs;

f) send to the Minister at least once a year its recommendations to ensure adequate apportionment in its territory of the resources devoted to health services and social services, and

g) carry out, within its territory, any other functions entrusted to it by the Government relating to the administration and the implementation of health and social services programs.

3. Regionalism. The Cree Health Board endorses the principle of regionalism as set out in the document on governmental orientations in the matter of health reform.

As we pointed out during the visits of Mme Thérèse Lavoie-Roux in our area in 1988, the Agreement allowed for the creation of a multi-functional integrated organization for health and social services, with a unique Board of Directors responsible for the administration of such services for the whole region. This principle which is now proposed by the Department has been practised in our region since the creation of the Cree Health Board. Our council actually has legal powers which have allowed for this principle to become a reality.

Consequently, the Cree Health Board is in favour of the principle contemplated by Section 234 of the draft Bill in regard to the establishment for each region of a regional health and social services board. In this sense, the Cree Health Board is of the view that it should have all the powers of such a regional health and

social services board. The negotiating committee which we have suggested should study how to attain this objective while at the same time respecting the spirit and letter of the Agreement.

Any change to the status of the Cree Health Board cannot jeopardize in any way the powers of the Board as defined in the James Bay and Northern Québec Agreement. To the extent that these can be made applicable, our Board should have the types of administrative and financial responsibilities and the financial resources contemplated by the Bill for regional health and social services boards and should also have the responsibilities for the coordination of services, as well as the functions and powers with respect to the population which are also contemplated by the draft Bill for regional boards. However, these must take into account Cree society and the principles in the James Bay and Northern Québec Agreement.

4. The present composition of our Board of Directors, in conformity with the Act Respecting Health Services and Social Services (Section 54), is representative of the milieu. This is done through the election of a Cree representative from each of the distinct Cree communities, a representative of the Cree Regional Authority, a representative of the Community Health Department of the Montreal General Hospital, three representatives of the clinical staff and a representative of the nonclinical staff, and finally the Director General of the establishment.

The composition of the future Cree Health Board should be basically the same as that which presently exists. It could have other representatives of the Cree milieu in function of its needs (example: the Cree School Board). The number of representatives of the nonclinical and clinical staff presents certain difficulties with respect to our responsibilities in the furnishing of health services and social services. Because we are a multipurpose centre, the importance which must be given to different elements requires professional support for the Board of Directors in order to provide for more comprehensive and efficient management. In this regard, we are examining a formula whereby professional and nonprofessional representatives could ex officio become members of the Board of Directors as support for the elected members. The draft Bill mentions the appointment by the Minister of one or two representatives on the Board according to the type of the organization involved, that is either the Regional Board or the Centre. We consider that the Cree nation can adequately fulfill this function. What is perhaps required is to increase the number of representatives appointed by the Cree Regional Authority.

The Cree Health Board cannot proceed with the election of members of the Board of Directors without the final approval of the Minister. We believe that this present restriction should be

removed. The Crees are more than able to handle their own affairs.

(11 h 15)

5. We would recall to members of the Committee that the present operating permit of the Cree Health Board allows our Board to maintain the four types of establishments contemplated by the present legislation: a) a hospital centre; b) a social service centre; c) a local community centre; d) a reception centre.

Moreover, the Cree Health Board has assumed all the powers, functions and responsibilities of a regional health and social services board, with the exception of the handling of complaints of beneficiaries and the supervising of its own ejections with respect to the members of the Board of Directors.

The draft Bill proposes a reorganization of certain responsibilities and roles of establishments: a) a local community service centre; b) a hospital centre; c) a social service centre; d) a residential and extended care centre; e) a rehabilitation centre.

Because of its powers and responsibilities in the James Bay and Northern Québec Agreement, the Cree Health Board recommends that its operating permit should allow it to maintain these five different types of establishments.

In accordance with Section 32 of the draft Bill, our hospital should be considered a general and specialized hospital.

In accordance with an agreement signed twelve years ago, the Community Health Department of the Montreal General Hospital has responsibility at the present time in our territory for the responsibilities mentioned in the legislation relating to the protection of public health and community health.

In the light of Section 130 of the draft Bill, the Cree Board is of the view that Region 10B favours the creation of a community health department under the jurisdiction of the Cree Health Board. We believe that the spirit of the draft Bill as well as the orientation of the Department are to the effect that each health and social services region should have at least one public health department on its territory in order to make the services accessible and efficient for the population which is served. This does not prevent maintaining certain links with the Montreal General Hospital.

Subsequent upon the revision of our operating permit, we believe that the range of the health and social services provided by our Board are such that the relations with the different branches of the Department of Social Affairs should be changed.

In effect, our administrative and budgetary links with the Department come under the responsibility of the branch of "Prévention et services communautaires" (organigram of the Department). Our present and future operating permit contemplates services which fall under

hospital services, community health services, rehabilitation services or residential or extended care services.

Consequently, we recommend operational and functional accessibility to the following branches: a) prévention et services communautaires; b) recouvrement de la santé; c) réadaptation et services de longue durée.

6. Under paragraph 14. 0. 19 b) of Section 14 of the James Bay and Northern Québec Agreement, the Cree Health Board must take measures to provide employment opportunities for Crees and to provide special training which will allow them to efficiently provide health and social services to the population.

The Agreement clearly provides in this paragraph that Québec (the Government of Québec) is bound by this obligation and must furnish the necessary budgets to make this objective a reality. Sections 123 to 126 of the draft Bill acknowledge this principle because each public institution must prepare an annual plan of action for staff development. This plan requires financial and material resources to be implemented.

The Cree Health Board recommends that the Minister take the necessary measures in order to carry out the ministerial obligation of furnishing financial resources to the Cree Health Board for the training of the Native People who work for it.

7. Taking into account the present and future powers of the Council as well as the fact that our organization is also a multifunctional public institution, the position of Director General should reflect Sections 92 to 99, 274 and 275 of the draft Bill.

The Cree Health Board therefore recommends that the Director General be given increased powers.

8. Section 398 of the draft Bill. Section 398 of the draft Bill seems to make the present provisions of the Act Respecting Health Services and Social Services continue to apply in regard to Region 10B as described in the Agreement. This is possibly an attempt to respect the letter and spirit of the Agreement which requires Cree consent to any amendment to Section 14 or to related legislation. The application of 398 would create many legal ambiguities. It is urgent that the negotiating table specifically examine the possibility of special legislation for the Crees in the areas of health and social services.

9. Recommendations. Consistent with Section 14 of the James Bay and Northern Québec Agreement, taking into account the necessity of respecting Cree rights, respecting the spirit of the reform of health and social services, taking into account the objectives found in the draft Bill, ensuring the respect for the particular features of our organization and our milieu, maintaining our primary responsibilities towards our beneficiaries and the

general population, the Cree Board of Health and Social Services of James Bay proposes to the Minister the following recommendations:

Recommendation 1: That a table of discussions between the Department of Health and Social Services and the Cree Board of Health and Social Services be created in the framework of the negotiations between the Government of Québec and the James Bay Crees with regard to the implementation of the James Bay and Northern Québec Agreement. This table should review, among other things, the opportunity of conferring upon the Board all the powers of a regional health and social services board which takes into account Cree society and the principles of the Agreement.

Recommendation 2. That the composition of the Board of Directors represent the milieu and the multifunctional structure of its organization by the election of members from the Cree communities, Cree organizations and representatives of the clinical and nonclinical staff.

Recommendation 3: That the negotiating table between the Crees and Québec study the possibility of increasing the number of representatives appointed by the Cree Regional Authority.

Recommendation 4: That the supervision of elections of the members of the Board of Directors be removed from the responsibility of the Minister and be entrusted to the Cree Nation.

Recommendation 5: That the Cree Health Board assume and maintain the following institutions as authorized by its operating permit: a local community service centre, a hospital, a social services centre, a residential and extended care centre and a rehabilitation centre.

Recommendation 6: That the class to which our hospital would belong would be that of a general and specialized hospital.

Recommendation 7: That a Cree Community Health Department be established in our region.

Recommendation 8: That the Cree Health Board be the administrative and operational link with the following branches of the Department: "Prévention et services communautaires, recouvrement de la santé et réadaptation et services de longue durée."

Recommendation 9: That the Minister, as specified in Section 14 of the James Bay and Northern Québec Agreement, furnish the necessary finances for the training of Native people and for greater Native participation in the structures of the Board and that the Minister also furnish to the Board the finances contemplated in Section 14 of the Agreement.

Recommendation 10: That the Director General of the Cree Health Board have increased powers.

Recommendation 11: That special legislation which respects Section 14 of the Agreement be adopted for the Crees in the areas of health and

social services.

Conclusion. Mr. Minister, we believe that these recommendations are consistent with the spirit of the proposed reform and also respect the Agreement which was signed in good faith between your Government and the Grand Council of the Crees of Québec almost fifteen years ago. Our organization wishes to be a true partner in the implementation of this reform and hopes that it will be possible to obtain several of the objectives of the draft Bill in order to improve the health and well-being of our population. We hope that these recommendations will be favourably received by you and that the implementation of these recommendations will guarantee a better future.

We wish to stress that the James Bay Crees, through the Grand Council of the Crees of Québec and the Cree Regional Authority, also have to consent to any amendment to Section 14 of the James Bay and Northern Québec Agreement and related legislation.

Once more, Mr. Minister, we thank you for the opportunity which has been given to us to comment upon the draft Bill and to suggest to you the orientations which we consider as essential for the development of our organization, the improvement of the well-being of the population of Region 10B and the well-being of the Cree society. Thank you.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je veux vous dire que nous sommes très heureux de vous accueillir, ce matin, pour nous faire part des points spécifiques qui vous concernent et vous dire aussi qu'au début du mois d'août je ferai aussi, dans mon même voyage, une visite des communautés crie, que nous organiserons avec vous-mêmes, puisque j'ai déjà eu le plaisir d'aller à Mistassini, au cours de l'été dernier. C'est un très beau coin, très bien organisé, très bien structuré. C'est une communauté assez extraordinaire. J'aurai donc le plaisir d'aller rencontrer les gens là-bas et de prendre connaissance des problématiques que vous soulevez dans votre mémoire. Au préalable, j'aurai rencontré, d'ici à deux semaines, le grand chef qui souhaite une rencontre depuis un certain temps. Nous réglerons donc cette question au cours des deux prochaines semaines, avec grand plaisir.

Pour ne pas retarder indûment le temps de cette commission, je laisserai à mon collègue, M. Sirros, le soin de poser les questions que j'aurais voulu moi-même poser, mais évitant la traduction pour qu'elles puissent être posées directement en anglais. Merci bien.

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

délégué. M. Sirros.

M. Sirros: Merci, M. le Président. This also gives me, perhaps, the opportunity to welcome you as well. To pursue the same line of questioning, perhaps, as I did earlier with the Inuit, in terms of the percentage of your professional and nonprofessional staff... Let us start with the professional staff; what percentage working with the population directly is Cree?

M. Bearskin: We have approximately, during the course of the year, a total staff of about 296 taking into consideration the part-time, everybody, and about 60 % of these are Cree.

M. Sirros: 60 %?

M. Bearskin: 60 %.

M. Sirros: Which...

M. Bearskin: 40 % are comprised mostly of non-Native personnel coming from the South, and those positions are mostly filled by professionals.

M. Sirros: Am I correct to say that it is probably a higher percentage than most other Native peoples? It is certainly higher than the Inuit.

M. Bearskin: I do not know. There are not many organizations to compare with, except the Inuit, of course.

M. Sirros: And that has been achieved over what period of time? I suspect you still have targets to bring it up higher.

M. Bearskin: Oh yes. Our objective, of course, is to make it 100 % Cree, eventually, in the future and we have been insistent for about fifteen years now. I could not really tell you, at this point, how the numbers have changed over the years, but it is slow and certainly yes, it is one of our objectives as to...

M. Sirros: Your 296 that you gave me earlier, that includes everybody?

M. Bearskin: That includes everybody.

M. Sirros: Can you break that down in terms of clinical and nonclinical staff?

M. Bearskin: I can tell you right now. We have twelve doctors who operate in the territory. We have six dentists.

M. Sirros: What I want to get at is if you break it down in terms of clinical and nonclinical staff...

M. Bearskin: Okay.

M. Sirros:... and you look at the percentage of indigenous or Native people occupying those positions, what are the proportions in terms of professional and nonprofessional or clinical and nonclinical staff? Where are your priorities?

M. Bearskin: That is exactly what I was leading up to. I was giving you these numbers. There are close to 50 nurses in the territory and our total management staff is about 28 people in the territory. Within the entire doctors, there is not a single Native person within the nursing staff. We had one Cree but she is off taking additional courses right now. So, it is zip at that level right now. At the management level, it is a little bit different. It is about, maybe, at least 25 % Cree at the senior middle management level.

M. Sirros: At the senior middle management level, 25 % Cree.

M. Bearskin: Yes.

M. Sirros: What you call zip...

M. Bearskin: I mean it is no Cree doctor, no Cree nurse, no Cree dentist at this point in time.

M. Sirros: Okay. Have you got any specific programs set up to...

M. Bearskin: Do we ever! There is a mass of documents that were tabled before the Ministry two years ago and it is basically the answer. Every sector within our operation wants to "nativize" the services. Yes, we have those in plan and we have also worked with other institutions in the province. We are improving the situation. I think we will. I can tell you right now that there are presently ten Cree students at John-Abbott who are in the nursing program and we hope that they will enter the field within the next two years or so.

M. Sirros: In the document 'Orientations', there is an approach set up there that targets some health goals. There are 20, I think, that are listed there. Do those correspond to your own health goals and if not, what would be some of your health priorities under your jurisdiction?

(11 h 30)

M. Bearskin: Presently, personally we are quite satisfied in terms of the medical treatment the people get in the territory with respect to the professionals we have.

We have a course monitored on the evolution of the Crees and some of the problems encountered within the last 15 years, and they

have been drastic, really. One of the serious problems we are seeing right now is the effect of alcohol and drug abuse in the territory and that touches just about everybody in the territory. That is a social...

M. Sirros: The effect of?

M. Bearskin: The effects of alcohol and drug abuse in the territory.

M. Sirros: Okay.

M. Bearskin: That is one of the most serious things that are occurring in the territory right now. I know that over the last 15 years, the efforts have been geared towards the establishing of medical and social services in the territory, but the phenomenon of the use of alcohol and drugs is quite serious right now and those are the things that need to be addressed, you know.

M. Sirros: That would be what you would identify as the number one problem, in a sense.

M. Bearskin: Presently, yes.

M. Sirros: Okay.

M. Bearskin: And there are some alarming statistics, of course, that just came out very recently, in terms of diabetes increase in the territory. The most recent study was done last summer. So, those are very alarming numbers that we have too.

M. Sirros: You want to maintain the representation of clinical staff and nonclinical staff on the Board of the Regional Authority.

M. Bearskin: Yes.

M. Sirros: You make a series of recommendations and most of them, I think I can agree with you, are in the spirit of the reform. In fact, your region, as those who went before you, is probably already operating in the way that we would hope the rest of the regions could benefit from some of the things you put forward.

In your second recommendation, you want to maintain representation of clinical and nonclinical staff on the Board of your Regional Authority. Can you elaborate on that a bit?

M. Bearskin: Yes. I said that we have been in existence for about 15 years now. Our experience is, yes, we have a good representation at the community level. Basically, the health area, from our point, is a highly specialized field and if we are to manage our sector properly, we need the input of the people who work right within the centres to assist the Board because,

basically, this whole regime of this Board is new to us and we need their expertise to advise certainly ourselves, who do not know much.

M. Sirros: You see them as participating fully, as full members of the Board, with voting power, all that, instead of...

M. Bearskin: Pardon?

M. Sirros: You see them as being full Board members instead of perhaps having some role as consultants or...

M. Bearskin: Yes, we use the term... We do not want a big board, but we would certainly like to see them there. I do not know if they should have voting rights or just be advisors to the Board itself.

ML Sirros: What would you prefer?

M. Bearskin: I have not decided yet, but we need them right now at this point in time.

M. Sirros: You need the professional input, you need the input of the technical or the professional nature that allows you to make decisions.

M. Bearskin: Yes.

M. Sirros: Okay. I am asking that because the basic principle behind the notion of decentralizing is to put the power sort of squarely back or squarely into the hands of the people who are most directly concerned by it, which are the citizens. In this case, it would be the Crees, in that sense.

M. Bearskin: Yes. I think we already have that because there is representation from the community levels on our Board. What I am also suggesting is maybe some other important entities, like the school board, which has a huge student population... They have some responsibilities, we have some joint responsibilities with them. Maybe they should sit on our Board too, because they have a large youth population on the territory. These are types of suggestions that we are making right now. And I think one of the other things that we see in the communities now too is also that our local health communities seem to be setting up again and beginning to work with their local representatives. We are encouraging that, of course, and I think the means are already there to have the population participate as much as possible within our structure.

M. Sirros: I will perhaps let the Opposition get in a few questions and maybe I can come back a little later. Thank you.

Le Président (M. Joly): Merci, le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, critique de l'Opposition en matière d'affaires sociales, M. Trudel.

M. Trudel: Merci beaucoup, M. le Président. C'est avec un très grand plaisir aussi, du côté de l'Opposition, que nous accueillons les représentants de la communauté crie au niveau de l'organisation des services de santé et des services sociaux. Et tout comme la présentation qui nous a été faite, il y a quelques minutes, par l'autre communauté autochtone qui vit sur ce grand territoire du Nord du Québec, nous nous apercevons, à la lumière de la présentation que vous nous faites, qu'il y a déjà un bon nombre de leçons que vous pouvez indiquer - pour utiliser le langage courant des gens du Sud - quant aux modes d'organisation des services sociaux et des services de santé au Québec.

Alors, il faut bien se rendre compte que la façon dont est organisée la dispensation de services, depuis un bon nombre d'années, à l'intérieur des communautés cries, ça correspond, pour bien des parties, à la façon dont l'avant-projet de loi nous présente les choses en termes d'organisation de ces services et de la complémentarité, entre autres, recherchée au niveau des services à donner aux bénéficiaires. Vous la vivez déjà, cette façon de dispenser ces services depuis un bon nombre d'années, bien sûr, dans un contexte particulier et aussi avec des difficultés particulières, compte tenu de la nature du territoire.

Nous avons reçu, évidemment, avec une grande attention les recommandations à la fin de votre document. Et, de notre côté, nous sommes particulièrement intéressés par toute la question non pas de la composition, dans un premier temps, mais de la formation des instances régionales ou des conseils d'administration des instances régionales.

L'avant-projet de loi, grosso modo, prévoit un collège électoral qui, suivant un bon nombre de modalités, va permettre de désigner les membres qui vont composer le conseil d'administration de la future régie régionale. Nous pensons... Nous nous sommes beaucoup questionnés à cette commission sur toute la notion d'imputabilité de la responsabilité qui serait confiée éventuellement à des instances dans chaque région du Québec et aussi à des personnes, bien sûr, qui vont administrer à l'intérieur de ces instances la question de l'imputabilité, puisque le ministre a dit...

Alors, la question est la suivante. En particulier, je suis un peu étonné de la recommandation 4.

M. Chevette: Il dit: Parie-moi en anglais.

Ha, ha, ha! ...ils traduisent.

M. Trudel: On va faire la traduction. La recommandation 4. Vous avez déjà un mode d'élection de chacun des représentants au conseil d'administration de vos services. Vous voulez maintenir l'ombre du ministre pour surveiller le processus. Pourquoi?

M. Chevette: Ça, ça se traduit assez vite.

M. Trudel: There must be a problem of translation because, in French, of course, here, we have, at the recommendation number four, that you want to maintain the permission of the Minister to go to the election and to supervise the process of the election for the members of the Board. Is it an error in the translation? You do not want to maintain the permission of the Minister, do you?

M. Bearskin: No. We would like to supervise our own elections, you know. There are forms, I think that can be allowed. We have a returning officer under the Crée Regional Authority... These are the type of things we were talking about. Sometimes, these are rather slow, and we need members of the Board fast, you know. It is a simple thing. I think we are responsible enough to carry out our own elections. We also leave the provision, of course, that complaints can be made to the Minister, if somebody wants to contest or something; it is there.

M. Trudel: We have been astonished by this recommendation, at least in the French version of this recommendation, so now it will be very clear for the Minister.

I think you also have another problem of translation - I hope. On page 12 of the French version of the paper, you have a recommendation for the Minister to set up a working group about the redaction of the future law, particularly in relation with Article 398, about the special law that we will need for the organization of social and health services for your community. In the text of your paper, you say that you want to have a working group to set up the law with the Minister, and in your recommendation on page 12, you say that you want to have this group to assure the application of the law. So do you want this committee to set up the law or its application?

M. Bearskin: Both, basically.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bearskin: What we are saying is basically the provisions for health and social services for the Crée communities come directly from the James Bay and Northern Québec Agreement, besides the other Section 14. What we are saying

is when the Act itself was amended - I believe it was in 1978 - to implement Section 14, not all the provisions were placed in the Act itself, and we want to use this form that has already been established to consider all these provisions.

M. Trudel: It was a recommendation to have a very close collaboration in the preparation of this part of the law. I think the Minister will take note about your recommendation. I hope so. Do you have any comments?

M. Bearskin: We have always been consistent that the Agreement has not been followed especially in certain provisions of section 14, and that is what we suggest that we discuss. If there is any amendment to the law itself respecting health and social services, then we have to be part of it.

M. Trudel: I think that the Deputy for Ungava has also some questions to ask you. Thank you for your answers.

Le Président (M. Joly): M. le député.

M. Claveau: Merci, M. le Président. Il me fait plaisir de me joindre à la commission pour recevoir les représentations du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et pour saluer votre présence ici parmi nous. Je suis aussi très heureux d'apprendre que le ministre de la Santé et des Services sociaux se prépare à faire une tournée, au mois d'août, pour visiter, entre autres, des installations cri sur le territoire. Ça lui permettra sûrement, entre autres, de vérifier l'état d'avancement de l'asphaltage de la route du lac Mistassini qui a été promis dans les conditions qu'on connaît et qui serait une très grande amélioration.

Le Président (M. Joly): M. le député, je m'excuse. Si vous voulez conserver votre droit de parole, il faut quand même demeurer pertinent dans le débat. C'est la raison pour laquelle on est ici aujourd'hui.

M. Claveau: J'allais dire...

Le Président (M. Joly): J'espère que vous êtes capable de retenir ça. S'il vous plaît! Ici, c'est sérieux.

(11 h 45)

M. Claveau: J'allais dire, M. le Président, qu'effectivement, c'est ce genre d'infrastructures qui sont très importantes pour pouvoir donner de bons services de santé et des services sociaux en général.

Cela étant dit, je vois que, tout au long de votre texte, transpire la préoccupation de la concordance entre la loi, qui est actuellement au niveau de l'avant-projet, et l'application du chapitre 14 de la Convention de la Baie James.

Moi, j'aimerais vous entendre parler plus spécifiquement là-dessus, à savoir où sont vos préoccupations principales concernant des possibilités de mésentente ou de divergence entre l'avant-projet de loi qu'on a sur la table et le respect intégral, dans l'esprit et dans la lettre, comme vous le dites, du chapitre 14 de la Convention de la Baie James.

M. Saganash (Roméo): Si je peux vous répondre, M. Claveau. Vous avez sans doute remarqué dans nos recommandations que nous avons proposé un comité conjoint composé des membres du gouvernement et des Cris. Une des raisons pour lesquelles on a proposé ça, c'est que nous voulons que les dispositions de la Convention de la Baie James soient vraiment respectées. Une des façons dont on peut le faire, c'est via ce comité-là que nous pensons doit être établi. D'autre part, nous pensons que, s'il y a discordance entre ce qui est proposé par le projet de loi et les dispositions de la Convention de la Baie James, c'est ce comité-là qui doit finalement en décider. Je veux juste retrouver la recommandation.

Un des points que je voulais soulever aussi, c'est qu'on propose, via la recommandation 11, qu'une loi spéciale soit établie pour les fins de nos préoccupations. Je pense qu'on peut tirer un bon exemple de la Loi sur la qualité de l'environnement, par exemple, où on prévoit un chapitre spécial concernant la région de la Baie James. On ne voit pas pourquoi, dans ce cas-ci, on ne pourrait pas faire la même chose.

M. Claveau: Je comprends l'importance du comité en question mais, au moment où on se parle, est-ce qu'il y a, dans l'avant-projet de loi qui est sur la table, des articles qui entrent en contradiction flagrante avec l'application du chapitre 14?

M. Saganash: Le document qu'on vous présente aujourd'hui démontre assez bien qu'on est en accord, essentiellement, avec le projet de loi. Le principe de régionalisation, c'est un concept qu'on vit déjà. Il s'agirait juste d'ajuster certaines choses mineures qui, on le présume, pourraient se faire facilement.

M. Claveau: Ça va, merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. M. le ministre, vous aviez quelque chose à ajouter.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, d'abord, je voudrais remercier, dans un premier temps, les gens qui représentent la communauté crie et qui nous ont fait part de leur vécu, de leur expérience et de leurs attentes. Ce qui m'apparaît extrêmement important, c'est de leur réitérer qu'effectivement, au mois d'août, j'irai

faire un tour - au mois d'août, oui, définitivement - et que, d'ici à deux semaines, nous rencontrerons le grand chef, Matthew Coon-Come, avec grand plaisir, pour tenter de régler un certain nombre de problèmes qui ne sont pas encore réglés. Je veux vous remercier de vous être déplacés pour nous faire valoir vos points de vue. J'espère beaucoup de notre rencontre d'ici aux deux prochaines semaines, de même que de la visite du mois d'août, parce que, effectivement, à visiter et à aller voir sur place, on apprend un certain nombre de choses. Et ça, c'est disponible pour tous les ministres, peu important ceux qui ont été ministres à l'époque.

Ça, ça s'adresse particulièrement au député d'Ungava, puisque, si je me suis rendu à Mistassini, je l'ai fait avec grand plaisir et j'y ai appris beaucoup de choses. J'ai appris qu'il y avait là une communauté qui s'était prise en main, qui est un modèle sur le plan du développement économique et sur le plan de sa prise en charge. Et j'ai aussi appris - parce que je l'ai faite sur terre, la route - qu'il y avait une route qui n'était pas asphaltée et je l'ai faite avec le chef Mianscum avec grand plaisir, aller-retour. C'est à ce moment-là qu'on a pris un certain nombre de décisions. Et on se rappellera que ça s'est passé au mois de septembre et que ces décisions, je vais voir personnellement à ce qu'elles soient réalisées définitivement.

Évidemment, dans la mesure où on calcule, un gouvernement libéral de 1985 à 1993, ça fait neuf ans. Je suis prêt à faire le pari qu'en neuf ans H se fera beaucoup plus d'asphaltage sur cette route que vous n'en avez fait pendant neuf ans. Je dis aussi que, pendant neuf ans, vous auriez peut-être pu insister auprès des ministres de la Santé de l'époque pour qu'ils aillent effectivement sur le territoire puisque, avant moi, il y a eu Mme Lavoie-Roux qui y est allée, dans le cas de Mistassini. J'y suis allé et je vais y aller au mois d'août avec grand plaisir. Et ne craignez pas pour les résultats. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Ça montre tout.

M. Chevette: D'après ce qu'on peut voir, vous êtes plus chanceux que le reste du Québec. Ha, Ha, ha! À ce résultat!

Le Président (M. Joly): M. le ministre délégué voudrait aussi, je pense, ajouter sa voix.

M. Sirros: I also want to thank you for your presentation and hope that we will have the opportunity to go a little bit further into looking at some of the specific problems that your region is meeting. Thank you again.

Le Président (M. Joly): Alors, au nom des membres de cette commission, à mon tour aussi, je veux remercier le Conseil cri de la santé et

des services sociaux de la Baie James. Merci beaucoup.

Je vais maintenant demander aux membres représentant la bande naskapie du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

S'il vous plaît, j'apprécierais votre collaboration. S'il vous plaît! M. Trudel, s'il vous plaît! Merci.

Nous allons suspendre pour une minute.

We will be suspending for one minute, okay?

(Suspension de la séance à 11 h 54)

(Reprise 11 h 55)

Bande des Naskapis du Québec

Le Président (M. Joly): Nous allons reprendre nos travaux. Il me fait plaisir, au nom des membres de cette commission, de vous souhaiter la bienvenue. J'apprécierais si la personne responsable pouvait s'identifier et aussi identifier la personne qui l'accompagne.

Could you identify yourself and also identify the other person who is with you? It is okay, it will go on automatically.

M. Mamianskum (John): My name is John Mamianskum. I am the director general of the Naskapi Band of Québec. To my right is my legal counsellor, Robert A. Pratt.

Le Président (M. Joly): O. K. As you know, you have approximately ten minutes to present what you have...

M. Mamianskum: Good! Do you want me to give you the recommendations right away?

Le Président (M. Joly): Well, it is up to you. You can take the time you need, but we only have half an hour to spare together. Okay?

M. Mamianskum: I will just give you the background. The Naskapi Band of Québec consists of 500 persons the majority of which live in Kawawachikamach, which is situated approximately 15 kilometers north-east of Schefferville.

Kawawachikamach is situated inside Region 09 within the MRC of Caniapiscau, and it comes under the jurisdiction of the Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. More particularly we receive first-line health and social services from CLSC de Fermont and, second-line social services from the Centre des services sociaux de la Côte-Nord at Baie-Comeau.

Kawawachikamach itself has a spacious well-equipped dispensary which was inaugurated by Mme Lavoie-Roux on August 29, 1989.

On January 31st, 1978, we signed the North-Eastern Québec Agreement with the Governments of Québec and Canada. Among others, Section 10.11 of the North-Eastern Québec Agreement provides that Québec shall undertake, with the appropriate resources, to assume and to deliver to the Naskapis of Québec the full-range of health and social services. Consequently, Canada shall desist from its responsibilities with respect to health and social services that it was offering. You will understand, therefore, we have a strong interest in the outcome of the deliberations of the Committee.

In general, we support and endorse the philosophy expressed in the draft Bill. It seems essential to us, for example, to place the beneficiary at the heart of the health and social services network, as well as to provide the various cultural communities of Québec with access to services in their own languages.

We also agree generally with the proposed institutional changes, provided that they maintain and improve upon the quality and frequency of communications that we enjoy at present with the CRSSS de la Côte-Nord and the CLSC de Fermont, among others. All involved have invested considerable efforts, since 1978, to open up and maintain those lines of communication and nothing must be allowed to compromise them.

We were consulted by the CRSSS de la Côte-Nord in the preparation of its brief to this Committee and indeed several changes and additions to that document were made at our request. It goes without saying, therefore, we endorse the recommendations in the brief submitted by the CRSSS de la Côte-Nord, including its comments on the proposed mobility of directors general of establishments which we see as being a step backwards to the lamentable situation that prevailed in Northern Québec until recently.

The following comments we have discussed with the CRSSS de la Côte-Nord, but we agreed they would be best addressed in a separate Naskapi brief. We understand, however, the CRSSS de la Côte-Nord supports the recommendations that follow.

(12 heures)

Recommendation 1: That the second and third paragraphs of Section 398 be amended so as to delete any reference to the Naskapis and to rename the existing law "Loi sur les services de santé et les services sociaux, pour les autochtones cris et inuit". Our argument is: Section 10. 2 of the North-Eastern Québec Agreement provides that in part the laws of general application respecting health and social services shall apply to the Naskapis of Québec. Unlike the situation for the Cree and the Inuit, the "Loi sur les services de santé et les services sociaux" was not amended for the Naskapis as a result of the

coming into force of the North-Eastern Québec Agreement. Consequently, subject to recommendation 2, the new law will apply to us and the new name of the law it replaces shall not imply otherwise.

Our recommendation 2 is that an incompatibility clause be added to the new law clarifying that in case of inconsistency. Section 10 of the North-Eastern Québec Agreement prevail over the provisions of the new law to the extent of such inconsistency. Our argument is: Section 10. 2 of the North-Eastern Québec agreement provides that the laws of general application shall apply to the Naskapis but that, when such laws are inconsistent with the provisions of the present Section, the provisions of the present Section shall prevail. We consider desirable that the new law recognize the special status of Section 10 of the North-Eastern Québec agreement.

Recommendation 3: That specific dispositions for the provision of services to Naskapis be added to the law. Our argument is simple: Section 2. 4 recognizes the principle of providing services while Section 5 confirms the right of the individual to receive certain information in his or her language. And Section 13 gives anglophones a right to receive services in their own language. The Naskapis are one of the founding nations of Québec and the Charter of the language law contains specific provisions favoring the use of the Naskapi language. Our rights in the field of health and social services should be established by law and should not be inferior to those of anglophones. Making the individual beneficiary the focus of the health care system makes little sense if the services are not delivered to that beneficiary in a language that he or she can understand.

Our recommendation 4 has a little problem here. We believe that Title III of Chapter VI should be deleted. We say that Title III will be amended to recognize the Naskapi Band of Québec and the Naskapi Health and Social Services Consultative Committee established by Section 10. 3 of the North-Eastern Québec Agreement as community organization. Our argument is that the North-Eastern Québec Agreement created a large number of corporations, committees and other entities that is disproportionate to the number of Naskapis. We do not wish to burn ourselves with yet another non-profit corporation created under the third part of the Companies Act. At the same time, we wish to be eligible to offer to our population the types of activities contemplated by Section 157 of the draft Bill and to that end, to be eligible to benefit from assistance from the relevant establishments or, according to Section 230, from the Regional Board.

Our recommendation 5 is that Section 204 of the draft Bill not define "famille d'accueil" so narrowly as to preclude certain activities

appropriate to the Naskapi situation. Our argument is that Section 204 defines "famille d'accueil" with reference to the domicile where certain types of services are offered. Traditionally and still today, such activities for the Naskapis are offered in bush camps, some private, others owned collectively. We would not wish Section 204 to limit our abilities to act in a manner consistent with our culture and way of life.

Our recommendation 6: That Sections 49 and 50 be amended to guarantee the representation of the Naskapis on the Boards of directors of the establishments that dispense services to us. Our last argument is: As a result of discussions with Mme Lavoie-Roux, we have already obtained representation of the Boards of the CLSC de Fermont and the CRSSS de la Côte-Nord. It is appropriate now to formalize that agreement, through the new Law, the more so since that Law recognizes the need to insure the representation of older persons. I thank you, Mr. Chairman, for your time.

Le Président (M. Joly): Thank you. Merci, M. Mamianskum.

Maintenant je vais reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président.

Je vais vous souhaiter la bienvenue à Québec pour exprimer le point de vue d'une communauté qui nous donne des leçons puisque, depuis quelques années, c'est une communauté qui s'est prise en main. D'ailleurs, vous le mentionnez dans votre texte, Mme Lavoie-Roux a eu l'opportunité d'aller inaugurer le dispensaire au mois d'août 1989. Au niveau du ministère, chez nous, tous les gens qui suivent de près le dossier trouvent que c'est un exemple à suivre sur le plan de la prise en main par la communauté au niveau de ses problèmes. Je tenais au moins à le dire comme exemple à ce moment-ci, compte tenu de l'éventuelle décentralisation où le niveau de responsabilité et de prise en charge par le milieu va devenir extrêmement important, connaissant lui-même davantage ses besoins et les solutions à apporter à ce milieu-là.

Donc, je vous souhaite la plus cordiale des bienvenues. Je sais qu'il reste dans votre cas aussi, malgré qu'il y ait eu des progrès, un certain nombre de choses à faire. Certaines instances régionales, comme un CSS, aussi sont sensibilisées davantage à l'importance d'une représentation des Naskapis au sein du conseil d'administration. Ce seront des choses faites très prochainement.

Je laisserais maintenant à mon collègue, M. Sirros, le soin d'interroger M. le directeur général.

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

délégué.

M. Sirros: Merci, M. le Président. Perhaps I can start off by addressing your first concern and to let you know that I think it is simply a technical error that leads you to make the first recommendation, because in fact you are absolutely correct in what you are saying, and dispositions will be taken so that it is corrected in that sense.

Following that, perhaps I could just ask you also the same kinds of questions. What would you identify, in your Band, as the primary health problems in your area? You put an emphasis also on the language. You would like to see services in Naskapi. Could you describe what is happening there right now, in terms of the primary health problems that you have and how those are dealt with vis-à-vis the institutions that are there?

M. Mamianskum: As everybody knows in the Commission, just like the Cree and the Inuit stated, our biggest health problem is alcohol and drug abuse. It has been mentioned in ministerial studies, it has been mentioned everywhere: statistics prove that this is the biggest problem. Half of our population is under 25. Do you want me to go on?

M. Sirros: No, what I wanted you to do perhaps is to describe how the system... You make a case here for services in Naskapi. Are there professionals who can give those services in Naskapi?

M. Mamianskum: No, there are not, but the thing is we do have an advantage here. I am sure the Cree and the Inuit have a community health worker who does the actual translations from English to Naskapi for a patient. To go beyond what I said on what our biggest problem is, or what our biggest problem was: The Band Council passed a law, a by-law, to prohibit alcohol on category IAN "lands". But, the by-law was turned down in a Québec court. And because of political pressure, we could not appeal. Therefore, we passed a new by-law that would compromise the old one which states that there is a prohibition of consumption of alcohol in public places.

M. Sirros: Would youth protection be also one of the areas where the system would come into play, in a sense, with the Band?

M. Mamianskum: As a matter of fact, we...

M. Sirros: Because you mentioned... Your fifth recommendation deals with "familles d'accueil" and I am assuming that, behind that, there are some concerns as to how the Youth Protection Law comes into play.

M. Mamianskum: The Youth Protection Law. We had somebody from the Ministry try to explain the law to the Naskapis. And it would make sense... It makes sense to a person in a certain part of the province, whereas it does not make sense to a Naskapi in the Northern part, because of our traditions and culture. We never had these kinds of problems. They are problems that were imported from the South to Naskapi traditional culture. Right now, we are advertizing for a social worker to replace the former social worker who resigned from her post on the youth protection, specifically.

M. Sirros: You want to officialize the agreement that there was with Mme Thérèse Lavoie-Roux, concerning representation on the CLSC and on the CSS's. How is that working right now? What do you have as representation on the CLSC?

M. Mamianskum: One person.

M. Sirros: Chosen by?

M. Mamianskum: A Naskapi. It should be...

M. Sirros: The Band? Chosen by the Band?

M. Mamianskum: Chosen by the Naskapis.

M. Sirros: Appointed by the Minister, on recommendation of the Band?

M. Mamianskum: Say that again?

M. Sirros: Appointed by the Minister, on recommendation of the Band? I think that is what the information is.

M. Mamianskum: Mr. Richard probably could answer that for you. Ha, ha, ha!

M. Sirros: Yes. That is what he is whispering in my ear over here, that he is appointed by the Minister on recommendation of the Band. Okay. I think, on that one, I could probably end my interventions by simply saying that it is obvious that, one way or another, we will find a way to make sure that that kind of agreement stays in force, despite any changes that come in the Law. Whether it be officialized in the Law or whether it be dealt with on some other level, we are very sensitive to the need for that and it is one of the things that we can undertake, to make sure that it is in place, even after the Law. Thank you.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Je veux

souhaiter la bienvenue, à mon tour, aux représentants de la bande naskapie, qui nous donnent effectivement une autre vision d'une possibilité d'organisation de nos services de santé et de nos services sociaux pour des communautés en particulier, avec des mesures d'adaptation qui, en termes d'ajustement par rapport à la loi générale, nous permettent, je pense, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité. Mais il est important que vous veniez nous dire ce que vous souhaitez comme organisation parce que, évidemment, lorsque tout ça est inscrit au coeur d'une loi, ça devient gelé pour longtemps, en quelque sorte, établi pour très longtemps, et il faut y aller avec beaucoup de précaution. C'est pourquoi nous sommes en présence de l'avant-projet de loi. Le ministre a déjà indiqué qu'il allait réécrire ça au complet.

Là-dessus, I have a little problem of comprehension with your first recommendation. I am a little bit astonished with this recommendation. You want a modification in this part, the special part or the special law regarding the Native community, with the organization of the Native community. You want to have... In the "Loi sur les services de santé et les services sociaux, pour les autochtones cris et inuit", you do not want to have the nomination of the Naskapi people in the title of the Law and, of course, inside the Law. I would like to have more comments about the reason of this preoccupation, of this recommendation because, at first view, I think that you would have more protection if the identification of your people were inside the Law or in the title of the Law. I have some problem of comprehension on the motivation of this first recommendation.

M. Mamianskum: That is why I brought a lawyer with me.

M. Pratt (Robert A.): This is more in the nature of a technical problem than anything else. Unlike the Cree and the Inuit, the Naskapi health and social services were implemented without the creation of a new board. The Naskapi... If you refer to Chapter 10 of the North-Eastern Québec Agreement, you will see what the Government of Québec undertook towards the Naskapis. It is quite different from the dispositions for the Cree and the Inuit. That being said, the Naskapis, also being in agreement with the thrust of the new legislation, do not see essentially any contradiction between what is guaranteed under Section 10 of the North-Eastern Québec Agreement and the new legislation.

The old legislation was never amended in the first place to deal with the Naskapi Chapter 10. So, this is why it is not felt at all necessary, from a legal point of view, to have the new Law refer specifically to the Naskapis, since there was never any disposition regarding

Naskapis in legislation beforehand.

M. Trudel: So, I imagine you will have some conversation with the specialist at the Ministry about this organization of the Law.

I have another question about...

M. Pratt: Could I just go on for one other point? That being said, that is why we ask, in recommendation 2, to insure that Section 10 be respected. Because in Section 10, it does say that if there is an incompatibility between Section 10 and the general laws of application, Section 10 has priority.

M. Trudel: The inscription of Chapter 10 of the Convention inside the Law...

M. Pratt: Exactly.

M. Trudel:... on Social Services and Health Services.

M. Pratt: That is what we are asking for.

M. Trudel: Okay, I see now. I have another question about recommendation 4. You want to have the recognition of the Naskapi Band as a community group because you want to be subsidized by the Minister at this title or... What is the motivation for this recommendation?

M. Pratt: Well, the motivation is so that there be a possibility of receiving funding and entering into agreements without the necessity of having to create yet another corporation. The Naskapi Band of Québec has, in its Charter, the duty to see to the welfare of its members and it is thought that it could be the logical organization to be likened to a community organization, as far as the Naskapis were concerned.

M. Trudel: My last question is about another recommendation in your memoir here. You have a member of the Board on the CSS and the CLSC, but do you have one on the Board of the CRSSS, at the Regional Council of Social Services and Health Services? Do you have a member now on the Board of the CRSSS?

M. Pratt: Not yet, not yet.

M. Mamianskum: Maybe you could ask that same question to Mr. Roger Richard.

M. Trudel: Do you have a member now on the Board of the Regional Council of Social Services and Health Services of the North Coast?

M. Pratt: Not yet, not yet.

M. Trudel: Right now, do you have one?

M. Pratt: Not yet, but Mme Lavoie-Roux...

M. Mamianskum: Mme Lavoie-Roux said that we would get an eventual representation on that.

M. Trudel: But you...

M. Sirros: Actuellement, c'est juste au CLSC.

M. Mamianskum: That is why we ask to formalize that in the new Law.

M. Sirros: Mais on va s'arranger pour qu'ils l'aient.

M. Trudel: I have the answer at the other side of this table that you do not have members on the Board of the CRSSS right now. But you want to have one inside of the new Law. Okay. Thank you for your presentation, thank you very much.

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

M. Sirros: Thank you very much for your presentation and I hope we have, at least, clarified one technical point. We know that the concerns are there and they will be considered in the new Law that will be written.

Le Président (M. Joly): Merci, au nom des membres de cette commission, aux représentants de la bande naskapie du Québec. Nous allons maintenant suspendre nos travaux jusqu'à 15 h 30.

(Suspension de la séance à 12 h 21)

(Reprise 15 h 37)

Le Président (M. Joly): Je me permets d'ouvrir la commission des affaires sociales qui a pour but d'entendre en consultation générale et de tenir des auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Voici les groupes de cet après-midi, à partir de maintenant: à 15 h 30, l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec; à 16 h 30, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières et à 17 h 30, pour une demi-heure, l'Association des personnes handicapées de Drummondville. Je tiens à rappeler à l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec que nous avons une heure à notre disposition; il y aura 20 minutes pour présenter le mémoire et, de part et d'autre, il y aura des questions, pour une durée de 40 minutes.

Alors, je demanderais à la personne responsable, M. Aubry, je crois, qu'il nous présente les personnes qui sont avec lui. À chaque fois que vous aurez à intervenir, si des questions vous sont adressées, veuillez vous identifier pour les besoins du **Journal des débats**. Alors, M. Aubry.

**Association des conseils des médecins,
dentistes et pharmaciens du Québec**

M. Aubry (André): Oui, bonjour. On se demande si c'est même nécessaire de se présenter: on se voit très souvent de ce temps-ci...

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Aubry: ...et c'est presque le pouvoir du centre du Québec qui siège autour de la table, à ce que je peux voir. Incluant Joliette, bien sûr.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Aubry: Ha, ha, ha! L'Association est représentée ici par deux vice-présidents et son secrétaire: le Dr Robert Marier, la pharmacienne Louise Lafond, et Gérard Courmoyer. Gynécologue, pharmacienne, psychiatre; et notre conseiller juridique, Martin Hébert.

Je dois, dans un premier temps, saluer le président aussi bien que, bien sûr, M. Côté, M. le chef de l'Opposition, et les parlementaires qui assistent à cette commission. Vous ayant présenté ici les gens de l'exécutif, je dois ajouter que nous allons nous identifier encore plus rapidement. Nous sommes, à l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, au-delà de 9500 médecins, dentistes et pharmaciens présents dans une centaine d'établissements à travers tout le territoire du Québec. Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec assume, au sein des établissements, diverses fonctions médico-administratives qui leur sont dévolues expressément par la loi. L'Association soumet divers arguments dans le cadre de la consultation sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

Elle prétend notamment que:

1. Si souhaitable que soit la régionalisation, les modalités proposées dans cette réforme nous apparaissent inappropriées.

2. La composition et le fonctionnement des nouveaux conseils d'administration créeront de graves perturbations dans le système, croyons-nous.

3. L'exclusion des médecins, dentistes et pharmaciens du processus décisionnel est un recul inacceptable dont les retombées négatives seront vite ressenties; et nous insistons sur ce troisième item.

Finalement, la réforme proposée se limite, pour l'essentiel, à redéfinir les structures, marquant en cela une perception purement

technocratique des problèmes vécus dans le système de santé.

En conséquence, l'Association conclut qu'il est inutile d'aller plus avant dans la réforme proposée.

Le système de santé est en crise, il faut mettre toute l'expertise disponible à contribution pour rechercher les causes ainsi que les véritables solutions. Les schémas théoriques proposés par tes concepteurs de l'avant-projet de loi ne répondent pas aux défis qui nous confrontent: le vieillissement de la population, l'engorgement des urgences, la fermeture de lits, le sous-financement chronique, l'allongement des listes d'attente, la démotivation des personnes oeuvrant en établissement, le développement technologique, l'absence de politique globale de santé au Québec...

Alors, on pense qu'une réflexion en profondeur doit être amorcée. À ce moment-ci, nous allons - et vous avez eu en main le document - lire davantage en diagonale, puisque je pense qu'il y a beaucoup de ces items qui ont déjà été présentés ici, sur lesquels je pense qu'il ne serait pas utile de revenir, si ce n'est dans la discussion tout à l'heure, où nous serons ouverts aux questions que vous voudrez bien poser.

Or, dans l'introduction, nous répétons que notre Association compte parmi ses membres 9500 membres qui veulent participer au processus, et que depuis près de 45 ans, nous avons été liés à l'administration et à la distribution des soins en établissement. Et nous avons toujours apporté des réflexions constructives, le croyons-nous. Les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens ont d'ailleurs une existence reconnue par la loi.

Si on lit rapidement... Pour les gens ici, je pense, ce serait intéressant de savoir - peut-être que vous l'avez lu dans les règlements - ce que la loi nous impose comme règlements. Nos devoirs, en quelque sorte: le contrôle et l'appréciation des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques pour chaque centre hospitalier; le maintien de la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens; faire des recommandations sur la distribution appropriée des services médicaux et pharmaceutiques; faire des recommandations sur l'organisation scientifique et technique des établissements; donner des avis sur les règles de soins ainsi que sur les règles d'utilisation des ressources; établir les modalités des systèmes de garde dans les établissements; et enfin, constituer divers comités, dont celui des titres, celui d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, celui de pharmacologie, celui de discipline à l'égard des plaintes concernant médecins, dentistes ou pharmaciens. Alors, notre existence est basée sur des règlements, et la loi couvre une large portion des activités des médecins, toujours dans les centres hospitaliers.

En page 3, dans le paragraphe au centre, nous disons: Nous aurons, au cours des pages qui suivent, l'occasion d'élaborer davantage sur

certaines éléments particuliers de la réforme, soit sur la régionalisation, sur les conseils d'administration - ce sur quoi nous passerons vraisemblablement à côté ou au-dessus - ainsi que sur les divers comités. Puis, nous soumettrons brièvement notre opinion à l'égard de certaines absences et lacunes de cet avant-projet de loi. Finalement, nous offrirons une conclusion avec quelques commentaires sur la nécessité de redéfinir les assises d'une véritable réforme du système de santé au Québec. On mentionne, bien sûr, que les contraintes de temps nous empêchent évidemment d'aborder tous les aspects des 400 items, et le fait de ne pas aborder un aspect ne contribue pas à dire que nous sommes nécessairement en faveur.

Abordons la régionalisation qui, pour nous et pour vous, semble-t-il - particulièrement M. Côté, d'après ce qu'on lit dans les journaux - est un item fort intéressant auquel nous contribuons. La régionalisation. L'Association - et là, je vais toujours sauter médecins, dentistes et pharmaciens - est consciente et sensibilisée... de l'importance d'instaurer une véritable politique de régionalisation dans le système de santé et de services sociaux. D'ailleurs, l'Association travaille depuis au-delà de dix ans à la mise sur pied de structures régionales en vue de répondre plus adéquatement aux besoins de la population aux quatre coins du Québec. Plusieurs de nos membres locaux ont déjà pris l'initiative, d'ailleurs, de se regrouper régionalement pour mieux participer auprès des instances régionales à la promotion des dossiers touchant des services médicaux. Ces forums régionaux offrent l'occasion aux médecins, dentistes et pharmaciens de fournir une expertise privilégiée dont bénéficient les instances régionales dans plusieurs domaines. Exemples: l'élaboration d'une politique de santé, la planification des effectifs médicaux, le choix quant aux équipements et appareils technologiques, la définition des priorités régionales.

Nous avons donc manifesté, au cours des années, un véritable souci d'implication régionale et, pour cette raison, l'Association se réjouit du fait que les autorités gouvernementales veulent privilégier une approche plus régionale dans l'administration du système de santé et de services sociaux. La finalité ainsi recherchée paraît louable, soit: fournir des services mieux intégrés et amener les différents établissements à offrir un réseau de services complémentaires. Notez bien ces deux éléments, ils reviennent souvent dans notre mémoire.

Cet objectif se manifeste de diverses façons, bien sûr, dans l'avant-projet de loi. On ne reviendra pas là-dessus. Malgré cela, quelques questions se posent, concernant plusieurs modalités en vue d'atteindre cette fin. Par exemple, la redistribution de certains pouvoirs ainsi que le réaménagement de certaines structures, dans le cadre de la réforme, n'entraînent-ils pas une

simple décentralisation servant à mieux gérer le sous-financement du réseau? Est-ce qu'on est devant un véritable processus de décentralisation, ou plutôt devant une simple déconcentration? Comment s'exerceront les nouveaux pouvoirs de la région régionale, eu égard à une autorité ministérielle accrue? N'y a-t-il pas lieu de craindre que les modalités de la régionalisation proposée servent d'abord les intérêts du ministère, en réduisant le nombre de ses intervenants directs, notamment dans le cadre des négociations budgétaires? Ou enfin, le palier régional sera-t-il un véritable catalyseur de collaboration, ou plutôt une interférence additionnelle entre le lieu de prise de décisions et celui de leur exécution?

Toutes ces questions, on le mentionne, ne sont pas théoriques. On le verra par la suite. Puisque par-delà ces considérations, il nous faut aussi déplorer vivement - et ceci est un point très fort de notre mémoire - l'absence totale, inconditionnelle de tout professionnel de la santé aux travaux et décisions des instances régionales. Cette absence, dans le cadre de la réforme, est d'autant plus inexplicable lorsqu'on regarde la situation qui prévaut actuellement. En effet, l'article 24 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit obligatoirement la présence, notamment, d'un membre des conseils des médecins au sein du conseil d'administration du conseil régional de la santé et des services sociaux.

Bref, d'une présence reconnue statutairement, les médecins, dentistes et pharmaciens deviennent inéligibles à siéger au sein de l'organisme régional. N'y a-t-il pas lieu de conclure que l'objectif visé est d'écarter les professionnels de la santé des centres de décision, puisque l'autorité régionale sera dotée de pouvoirs accrus? Nous aurons l'occasion de revenir sur le sujet lorsque nous aborderons la formation des conseils d'administration.

Cette portion concernant les conseils d'administration ayant été discutée de façon extensive, on se permet de l'escamoter. Et je mentionnais tout à l'heure que dans la période de questions, on pourra discuter peut-être davantage. Il y a des idées qui sont déjà sorties en public et auxquelles nous adhérons. Mais nous mentionnons, en Tn de page 8, que le risque de ce style de gestion est accru, en raison de l'exclusion des conseils d'administration de toute personne oeuvrant au sein des établissements.

L'avant-projet de loi propose de remettre intégralement entre les mains des citoyens l'administration des établissements de santé et de services sociaux. Nous sommes en désaccord avec une telle approche. Dans le cadre de la réforme, les modalités de démocratisation du système de santé nient le caractère spécialisé des activités existant dans les établissements de santé et de services sociaux. Certes, les citoyens ont un rôle privilégié à occuper, mais leur participation au

sein des conseils d'administration doit être enrichie de la présence de personnes ayant une expertise approfondie des besoins et des pratiques en établissement. Incontestablement, l'expertise clinique demeure une pierre angulaire pour le fonctionnement adéquat des instances décisionnelles.

(15 h 45)

Nous passons davantage à la conclusion de cette portion à la page 11 en disant qu'en résumé, pour nous, il est clair que les modalités de composition et de fonctionnement des nouveaux conseils d'administration seront, nous le croyons, source de nombreuses embûches. Tout en réitérant notre appui à certains principes de base, telles la démocratisation, la complémentarité des services, nous devons constater le caractère inapproprié de plusieurs moyens proposés par l'avant-projet de loi.

Sur la page qui suit, au niveau des comités, nous allons également vous laisser lire cette portion, mais nous déplorons l'éloignement de plusieurs instances du processus décisionnel dans le dédale des structures mentionnées. Et à la fin de la page, nous disons: Afin de corriger cette situation, il apparaît indispensable d'intégrer les représentants des CMOP au processus décisionnel, notamment en les rendant éligibles à siéger au conseil d'administration. Il y aurait lieu également de prévoir la participation d'office, même sans droit de vote, du président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens aux travaux du conseil d'administration. Par surcroît, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens devrait, croyons nous, assumer des responsabilités accrues. À titre purement indicatif, nous croyons qu'un pouvoir de recommandation quant à la gestion et à la définition des orientations de l'établissement devrait être accordé au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. À cet égard, l'avant-projet de loi propose déjà d'accorder un tel pouvoir au conseil consultatif du personnel clinique. Dans le même esprit, nous croyons que le conseil consultatif à la direction générale pourrait même être aboli et que certaines des responsabilités qui lui sont attribuées devraient être confiées au CMOP. Les trois items: un, les pouvoirs de recommandation quant aux priorités; deux, les pouvoirs de recommandation quant aux implications administratives et financières des activités des médecins, dentistes et pharmaciens dans le centre et, trois, les pouvoirs de recommandation quant à la répartition des lits.

En résumé, nous avons la conviction profonde que la mise en place de l'organisation administrative suggérée engendrera des difficultés de fonctionnement et d'efficacité sans compter l'effet démotivant de son implantation à l'égard de plusieurs groupes au sein de l'établissement.

Nous terminons avec les absences et lacunes que nous considérons être dans le document et la conclusion. Nous n'avons pas la prétention ni le

mandat d'ailleurs de formuler une liste exhaustive des lacunes de l'avant-projet de loi. Pourtant, certaines déficiences méritent d'être soulignées. De façon générale, nous constatons que l'avant-projet de loi a une préoccupation excessive à l'égard des structures. D'ailleurs, la réforme proposée par l'avant-projet de loi frappe de façon paradoxale, tant par son ampleur que par sa dimension étriquée. Par son ampleur d'abord, en raison de quelque 400 articles qui réaménagent substantiellement l'organisation, les structures et les centres de décision, tant du réseau que des établissements. Par sa dimension étriquée, ensuite, en raison du silence de l'avant-projet de loi concernant des questions aussi fondamentales que le sous-financement du système, la gestion du personnel ainsi que la qualité et l'accessibilité des soins. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces lacunes.

De façon plus spécifique, il nous apparaît souhaitable que le législateur québécois uniformise certaines dispositions législatives que vous pourrez lire dans les paragraphes qui suivent et qu'on a retenus à la lecture du travail.

Enfin, nous constatons, en fin de paragraphe, à la page 16, le silence quant à l'existence des comités d'éthique en milieu hospitalier. Cette Instance consultative s'avère pourtant de plus en plus essentielle et il serait souhaitable que les autorités la reconnaissent formellement en lui fournissant les moyens appropriés pour son fonctionnement. En somme, tant sur le fond que sur la forme, l'avant-projet de loi contient des lacunes importantes, disons-nous, qui devront être comblées si l'on aspire à une véritable réforme du système de santé et de services sociaux.

Nous concluons. Depuis le rapport Rochon jusqu'à l'actuel avant-projet de loi, en passant par le document d'orientation proposé par la ministre Lavoie-Roux, les diagnostics concernant les problèmes vécus au sein du système de santé du Québec, pensons-nous, ont été mal posés et, pour cette raison, les remèdes suggérés aujourd'hui demeurent tout à fait inappropriés. Aussi, il nous apparaît inutile d'aller plus avant dans le cadre de la réforme proposée par ce projet de loi ou avant-projet puisqu'il faut d'abord redéfinir la problématique et les problématiques de base. À quoi est attribuable le sous-financement chronique du système? Jusqu'à quelle limite peut-on imposer un rationnement en vue de réduire la demande au niveau de l'offre? À compter de quel moment les contraintes d'accessibilité finissent-elles par affecter la qualité des soins, quel apport peut fournir le secteur privé dans le réseau de santé et à quelles conditions? L'avant-projet de loi n'a pas le mérite d'aborder les difficultés profondes auxquelles le régime de santé et de services sociaux est confronté et se satisfait d'attaquer l'organisation administrative du système marquant en cela une préoccupation démesurée à l'égard des structures. Bien sûr, la

complémentarité entre établissements ainsi que l'implantation d'un meilleur réseau de services intégrés sont des objectifs qui doivent être poursuivis, mais il faudra beaucoup plus pour éviter la crise que tous appréhendent.

La croissance des besoins ainsi que la capacité d'y répondre, le vieillissement de la population, le développement technologique et l'augmentation incessante des coûts exigeront des solutions plus imaginatives et audacieuses débordant largement cette simple refonte technocratique des structures. Ce n'est pas être alarmiste inutilement que de reconnaître que nous traversons une période critique tant à l'égard de la préservation de nos acquis, telles l'accessibilité et l'universalité, qu'à l'égard de l'évolution de notre système de santé. Dans l'état actuel des choses, nous croyons que ce serait de l'insouciance que de se contenter de réformer simplement les structures. Nous ne pouvons plus échapper à la remise en question d'un système dorénavant caractérisé par la diminution des lits de courte durée, l'engorgement des urgences, le besoin pressant de personnel infirmier, la vétusté des immeubles et équipements, l'allongement des listes d'attente, la démotivation du personnel et des professionnels oeuvrant en établissement.

Le portrait ne se veut pas pessimiste, il est simplement descriptif de la réalité. L'heure n'est pas à la planification bureaucratique, il faut repenser le système. À cet égard, notre expertise pourrait être mise à contribution pour l'identification des problèmes ainsi que pour l'élaboration des solutions. À notre avis, la qualité des soins, l'efficacité du régime et l'utilisation adéquate des ressources disponibles exigent une véritable collaboration des experts intéressés. Au lieu de s'enliser dans la centralisation et l'inflexibilité, il faut créer des conditions propices au partenariat et à la souplesse administrative. En fait, à quoi sert une réforme des structures administratives en l'absence d'une politique globale de santé au Québec? Les structures sont un moyen et non une fin. Avant de s'attaquer à l'organisation du système, il faut redéfinir les objectifs, les attentes et les orientations que nous voulons privilégier. Il faut aussi questionner la volonté réelle de la population. Que veulent les gens? Une participation accrue à l'administration du réseau ou plutôt l'amélioration des services. La démocratisation a bien sûr ses mérites mais ne doit pas servir de trompe-l'oeil pour éviter les véritables débats et mieux centraliser les pouvoirs de décision du ministère.

Nous espérons que la tenue de cette commission parlementaire donnera l'occasion à plusieurs groupes de faire valoir leurs représentations et que ceux-ci permettront au gouvernement de mieux saisir les véritables défis qui nous attendent pour les années 90. En ce sens, nous souhaitons qu'en plus des travaux de cette commission, voués à l'avant-projet de loi, une analyse plus profonde des problèmes du système

de santé soit entreprise.

Alors voici la présentation que nous voulions faire. Le reste du document, vous l'avez en main, vous pouvez le lire. Nous avons évidemment quelques autres documents ici que nous pourrions tout à l'heure apporter aux fins de discussion et, à ce moment-ci, nous apprécions encore une fois d'avoir été invités à souscrire à cette commission. Merci.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Évidemment, c'est devenu, comme le disait le Dr Aubry, une habitude que de se rencontrer sur différents sujets. Évidemment, le public l'aura remarqué, on n'est pas toujours d'accord. Aussi bien en public qu'en privé, je pense qu'on se le dit et c'est ça une des valeurs fondamentales de la démocratie, d'être capable d'exprimer son point de vue et d'échanger des points de vue malgré le fait qu'on puisse avoir des opinions divergentes.

Quand j'ai lu d'abord le résumé qu'on m'a fait du mémoire, je ne m'attendais pas à moins que ça, c'est un jugement dur sur le projet de réforme. Évidemment, vous en avez repris l'essentiel dans votre présentation et dans les conclusions et dans les lacunes du système aussi.

L'objectif fondamental de la réforme doit être pour tout le monde, y compris les professionnels, y compris pour les hommes politiques qui auront des décisions à prendre, de bien se mettre dans la tête que c'est le bénéficiaire qui doit être au centre de nos préoccupations. Évidemment, chacun sous notre angle, dépendamment de ce qu'on fait, on aborde la question et on parle du bénéficiaire. Vous faites une affirmation là-dedans en disant: système en crise, vieillissement de population, fermeture de lits, problèmes d'engorgement des urgences, allongement des listes d'attente, développement technologique, démotivation du personnel et absence de politique globale de santé au Québec.

Évidemment, il y a une raison à tout ça, si j'ai bien compris, c'est du sous-financement. C'est que je vous comprends bien dans la présentation parce que, là, vous n'êtes pas des deux de pique. Dans le jeu de caries de la santé au niveau du Québec, les CMDP, d'après moi, c'est l'as et s'il y en a un qui est frimé, c'est celui-là, dans le sens qu'il faut lui donner toute l'importance qu'il a. Vous avez un pouvoir omnipotent des CMDP dans les institutions, établissements de santé à travers le Québec et j'ai l'impression que vous en contrôlez pas mal large. Évidemment, quand je dis ça, je ne le dis pas de manière négative, vous êtes - et la loi vous reconnaît comme tel - les personnes les plus qualifiées au Québec pour être capables de poser des diagnostics, c'est vrai. C'était vrai

hier, c'est vrai aujourd'hui et ça va être encore vrai demain, peu importe les changements qu'on fera puisqu'on tente toujours de parler d'un bénéficiaire et des bienfaits qu'on peut donner à un bénéficiaire par rapport à ce qu'on a.

Donc, je m'adresse à... vous l'avez dit, vous représentez 9500 personnes sur à peu près 15 000 au niveau du Québec, ça commence à faire du monde. Ça, d'après moi, c'est le pouvoir, c'est le vrai pouvoir. D'ailleurs, les gens se le disent aussi, c'est le vrai pouvoir au niveau des hôpitaux, un peu partout à travers le Québec.

Quand vous posez un diagnostic comme celui-là en disant qu'il y a des problèmes, puis, effectivement, il y en a des problèmes. S'il n'y avait pas de problèmes, il n'y aurait pas de politiciens pour les régler, évidemment, pour tenter de les régler, parce que les régler, c'est un grand mot. À partir de ça, j'ai la bonne impression lorsque vous nous dites que c'est un problème d'abord de sous-financement.

M. Aubry: La réponse doit être détaillée, ce n'est pas le seul problème, sûrement pas. Nous pensons que - je reviens aux deux items principaux du mémoire - jusqu'à maintenant, malgré que la loi 27 ait produit un certain espoir, une velléité de collaboration des médecins, cette collaboration n'ayant jamais été utilisée à bon escient, pensons-nous, ça a apporté, indirectement, des problèmes monétaires. Nous ne disons pas que le problème unique soit un problème monétaire, mais on dit cependant, comme vous, que le problème monétaire ne peut pas être résolu par lui-même seulement. Nous ajoutons que c'est un ensemble considérable à l'intérieur duquel nous voulons jouer un rôle. Mais, comme vous, on ne pense pas que le seul fait d'investir un montant d'argent réglera les problèmes.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Marier (Robert): Je pense que c'est important, le financement du système, pas nécessairement d'essayer de trouver des recettes pour, nécessairement, ajouter des fonds, mais d'évaluer complètement toute la problématique du financement du système, ne pas s'enfermer dans des dogmes en disant qu'il faut que ce soit public ou il faut que ce soit privé. Mais là, c'était le dogme de dire: Il faut que ce soit public. Là, on part de ce dogme-là et on essaie de faire entrer toutes les autres idées ou les autres items sous ce dogme-là. Je pense que ce qui est important au Québec, actuellement, c'est qu'on s'est donné un système de santé généreux qui est accessible, qui était accessible, qui se voulait universel, gratuit et qui, à ce moment-là, était intégral, couvrait tout le monde. On a cette possibilité-là, je pense que c'est peut-être une admiration qu'on a faite, on a fait l'envie même de plusieurs pays là-dessus.

Ce qu'il faut être capable, actuellement, de

réaliser, c'est qu'on vit un contexte économique, partout dans le monde, difficile, au Canada, au Québec, et, dans ce contexte-là, on doit être imaginatif. C'est là que le défi est à relever, être capable de s'asseoir et de dire: Écoute, on a fait ça comme ça, on avait des principes qu'on voulait garder, mais, là, on se rend compte que, si on s'enferme dans un cadre bien rigide, on n'est plus capable d'arriver à donner vraiment les services qu'on souhaite. Dans ce contexte-là, ça vaut la peine de repenser complètement tout le financement de notre système de santé et d'apporter toutes les idées qui pourraient être nécessaires pour le solutionner.

Je pense que, dans notre société, on a des banquiers, on a des agents, on a des représentants de compagnies d'assurance, on a des économistes, on a des... finalement, on a tous les gens qui sont des experts dans les systèmes financiers, ils devraient donc être capables de nous éclairer là-dessus et de ne pas fermer des portes. Je pense que c'est surtout ça qu'on veut dire. Parce que, définitivement, nous, de l'intérieur du système, on sent que l'accessibilité est moins grande, donc, ça touche à la qualité, mais on nous dit tout le temps que c'est à cause des contraintes économiques. Ça ne veut pas dire qu'on manque d'argent, peut-être qu'on ne l'utilise pas bien. Mais il faut évaluer quand même tous les ensembles.
(16 heures)

Le deuxième point, parce que ce n'est pas seulement le seul, c'est que le législateur, dans sa sagesse, avait prévu de l'expertise médicale au conseil d'administration de chacun des hôpitaux sauf que le temps a évolué et, actuellement, les problèmes débordent le cadre local et on n'a pas les instruments actuellement pour être capable de donner de l'expertise adéquate tant au niveau régional que provincial. C'est quand même assez surprenant que notre système de santé ait pu évoluer puis se maintenir malgré tout sans expertise, si on veut, médicale au niveau provincial. C'est-à-dire que, comme vous le disiez, les hôpitaux ont été le fer de lance, peut-être, de la médecine du Québec et c'est avec la formation spécialisée, les connaissances et la qualité des services qui ont été donnés qu'on a maintenu tout ça, mais je pense que les études qui ont été faites, soit le rapport Rochon, même les orientations, ont touché la périphérie de ce système-là et ne sont pas venues régler les vrais problèmes au coeur du système. Si on parie de régionalisation, ça va passer, à notre avis, par la capacité qu'on va avoir de se servir de l'expertise médicale tant au niveau régional que provincial dans votre ministère.

M. Côté (Charlesbourg): Ça commence à être intéressant, d'après moi. Je veux le répéter pour bien me faire comprendre, parce que vous avez peut-être des questions plus pointues que d'autres là, pour que ça ne soit pas mal inter-

prêté. Les CMDP, ça a été important, c'est important et ça va demeurer important compte tenu qu'il n'y a personne de mieux placé que des médecins pour faire des diagnostics et, par conséquent, pour régler des problèmes au niveau des gens qui vont se présenter dans les centres hospitaliers. C'est pour ça que, dans l'avant-projet de loi, il n'y a pas de pouvoirs amoindris globalement par rapport à ce qu'on connaissait et à ce qu'on connaîtrait éventuellement, et on le verra à la lumière de la commission parlementaire. Mais dans votre document, on parle de sous-financement chronique.

Quand on se compare à des provinces plus riches, j'ai tenté de le faire au début de la commission, en milieu hospitalier de courte durée, je continue de dire et je continuerai de dire et de supporter l'affirmation à l'effet que si on se compare à l'Ontario, qui est beaucoup plus riche que nous, nous faisons plus d'efforts à ce niveau-là dans la courte durée que ne fait l'Ontario pour ses centres hospitaliers de courte durée. Là où il y a un écart appréciable et qui explique l'écart d'un financement qui est moindre au Québec par rapport à l'Ontario globalement, c'est dans la rémunération des médecins. Ça, je l'ai dit d'entrée de jeu lorsqu'on a reçu MM. Richer et Desjardins qui représentaient la FMOQ et celle des spécialistes. C'est là où il y avait un écart. Donc, normalement, avec les sommes d'argent que les centres hospitaliers de courte durée ont, elles sont peut-être mal réparties régionalement, peut-être mal réparties entre différents centres hospitaliers de courte durée, mais je persiste à dire que nous avons à l'intérieur du système, jusqu'à preuve du contraire, les sommes d'argent pour être capables de faire face à la musique. Si j'ai compris votre propos, vous dites à peu près la même chose mais ça nécessite des réallocations de ressources à l'intérieur du système. Donc, ce n'est pas un sous-financement mais un besoin d'un réajustement extrêmement important de la masse monétaire à l'intérieur du système, est-ce que je comprends bien?

M. Aubry: Voyez-vous, au mois de novembre, on a eu un congrès, ici, à Québec, notre 43e, qui était en deux volets. Le premier volet était le financement du système de santé, "Le système de santé, 20 ans après". Le deuxième volet, c'était notre place. Vous voyez, on insiste toujours sur les deux mêmes aspects.

Dans la portion financement du système de santé, nous avons invité des gens de l'extérieur du milieu médical parce que nous sentons le besoin, nous aussi, d'avoir des expertises dans ces domaines. Les gens qui sont venus s'asseoir devant nous ce sont M. Ghislain Dufour, M. Courville, vice-président de la Banque nationale, et M. Claude Ferron de la Croix bleue. Si on vous donnait les textes de ces gens-là, vous verriez, par exemple, une notion qui entre un peu dans votre exposé mais qui nous chatouille

nous aussi quand on parle de sous-financement. C'est que les gens n'ont pas appris à faire la différence entre la dépense et le coût. Qu'on ait un montant d'argent dévoué au système de santé au Québec, quel qu'il soit, ce n'est pas ça qui est important, c'est ce qu'on retire de ce montant. Tous les gens qui étaient à notre congrès ont prétendu que c'est là le problème et c'est pour ça qu'on parle parfois de privatiser certaines choses pour conscientiser les gens au fait que ce n'est pas le montant d'argent qui compte, c'est ce que vous obtenez de ce montant d'argent. À ce titre-là, on dit que c'est un sous-financement chronique, possiblement parce que mal utilisé. On est un peu d'accord avec vous, mais il n'y a personne qui a fait, à date, les analyses de ce qu'on obtient avec l'argent qui est à l'intérieur. Alors, cet aspect-là, pour nous, ça devient extrêmement important même quand on compare avec ce qui se passe ailleurs. Si, en général, dans notre organisation, on n'est pas versé à cet aspect du financement - quoiqu'on l'ait fait au congrès, et on en a entendu parler abondamment - sachez que ce n'est pas notre prétention actuelle de parler d'argent en termes de revenu ou ces choses-là. On tente de réaménager le système comme vous, avec les ressources, et on prend les mêmes conclusions que vous - vous le verrez tout à l'heure dans la discussion - par exemple, au niveau des structures régionales, et on ne voit pas pourquoi vous en créeriez d'autres. Utilisez les mêmes et aménagez-les à même vos ressources. On est d'accord avec vous. Est-ce que vous avez remarqué qu'il y a deux points importants, là-dedans, pour nous? La complémentarité entre les hôpitaux, on en parle, et on parle également de la qualité et de la pertinence des actes. Je vous ai donné tout à l'heure, M. le ministre, et ceux qui en voudront également de ce document... Nous avons présenté, l'an dernier, au ministère de la Santé du Québec, une étude avec demande de subvention qui se voulait un plan triennal d'expertise des actes médicaux, dans les régions, laquelle expertise étudie l'opportunité des actes, le coût, et surtout la qualité et le rendement de ces actes. Notre propos ressemble alors sensible-ment au vôtre, M. Côté, je suis d'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Avant... Oui?

M. Marier: Pour compléter le sous-financement, c'est que, pour nous, actuellement, il est difficile de parler de porter un diagnostic total de sous-financement parce qu'on ne connaît pas toutes les sommes d'argent qui sont perçues sous la bannière santé par le gouvernement, et également, dans le fond, on dit: peut-être qu'on n'a pas encore les moyens d'évaluer l'efficacité ou la pertinence de toutes ces dépenses-là. À ce moment-ci, par contre, on sait qu'on a du rattrapage technologique à faire et on sait qu'il y a des développements qu'on voudrait faire.

Vous savez, ce qu'on vit, depuis quinze ans, dans les hôpitaux; on parle de coupures et de restrictions budgétaires, de rationalisation des ressources. Ça, ce sont tous des synonymes. En bout de ligne, vous avez moins d'argent. Ça, c'est le langage qu'on a. On a appris à vivre avec ça, mais ce qu'on veut vous dire, c'est que si on nous passe toujours ce message, dès qu'on arrive avec un projet de développement, on dit: Écoute, on n'a vraiment pas ça, il faut vivre avec ce qu'on a et les développements ça viendra plus tard. Donc, à ce moment-là, on ne dit pas qu'on en manque, mais on pense que, peut-être, il pourrait en manquer. On voudrait avoir des études vraiment en profondeur de ce côté-là pour voir ce qu'on fait avec notre argent, comment on le dépense et comment on devrait le dépenser éventuellement. C'est ça qu'on souhaiterait faire.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, ça me chatouille toujours les oreilles quand on dit: peu importe qui était là comme gouvernement, coupures de budget, restrictions budgétaires, alors que le budget de la santé est à peu près le seul, au niveau du gouvernement, qui a été indexé, donc qui ne perd pas de poids au fil des années, avec un coût de système qui peut être mal réparti à travers les hôpitaux, compte tenu de la formule qu'on trouve, mais avec un système de 1 % qui n'est pas le Klondike mais, au moins, un coût de système qui devrait normalement faire face à l'évolution dans ce domaine-là. Il y a toujours une question de répartition, sur le plan territorial et, finalement, de l'affectation de ces sommes-là. Des centres hospitaliers universitaires sont venus nous dire qu'ils étaient les parents pauvres du système. À l'hôpital Cloutier, je ne suis pas sûr qu'on partage cette opinion-là. Si des gens des centres hospitaliers universitaires sont venus nous dire qu'ils étaient les parents pauvres du système, je commence à me poser passablement de questions parce que, effectivement, il y a bien du monde qui veut devenir un centre hospitalier universitaire parce que les coûts de système sont reconnus plus importants pour eux que pour d'autres.

Avant d'aller un petit peu plus loin... J'ai été très étonné, hier matin... Je ne sais pas si vous avez pris connaissance de ça, mais l'Institut canadien de recherches avancées est venu déposer un mémoire, hier matin, et je veux vous en lire un petit paragraphe parce qu'il m'a frappé. Rien de mieux que de le faire valider, si c'est possible, par des gens qui connaissent ça.

Il était dit, à la page 6, et je cite: "C'est d'ailleurs ce qu'a fait le Japon qui avait la moins bonne espérance de vie des pays développés dans les années soixante et qui a aujourd'hui la meilleure. De fait, l'espérance de vie au Japon est l'équivalent de ce que nous aurions au Québec si nous réussissions à éliminer une partie de la mortalité par accidents, ou encore toute la mortalité par maladie cardio-vasculaire plus une

partie de la mortalité par cancer. Pourtant, le Japon a des ratios médecin-population et infirmière-population qui sont parmi les plus bas du monde développé. Il dépense aussi moins pour ses services de santé que la plupart des pays développés. Il a par contre un des plus hauts niveaux de scolarisation du monde." Ça m'a bien étonné parce que, évidemment, là, ce n'est pas des trois de pique quand on parle de l'Institut canadien de recherches avancées, ce sont des gens qui sont pris au sérieux. Hier - ils sont venus nous dire ça hier matin - donc, ça posait un questionnement assez important en disant que ce n'est pas uniquement en investissant aussi dans le curatif mais aussi en investissant dans l'éducation des gens et dans la prévention qu'on peut finir par atteindre des objectifs de meilleure santé.

Alors, moi, ça me pose, quand j'entends des affirmations comme celle-là, un certain nombre de questions auxquelles il faudra trouver réponse, en se disant: Est-ce que c'est véritablement pour régler nos problèmes d'urgence, de vieillissement de population? Est-ce que c'est véritablement dans les hôpitaux ou si ce n'est pas à l'extérieur des hôpitaux qu'il faudra investir la marge de manoeuvre qu'on a pour être capable de faire face à nos problèmes, puis je vous la pose telle quelle?

M. Marier: Je pense que c'est une question très importante et je pense, pour la question précise sur le Japon, que ça demanderait sûrement de lire ce mémoire puis d'aller chercher les données. Il est clair que chaque pays a des pathologies qui, des fois, sont propres à son mode de vie, à son alimentation et à sa façon de vivre. Mais ce qu'on doit vous dire, par exemple, c'est qu'il y a des concepts qui ont été mis de l'avant. Le premier, comme vous le disiez: il faut faire de la prévention. Ce n'est pas d'hier qu'on a pensé que, si on faisait de la prévention, on finirait peut-être par diminuer nos coûts du système de santé, puis on n'aurait finalement plus besoin d'investir, parce que tout le monde aurait l'air tellement bien prévenu qu'on ne serait pas malade. Alors, en réalité, ce n'est pas tout à fait ça qui se passe, malheureusement et, d'autre part, toute l'action préventive qui est faite, c'est que souvent on essaie de comparer ça, de dire: On fait du préventif, puis on fait du curatif, comme si c'était deux choses bien différentes, mais, dans le quotidien, ce n'est pas comme ça que ça se passe.

En fait, c'est que, pour pouvoir prévenir, il faut connaître l'étiologie. Or, la recherche médicale qui s'est faite a apporté des réponses à cela et, à ce moment-ci, les cliniciens, les thérapeutes, dans le quotidien, qui ont de la crédibilité face aux personnes qui viennent les consulter peuvent faire de l'enseignement. Vous avez le médecin qui suit une patiente enceinte, qui va lui inculquer des notions de bonne

alimentation, qui va lui recommander de ne pas fumer. Un médecin qui va prescrire des anovulants à une patiente, va lui demander de ne pas fumer. Il y a un tas de conseils, comme ça, de prévention, qui sont donnés quotidiennement et qui font avancer la qualité de vie et les impacts sur le système de santé. Donc, il faut faire attention de conclure qu'il faut investir plus dans le préventif et moins dans le curatif, que c'est une équation qui est similaire.

Le deuxième argument, aussi, c'est qu'on a vu des volumes qui ont été écrits, le Némésis médical, Ivan Illich, on a vu Rachlis qui a écrit son "Second Opinion", puis tout ça, et finalement les gens ont mis en doute le développement de la haute technologie, en disant: Bien, ce sont des jouets, ça, pour les spécialistes, ce sont des jouets pour des médecins qui veulent s'amuser, et finalement ça ne donne rien, c'est de l'argent dépensé. Mais, actuellement, toutes les études commencent à démontrer que cela a un effet sur la qualité de vie, cela a un effet sur la morbidité. Alors, donc, à ce moment-ci, je pense qu'il faut repenser nos concepts, réviser nos concepts et par contre, malheureusement, cela a justifié beaucoup de coupures, justement dans les hôpitaux. Je pense encore, enfin, on pense, nous, que les... encore une fois, que le fer de lance du progrès, de la qualité de la médecine, est qu'il faut penser que les hôpitaux sont un lieu de formation, l'hôpital est un lieu d'enseignement, c'est un lieu où il se fait de la recherche, c'est un lieu où l'on fait des examens de laboratoire, des investigations. C'est là que les gens viennent chercher, finalement, la qualité des services quand ils sont vraiment malades, mais cela a aussi une répercussion sur les cabinets privés, sur le réseau un peu partout, parce que c'est en interrelation. Ça devrait l'être plus, mais c'est ça qui a préservé notre système. Je pense que, avant de dire: On n'investit pas là, on investit dans tout le reste, je ne suis pas sûr que cela a des effets aussi bénéfiques qu'on le pense.

M. Côté (Charlesbourg): On m'indique déjà qu'il ne me reste pas grand temps. J'ai pris connaissance, très rapidement, du projet qui m'apparaît très intéressant. C'est une bonne contribution afin d'identifier effectivement si on pose toujours les bons gestes. Comme projet que vous avez, on aura l'occasion d'en discuter dans notre prochaine rencontre. Ça, ça me paraît un geste extrêmement positif vis-à-vis de l'analyse de la dépense de notre argent, et il pourrait être un guide.
(16 h 15)

M. Marier: On a l'impression, M. le ministre, qu'au Québec, ce sont des politiques... C'est difficile aussi de régionaliser quand on n'a pas de politique nationale. Il ne faut pas se faire d'illusion, on ne définira pas des politiques de santé différentes dans chacune des régions. On a besoin, au Québec, d'une politique de traumatolo-

gie. On a besoin, au Québec, d'une politique en cancer, on a besoin au Québec, d'une politique en périnatalité. C'est nécessaire d'avoir les grandes lignes de ces politiques-là, et on a besoin de ça. Actuellement, c'est défini dans chacun des milieux. Il y a des communications, les échanges se font, mais l'expertise en santé médicale, au niveau du ministère, devrait être beaucoup plus importante et être capable de donner les grandes lignes de force pour le Québec.

M. Côté (Charlesbourg): Là-dessus, je vous suis parfaitement et, d'ailleurs, ça a été enclenché avant même qu'on se parle, l'enquête Santé-Québec. Pour être capable de se donner une politique et des objectifs, parce que la politique, il doit y avoir des objectifs avec, aussi, la base étant de savoir au moins où nous nous trouvions sur le plan d'état de santé, et l'enquête Santé-Québec est le premier pas. On nous confirmait même hier que c'était la seule province qui, jusqu'à maintenant, avait fait une telle enquête, imparfaite, bien sûr, parce que ce genre d'enquête-là, c'est toujours la photo instantanée d'un moment, et qu'il faut se donner les moyens pour être capable de voir l'évolution. Donc, à partir de ça, la politique de santé, oui, c'est important, et elle doit s'élaborer, elle devrait être là normalement, mais elle n'y est pas, elle va y être en fonction de la réforme que nous allons faire de manière parallèle, de telle sorte que la journée où on fera les changements au niveau de nos structures, dans la mesure où on en a besoin, évidemment on aura des objectifs de santé. C'est pour ça que le document d'orientation avait identifié 20 objectifs de santé, qui allaient être le cadre de la politique de santé au Québec, et là-dessus vous avez parfaitement raison. Donc, ce n'est pas blanc ni noir d'un côté comme de l'autre. Je pense que chacun a ses devoirs à faire, ils sont extrêmement importants. Je terminerai peut-être avec une question, je sais que le Dr Aubry veut intervenir, il en profitera en même temps.

M. Aubry: Juste un petit point, vous avez cité quelqu'un d'un mémoire qui a été soumis et, par hasard, j'ai la réponse ici, également par quelqu'un qui n'est pas un deux de pique, le Dr Paul David, et je le cite...

M. Côté (Charlesbourg): Paul...

M. Aubry: Paul David, le sénateur et également fondateur de l'Institut de cardio de Montréal. Le docteur, pas le sénateur. Compte tenu des progrès de la médecine et de l'emploi d'une technologie de plus en plus sophistiquée chez les malades de plus en plus âgés, je crois qu'il est utopique de compter sur la seule prévention pour alléger les dépenses de santé. Plusieurs maladies ont été éliminées depuis un siècle et ont ainsi réduit les dépenses autrefois

considérables. Par ailleurs, l'apparition récente de certaines maladies exigera des ressources financières importantes. La santé est et demeurera un bien fragile, qui exige une perpétuelle adaptation aux dangers obscurs qui la menacent, la mort retardée devient ainsi le prix à payer pour vivre mieux et plus longtemps.

M. Côté (Charlesbourg): Ça ne va pas en opposition avec ce que nous... Je vais vous en donner une d'ailleurs, parce que c'est très instructif. Il est bien bon, regardez ça, vous allez voir des gens qui sont situés au-dessus de la mêlée. J'ai appris beaucoup de choses, hier, dans ce petit document, et je pense que ça ne va pas en contradiction avec ce qui s'est passé. C'est clair que demain matin, tu ne décides pas que la prévention prend la place du curatif, il va rester des gens malades. Donc, ce qu'on dit, c'est peut-être qu'ailleurs on a mis davantage l'emphase au niveau du préventif que chez nous et, évidemment, l'importance des budgets parle d'elle-même.

Peut-être une dernière question, je sais que le président veut m'arrêter, mais je vais poser ma dernière question pareil. Je me rattraperai ultérieurement. Demain matin, si on décidait que c'est le salariat pour les médecins, pensez-vous que ça changerait quelque chose sur le plan de l'éducation ou de la prévention à travers le Québec, ou si on aurait plus de temps pour rencontrer les patients et leur en expliquer un petit peu plus?

M. Aubry: On a déjà, évidemment, songé à cela, en groupe et en particulier. Pour nous, le salariat ou la question que vous posez, ce n'est même pas un but, ou un objectif, c'est un moyen. Et c'est un moyen qu'il faut envisager comme les autres, de sorte qu'on n'est pas viscéralement opposés au salariat, sauf que si cette forme de rémunération est pensée par certaines personnes comme une panacée, on vous dit à l'avance que c'est l'inverse de la réalité. Le temps passé avec les patients ou le nombre d'actes, comme se plaisent parfois à le rapporter certains articles, est fonction du fait que les gens viennent nous voir et non pas qu'on va les chercher. Et ceci ne changera pas. Les solutions qui ont été apportées à notre congrès en novembre visent davantage, comme on l'a dit tout à l'heure, à sensibiliser la personne qui utilise les services. C'est la seule façon connue. La sensibilisation de ces gens aux services utilisés et à leur coût peut se faire par différents moyens, on en convient, mais ce n'est pas en salariant, nous pensons... On ne parle pas de partout, cependant, remarquez bien, il y a peut-être certaines formes de médecine qui s'opèrent par salariat ou vacation, je ne sais trop. Mais on ne voudrait pas, nous, que cette question vienne sur la table comme moyen magique de régler le problème, mais sachez que, viscéralement, on n'y est pas

opposés.

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

M. Chevette: Merci, M. le Président. J'ai quelques commentaires à faire, ensuite je passerai à mes questions. Le premier commentaire, juste à partir des dernières paroles du Dr Aubry, je suis content de voir qu'il n'y a pas d'obstruction systématique face à d'autres modes de rémunération, parce que, contrairement à ce que le président de votre corporation se plaît à dire, le malaise n'existe qu'auprès du consommateur, je pense qu'il y a un certain malaise aussi auprès du dispensateur de services. On ne peut pas continuellement dire au public: c'est seulement les bénéficiaires qui sont dans les carottes quant aux coûts de la santé et des services sociaux. Il y a quelqu'un qui offre des services, il y a quelqu'un qui en reçoit. J'ose croire qu'il y a des malaises des deux côtés. C'est vrai que le monde va vous voir, cher Dr Aubry, mais si vous n'aviez pas grand monde sur votre carnet de commande le lendemain, je ne suis pas sûr que mon bobo d'aujourd'hui ne serait pas très vilain et que je ne devrais pas aller vous voir le lendemain. Vous n'êtes pas à l'abri des vices d'un système, vous êtes des humains, exactement pareils comme d'autre monde. J'espère qu'on pourra, de part et d'autre, reconnaître qu'il peut y avoir des malaises des deux côtés.

Cela dit, je trouve que vous faites un excellent diagnostic de l'avant-projet de loi et vous le dites franchement. Ce n'est pas parce que vous dites, que vous répétez ce que j'ai dit dans mon discours d'ouverture, mais c'est exactement ce qu'on remarque: 6 500 000 \$ pour une réforme en santé à une commission d'enquête qui a analysé les malaises fondamentaux d'un système, qui a parlé de financement d'un système, qui a parlé de consommation, d'offre de services, et en arriver à un avant-projet où on ne parle que de structures, où l'emphase n'est mise que sur la structure, c'est vrai que c'est décevant. Je suis content que vous le disiez. Je suis content que vous observiez pareil comme nous autres, il me semble que c'est beaucoup plus que ça, que c'est beaucoup plus profond que ça, une réforme en santé. Et si on doit mettre l'accent sur la prévention, on doit également faire en sorte que la qualité du curatif n'en diminue pas pour autant, peut-être par des réaménagements d'argent, je suis d'accord avec ça. Je trouve que c'est une belle perception que vous avez, en tout cas, du projet de loi. La preuve, c'est que je suis convaincu... Bien sûr que le ministre, c'est gênant pour lui de dire: Je déchire cet avant-projet de loi, d'autant plus que ce n'était pas le mien, mais je trouve qu'il n'a pas d'allure. Je l'applaudirais, mais je sais qu'il

ne le fera pas, donc je ne pourrai pas l'applaudir. Mais c'est ça, en fait, l'avant-projet de loi n'a pas d'allure. Un système, un avant-projet de loi qui ne se tient pas et qui ne tient pas compte de l'approche globale en santé.

Depuis quelques jours, on discute. Je pense que ça a été bon, même si après cent groupes, on aurait pensé que ça aurait pu être exclusivement de la redondance. Il y a plusieurs groupes qui arrivent avec des éléments nouveaux, par exemple, l'Institut canadien de recherches, hier, c'est vrai que c'a été un excellent mémoire. Et je considère que votre mémoire est bon aussi parce qu'il touche du doigt le fait que ce n'est pas de même qu'on doit approcher, on ne doit pas avoir une perception structurelle exclusivement en santé. Je le répète, c'est la deuxième ou la troisième fois, mais vous n'étiez pas là, vous autres, hier mais quand je pense qu'Hydro-Québec parade devant les parlementaires chaque année pour son plan de développement, puis qu'on n'aît pas, annuellement ou tous les deux ans, maximum, ou tous les trois ans, un plan en santé, où est-ce qu'on va, quels correctifs on doit apporter, quels sont les objectifs, quels sont les priorités qu'on doit réviser, on ne fait pas ça avec la santé du monde... De sorte que c'est tout à fait normal et tout à fait humain que le curatif prenne de plus en plus de place, les besoins sont illimités dans ça. C'est normal, et c'est bien plus difficile, pour un ministre, entre vous et moi, de freiner ces appétits-là, parce qu'on n'a pas habitué les gens à s'enligner derrière des objectifs. Là, on est obligé de se choquer, tantôt après les médecins, tantôt après les infirmiers, tantôt après les employés de la fonction publique et on dit: Ils gobent toute la part du gâteau, ils ne sont pas raisonnables. Si on les enlignait sur des objectifs, ce sont les mentalités qu'on changerait et, à mon point de vue, c'est l'approche que vous avez dans votre mémoire et sur cette partie-là, je suis d'accord avec vous.

Maintenant, sur la partie du conseil d'administration des institutions, je suis assez en accord avec l'avant-projet de loi sur cette partie-là. Je me disais: Il est peut-être temps qu'on ait des conseils d'administration, mais je suis en train de changer d'idée d'une façon assez radicale. On ne peut pas, à mon point de vue, exclure l'expertise professionnelle des conseils d'administration. Il va falloir créer des places au moins de présence continue pour avoir l'expertise parce que si je ne suis pas médecin et si je n'ai pas un médecin pour jaser de temps à autre, pour ne pas dire assez régulièrement avec certains D.G. d'hôpitaux, je pense qu'il faut aller à la source pour savoir la vérité, parce que des fois, il y a ce qu'on appelle des petites "games" entre professionnels... On veut changer des choses et ce n'est pas nécessairement à l'avantage de la qualité du curatif. Et ça, à mon point de vue, il faudra trouver des formules, il faudrait

être inventif un peu mais permettre, je pense, à l'expertise professionnelle de demeurer sur place là où se prennent les décisions pour qu'on ait constamment, en présence de ceux et de celles qui ont à prendre des décisions, cette expertise professionnelle. Je suis rendu là, en tout cas. J'ai évolué par rapport au départ de la commission et je pense qu'il nous faut réviser beaucoup sur ce point-là.

Je voudrais vous entendre parler cependant de la décentralisation, parce que vous analysez l'avant-projet de loi comme en étant un de déconcentration. C'est exactement ce que je faisais aussi comme analyse. Je pense que c'est plutôt une déconcentration qu'on a là qu'une véritable décentralisation. D'autre part, si j'en parle, je suis d'autant plus à l'aise que le ministre lui-même a dit que si on décentralisait, on ferait de la véritable décentralisation. Voyez-vous jusqu'aux enveloppes de la RAMQ décentralisées en milieu complètement, l'argent du ministère tout envoyé au niveau régional avec l'enveloppe de la RAMQ également selon un per capita et des critères à définir? Est-ce que vous voyez la décentralisation complète et totale jusque-là?

M. Aubry: Une réelle décentralisation présuppose que la capacité de gérer est assise sur la capacité de dépenser, donc d'avoir des revenus. On ne comparera pas nécessairement, quoiqu'il y ait un excellent article ou une conférence donnée par Mme Bissonnette qui analyse cet aspect-là et qui le compare aux scolaires, entre autres... On ne voudrait pas non plus tomber dans la même erreur que le scolaire, parce que je pense que le scolaire actuellement est un exemple à comparer et surtout à éviter. Mais si on veut être logiques, notre pensée commune à ce niveau, c'est que, oui, la décentralisation devrait comprendre le pouvoir de gérer le budget dans une région donnée sans même bâtir de nouvelles structures. Elles sont déjà là. On peut les réaménager et, comme le ministre le dit, si les journaux ne rapportent pas toujours bien, rendre les gens imputables, ça, on est d'accord avec lui à 100 %. De même que nous, j'en viens là-dessus parce que c'est essentiel pour nous, notre présence, on veut être au niveau décisionnel, mais nos représentants, être imputables à ceux qui les envoient là de façon qu'on soit capables de rendre des comptes comme vous le suggérez aussi bien pour une région vis-à-vis du ministre de la Santé que nous vis-à-vis des actes médicaux posés dans la région donnée. Alors, ce type de structure-là s'adapterait d'une façon ou de l'autre dans les deux conditions que vous mentionnez. On pense que oui, il faut avoir un pouvoir régional monétaire si vous voulez vraiment décentraliser.

M. Chevrette: Le budget de la RAMQ aussi?

M. Aubry: Là, vous posez la question à une association des conseils de médecins et dentistes. J'ai fait la remarque tout à l'heure et je la fais sans agressivité ni sans faire de diminution de statut ou quoi que ce soit et ça, je le fais autant que je peux chaque fois que je vais à la télé et j'y vais assez souvent. Au Québec, vous avez dans chaque hôpital un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens qui, de par la loi, a des obligations qu'on vous a dites tout à l'heure, qui sont actualisées, responsabilisées légalement par un exécutif. L'ACMDPQ regroupe tous ou du moins la majorité de ces gens-là sur une base volontaire, gratuite, bénévole. Il n'y a rien qui est payé par nous aujourd'hui, rien. Il y a un autre groupe de personnes qui représente les docteurs en deux segments, les omnipraticiens et les spécialistes, deux fédérations, deux syndicats. Je fais partie d'un syndicat des spécialistes. Il y a finalement la corporation qui est souvent confondue avec des gens qui nous protègent alors qu'ils nous courent après à longueur d'année. La Corporation, on la paie pour aller vérifier dans les hôpitaux la qualité des actes qui y sont posés. Elle peut suspendre un médecin, elle peut lui donner une licence et vice versa. À votre question, il m'est difficile de répondre parce que ce n'est pas le créneau dans lequel on travaille. On ne travaille pas au niveau monétaire, on ne travaille pas dans cet aspect-là.

(16 h 30)

M. Chevette: Mais oublions... Je vous arrête dans ce cas-là.

M. Aubry: Oui.

M. Chevette: Le citoyen du Québec, qu'il soit de Val d'Or en Abitibi, qu'il soit de Témiscamingue, qu'il soit de la Côte-Nord ou qu'il soit de la Gaspésie, paie des impôts comme n'importe quel numéro montréalais qui a la même profession. Médecin en Abitibi ou médecin à Montréal, il paie les mêmes impôts. Le prof de Montréal ou le prof de Chicoutimi paie les mêmes impôts. Et à partir du fait que tous les citoyens du Québec sont égaux devant les impôts ou les tables d'impôt, est-ce qu'ils sont en droit d'être égaux vis-à-vis de ce qu'ils reçoivent en termes de qualité de services de santé et de services sociaux?

M. Aubry: La réponse est absolue, oui.

M. Chevette: Bon! Bien, si c'est oui, ça va jusque dans l'enveloppe des médecins et je vais vous expliquer pourquoi. En tout cas, en ce qui me concerne, pourquoi serais-je obligé d'aller à Montréal parce que je suis de la Gaspésie pour recevoir un traitement? Parce que M. le Dr Y ne veut pas sortir de Montréal. Il a décidé... À Montréal, ils ont un médecin par 400 ou 500 âmes. Dans certains de nos milieux tes plus

éloignés, qui paient les mêmes maudits impôts, c'est un médecin par 3000 ou 4000. Et si on ne décentralise pas - et moi je vais loin là - les enveloppes de la RAMQ, on continue à perpétuer les inéquités dans le fait de donner des services de santé de qualité à l'ensemble de la population du Québec. Je ne parle pas dans l'ultraspécialisation. Je comprends qu'on ne pourrait pas avoir des Installations ultraspécialisées dans l'ensemble des régions du Québec. Mais dans les spécialités de base, dans les 18 ou 21 - ça pourrait être discutable, je pense qu'on pourrait s'entendre assez facilement - il est tout à fait aberrant, à mon point de vue, qu'en 1990, on discute encore du fait qu'on laisse entière liberté à des corps médicaux, la seule profession au monde qui peut aller où elle veut.

Les profs, si tu n'as pas de petits en ville et si tu veux enseigner, tu vas aller sur la Côte-Nord, si c'est là qu'il manque des profs, sinon tu n'enseigneras pas. À Montréal ou à Québec, s'il y a une concentration forte de médecins, est-ce que les salaires moyens baissent à Montréal ou à Québec? Je n'ai jamais vu ça. Vous ne me ferez pas accroire ça, ce sont les mêmes salaires. Ce n'est pas parce qu'ils ont plus de médecins en ville qu'ils gagnent moins cher qu'à l'extérieur. C'est à peu près les mêmes montants qu'ils se font. Ce que je veux vous faire comprendre - je vous le dis et j'aurais bien voulu l'entendre dire, - êtes-vous d'accord que l'enveloppe de la RAMQ doit aussi suivre l'enveloppe du ministère au niveau de la centralisation pour une meilleure équité dans les services de santé et les services sociaux?

M. Aubry: Je veux juste faire un petit commentaire, puis mon confrère ici qui a pratiqué en Abitibi pourra faire également des commentaires additionnels, je suis sûr, fort intéressants.

Voyez-vous, on ne bouscule pas ce système dans le sens que vous le dites, ni être pour, ni être contre cet état de choses. Théoriquement, on est d'accord avec vous que tous les gens au Québec ont besoin des mêmes soins de même qualité. Vous arrivez à un point tel que vous utilisez le système de paiement d'honoraires comme moyen de distribution de soins de la santé au Québec. Là, on vous dit que vous faites fausse route. Moralement parlant, honnêtement parlant, on est d'accord avec vous, mais on ne pense pas que ce soit un moyen, à notre avis. On vous a mentionné tout à l'heure que l'enveloppe régionale devrait donner le pouvoir aux gens qui l'exercent réellement. Entre ça et aller jusqu'à l'item que vous mentionnez, raisonner en quelque sorte le nombre de médecins pratiquants à cause d'un montant global, il n'y a pas beaucoup de gens autour de la table qui sont au courant, je pense bien, comment se calculent ou se discutent, non pas les salaires mais les revenus des médecins.

Les revenus des médecins en spécialité, pour ceux qui ne le savent pas, c'est discuté globalement. C'est une masse globale. Ce n'est pas mon revenu qui est discuté. C'est à l'intérieur de ma fédération avec 24 ou 25 spécialités que les montants varient avec la représentativité de nos gens. Les omnipraticiens ont également une masse monétaire et ils ont un plafond de revenus. Tous ces moyens-là se sont avérés quand même pas... Faire ce que vous voulez puis ce qu'on souhaiterait comme vous, M. Chevette, on est d'accord. Mais je vais laisser quand même Robert vous parier un peu de ce type de pratique qu'il a faite à Noranda, il y a un certain nombre d'années.

M. Marier: Écoutez, je pense que, nous, on est d'accord pour l'autonomie régionale. On souhaiterait que chacune des régions s'organise, se structure et soit capable, disons, d'être fonctionnelle. Et je pense que vous l'avez bien souligné, pour la majorité des spécialités, il y a moyen de s'organiser dans chacune des régions. C'est sûr que ça va se faire progressivement, parce que ça implique aussi des budgets, des équipements et des installations différentes, il n'y a pas de doute, mais je pense qu'on doit viser ça. Encore une fois, ce n'est pas nécessairement par de la coercition que ça se fait.

Moi, je suis un gars de Montréal, je suis né à Montréal, ma famille est à Montréal, j'ai étudié, disons, en spécialité et tout ça, et quand on arrive sur le marché du travail à 32 ans, de partir, puis de s'en aller travailler à Noranda, c'est un petit peu spécial. Je ne considère pas que je fais partie de la moyenne comme telle, c'est peut-être parce qu'on a été formés dans des collèges, qu'il fallait se dévouer et puis tout ça, en tout cas, ce sont des relents de tout ça. Mais, finalement, je m'étais dit que j'irais pratiquer en région au moins deux ans pour revenir. Finalement, j'y ai passé sept ans et j'avoue que j'ai beaucoup apprécié la région et je serais probablement resté là tout le temps, n'eût été, justement, du nombre. Parce que, dans ma spécialité, en obstétrique gynécologie, c'est la nuit et c'est le jour et, tout ce que je demandais au directeur général, qui disait qu'il ne voulait pas que je parte, et à mon conseil régional c'est: Assurez-moi qu'on sera au moins toujours trois gynécologues là-bas et je vais faire toute ma carrière ici. Mais, ça, c'était la seule chose qu'ils ne pouvaient pas m'assurer,

Je peux vous dire qu'il y a eu beaucoup de progrès, quand même, qui ont été faits depuis... Je suis allé là en 1976 jusqu'en 1983, beaucoup de travail a été fait pour le recrutement, pour développer des politiques incitatives, les tables de concertation. Je pense que les gens se sont éveillés aux problèmes des régions, sauf qu'on ne peut pas aller plus vite aussi que l'éveil progressif de tout ça. Mais je pense qu'on a fait des pas de géant et qu'actuellement, on devrait

accentuer les politiques incitatives pour encourager les gens à aller travailler.

On a construit la Baie James, on a donné des incitatifs, il y a des plombiers de Montréal qui sont allés travailler là-bas, on les a incités à y aller. Si on veut avoir des ouvriers de la santé spécialisés pour aller dans un secteur donné, on leur demande de se déraciner, de quitter leur famille, de quitter leurs amis, d'aller faire du travail, je pense qu'on doit leur donner certaines compensations, on doit travailler de ce côté-là.

Quand on regarde l'Ontario, à Timmins, qui est à 400 milles au nord de Noranda, ils avaient quatre fois plus de médecins spécialistes. Depuis 1970, il y avait un sous-ministre de la Santé, en Ontario, qui ne s'occupait que des régions éloignées. On avait toute une politique d'incitatifs pour les régions éloignées et les gens connaissaient exactement quelles étaient les difficultés. On sait très bien que, si tu t'en vas travailler dans un centre comme Lebel-sur-Quévillon, si tu restes là cinq ans, tu vas déprimer ou tu vas te droguer ou je ne sais pas quoi parce que c'est trop difficile sur le plan psychologique. Il faut qu'il y ait du support, il faut que les médecins tournent, qu'y y ait de la rotation.

Donc, je pense qu'actuellement, au Québec, il faut régionaliser, on a fait beaucoup de chemin, on est prêts, actuellement, à donner, disons, même le coup de pouce nécessaire, parce que la régionalisation, encore une fois, ça passe par une expertise, une implication des CMD régionaux, officiellement auprès des conseils régionaux et qu'à ce moment-ci, avec des politiques incitatives, on devrait arriver aux objectifs que vous vous êtes fixés.

M. Chevette: Je suis content que vous parliez d'incitatifs régionaux. J'étais un de ceux qui en ont voté, moi aussi. Je pense que le ministre en a voté lui aussi, une couple, et mon prédécesseur en avait voté et je pense que Mme Lavoie-Roux en a voté aussi. Vous êtes rendus à quoi, une vingtaine d'incitatifs? Au moins. Et il nous manque toujours 138 omnipraticiens, je pense, puis je ne me souviens pas du nombre de spécialistes qui manquent en région, en plus. Mais, entre vous et moi, on paie plus cher pour envoyer, par exemple, un médecin à Chibougamau, ou bien en Gaspésie, c'est 20 % de plus. Ce sont des vacances qu'on paie, ce sont des cours de recyclage pour leur permettre de sortir de là. Et quand on n'en a pas, il se fait du "moonlighting" - vous savez ce que c'est - parce que certains résidents et internes vont chercher la grosse piastre les fins de semaine. Ça fait quasiment leur affaire, quand ils ont fini leur cours, ils sont allés durant leur cours, faire du "moonlighting" pour gagner de l'argent, en plus de gagner leur salaire de résident, ils vont s'installer à Montréal pareil.

Pensez-vous qu'on peut continuer indéfiniment, exclusivement, par des incitatifs, basés sur (a pleine et entière discrétion totale de l'individu? En tout cas, à moins qu'on me le prouve, c'est la seule profession au monde qui décide où elle va aller et comment elle va faire. Vous avez dit, Dr Aubry, tantôt, vous êtes peut-être pas gros autour de la table qui savez comment ça marche, je le sais trop, moi, comment ça marche, pour votre information, autour de la table. J'en suis un de ceux qui doit le savoir pas mal trop. On négocie, oui, négocie un montant, on envoie des chirurgiens dans certains milieux et si, par malheur, le conseil d'administration autorise trop de lits pour des soins de courte durée occupés par des soins de longue durée, savez-vous ça que, quotidiennement, il doit y avoir des menaces - ça doit être pareil comme moi - le chirurgien menace de s'en aller, il ne fait pas assez d'actes, ce n'est pas assez payant. C'est de même que ça marche. Il va falloir se pencher sur d'autres systèmes. Est-ce que c'est la population qu'on dessert? Moi, ça ne me rentre pas entre les deux oreilles, ça, qu'on n'ait pas trouvé exclusivement... Les moyens incitatifs n'ont pas réussi, n'ont pas suffi.

À mon point de vue, s'il faut aller même dans les chaires universitaires régler le problème, il faudrait y aller comme société parce que c'est basé exclusivement sur... Il y a un seul point sur lequel je suis d'accord avec Augustin Roy et c'est là-dessus. C'est de dire aux universités: Vous avez beau les choisir toujours par talent, si on choisissait parmi ceux qui ont un bon talent mais qui ne sont pas nécessairement premiers de classe et qui veulent s'engager pour aller en région, on pourrait peut-être leur réserver des sièges à l'université. Moi, je suis d'accord avec ça. Il va falloir arrêter de choisir le petit brillant, le petit... Le petit numéro un là, il va aller où il va vouloir, à Montréal ou à Québec. Sur 525 psychiatres ou 575, ils sont tous cantonnés ou presque à Montréal et Québec. On n'est pas capable d'en avoir. J'ai de la misère à en avoir à Joliette. Je suis à 30 minutes d'auto de Montréal. On va continuer ça ad vitam aeternam par des mesures incitatives, pour une seule profession? Vous ne pensez pas que si on ne veut pas marginaliser la classe médicale et s'il y a un éveil de la population là-dessus, dans toutes les régions du Québec, on se doit d'agir avant longtemps avec un petit peu plus de coercitif?

M. Marier: M. Chevette, c'est parce que, à un moment donné, on a peut-être essayé de faire trop peu et pas en même temps. Quand on avait évalué dans les années soixante-dix-huit les besoins des régions éloignées, je ne parle pas de Joliette, là, mais de la Gaspésie, de la Côte-Nord et du Nord-Ouest québécois, on avait évalué peut-être à 150 spécialistes, le nombre dont on avait besoin pour couvrir tous les besoins. Ce n'est quand même pas un puits sans fond. Si, à

ce moment-là, on avait vraiment mis des incitatifs puissants, je suis convaincu qu'on aurait été capables d'avoir des gens, quitte à dire qu'après qu'on a le nombre... Si on évalue qu'on a besoin de deux chirurgiens généraux, après ça, là, c'est comme tout le monde au Québec, je veux dire, mais on veut s'assurer au moins qu'il y ait le minimum. Si on avait fait ça, moi, en tout cas, je mets encore le pari sur la table qu'on réussirait à donner quelque chose. Mais c'est que pour des raisons, des fois, idéologiques et ces choses-là, on a dit: On n'est quand même pas pour en donner à des gens qui en ont déjà et ces choses-là. En fait, on a fait un tas de... Puis on a donné, progressivement, des gouttes d'eau un peu partout, mais je pense qu'on a progressé parce qu'on a réglé, au moins pour les médecins de famille, les omnipraticiens, beaucoup ce genre de problèmes-là. Il reste du côté des spécialités, mais ce n'est pas un gouffre sans fin si on limite, parce que les besoins sont bien identifiés, bien limités, et c'est un problème peut-être plus facile à régler qu'on ne le pense. Moi, en tout cas, j'encourage encore à être plus incitatif avant d'arriver au coercitif. On vit dans une société libre au Québec. Pourquoi un groupe de la société aurait des mesures coercitives pour aller dans un milieu ou l'autre?

M. Chevette: Bien...

M. Marier: Actuellement aussi, pour votre information, les gens ne peuvent plus faire du "moonlighting" parce qu'ils n'ont plus de permis pour aller remplacer. C'est récent mais c'est comme ça.

M. Chevette: C'est vrai qu'on est dans une société libre, mais vous reconnaîtrez que toutes les autres professions n'ont pas le... Vous êtes la seule profession dans cette société libre qui pouvez vous installer où vous voulez. N'oubliez pas ça. Les professeurs, quand le ratio maître-élèves ne répond pas...

Une voix: Les avocats, les notaires...

M. Chevette: Oui. Mais non, les notaires et les avocats, ce n'est pas... S'ils veulent... Ils ne commanderont pas le salaire. S'il y a un client qui y va, ce n'est pas comme un service universel, ça. Il n'ira pas en cour s'il n'a pas le foim même s'il y avait 40 avocats, alors que le médecin, le lendemain matin, lui, il s'installe à Montréal, là où il y a une forte concentration. J'espère que vous reconnaissez que c'est là que sont les dangers les plus grands pour que se développent les vices du système parce que si tu as 15 médecins dans un arrondissement qui en nécessiterait 5, ils veulent tous vivre selon un standard de vie correct et ils sont plus susceptibles de verser dans les vices du système, vous le savez très bien, comme dans n'importe quelle

profession. Ce n'est pas parce qu'H porte le nom de docteur qu'il est plus intelligent et plus brillant qu'un autre. Donc, c'est la même affaire.

Le Président (M. Joly): M. le député, je pense qu'il y a un de vos collègues qui veut jaser. Je ne veux pas... Je veux juste vous dire que dans trois minutes, j'arrête tout le système.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marier: Vous ne parlez pas du système de santé là?

De» voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Merci, M. le leader.

M. Chevrette: Je termine en vous disant ceci. Moi, je considère que vous avez un excellent mémoire, mais vous me donniez l'occasion de dire ce que je pensais sur un autre point.

M. Marier: Oui.

M. Chevrette: Ne vous sentez pas fort mal à l'aise de ce que j'ai dit, mais j'y crois profondément et vous avez été une occasion pour que je le fasse. Donc, je vous en remercie doublement.

M. Jolivet: Tout simplement, M. le Président, si on me donne la permission parce que je ne suis pas inscrit à la commission. J'ai le... (16 h 46)

Le Président (M. Joly): On...

M. Jolivet: Donc, en continuant dans la même veine, dans la mesure où le Dr Aubry connaît notre région, H sait très bien que nous sommes un intermédiaire entre les grands centres universitaires et les zones déconcentrées éloignées. Ça occasionne certains problèmes dans nos milieux et je vous donne des exemples. Même l'incitatif permet à un médecin qui demeure à l'arrière de l'hôpital Lafleche, à Grand-Mère, mais qui pratique à la Régionale de la Mauricie, de ne jamais venir donner de services à l'hôpital Lafleche mais d'aller en donner sur la Côte-Nord, parce que c'est plus payant pour lui. Je pense que l'incitatif a amené les zones intermédiaires à avoir des sâprés problèmes.

Ma question, elle est simple, elle concerne les urgences. Vous savez qu'y a des médecins qui sont à l'intérieur des hôpitaux, dans les conseils de médecins et dentistes, qui donnent des services le mieux possible. Dans un milieu où on a 20 médecins, il y en a 9 ou 10 qui se trouvent à l'intérieur de l'hôpital et les autres font de la médecine de service autour, sous quelque forme que ce soit, de travail ou peu importe. On se retrouve avec 10 médecins qui essaient de maintenir une urgence et Us disent:

Nous, on a des sâprés problèmes parce qu'en dehors de l'hôpital, il y a d'autres médecins qui pratiquent et ils nous envoient les gens pour des prises de sang, pour des rayons X, pour faire de la physio et, finalement, s'il y a un problème, comme Us passent par l'urgence, c'est nous, à l'intérieur, qui devons faire la liste parallèle. À un moment donné, ils se découragent et disent: On lâche tout, ça n'a plus de bon sens. On est de moins en moins à l'intérieur et de plus en plus à l'extérieur. Ils viennent chercher les mêmes services que si on était à l'intérieur et ils ne donnent aucun service à l'hôpital.

Alors, ma question est bien simple, j'en ai parlé au ministre et à mon collègue, le député de Joliette, c'est: Est-ce qu'il y a, dans la loi, quelque part, un endroit où on va dire que si un médecin vient chercher des services à l'hôpital, il doit, en contrepartie, en donner? Autrement dit, actuellement, c'est que si tu fais partie du conseil des médecins, si tu es affilié à l'hôpital, si tu as reçu tes lettres de noblesse de l'hôpital, tu es soumis à ce travail, mais si tu es à l'extérieur, tu peux avoir les mêmes services sans donner ce travail-là. Alors, est-ce que la loi devrait prévoir qu'un médecin qui vient chercher des services à l'hôpital doit en donner en contrepartie, pour permettre à l'urgence de fonctionner 24 heures sur 24, sept jours par semaine?

M. Aubry: Exactement dans le même sens de vos préoccupations, nous, on dit la même chose, c'est-à-dire qu'il ne faut pas pénaliser les patients et les patientes, au départ. C'est le premier item. Tout à l'heure, on vous a mentionné qu'on n'était pas un syndicat, on n'est pas une corporation, on évalue les actes, la pertinence... On partage vos idées même là-dessus et, personnellement, comme président d'un conseil d'administration et membre d'un conseil d'administration depuis 17 ans, 18 ans, j'aurais des choses étranges à dire. Je ne les dirai pas parce que je suis identifié, mais votre raisonnement, au niveau de donner et de recevoir, vaut pour nous aussi.

M. Chevrette: À quoi ou à qui?

M. Aubry: Il vaut, c'est-à-dire qu'on ne vous dit pas de faire une loi mais on va vous rapporter simplement une petite discussion qu'on a eue à notre dernier congrès, en novembre, et j'y réfère, où nous avons discuté avec le président de la Fédération des omnipraticiens, M. Richer. Celui-ci nous a laissé entendre qu'il était actuellement à travailler sur ce problème que vous décrivez, et nous partageons vos opinions de façon assez rapprochée, je peux vous le dire.

Le Président (M. Joly): Finalement, il ne reste plus de temps... Oui, M. Côté?

M. Côté (Charlesbourg): Je trouve ça intéressant l'invitation hors des micros. J'en ai pris note.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vous laisserai tout le temps voulu, après. Alors, de cette façon... C'est parce que j'ai d'autres groupes à recevoir et je veux quand même être juste avec tout le monde.

M. Aubry: Deux items, monsieur, juste pour finir rapidement. C'est parce que....

Le Président (M. Joly): Oui, mais c'est toujours deux, deux, deux, là.

M. Aubry: ...la conclusion qu'on a ici, les autres mémoires en font une. Nous, on en a une qui est superbe. C'est qu'il faut arrêter de régler les problèmes comme des négociations, ponctuellement. Il faut arrêter d'agir quand on est mal pris et que le feu est pris. Dans notre congrès, la proposition est venue de trois ou quatre tables différentes. On se targue d'y avoir pensé avant mais elle est sortie quand même. Il faudrait créer au Québec un conseil supérieur de la santé, lequel conseil verrait à faire ce que M. Chevrette a dit: actualiser mois après mois, année après année les modifications dans le système. Il verrait à modeler des façons différentes de transiger, à s'assurer que les ressources sont réparties également sur le territoire. Ce conseil supérieur serait composé de gens qui ont l'expertise, la capacité administrative. On veut en être. On veut en être, c'est notre message, aujourd'hui. On veut être au niveau décisionnel, on ne se cache pas pour utiliser les mots, on veut vous aider. On prétend encore - M. Côté l'a admis au point de départ - être les experts dans le domaine de la santé. On l'est et on le sera tout le temps.

Et, pour répondre à M. Chevrette, au niveau d'être la seule classe au monde, M. Chevrette, les docteurs, ce sont les seules personnes au monde qui ont une relation individuelle avec le patient, et cette relation est une relation privilégiée et sacrée sur laquelle nul règlement ou loi ne peut intervenir. C'est la raison pour laquelle cette situation existe et, si on veut garder la possibilité d'aider les patients, on veut également garder non seulement la possibilité, mais avoir la possibilité d'aller jaser avec vous autres pour discuter des modalités plutôt que de la coercition.

Le Président (M. Joly): Merci, Dr Aubry. Je pense que vous avez déjà fait valoir vos deux points. Merci beaucoup. Vous étiez le centième groupe: d'habitude, on donne un cadeau au centième groupe, vous m'avez donné 20 minutes de retard.

Une voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Alors, je l'apprécie bien gros. Merci beaucoup, au nom des membres de cette commission.

Alors, je demanderais aux gens de faire diligence, s'il vous plaît, et aux représentants du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières de bien vouloir prendre place.

S'il vous plaît! Merci. Alors, bienvenue à cette commission. Vous connaissez la procédure, vous avez normalement une vingtaine de minutes. Alors, j'apprécierais si, des fois, vous pouviez, peut-être d'une façon un peu plus concise, nous présenter votre mémoire et, après, de façon à ce qu'on ait un petit peu de temps pour vous poser des questions... J'apprécierais donc que la personne responsable du groupe veuille bien se présenter ainsi que les gens qui l'accompagnent.

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières

M. Miilette (Yvon): Alors merci, M. le Président. Permettez-moi d'abord de vous présenter mes collègues. À ma gauche, Mme Madeleine Dussault, maîtresse de Plessisville et présidente du sommet économique de 1989 dans la région de la Mauricie et des Bois-Francs; Mme Solange Fernet-Gervais, une bénévole professionnelle, du côté de Laviolette, qui a consacré sa vie à promouvoir les organismes communautaires. À ma droite, M. André Thibault, directeur du bureau directeur de l'UQTR, votre aima mater, M. le ministre; M. Thibault est aussi membre du conseil d'administration du CRSSS-04. Et M. Jean-Yves Dessureault, directeur général. Je m'en voudrais aussi de ne pas souligner la présence de quelques membres du conseil d'administration du CRSSS et quelques membres de notre bureau du personnel à Trois-Rivières.

Le Président (M. Joly): Allez.

M. Miilette: En invitant des gens de la région de la Mauricie et des Bois-Francs à nous accompagner, nous avons voulu démontrer la nécessité, mais aussi la possibilité de mobiliser les éléments les plus dynamiques de la société à participer à la gestion des services de santé et des services sociaux. Leur intérêt dans le développement du mieux-être de la population n'est pas un geste spontané, mais un engagement dont notre milieu tire profit depuis longtemps. M. le Président, la région de la Mauricie et des Bois-Francs compte 6,9 % de la population du Québec, soit 450 000 habitants desservis par des organismes communautaires et 62 établissements publics répartis dans 12 territoires de CLSC et 3 territoires de DSC. En incluant la rémunération des médecins par la RAMQ, les budgets qui nous sont alloués pour l'année en cours totalisent près de 600 000 000 \$, soit 5,7 % de l'enveloppe

globale de la santé et des services sociaux du Québec.

L'essentiel de notre mémoire. M. le Président, notre mémoire a été élaboré en novembre 1989, H y a déjà quatre mois. Il met l'accent sur les cinq éléments suivants, à savoir: la volonté du conseil régional de collaborer à une révision en profondeur du système, dans l'intérêt de l'ensemble de la population; la nécessité de disposer d'une véritable politique gouvernementale de santé et de bien-être. Le ministre développe et évalue une politique globale de santé et de bien-être, les régies en assurent la planification régionale et la mise en oeuvre et en rendent compte au ministre. La rationalisation des services et des dépenses que l'instance régionale pourrait proposer, initier, réaliser, dont notamment des regroupements d'établissements, l'élimination du dédoublement de fonctions et la mobilité des ressources humaines. L'octroi de véritables pouvoirs décisionnels en région, la nécessité que les instances régionales soient imputables au ministre et à la population. La régie doit être administrée par des gens élus et représentatifs de tout le milieu. Depuis novembre, M. le Président, le ministre a annoncé son intention de déposer un tout nouveau projet de loi, a sollicité des avis sur des points particuliers. Il s'est prononcé sur nombre de sujets que nous avons abordés dans notre mémoire. Nous avons, nous aussi, poursuivi notre réflexion et désirons vous en faire part, ce qui nous permettra d'aller au-delà de notre mémoire et de mieux répondre à vos attentes. Je vous présente maintenant une bénévole professionnelle, ou plutôt une professionnelle bénévole, Mme Solange Fernet-Gervais. Mme Gervais.

Mme Fernet-Gervais (Solange): M. le Président, mesdames, messieurs, membres de la commission. Les organismes communautaires de notre région se sont donné comme consigne de demeurer centrés sur la personne et d'assurer une qualité de vie dans la gratuité et la vigilance. Ils se réjouissent donc quand le gouvernement réitère le maintien de l'accessibilité et de la gratuité du système, quand il réaffirme la place de la personne au centre de ses orientations, enfin quand il suggère des stratégies basées sur la prévention et sur le concept de l'autonomie des personnes dans leur communauté et soutenues par des réseaux naturels. Les organismes communautaires, expression des solidarités de base, doivent être reconnus dans leur originalité et leur engagement et traités comme de vrais partenaires.

M. le Président, les revendications répétées des groupes communautaires témoignent qu'ils n'ont jamais été reconnus dans la pratique et ils sont demeurés sous-financés. Les bénévoles dispensent des services essentiels. Le reconnaîtra-t-on enfin? Ils veulent bien travailler pour rien, mais pas avec rien. Les permanents et

bénévoles exercent leur activité dans des conditions matérielles difficiles. Leurs miracles quotidiens seraient souvent multipliés s'ils disposaient de locaux plus adéquats et d'équipement plus fonctionnel. Ces travailleurs salariés ont des emplois sous-payés, généralement précaires. Ils doivent avoir la vocation pour accepter de telles conditions. Il ne faut plus traiter à rabais ces experts polyvalents. Le vieillissement de la population et l'émergence de nouvelles problématiques rendent leur tâche d'autant plus difficile. En plus de leur champ traditionnel d'engagement, les bénévoles sont sollicités pour suppléer au manque de ressources du réseau public, ou pour combler des besoins pour lesquels l'État intervient de moins en moins. On ne veut pas, on ne peut plus être complices d'un désengagement du gouvernement. M. le Président, les groupes communautaires évoluent. Ils ne travaillent pas seulement dans les services directs aux âgés et aux familles. Ils s'engagent de plus en plus dans la promotion de la santé et la préservation de l'environnement social. Ils se conscientisent aux changements de comportement pour une meilleure santé. Ils sont des promoteurs de la prise en charge par le milieu. Promoteurs aussi du maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles. Il faut donc permettre à ces partenaires un accès à la formation et au recyclage au même titre qu'aux employés du secteur public. Pour une meilleure planification et gestion des ressources mises à notre disposition, des regroupements au plan local et par secteur d'activité devront s'effectuer. Ces structures de regroupement à notre mesure devront aussi être reconnues pour plus d'efficacité. En conclusion, les groupes communautaires doivent participer au développement des critères de fonctionnement avec le réseau, et aux modalités de leur financement. La représentativité au sein des conseils d'administration est une formule gagnante et gage d'appartenance. Nous vous assurons de notre participation et de notre collaboration.

Le Président (M. Joly): Mme Dussault.

Mme Dussault (Madeleine): M. le Président, c'est un beau défi d'être ici à titre de présidente d'un organisme de concertation régionale, le CRCA Mauricie-Bois-Francs-Drummond, et maire d'une municipalité d'environ 8000 de population. J'ai nettement l'impression de devoir vivre en accéléré ce qui devra se vivre au niveau des régions dans un avenir très proche. À titre de présidente du CRCA, nous appuyons cette volonté de décentralisation fortement exprimée. En plus, en constatant les fruits de la concertation, car elle existe déjà chez nous, nous sommes convaincus que la région, à condition qu'on lui donne les pouvoirs nécessaires et qu'elle agisse en toute transparence, peut mener à terme cette opération de rationalisation de coûts et de

services. Encore faut-il qu'on applique à la région le principe de la modulation et qu'on respecte, dans l'attribution des budgets, l'équité inter-territoriale et intraterritoriale. Ainsi, les objectifs de prévention, de santé et de valorisation de la personne pourront être atteints.

Comme maire, c'est autre chose. Oui, la municipalité veut participer. Oui, la municipalité peut accepter de plus grandes responsabilités si elle sent que son autonomie est respectée. Pour l'heure, celle du changement, gardienne du champ d'impôt foncier, elle est consciente d'avoir livré la marchandise et protégé le citoyen. Sa fiscalité est convoitée par les paliers de gouvernement supérieurs, et la municipalité se sait vulnérable, parce qu'étant le gouvernement le plus près du citoyen. La municipalité se sent un peu traquée. Elle veut accepter la réforme, mais pas n'importe comment ni à n'importe quel prix. Elle demande que les enjeux soient clairs. Si c'est l'impôt foncier qu'on vise, qu'on le dise et qu'on agisse en toute transparence, car jusqu'ici la règle voulait qu'à des responsabilités nouvelles soient allouées des sources de financement nouvelles. Les élus municipaux ont à ce jour été reconnus comme gestionnaires responsables et efficaces et veulent le demeurer, même en participant à un processus régional. Merci, M. le Président.
(17 heures)

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Dus-sault.

M. Millette: M. le Président, pour terminer la présentation, j'invite M. Jean-Yves Dessureault, directeur général du CRSSS-04, à vous livrer son message.

M. Dessureault (Jean-Yves): M. le Président, membres de cette commission, le ministre a clairement dit: il y a un temps pour les études et la consultation, un temps aussi pour les décisions et l'action. Comme nous sentons venir la fin du processus, nous vous soumettons notre dernière recommandation. Le premier point venant de la région 04, je pense qu'on ne peut pas se passer de vous parler des urgences et de ce que nous vivons actuellement. Nous souhaitons que la nouvelle loi permette de régler le problème des salles d'urgence. Comment? Par un ensemble de mesures à privilégier dont, notamment, un contrôle sévère de la gestion des lits, le développement de ressources alternatives à l'hospitalisation, l'ouverture, sur une base continue, de certains services en CLSC, une entente avec les polycliniques privées pour le prolongement de leurs cliniques, particulièrement en période de pointe dans les centres hospitaliers, des mesures incitatives d'abord normatives et, s'il le faut, financières à la présence d'un nombre suffisant de médecins à toutes les périodes de la semaine. Enfin, le cas échéant, des mesures coercitives comme, par exemple, la

garde obligatoire en échange de privilèges de services dans l'établissement de santé.

Un deuxième point, le problème des effectifs médicaux. La région 04 se retrouve, M. le Président, géographiquement coincée entre les régions métropolitaines et les régions périphériques. En matière de recrutement et de rétention des effectifs médicaux, elle s'en trouve nettement désavantagée. Même si elle bénéficie dans un premier temps du contingentement des régions métropolitaines, elle a de la difficulté à retenir les médecins. C'est pourquoi nous avons, au cours des deux dernières années, entrepris une vaste opération visant à améliorer notre capacité à les retenir dans notre région. Pour ce faire, nous avons développé, de concert avec la Corporation professionnelle des médecins, un modèle d'organisation clinique qui s'appuie sur quatre notions: la notion de responsabilité territoriale, la notion d'entente interétablissement, la notion de mission basée sur la recherche d'une autosuffisance locale sous-régionale et finalement, la notion d'interdépendance des plans et des budgets de développement des ressources humaines, financières et matérielles. Ce projet en phase de consultation actuellement devrait être déposé sous peu au ministère. Vous remarquerez qu'il vise une meilleure complémentarité entre les établissements et une meilleure accessibilité aux services.

Un troisième point sur lequel nous voulons insister, le développement des ressources humaines. Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux représente un des principaux outils pour assurer la qualité et l'accessibilité des services. La réforme devra réserver une place importante au perfectionnement de tous ces travailleurs. Des programmes de formation devront être élaborés et adéquatement financés pour répondre aux besoins des individus, des établissements et des programmes régionaux de services. Chaque palier d'autorité de niveau local, au niveau de la région, au niveau de la province devra assumer sa part de responsabilités. Il va de soi cependant que l'instance responsable au premier chef du développement de son personnel est l'employeur immédiat. La conférence des CRSSS vous soumettra au cours des prochains jours un dossier très étoffé dans ce domaine.

Un mot sur la protection des droits des usagers. Depuis longtemps, les conseils régionaux assurent le traitement des plaintes des bénéficiaires. Deux contraintes principales limitent la qualité de nos interventions. D'abord, l'excuse qui est tirée de la loi à l'effet que l'établissement n'a pas les ressources en suffisance pour améliorer le service, puis l'absence de moyens de coercition pour forcer l'exécution de nos recommandations.

M. le Président, c'est notre conclusion. Notre conseil régional, et c'est aussi le cas des autres conseils, désire des changements et nous

sommes prêts nous-mêmes à changer. Trop de problèmes tardent à être réglés pour le plus grand bien de la population. Nous avons, en région, le potentiel pour y répondre. Il nous manque les leviers que vous pouvez nous fournir, soit une vraie politique avec des objectifs opérationnels et mesurables, une loi qui définit les droits, les responsabilités et les pouvoirs de tous les acteurs du système, un plan régional d'organisation des services, une participation de droit de la population, des usagers, des organismes communautaires, des établissements, des élus municipaux, des députés, des organismes associés, et enfin, du personnel à tous les niveaux du fonctionnement du réseau.

M. le Président, mon collègue à ma droite, M. André Thibault, et tous les autres membres à ma gauche, sont maintenant à votre disposition.
Merci.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci M. le Président. Je me garderai des questions sur le communautaire pour la fin de mon intervention. Je suis très heureux, spécialement aujourd'hui, de pouvoir recevoir le CRSSS de la région 04, compte tenu de ce que nous vivons quotidiennement et évidemment, ça fait très certainement l'affaire de la presse, puisque c'est presque un roman feuilleton à tous les jours, fins de semaine y compris, sur la situation délicate de certains hôpitaux au niveau de la région qui vous concerne. Sainte-Marie, Saint-Joseph, Shawinigan, Lafleche, puis j'aurais tendance à monter jusqu'à La Tuque. En tout cas, je dirais au député de Laviolette de ne pas parier trop vite, je vous informerai éventuellement.

Donc, je suis très très heureux de vous voir et je partage totalement le point de vue de Mme la présidente du sommet de la région 04 à l'effet que c'est une région qui a vécu une très bonne concertation. J'y ai moi-même assisté et participé et je pense que c'est une région qui, effectivement, malgré des obstacles géographiques, a très bien vécu l'expérience d'un sommet, donc d'une concertation et d'une force régionale.

Donc, compte tenu des problèmes particuliers dont on vient de parler, Sainte-Marie, Saint-Joseph, Shawinigan-Sud, Lafleche, quels pouvoirs ça prendrait à une régie autonome pour régler le problème? Est-ce que vous pensez que demain... On va jusqu'aux limites du possible sur le plan des pouvoirs, on dit qu'on va en donner des pouvoirs aux régies, on va en donner là. Quels pouvoirs de plus pourrait-on vous donner pour faire en sorte qu'on règle ces problèmes-là? Parce que c'est ça le quotidien. 48 médecins pour un centre hospitalier qui, une bonne journée, décide pour toutes sortes de raisons, que du service à l'urgence il n'y en a plus. C'a toujours

été le moyen de faire pression sur le gouvernement, puis de faire "shaker" les hommes politiques. Je vous l'ai dit, je ne suis pas nerveux bien, bien. Je ne l'ai pas été hier, je ne le suis pas aujourd'hui et je ne le serai pas demain non plus. Mais à partir du moment où on vous transfère tout ça là, le ministre va juste vous regarder, il va être un sénateur ou à peu près. Donc, H va vous regarder aller, là. Qu'est-ce qu'H vous faut comme pouvoirs pour faire mieux que ce qu'on a réussi à faire jusqu'à maintenant? J'aimerais vous entendre là-dessus parce que là, on est dans le concret, dans le réel, dans le quotidien de ce qu'on vit aujourd'hui. Puis, évidemment, vous pouvez bien me parler de Sainte-Marie aussi, là.

M. Dessureault: Oui, oui. Je vous répondrai par ce qui se passe actuellement. Vous savez sans doute, parce que c'est vous-même qui avez donné le mandat qu'un certain travail se fasse entre les centres hospitaliers CHRM et Lafleche, que le travail se fait actuellement. On ne crie pas victoire trop vite, mais je dois vous dire que ça regarde très bien. J'ai en ma possession un canevas de travail qui précise la nature des échanges de services qui devront se faire entre les deux centres hospitaliers. Si la régie avait le pouvoir de décider quels sont les services qui doivent se donner au CHRM et quels sont les services qui doivent se donner à Lafleche, en concertation avec les autorités des deux centres, bien sûr, et si on avait ensuite le levier qu'il faut quand vient le temps de se prononcer sur des projets de développement, incluant la bâtisse, incluant les équipements, etc., et qu'on attachait les deux bouts, je pense qu'on pourrait faire beaucoup de chemin.

Ce qui se passe actuellement, c'est que nous sommes coincés entre le ministère et les autorités des deux centres hospitaliers. Quand on a eu des problèmes à l'urgence, la semaine passée, et heureusement on nous indique que c'est réglé pour le mois de mars et pour le mois d'avril, même si le problème de fond demeure... Mais le problème de fond, pensons-nous, on va aller le prendre avec la complémentarité entre les deux centres. La volonté, elle est là. J'ai eu des rencontres, personnellement, la semaine passée, avec les deux centres, les médecins. En tout cas, on ne crie pas victoire trop vite, là, mais... Le problème qu'on a, c'est que, quand on a des problèmes à l'urgence, actuellement, on n'a pas les pouvoirs et les centres le savent très bien: Tassez-vous de là, on fait affaire avec le ministère. Mais, quand le ministre parle et quand le ministère parle, je ne sais pas ce qui se passe, mais on dirait que c'est plus facile après.

Alors, s'il y avait une autorité en région, j'ai l'impression, sans se comparer au ministre, que les gens nous écouteront peut-être plus. Et si on avait, en bout de ligne, ce dont je vous ai parlé tantôt dans mon texte, à savoir que les

services que vont rendre les centres hospitaliers, il va y avoir un lien avec le développement et (es équipements et toute la finance, quand on attache ces deux bouts-là, M. le ministre, je vous jure que ça change la "game" pas mal.

M. Millette: Je vais renchéris sur ce que le directeur général disait. C'est qu'il y a deux points majeurs qui sont là pour un CRSSS régional, qui connaît énormément ses établissements et sa population et les besoins; c'est la complémentarité et c'est aussi de voir les points dont on a besoin chez nous. Si on a les éléments pour fonctionner avec ça, je pense qu'on sait très bien comment on peut faire la complémentarité entre les deux hôpitaux, en tout cas pour le point précis dont on parle là, Lafleche et la régionale. On a déjà fait une réunion, voilà à peu près quinze jours, avec les instances des deux hôpitaux, on a déjà avancé dans cette chose-là. Il y a aussi le dédoublement. On sait très bien, M. le ministre, que quand, à un moment donné, un hôpital demande telle chose, il "bypass" le CRSSS, des choses comme ça, il va directement au ministère.

Si nous, on avait une autorité régionale, chez nous, pour régler les problèmes, en sachant exactement ce dont on a besoin, sans que tout le monde passe par-dessus et s'en aille directement au ministère, je pense que là, vraiment, on réussirait à créer chez nous un potentiel et à amener les effectifs médicaux dont on a besoin chez nous, dans notre région. Alors, deux points majeurs: la complémentarité et arrêter le dédoublement qu'on a dans nos hôpitaux, en sachant très bien ce dont nous, on a besoin dans nos régions respectives. Ça, c'est majeur.
(17 h 15)

M. Chevrette: M. le Président, je voudrais m'excuser auprès du Conseil. Je dois aller de l'autre côté faire une intervention sur la motion. Je m'excuse. Mon collègue de Laviolette va conduire le questionnaire pour nous. Je vous remercie. Je m'excuse.

M. Côté (Charlesbourg): Je continue l'exercice parce que, évidemment, on a rencontré un certain nombre de CRSSS avec qui on a discuté des réformes, des structures et des pouvoirs additionnels qu'on pouvait donner. Vous êtes peut-être un des premiers CRSSS où on peut prendre des exemples précis. Je veux dire, bon, devant cette situation-là: qu'est-ce qu'on fait? Ce que je comprends, c'est que vous nous dites: Ça nous prend davantage de pouvoirs sans qu'il y ait de Cour d'appel à Québec. Ce que les gens disent en région, c'est: Partait, vous autres, vous êtes des petits "kids". Si on ne s'entend pas avec vous autres, on va aller s'entendre directement à Québec; de toute façon, il y a toujours moyen de parler au ministre et de lui mettre de la pression, parce qu'ils sont peureux, en règle générale. Alors, quand on met de la pression

dans les journaux et qu'on est forts, on fait des démonstrations, on joue toujours avec l'urgence, c'est toujours bien bon, ça; alors on va finir par les régler, nos problèmes. Ce que vous dites, c'est: Donnez-nous un pouvoir et, finalement, on va régler nos problèmes. Mais ces pouvoirs-là, je les ai, moi aussi, mais ça n'a pas marché pareil. Il a fallu qu'on intervienne discrètement, qu'on menace d'intervenir pour que ça se règle. Heureusement, il y a eu une conférence de presse, semble-t-il, à 14 heures, qui a annoncé le règlement des problèmes d'urgence pour deux mois. Tant mieux!

Mais je vais vous poser un autre problème encore plus spécifique parce qu'il faut le tester. Vous avez trois départements de santé communautaire dans votre région. Dans l'hypothèse où le gouvernement décidait qu'il y en a un par région, comment est-ce que vous réglez le problème chez vous? Si vous avez le pouvoir, là. Ce n'est pas moi qui vais décider, c'est vous autres qui décidez, là. Il y en a un. Je vous transfère l'argent et, évidemment, ce sont des fonctions très spécifiques qui ne changeront pratiquement pas, mais il y a bien des structures. Il y en a trois. On dit: Bon, pariait, il va y en avoir une. Comment est-ce que vous régleriez ce problème-là?

M. Dessureault: D'abord, ça va dépendre des pouvoirs. Je comprends que vous leur laissez le même rôle, les mêmes responsabilités?

M. Côté (Charlesbourg): Avec...

M. Dessureault: Comme hypothèse?

M. Côté (Charlesbourg): Comme hypothèse. Prenons celle-là, au fond.

M. Dessureault: Bien, écoutez, on va d'abord se rencontrer et on va regarder un peu ce qui se fait dans chacun des départements de santé communautaire. Il y a une chose qui est sûre: s'il en reste un, il va devoir y avoir des services dans les trois sous-régions. Ça, c'est clair. Il va y en avoir un et, spontanément, je vous répondrais qu'il devra y avoir des points de service dans chacune des deux autres sous-régions. Spontanément, j'essaierais de voir quel est le département de santé communautaire qui, aujourd'hui, a le plus gros potentiel de ressources comme telles. C'est probablement celui qui resterait, mais avec des points de service pour répondre aux besoins de la population dans les deux autres sous-régions. Mais on le ferait après avoir parié avec ces gens-là.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends, c'est que, finalement, vous comprenez le principe...

M. Dessureault: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...qui est très clair. Aussi, c'est un peu le sens de votre mémoire. Le sens de la réforme, je pense que vous le maîtrisez très bien dépendamment des recommandations que vous faites. Vous avez des recommandations précises, sur les urgences ou des médecins, qui vont plus loin que ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant dans le sens de régler un certain problème. Vous le faites par la coercition parce que ce que j'ai compris, c'est que l'incitatif n'a pas marché encore. Ça a fonctionné un peu mais ça ne règle pas tous les problèmes.

Je m'étais dit que je me gardais quelque temps pour... On me signifie que je n'ai pas beaucoup de temps. Ce n'est pas une question qui se veut méchante parce qu'on me dit que Mme Gervais est une bénévole tout à fait extraordinaire et que c'est peut-être l'exemple du bénévolat qu'il faut regarder à travers le Québec, mais c'est parce qu'il y a dans ses propos des affirmations où on parle de désengagement de l'État au niveau communautaire et au niveau des soins à domicile. Évidemment, je ne partage pas cette opinion-là et c'est pour ça que je voudrais me faire préciser exactement où est le problème, malgré le fait que le vieillissement de la population demande davantage de soins. Ça, je comprends ça. Mais sur le plan budgétaire, au cours des dernières années, dans le communautaire en particulier, il y a eu des augmentations de budget de 15,4 %, de 12,2 %; donc, c'est beaucoup plus que l'inflation. Il y a une tendance de la part du gouvernement à augmenter l'enveloppe disponible au niveau des organismes communautaires et on sait qu'effectivement ils ont leur place. Il faut continuer de les supporter parce que c'est une ressource indispensable et qui fait un travail tout à fait exceptionnel. Mais il n'y a donc pas eu désengagement. Bon! On peut toujours dire qu'il n'y en a pas assez, d'argent, là. Ça, je comprends ça, mais c'est une distinction fondamentale entre pas assez de ressources et un désengagement.

Au niveau du maintien à domicile, de 1986 à 1990, les budgets sont passés de 80 000 000 \$ à 127 000 000 \$. Encore là, je ne nie pas qu'il y ait des besoins additionnels, c'est clair, c'est évident. Il faut en faire encore davantage parce que, tant et aussi longtemps qu'on maintiendra les gens à domicile, on n'engorgera pas les hôpitaux et on n'engorgera pas les centres d'accueil et d'hébergement; je comprends ça. Mais c'est pour ça que je voulais me faire préciser: désengagement de l'État, ça ne me paraît pas être un désengagement. Il y a eu des sommes additionnelles, et elles ne sont peut-être pas suffisantes pour faire face aux besoins. C'est pour ça que je voulais peut-être avoir la précision, dans la mesure où c'était possible.

Le Président (M. Joly): Mme Fernet-Gervais.

M. Côté (Charlesbourg): Ou quelqu'un d'autre, je ne sais pas si...

Mme Fernet-Gervais: Merci, M. le ministre, de me permettre de préciser. C'est sûr que l'État a augmenté les ressources vis-à-vis du communautaire. Mais là, je pourrais peut-être préciser en disant que c'est par rapport aux institutions aussi. Quand il y a beaucoup plus de besoins par rapport à l'aide à domicile, particulièrement, nous, on est obligés de suppléer. Alors, c'est sûr que les enveloppes des CLSC ne suffisent pas pour rendre tous les soins à domicile pour les personnes âgées. En plus des transports, de l'accompagnement, des visites d'amitié, des téléphones de sécurité, on est obligés d'en faire un peu plus. Dans des milieux en sous-développement, comme le mien - moi, je viens de près de Grand-Mère, de Saint-Tite - nos bénévoles sont très essouffés. On sent que notre CLSC ne suffisent plus à la tâche, les bénévoles sont obligés de suppléer, et c'est surtout vis-à-vis de cet exemple-là.

M. Côté (Charlesbourg): C'est davantage l'ajout de ressources que finalement le constat d'un désengagement... Il y a eu des sommes additionnelles, mais pas suffisantes par rapport aux besoins.

Mme Fernet-Gervais: Il y a des rattrapages à faire aussi. Moi, je pense au centre d'action bénévole où je suis directrice, actuellement. Bien, c'est un jeune centre, alors c'est sûr que les enveloppes ne vont peut-être pas avec les besoins de la population, quand on est tout éparpillé dans quatorze localités pour 14 000 de population. Il y a du rattrapage à faire et on sent, nous autres, que c'est insuffisant.

M. Côté (Charlesbourg): O.K., ça va. Ce que je comprends c'est que, dans la région 04, le communautaire n'a pas peur du CRSSS parce que, si on décentralisait l'enveloppe du communautaire, vous n'avez pas peur du CRSSS, vous êtes à la table.

Mme Fernet-Gervais: Bien, on veut être des partenaires complices.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Fernet. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Lavolette.

M. Jolivet: M. le Président, à la page 11 du document qui nous a été soumis cet après-midi, on dit que, comme les autres conseils régionaux, vous désirez des changements et vous êtes même prêts à changer. Vous dites cependant qu'il y a trop de problèmes qui tardent à être réglés et vous ajoutez qu'en région on possède tout le

potentiel. Cependant, il y a des leviers qui nous manquent en région pour pouvoir nous exécuter. Alors vous faites quatre affirmations: une vraie politique avec des objectifs opérationnels et mesurables; une loi qui définit les droits, les responsabilités et les pouvoirs de tous les acteurs du système; en troisième lieu, un plan régional d'organisation des services; et en dernier lieu, une participation de la population, les usagers, les organismes communautaires, en fait, ceux qui sont associés de près ou de loin au fonctionnement du réseau. J'aimerais que vous donniez davantage d'information sur comment vous voyez l'opérationnel de l'ensemble des objectifs dont vous avez besoin pour être capables de donner, à partir du potentiel régional, les services à la clientèle dans chacun des points.

M. Dessureault: D'abord, il va falloir que les rôles de chacun soient clairs. Dans la loi actuelle, les rôles des CRSSS, des établissements du ministère, ne sont pas clairs, on a toujours des rôles ambigus. Je vais vous en citer un. On parle des départements de santé communautaire. M. le ministre me posait une question, tantôt. Dans le projet de loi, actuellement, il est dit: La définition des besoins de la population, la responsabilité, ça va être celle des départements de santé communautaire. Quand on fait dans les CRSSS la planification, la programmation et l'actualisation des services comme tels, c'est clair qu'il faut partir avec l'état des besoins comme tels. Là, pour faire notre partie de planification, on joue à peu près le rôle que le département de santé communautaire joue dans ce domaine-là, n'est-ce pas? On va être dépendants du département de santé communautaire, en ce qui regarde les besoins comme tels. Ils peuvent dire: Nous, on travaille de cette façon-ci, on s'en va vers là, et attendez qu'on soient prêts. Ça, c'est un premier point.

Le deuxième point, encore une fois, c'est qu'il faut avoir des pouvoirs réels en région. Actuellement, notre rôle, à 80 %, se borne à donner des avis et à faire des recommandations. Même si les relations avec les établissements dans la région 04 sont excellentes - on se concerta et on se parle - il reste que, quand vient le temps de prendre des positions, on "bypass" et on va ailleurs. Ce qu'on dit, c'est qu'en région, une fois que le ministre a décidé de la politique, qu'il a décidé des priorités, il nous appartient d'actualiser ça en tenant compte des particularités de notre région, et avec des pouvoirs réels, en disant: Les établissements, dans un plan de services, voici la place que vous jouez. On ne décrète pas ça comme ça. Ça se fait avec de la concertation, bien sûr. Après ça, avoir le pouvoir d'allouer les budgets en conséquence. Si on avait ces pouvoirs-là, les établissements seraient dans l'obligation de venir nous voir au CRSSS et de discuter avec nous sur le même terrain. Je ne sais pas si c'était le sens de

votre question.

M. Jolivet: Oui, c'est parce que je vais aller à cette question-là à partir de ce qu'on connaît aujourd'hui et de ce qu'on peut prévoir, comme M. Millette le disait, au niveau de l'élection des gens faisant partie du conseil. Dans la mesure où, actuellement, les gens pourraient dire: Écoutez, la personne qui est nommée par tel hôpital ou par tel centre d'accueil, cette année-là, elle va forcer pour avoir des bénéfices chez elle par rapport à l'autre, et il va y avoir des jalousies entre les personnes, les groupes, etc., est-ce que le fait d'avoir un conseil d'administration électif, avec des vrais pouvoirs de redistribution d'une enveloppe qui lui sera donnée pour les besoins du milieu, aurait un effet bénéfique plus fort que le système qu'on connaît actuellement?

M. Thibault (André): Le principe qu'on donne là-dessus, sur l'imputabilité, à la population, ce n'est pas simple. Je pense qu'il y a plein d'organismes... On peut passer d'une élection universelle à tout ça. Mais le principe, c'est qu'on veut que les gens qui sont au conseil d'administration de la régie soient systématiquement des élus qui sont imputables à un corps quelconque et non pas seulement à leur hôpital - s'il le faut, on fera des zones - et que ce soient des gens qui se sentent imputables à quelqu'un. Attention aussi à l'imputabilité par personne interposée. Il ne suffit pas que quelqu'un ait été élu échevin dans son quartier pour qu'il ait une vertu spéciale, et que ça, ça l'amène, avec trois à quatre paliers de représentation, à un conseil d'administration. Il faut vraiment que ce soient des gens qui sont imputables à des groupes des décisions qu'ils prennent ou des avis et des positions qu'ils ont.

M. Jolivet: Oui, mais l'imputabilité va se vérifier de quelle façon? Il est imputable par rapport au collège électoral dans lequel il est choisi. Est-ce que ça veut dire qu'il va être enlevé la fois suivante s'il ne fait pas sa job? L'imputabilité...

M. Thibault: Oui, c'est ça.

M. Jolivet: C'est ça que vous voyez. Il y a M. Dessureault qui voudrait ajouter, je pense.

M. Dessureault: Oui. Pour répondre à votre question, premièrement, s'il y a un membre du conseil de la régie qui vient d'un établissement, il n'aura pas été nommé sur la régie par cet établissement, mais par l'ensemble des établissements. Deuxièmement, s'il veut tirer la couverture de son côté, pour reprendre le même exemple que vous, il y a tellement de mécanismes entre le conseil et l'établissement dont vous parlez... Il y a des commissions, il y a des gens, il y a des

experts qui sont là aussi, et il y a des critères sur lesquels on se base pour juger de la recevabilité d'un projet venant d'un établissement et, par l'exemple que vous prenez, qui viendrait de cet établissement où est le membre. Il y a quatorze ou x autres membres aussi, sur le conseil, H y a une recommandation qui vient d'une commission où il y avait des experts, alors je vois très mal la personne qui tenterait...

M. Jolivet: De faire des passe-droits.

M. Dessureault: Oui.

M. Jolivet: Je ne sais pas combien U reste de temps, mais...

Le Président (M. Joly): Trois minutes.

M. Jolivet: Trois minutes? Je vais aller à la dernière question que j'ai posée tout à l'heure. Vous étiez présent lorsque le conseil des médecins et dentistes était ici, et il a répondu à la question. Vous y revenez, dans votre mémoire, à la page 9, en disant: Mesures coercitives, le cas échéant, comme la garde obligatoire en échange de privilèges de services dans l'établissement de santé. Ma question, je peux peut-être la travailler un petit peu plus en demandant: Le fait de recevoir un pourcentage de services, est-ce que ça veut dire que c'est un pourcentage de travail qu'il devra donner ou si le médecin, dans la garde obligatoire, va être soumis aux mêmes règles que le conseil des médecins et dentistes qui a l'obligation, dans l'hôpital, de donner ces services-là, et qu'ils décideront entre eux autres pour s'assurer que le conseil fasse l'action qu'il doit faire, c'est-à-dire de maintenir, 24 heures sur 24, les urgences ouvertes dans les centres hospitaliers?
(17 h 30)

M. Dessureault: Si le médecin qui oeuvre dans un centre hospitalier a des privilèges d'hospitaliser ses clients, H est soumis à des obligations de faire de la garde. Que je sache, un centre hospitalier est d'abord fait pour les gens qui sont vraiment en situation de crise. Quand il y a un service d'urgence dans un centre hospitalier, c'est la porte d'entrée et, à mon avis, H faut que les médecins soient là. Ça, c'est un point.

D'autres incitatifs. C'est qu'il y a certains centres hospitaliers où les généralistes qui oeuvrent à l'urgence n'ont pas de lits réservés pour hospitaliser. Il y a des généralistes qui oeuvrent dans des centres hospitaliers où le statut qu'on devrait leur accorder n'est pas toujours pris en considération comme ça devrait l'être. Et là, je...

M. Jolivet: Mais un médecin qui est à l'extérieur du centre hospitalier, qui fait de la médecine de travail, de la médecine sportive,

etc., mais qui envoie son client à l'hôpital parce qu'A doit faire prendre des prises de sang, faire de la physio, faire prendre des rayons X, est-ce que ce médecin-là, s'il vient chercher des services à l'hôpital, par la mesure que vous proposez, serait forcé de donner des services à l'urgence?

M. Dessureault: Il serait forcé de donner des services aux centres hospitaliers.

M. Jolivet: Et, pour ce faire, faut-il un changement à la loi ou si c'est le conseil des médecins et dentistes qui aurait le pouvoir de le faire?

M. Dessureault: Moi, je pense qu'il faudrait avoir... au niveau de la loi. Si c'est juste le conseil des médecins et dentistes, ce n'est pas fort.

M. Jolivet: Donc, c'est un changement à la loi qu'il faudrait.

M. Dessureault: Oui.

M. Jolivet: Mon temps est écoulé, M. le Président. Alors, merci.

Le Président (M. Joly): Merci. M. le député de Lavtolette. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Évidemment, on va être appelés à se revoir au cours des prochaines semaines sur un certain nombre de dossiers. On va se souhaiter bonne chance, en espérant qu'on le règle pour le plus grand bien-être des bénéficiaires.

M. Millette: On vous remercie de nous avoir reçus cet après-midi et on vous assure qu'on continue encore à travailler très fortement, très sincèrement sur les mêmes dossiers auxquels vous pensez actuellement.

Le Président (M. Joly): Au nom des membres de cette commission, je tiens à vous remercier.

M. Dessureault: Merci.

Le Président (M. Joly): Alors, merci d'être apparus devant nous. Je demanderais maintenant aux gens représentant l'Association des personnes handicapées de Drummondville de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît

Bonjour, mesdames, bonjour, monsieur. Bienvenue à cette commission. Vous connaissez un peu la procédure. Je vous rappelle que vous avez une dizaine de minutes pour présenter votre mémoire et, ensuite, on se réserve le temps d'échanger certains propos avec vous sous forme de questions. Alors, si la personne responsable du

groupe peut se présenter et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent.

Association des personnes handicapées de Drummondville

Mme Gagné-Raymond (Hélène): Merci, M. le Président. M. Côté, M. Lavoie, je représente l'Association des personnes handicapées de Drummond. Le conseil d'administration est composé de ces membres, dont je suis la présidente, Hélène Gagné, à mes côtés, Mme Lise Vallée-Letarte, la vice-présidente, ainsi que M. Christian Dufour, directeur. Nous avons aussi la secrétaire d'assemblée, Mme Jeannette Munger.

Nos objectifs sont surtout d'informer nos membres et de promouvoir les droits et les intérêts des personnes handicapées. Ensuite, nous comptons présentement aussi une centaine de membres et les sept-huitièmes, je pourrais dire, sont handicapés. Vu les nombreux problèmes vécus par ses membres, par plusieurs de nos membres, même, ça nous a incités à préparer un mémoire que Mme Lise Vallée-Letarte, la vice-présidente, va vous présenter.

Mme Vallée-Letarte (Use): Bonjour. J'aimerais préciser aux membres de la commission parlementaire que, bien qu'évoluant au sein du conseil d'administration d'une association de personnes handicapées, trois d'entre nous sommes ici en tant que personnes, des personnes présentant des limitations fonctionnelles importantes et permanentes, bénéficiaires de services de maintien à domicile intensifs et continus, qui voyons dans la réforme de la Loi sur les services de santé et services sociaux des enjeux importants pour l'exercice de notre autonomie et notre reconnaissance en tant que personne à part entière. Dans le mémoire que nous vous avons présenté, nous soulignons d'abord la cohérence qui existe entre les objectifs de la politique "Orientations" du ministère et les articles de l'avant-projet de loi. Des éléments de cette politique, la qualité des soins et de service, le respect des droits et de la dignité de la personne, l'amélioration du système de promotion, de protection et de défense des droits s'actualisent dans les articles de la loi, qui donne par exemple plus de pouvoirs aux comités de bénéficiaires et à ceux qui assurent la reconnaissance des organismes communautaires, contribuant ainsi au maintien et au développement du mieux-être des personnes. Cependant, des modifications à certains articles de la loi nous apparaissent nécessaires, pour assurer aux personnes ayant des limitations permanentes de se reconnaître dans ces articles de loi et de s'assurer des services de santé répondant à leurs besoins. Car la loi est très générale: elle s'adresse à tous les citoyens et citoyennes. Et bien qu'il existe une loi assurant l'exercice des droits

des personnes handicapées, les éléments de cette loi ne se trouvent aucunement intégrés dans la réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Ces articles sont les articles 1 et 2 qui touchent les objectifs de la loi, l'article 4 sur les droits des personnes aux services de santé, les articles 10 et 11 sur les droits de recours, l'article 27 sur le rôle des CLSC et l'article 152 sur les ententes de services. Dans les articles 1 et 2, qu'on ne retrouvera pas dans le mémoire, parce qu'on a continué notre réflexion après vous avoir fait parvenir celui-ci... Compte tenu qu'on est toujours les dernières personnes informées à la base, alors le délai pour présenter le mémoire était très court; notre réflexion s'est donc poursuivie par après. Alors, dans les articles 1 et 2 qui portent sur les objectifs de la loi, on remarque que la plus grande part de la loi porte sur l'aspect curatif de la santé, au détriment de la reconnaissance d'un état permanent entraînant des services de santé. Pour pallier à cela, nous suggérons dans l'article 1 l'amendement suivant: Le système de santé et services sociaux a pour but l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes et la compensation de leurs limitations et incapacités permanentes, leur permettant d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer.

Dans l'article 2, l'ajout d'un paragraphe à ce qui y est énoncé. Il se lit comme suit, l'article 2: Les services de santé et services sociaux sont dispensés en vue de, premièrement, réduire la mortalité, la morbidité, les incapacités, favoriser la réadaptation, etc.. L'ajout du paragraphe, du deuxième: Permettre aux personnes ayant des incapacités permanentes de se maintenir dans leur milieu, de s'intégrer socialement et d'avoir une qualité de vie décente; ce qui, au niveau législatif, n'est pas explicite dans l'actuelle loi.

Quant à l'article 4, portant sur les droits aux services de santé, toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats, compte tenu de l'organisation des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services.

La seconde partie de cet article protège, à tous points de vue, le système de santé du Québec. A cause du pouvoir des organisations et des établissements, qui bénéficient de multiples ressources, les besoins des professionnels de ces organisations passent avant la réponse à nos besoins. Il y a un net déséquilibre entre les budgets octroyés pour le curatif par rapport à ce qui est donné pour la compensation des limitations.

Par les articles 10 et 11, l'actuel projet de loi reconnaît le droit d'une personne d'exercer un recours contre le système de la santé et des services sociaux. Ils donnent également des

moyens et une mécanique pour exercer ce droit: possibilité d'être accompagné, fonctions accrues du comité de bénéficiaires, possibilité d'appel devant la Régie. Tout en souhaitant que ces mécanismes s'avèrent satisfaisants pour les usagers - ce qui reste à être démontré - l'Association souhaite voir, dans l'article 11, la possibilité du recours au Protecteur du citoyen, dont l'élargissement du mandat avait été proposé dans la politique "Orientations" et qui a disparu dans l'énoncé de l'avant-projet de loi, comme étant un mécanisme de recours ultime, indépendant, doté de pouvoir d'enquête et d'intervention pour assurer la protection des droits des personnes handicapées.

L'article 27, quant à lui, définit le rôle que doivent assumer les centres locaux de services communautaires. Parmi les services que ceux-ci doivent fournir à la population se trouvent les services de maintien à domicile. Or, ceux-ci étant essentiels au maintien de la qualité de vie, au maintien et au développement de l'autonomie et à l'intégration sociale des personnes et, en particulier, des personnes handicapées, ces services devraient être priorisés par les CLSC et cette priorisation inscrite dans la présente loi.

Cependant, le fonctionnement du système actuel des services de maintien à domicile a besoin de sérieux réajustements. La politique du ministère de la Santé et des Services sociaux date de 1979 et n'a pas encore été révisée. Elle ne répond plus à la réalité d'aujourd'hui. Déjà, lors du sommet économique sur l'intégration des personnes handicapées, en 1981, on réclamait cette révision; ainsi qu'en 1985, lors de la parution du document "À part... égale". Quand et comment le ministère révisera sa politique de maintien à domicile? S'il est inquiétant de se poser la question, il est encore plus inquiétant de constater que le ministère est encore à analyser la formule de l'allocation directe, alors que cette pratique, en vigueur depuis de nombreuses années, a permis à de multiples personnes handicapées d'être plus autonomes. Et plus inquiètes, aussi. En effet, cette pratique n'est toujours pas légalisée. L'article 152 remédie-t-il à la situation? L'Association adhère entièrement à cette pratique et à sa généralisation, et voudrait voir le ministère la légaliser.

Cependant, le manque de volonté politique de toutes les instances concernées par le sujet, combiné à l'octroi d'un taux horaire de 6 \$, insuffisant et non indexé, amène des problèmes secondaires importants, comme le développement semi-clandestin du travail au noir et la difficulté de maintenir une qualité adéquate de services, avec un personnel sous-payé, donc sans formation et instable. Est-ce ce qu'on appelle des services de santé équitables lorsque l'on compare les budgets qui sont annuellement octroyés aux secteurs institutionnels à ceux dont bénéficient les ressources de maintien dans le milieu? Est-ce la façon d'améliorer la part de santé et de bien-

être des personnes handicapées?

En conclusion, l'Association estime que les conditions de vie des personnes ayant des limitations ont été améliorées au cours des dernières années. Toutefois, comme vous pouvez le constater, nous demeurons inquiets quant au respect des droits des personnes handicapées, à la qualité des services qui leur sont rendus, et aux possibilités qu'elles ont de s'intégrer socialement. L'histoire démontre que les moyens mis à leur disposition sont souvent et rapidement récupérés à d'autres fins. Merci.
(17 h 45)

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je vais commencer, curieusement, par la fin. À tout le moins, la fin du texte que j'ai, l'avant-dernier paragraphe. Je vais commencer par ça, parce que vous l'avez écrit, donc vous le pensez. Vous dites: "L'Association ne s'illusionne pas sur l'impact que pourrait avoir le présent mémoire. Les recommandations qui y sont formulées ne seront pas suivies. Elles devaient cependant être formulées." Je commence par ça parce que, évidemment, je sais que vous croyez profondément ce que vous avancez. Vous y croyez suffisamment pour venir nous dire: On devait au moins le dire, pensant ou sachant que, au bout de la ligne, il n'y aura rien de retenu.

Je veux vous rassurer là-dessus. Il y a des messages qui sont importants dans les messages que vous passez: sur le plan de l'ajout de certains libellés au niveau d'articles qui sont soulevés dans votre mémoire, que nous allons regarder très attentivement, de façon à ce que le libellé même des articles reflète davantage vos préoccupations; ou à tout le moins, certaines de vos préoccupations qui nous apparaissent intéressantes à ce moment-ci. Compte tenu du temps qui est quand même limité, je me garderai peut-être deux thèmes que je voudrais élaborer avec vous: celui de la compensation et celui du maintien à domicile, qui réapparaissent deux éléments absolument essentiels de votre présentation et qui, évidemment, débordent un peu de la réforme. Mais ça ne déborde pas des besoins des bénéficiaires ou de ceux qui en ont besoin.

Au niveau de la compensation, c'est le premier thème que vous avez abordé. Évidemment, dans les rencontres que nous avons avec l'Office, avec COPHAN ou avec d'autres représentants, on parle beaucoup de ce temps-ci de fonds de compensation. Est-ce que c'est à ce fonds de compensation que vous faisiez allusion tout à l'heure, au moment où vous parliez de compensation?

Mme Vallée-Letarte: La compensation, nous, c'est à la base. C'est le taux horaire qui est octroyé présentement, qui a été fixé par le Conseil des ministres en juin 1988, qui a été

uniformisé - parce qu'il ne l'était pas - à la grandeur des régions, à 6 \$ horaire. On sait très bien que lorsqu'on autogère des services avec 6 \$ horaire, il est très difficile d'entrer dans un système de... Comme on disait, on est dans la semi-clandestinité, parce qu'on ne peut pas trouver de personnel qualifié pour assurer nos services de maintien à domicile avec 6 \$ horaire, alors que ce taux, alors que le salaire de base est présentement de 5 \$ horaire. C'est très difficile pour nous de trouver du personnel qualifié, qui va être stable, et d'entrer, avec ce taux-là, dans le système de compensation, en fait, dans la légalité.

M. Côté (Charlesbourg): Je posais la question parce que je n'avais pas tout à fait bien saisi. Ce que je comprends, donc, c'est l'allocation avec une ressource de base pour des services à domicile. C'est la base qui n'est pas, d'après votre opinion, suffisamment élevée pour avoir du personnel qualifié, qui va donner une bonne qualité de service. C'est différent du fonds de compensation qu'évoque l'OPHQ et qui est discuté, au moment où nous nous parlons, quant à un modèle éventuel. J'irais peut-être plus loin dans la compensation, parce qu'on reviendra dans le maintien à domicile dans la deuxième étape. Vous, d'abord, j'ai bien compris tantôt, la base est toujours la dernière informée. Ça, c'est un autre message que j'ai bien compris, aussi. Ce n'est pas un reproche que je vous fais en le disant, parce que c'est toujours bon de se le rappeler. Est-ce que vous avez été consultés, au niveau du fonds de compensation? J'aimerais, à ce niveau-là, savoir votre opinion, parce que ça peut être un élément extrêmement déterminant dans le futur, sur notre manière de faire et d'aborder les choses, que ce fonds de compensation qui est évoqué par l'OPHQ.

Mme Gagné-Raymond: Non. Le fonds de compensation, en tant qu'association locale, nous, nous n'avons pas été...

M. Côté (Charlesbourg): Consultés.

Mme Gagné-Raymond: ...consultés à ce sujet-là. La COPHAN regroupe des organismes provinciaux, d'abord. Ensuite, ces organismes provinciaux là regroupent des organismes régionaux et nous, on est des organismes locaux. Alors, on n'a pas eu de consultations d'aucune sorte.

M. Côté (Charlesbourg): Vous m'ouvrez une belle porte, là. Donc, il y a local, il y a régional et il y a provincial.

Mme Gagné-Raymond: Provincial, c'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Comment est-ce que vous faites pour faire cheminer vos idées à vous

autres à l'intérieur de ces structures? Parce que, évidemment, tous les gens qui sont au niveau régional et provincial se disent vos représentants et veulent véhiculer vos besoins. Comment est-ce que vous vous retrouvez, dans les recommandations qui peuvent être véhiculées sur le plan régional et sur le plan provincial? Parce que ça m'inquiète que vous n'ayez pas été consultés, vous, qui êtes à la base, donc niveau local, sur l'idée d'un fonds de compensation, qui est un élément extrêmement novateur et majeur.

M. Dufour (Christian): C'est un peu difficile de toujours, si vous voulez, arriver à un consensus sur quelque chose. Par rapport au fonds de compensation, c'est-à-dire il y a... On a été consultés via la question du transfert des programmes et via notre regroupement régional. En tant qu'association, on fait partie du regroupement régional; donc, on a eu à se prononcer sur le transfert, ou non, et sur les garanties qui allaient avec. Et les garanties qui allaient avec, c'était, entre autres, le fonds de compensation. Et, pour faire le lien avec ce que vous disiez tout à l'heure, s'il y avait... C'est-à-dire que si c'était la même chose... Ça peut être la même chose, dans le sens qu'avant le fonds de compensation, s'il y a suffisamment de sous qui sont mis dedans, on va pouvoir compenser nos limitations à ce niveau-là. Et la raison pour laquelle on n'a pas parlé du fonds de compensation dans notre mémoire, c'est parce que, par rapport à nos petits problèmes à nous autres, on vivait sur le maintien à domicile... On s'est arrêtés là-dessus, puis par rapport à la loi à ce niveau-là. Ça fait que la question du fonds de compensation, puis la COPHAN, je veux dire, l'OPHQ, c'est une autre affaire. Ce qu'on est venus vous exposer ici, ce sont les problèmes qu'on vivait par rapport à notre quotidien.

M. Côté (Charlesbourg): Dans cette optique-là, est-ce que je comprends bien en disant que le fonds de compensation, tel qu'y est évoqué à ce moment-ci - mais qui n'est pas finalisé, parce que ça prend les études qu'il faut; on est à s'entendre avec POPHQ sur les études - serait un moyen, effectivement, de compenser ce dont on parle?

M. Dufour (Christian): Ça pourrait être un moyen. Oui, ça pourrait être un moyen.

M. Côté (Charlesbourg): J'en arrive au maintien à domicile, parce que ça m'apparaît la pièce maîtresse de bons services, d'une bonne qualité de services de maintien à domicile, où la démonstration a été faite que c'est très utile et que ça doit se poursuivre. Et, lorsqu'on parle d'allocations directes, c'est l'un des éléments extrêmement intéressants sur le plan de l'autonomie de la personne: être capable de décider elle-même de qui elle prendra des services et de

magasiner des services; donc, être capable d'avoir la qualité en termes de dispensation de services. Évidemment, même là, je pense que ça doit être limité: ce n'est pas nécessairement tous ceux qui ont un handicap permanent qui peuvent bénéficier de l'allocation directe; compte tenu de leur niveau d'autonomie. Je pense qu'on se comprend là-dessus?

M. Dufour (Christian): Oui, on se comprend là-dessus.

M. Côté (Charlesbourg): Et c'est peut-être l'un des problèmes auxquels on fait face, que de mettre ça dans un projet de loi comme allocation directe, puisque ça peut ne pas s'adresser à l'ensemble des personnes souffrant d'un handicap. Oui, je suis pour ça, moi, l'allocation directe, parce que je pense que l'autonomie... D'abord, ça renforce l'autonomie, ça règle un problème de maintien à domicile et ça permet de magasiner des services, donc d'avoir la même qualité pour de meilleurs prix. D'après votre expérience - parce qu'il y en a, actuellement, des programmes de cette nature qui sont en opération dans certains CRSSS ou dans certains CLSC - qu'est-ce qu'on devrait faire, à ce moment-ci, au-delà de la sous-budgétisation, du montant d'argent qui n'est pas suffisant? Qu'est-ce qu'on devrait faire pour bien s'assurer que c'est le bénéficiaire qui va sortir gagnant de cette expérience-là?

M. Dufour (Christian): Je vais répondre à votre question. Actuellement, ça se fait, mais de façon pratique. Au point de vue juridique, ce n'est pas légalisé. Dans le mémoire qu'on vous a présenté, c'est une question qu'on vous pose par rapport à l'article 152. Toutes les fois qu'on va au CLSC ou encore au CRSSS, ils autorisent ce genre de pratique; sauf que les établissements n'ont pas le droit de faire ça. Alors, ces gens ont des problèmes avec ça. Je vais revenir aussi à une chose que vous disiez tantôt, qu'il y a des personnes qui ne peuvent pas autogérer leurs services. C'est vrai qu'il y a des personnes qui ne peuvent pas autogérer leurs services, sauf qu'il faut quand même permettre à celles qui le peuvent d'avoir le libre choix de le faire. Les personnes qui ne peuvent pas autogérer leurs services peuvent avoir des tuteurs, des tutrices ou des organismes, des parents civiques ou d'autres personnes qui, elles, peuvent être en mesure de le faire. Donc, au niveau d'une loi, on peut universaliser ce principe-là. Et qu'est-ce que vous pourriez faire de plus? Bien, je ne le sais pas. Est-ce que ça répond à votre question?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, très bien. On continuait d'échanger des avis, parce qu'on a encore un peu de travail à faire à ce niveau-là. J'aime bien l'approche du principe qui est universel, mais qui est balisé par certaines

manières de faire, compte tenu du handicap que la personne peut avoir. Ça répond aux deux points majeurs que je voulais soulever avec vous. Et quand on aura fini la réforme, vous regarderez. Peut-être qu'on réussira à vous faire changer votre avant-dernier paragraphe. Je l'espère, en tout cas. C'est un beau défi pour nous. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre, des promesses. M. le député de Lavolette, s'il vous plaît?

M. Jolivet: J'aimerais savoir... Parce que là, on va laisser tomber la partie du curatif pour aller sur une partie qui est celle de vos services donnés comme soins à domicile... Vous dites, à la page 8, dans vos recommandations: La mise sur pied... On dit: "Si satisfaction n'est pas obtenue dans un délai raisonnable - 90 jours - une démarche peut être entreprise auprès du Protecteur du citoyen." Actuellement, il me semble qu'à l'intérieur du ministère, par les conseils régionaux, il y a un appel à une personne qui se trouve à l'intérieur de ce bureau régional et qui répond, justement, à toutes les plaintes, quelles qu'elles soient, venant des bénéficiaires, des gens qui font appel aux services des organismes, hôpitaux, CLSC ou autres. Cette personne peut avoir des moyens de corriger la situation. Tout à l'heure, vous avez entendu parler le CRSSS de la région de chez nous qui indiquait qu'il avait un pouvoir de recommandation, mais pas un pouvoir d'imposer. J'aimerais savoir, dans votre optique à vous, comment vous voyez... Quels seraient les pouvoirs additionnels que devrait avoir le Protecteur du citoyen? Il n'a pas non plus le pouvoir d'imposer, le Protecteur du citoyen. Quelle différence y a-t-il entre l'un et l'autre, actuellement, puisque ces gens ont les mêmes pouvoirs, c'est-à-dire de recommander, d'inciter, de faire des pressions morales sur l'hôpital, le CLSC ou autre qui donne des services?

M. Dufour (Christian): Selon moi, le Protecteur du citoyen est à l'extérieur du système. Lorsque vous êtes à l'intérieur du système... Il faut être dans le système pour composer avec et savoir ce qui se passe. Ce que vous dites, par rapport aux CRSSS... On a vécu, à l'Association, un épisode comme ça, pour un. Un des membres de notre conseil qui était dans un centre hospitalier, le centre hospitalier Georges Frédéric, ne pouvait même pas peindre sa chambre de la couleur qu'il voulait, parce que le centre hospitalier déterminait que c'était ces couleurs-là. Il a fallu téléphoner à la personne qui s'occupe des plaintes au CRSSS et il a fallu se montrer particulièrement agressif avec quelqu'un qui disait: Quel âge a la personne? Dépendant de l'âge de la personne... Est-ce que vous voyez un peu le genre de cheminement qu'il faut faire? Ça a pris quand même assez de temps pour faire ça.

M. Jolivet: Ce que vous dites, c'est que la différence, c'est: l'un est dans le système et l'autre est en dehors du système. Mais le Protecteur du citoyen, il faut le savoir, n'a pas de pouvoir d'imposition. Il fait des recommandations, il incite les gens, mais il ne peut pas imposer. Parce que ça coûte de l'argent pour faire ça, et le conseil d'administration de l'hôpital ou du centre local des services communautaires dit: Moi, je ne l'ai pas cet argent; il faudra que quelqu'un me le donne. C'est ce que je veux savoir: de quelle façon le Protecteur du citoyen aurait le pouvoir d'imposer plus que la personne qui est actuellement là à l'intérieur du système?

M. Dufour (Christian): En tout cas, il n'est pas pris dans le système, d'une part. Ce que la dame disait par rapport aux organismes communautaires, tantôt: la complicité bienveillante, que ce soit le CRSSS, les établissements et les CLSC. Comme on est tous dans le même réseau, on s'arrange ensemble. À ce niveau-là, le Protecteur du citoyen publie régulièrement les genres de demandes qui sont faites. Il intervient à ce niveau-là. C'est pour ça qu'on l'a mis.

M. Jolivet: Je fais la jonction avec la page 6 à l'article 4, où vous dites: Il y a des gens... A part les services communautaires et les associations des personnes handicapées, la majorité des gens qui travaillent dans le système n'ont pas de limitations fonctionnelles comme vous avez, au nom de vos membres... Sans sous-estimer les orientations qu'ils prennent, s'ils nous consultaient davantage, ils prendraient peut-être d'autres décisions, pour venir changer leur orientation pour des personnes qui ont des limitations fonctionnelles permanentes. C'est un peu ce que je comprends de votre mémoire.

M. Dufour (Christian): C'est même plus que ça. Si j'étais assis à votre place et que vous étiez assis à la mienne, probablement que les décisions que vous prendriez ne seraient pas les mêmes que celles que je prendrais. C'est ce qu'on veut dire par là.

M. Jolivet: Et à ce moment-là, est-ce que vous demandez d'être représentés aux conseils d'administration, si jamais on régionalisait aussi les conseils d'administration actuels des CRSSS? Est-ce que vous demandez, pour pouvoir conscientiser les gens aux problèmes que vous vivez, d'être au moins représentés?

M. Dufour (Christian): C'est ce qu'on a fait. Même si la loi n'est pas modifiée actuellement, c'est ce qu'on fait...

M. Jolivet: C'est ce que vous avez réussi à faire.

Malheureusement, le temps est écoulé, M. le

Président, avant que vous me rappeliez à l'ordre.

Le Président (M. Joly): Oui, M. le député de Laviolette.

M. Jolivet: Merci.

Le Président (M. Joly): Il m'était agréable de constater que notre ministre a pris plusieurs notes concernant certaines suggestions que vous avez faites. Vous êtes tombés dans le petit calepin vert et il tient ça du côté de son coeur. Je pense que c'est sur le bon bord.

M. Dufour (Christian): On pense que c'est un bon ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Au nom des membres de cette commission, il me fait plaisir de vous remercier et de vous dire que ce fut très enrichissant. Merci d'avoir été présents.

Nous allons maintenant suspendre nos travaux jusqu'à 20 heures, dans la même salle, ici.

(Suspension de la séance à 18 h 4)

(Reprise à 20 h 9)

Le Président (M. Joly): Bonsoir. Nous allons reprendre nos travaux. Je demanderais aux gens qui représentent la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît. Bienvenue à cette commission. J'apprécierais que la personne responsable du groupe puisse s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent.

Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec

M. Kenniff (Patrick): M. le Président, mon nom est Patrick Kenniff. Je suis recteur de l'Université Concordia et président de la Conférence des recteurs. Avec moi, Mme Claire McNicoll, directrice générale de la conférence; M. Denis Gagnon, vice-recteur à la recherche, à l'Université Laval.

Le Président (M. Joly): Vous connaissez la procédure. On vous accorde une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire et après, le temps qui reste nous sert à vous questionner aimablement. Alors, à vous, M. Kenniff.

M. Kenniff: M. le Président, je retiens vos qualificatifs quant au questionnement qui suivra et je vous rassure tout de suite: même si je prenais la peine de lire très attentivement et

d'une voix lente et langoureuse le mémoire que nous avons déposé, je ne pense pas qu'on prenne 20 minutes pour la présentation, si cela ne vous cause pas trop d'ennuis, étant donné que le mémoire est relativement court et simple.

Il faut d'abord souligner le fait que c'est avec énormément de plaisir que la Conférence des recteurs vient à cette rencontre avec la commission parlementaire des affaires sociales sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Les commentaires que nous avons à faire sur ce projet de loi sont limités aux aspects du projet qui touchent plus directement les universités en général, et, en particulier, les facultés de médecine et les domaines de la santé et des services sociaux qui, évidemment, sont visés par le projet de loi. Même si notre intérêt direct se limite à ça, nous avons quand même souhaité intervenir devant la commission, ayant également noté l'intention du ministre de procéder à une refonte assez majeure de l'avant-projet de loi avant de le redéposer à l'Assemblée nationale comme projet de loi. Il nous est apparu quand même important d'intervenir pour vous faire part de nos réflexions quant à la formation des médecins ou de l'aide que ces professionnels des universités peuvent apporter à la formation, en particulier par le biais des stages, en vue de la pratique d'autres professions à l'oeuvre dans le réseau.

Évidemment, je crois que vous avez entendu plusieurs mémoires jusqu'à maintenant. Vous allez peut-être croire que les aspects que nous soulevons sont des points mineurs comparativement à l'ampleur des mandats du réseau. Cela quand même indique que, dans l'ensemble, on doit dire que le système fonctionne à notre satisfaction. Mais il y a place à amélioration, cependant, et cette commission parlementaire nous donne l'occasion de faire valoir nos représentations quant à ces améliorations. Nous avons soulevé dans notre mémoire toute la question des relations qui doivent exister entre les établissements du réseau des affaires sociales. Les universités sont quand même très heureuses que l'avant-projet de loi confirme la distinction qu'il faut faire entre des contrats d'affiliation, d'une part, et des ententes de services, d'autre part. C'est une demande que les universités ont formulée à plusieurs reprises dans le passé, et il y a tout lieu d'en souligner l'importance.

On a parlé un peu dans le mémoire des ententes de services. On souhaite évidemment que la procédure pour les ententes de services ne vienne pas trop alourdir les relations entre les établissements et les universités et il y a là peut-être lieu de faire une distinction entre les ententes de services et les contrats d'affiliation, les ententes de services étant dans des domaines évidemment plus limités, alors que les contrats d'affiliation sont des accords à caractère beaucoup plus complexe. Donc, c'est pour cette raison qu'on vous recommande que la distinction soit

maintenue dans le projet de loi entre ces deux catégories. On a suggéré cependant dans le mémoire qu'une nuance soit apportée à l'article 153, où on suggère qu'un établissement puisse conclure un contrat d'affiliation avec une université aux fins de contribuer à l'enseignement et à la recherche plutôt que d'offrir des services de cette nature, ce qui correspond, à notre avis, beaucoup plus à la réalité. Évidemment, en ce qui a trait aux contrats d'affiliation, on trouve que c'est à bon droit que ces contrats-là puissent être approuvés par le ministre. En revanche, on estime qu'on devra se limiter en ce qui concerne les lettres d'entente, les contrats de services et les contrats d'association à un dépôt auprès de la régie régionale ou de tout autre organisme qui pourrait éventuellement la remplacer.

On note également la distinction qui est introduite dans le projet de loi en ce qui a trait aux centres hospitaliers universitaires et aux instituts universitaires. Évidemment, en ce qui concerne les centres hospitaliers universitaires, nous souhaitons vivement que le financement soit précisé et qu'on tienne compte, dans le domaine du financement, de la vocation particulière qui est confiée aux centres hospitaliers universitaires.
(20 h 15)

Il y a une question qui est soulevée également dans le mémoire et c'est toute la question de la participation aux conseils d'administration des établissements. Là, nous pensons que, peut-être, l'avant-projet de loi va un peu trop loin en interdisant de façon absolue à tous les professionnels qui reçoivent des honoraires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec de faire partie d'un conseil d'administration. Sur cette question-là, nous n'avons pas de formule magique à proposer au ministre pour trouver la ligne qui doit séparer ceux qui sont éligibles et ceux qui ne le sont pas, mais on pense qu'en établissant une règle aussi absolue, on prive les conseils d'administration de la participation de professionnels qui connaissent très bien le milieu et qui pourraient apporter une contribution significative à ces conseils d'administration. Évidemment, ce que nous souhaitons, c'est qu'on trouve un terrain mitoyen entre l'interdiction absolue et la liberté absolue, permettant ainsi d'avoir une certaine représentation de la profession médicale exerçant en clinique au sein de ces conseils d'administration.

Nous avons constaté, du moins en suivant les débats qui ont eu lieu à cette commission parlementaire, que peut-être l'avenir des régies régionales est incertain et le ministre a déjà annoncé des modifications majeures quant à l'esprit qui pourrait orienter la révision des structures régionales de coordination en matière de santé et de services sociaux. Évidemment, ce que nous souhaitons, c'est que, quelle que soit la formule qui sera retenue éventuellement pour ces

organismes régionaux, il y ait là une représentation des universités. C'est, je pense, une question qui, pour nous, semble au coeur peut-être des représentations qu'on vous fait ici, ce soir, parce que je pense, encore une fois, comme je l'ai dit il y a un moment, au sujet des médecins, qu'il y a là un apport très important que les universités peuvent fournir à ces organismes régionaux. Il est clair que dans les services de santé qui sont fournis par les établissements, les universités ont un rôle très direct à jouer. Je pense particulièrement, mais non exclusivement aux universités qui ont des facultés de médecine; ce serait, encore une fois, souhaitable que les conseils comprennent des représentants des universités pour apporter le point de vue des universités dans ces conseils-là.

Nous avons également évoqué dans le mémoire la question des postes de résidence en médecine, et là, nous avons soulevé quelques points concernant les décrets annuels relatifs aux places de stage et la nécessité pour les universités, afin de leur permettre une planification et un soutien adéquat aux candidats, de connaître suffisamment à l'avance les résultats du décret. Moi, je suis recteur d'une université qui n'a pas de faculté de médecine, mais au sein du comité exécutif de la Conférence des recteurs, j'écoute régulièrement les doléances de mes collègues sur cette question-là et je pense que c'est tout à fait normal qu'on souhaite, comme on le souhaite de façon générale dans le domaine du financement des universités... Je n'ai pas le droit de déborder sur cette question-là, mais vous me permettrez quand même de dire qu'on souhaite toujours connaître un peu les enveloppes avant que l'année ne débute; c'est la même chose pour les postes et je pense que ça va avoir, je le souhaite, un accueil sympathique de la part du ministre et de la commission.

Enfin, peut-être un dernier point, c'est que la consultation du ministre qui s'effectue en collaboration avec le ministre de l'Enseignement supérieur et de la Science implique, outre la Corporation professionnelle des médecins du Québec et les régies régionales, les universités ayant des facultés de médecine plutôt, comme c'est prévu à l'heure actuelle, que ce soient les doyens de ces facultés. Je pense qu'on se réfère davantage à l'institution plutôt qu'aux individus. Ce sont des points quand même qui ont un intérêt, que nous avons soulevés dans le mémoire.

En guise de conclusion, on l'a souligné également dans le mémoire, les universités ont accordé, en ce qui les concerne, un accueil assez favorable à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Les propositions que nous avons formulées ne remettent pas en question la structure générale de la loi et les principaux changements qui sont proposés dans ce projet. Elles ne visent qu'à en préciser certaines modalités et à consolider les liens

historiques et combien dynamiques entre le système d'enseignement et de recherche et le système de services de santé et de services sociaux du Québec.

Voilà, M. le Président, en résumé, les principaux points que nous avons soulevés dans notre mémoire. Mes collègues et moi sommes disposés à chercher à répondre à vos questions portant sur le mémoire, ou à d'autres questions que vous voudrez bien soulever, et nous essaierons d'apporter un éclairage additionnel à ces questions. Je vous remercie.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je suis très heureux que l'on puisse échanger certains propos sur la réforme. Je veux d'abord vous dire, dans un premier temps, qu'il y a des recommandations contenues dans votre mémoire qui feront l'objet d'une analyse au niveau des services du contentieux du ministère, en particulier sur le plan du libellé, et qu'on n'a pas besoin, je pense, de les aborder durant cette séance, compte tenu de la justesse de certains avancés; nous les regarderons très attentivement.

On peut peut-être davantage concentrer notre échange sur la formation professionnelle, donc, des professionnels, qui est extrêmement importante et, évidemment, qui ne peut pas se faire, comme vous l'avez dit tantôt, sans un partenariat très clair entre le MESS et le ministère de la Santé et des Services sociaux et aussi un partenariat entre les universités et les CHU. Sinon, je pense qu'on pourrait manquer une fonction extrêmement importante quant à la formation de notre main-d'oeuvre, ceux qui, demain, vont s'occuper de vivre et d'appliquer ce qu'on tente de faire aujourd'hui et qui devraient retrouver au centre de toutes les préoccupations, les bénéficiaires. Donc, ça m'apparaît extrêmement important de dire qu'il doit y avoir une complicité, un partenariat entre les deux ministères supérieurs, les universités et les CHU.

Dans le document d'orientation... Parce que c'est toujours le document de référence et si le libellé du projet de loi lui-même fait l'objet de certaines interrogations, les orientations, quant à elles, sont davantage partagées par des intervenants. À la page 96 de ce document, lorsqu'on parlait de la désignation des CHU, on parlait de quatre critères: l'enseignement, la recherche, la dispensation de services ultraspecialisés et l'évaluation des technologies. Donc, la tentative qu'a faite le ministère est de se donner des critères pour être capable de reconnaître et d'identifier des centres hospitaliers universitaires ou des instituts qu'on retrouve d'ailleurs libellés, comme tentative de discussion et de réflexion, à l'intérieur de la page 96 du document d'orientation.

D'abord, j'aimerais vous entendre, si c'est possible. Est-ce qu'il y a des choses qu'on devrait ajouter comme critères ou est-ce que les quatre critères qui sont là sont suffisants pour déterminer ce que devrait être les CHU? Parce que, inévitablement, demain, on sera devant une situation où il faudra déterminer et reconnaître un certain nombre de CHU et les critères qui sont là nous apparaissent, quant à nous, des critères de base pour pouvoir les reconnaître. Je ne sais si vous avez eu l'opportunité de vous attarder à ces quatre critères. Si oui, est-ce que ça vous semble être assez complet pour pouvoir les déterminer? D'autre part, est-ce qu'il semble y avoir... Je ne vous dis pas de me dire lequel devrait être retranché ou ajouté, mais est-ce que cette liste-là vous apparaît une liste qui correspond bien aux quatre critères qui sont évoqués?

M. Gagnon (Denis): Alors, je vais tenter de répondre à votre question, M. le ministre. Effectivement, je pense que pour la CREPUQ, pour les universités québécoises, les critères tels qu'ils apparaissent dans le document d'orientation nous satisfont. Dans une large mesure, ça couvre les grandes activités, les grandes missions de ce qu'on peut appeler un centre hospitalier universitaire. Il y aurait peut-être lieu de les préciser, mais je me demande vraiment si ce serait utile de le faire. On parle évidemment de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies. Au niveau de l'enseignement, il faudrait peut-être préciser davantage parce qu'il faut voir, évidemment, que la mission d'enseignement d'un centre hospitalier déborde largement... Et là, je ne parle pas pour ma paroisse, étant moi-même rattaché à une faculté de médecine avant d'être vice-recteur, mais il demeure que les centres hospitaliers servent à la formation de plusieurs professionnels de la santé et s'intéressent aussi, dans une large mesure, à la formation des professionnels des services sociaux ou de toute la pratique psychosociale. Donc, il y aurait peut-être lieu de préciser, mais je ne suis pas sûr que ce serait vraiment utile. Les quatre critères que vous utilisez permettraient à tout le monde qui le veut de bien comprendre ce qu'est un véritable centre hospitalier universitaire. On pourrait vivre avec ça, je pense.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce qu'ils pourraient être améliorés? Est-ce que ça pourrait être bonifié, dans le sens que vous le souhaitez tantôt, soit peut-être une meilleure précision au niveau de l'enseignement?

M. Gagnon: C'est qu'il y aurait peut-être des précisions à apporter sur les programmes d'enseignement qui peuvent être dispensés par un centre hospitalier universitaire. Il y a une notion qui n'apparaît pas, mais peut-être qu'on voulait

la faire ressortir par le vocable recherche. Par exemple, il faut réaliser que c'est dans les centres hospitaliers universitaires, au Québec, que se forment une large majorité des chercheurs biomédicaux. Les critères n'en font pas mention. Est-ce qu'il faudrait aller jusqu'à préciser ce qu'on entend par enseignement? C'est ce que je voulais dire tout à l'heure, mais je ne le sais pas.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, si vous deviez poursuivre votre réflexion sur la bonification de ces critères, on est disponibles pour recevoir un complément d'informations qui pourraient nous être utiles dans cet exercice-là.

M. Gagnon: D'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Dans le document d'orientation, on parlait de formation médicale. On disait, à la page 77: "De concert avec les universités et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, le ministère propose de concentrer les programmes de formation médicale spécialisés dans un nombre plus restreint d'hôpitaux universitaires; permettre la participation d'institutions qui ont acquis une expertise solide dans un domaine en particulier; favoriser la tenue de stages de formation en médecine familiale et dans les spécialités médicales de base en région intermédiaire ou éloignée."

Donc, la question est claire. Plusieurs ont évoqué - et, nous-mêmes, on y pense sérieusement - une rationalisation des lieux de formation. Je ne sais si vous avez pu vous pencher sur cet élément-là, qui est quand même très important au niveau de la formation médicale et qui est revenu, à plusieurs occasions, lorsqu'on s'est adressé à des gens qui avaient ces préoccupations qui nous ont été identifiées ici, disant qu'au bout de la ligne tout le monde y gagnerait sur le plan de l'excellence, mais, là-dessus, j'aimerais vous entendre.

M. Gagnon: M. le président me demande de répondre et je vais tenter de le faire encore une fois. Écoutez, la rationalisation du réseau de formation médicale, c'est un vieux rêve inachevé, un rêve que tout le monde a caressé pendant un certain temps. Il y en a eu différentes interprétations, bien sûr, mais, effectivement, je pense que si on regarde les quatre universités - M. Kenniff me pardonnera - où il y a une faculté de médecine - ça ne leur donne rien de plus, remarquez - un des problèmes majeurs, c'est d'arriver à rationaliser leur réseau de formation. C'est vrai pour les quatre facultés de médecine au Québec. C'est peut-être vécu de façon un peu plus simple, je dirais, à Sherbrooke, mais pour Laval, Montréal et McGill, c'a toujours été un problème assez particulier. Qu'on en vienne à dire que, dorénavant, il y aurait une

concentration des lieux de formation, surtout lorsqu'on parle des spécialités et surtout lorsqu'on parle de formation de chercheurs, un peu plus tard - et, tantôt, on parlera de formation en médecine familiale - je pense que c'est sage de le faire. Si on peut, par la loi qu'on peut voir venir, régler ou achever ce rêve, ce serait peut-être une excellente chose.

(20 h 30)

M. Côté (Charlesbourg): J'imagine que ce n'est peut-être pas toujours facile chez vous non plus de discuter de cette rationalisation et surtout de la faire. J'imagine que ce sont des discussions qui doivent être assez longues, merci, et des choix assez difficiles, mais est-ce que je dois comprendre qu'il y a cette volonté-là, au niveau du monde universitaire, de faire cette rationalisation?

M. Gagnon: Si je devais répondre par un oui ou par un non, je répondrais oui. Il y a une difficulté majeure, je pense qu'il ne faut pas passer à côté, qu'il ne faut pas l'ignorer. Il y a une difficulté majeure, il y a tout un passé, il y a une histoire dans le domaine de la formation professionnelle médicale, mais je pense qu'il est devenu évident pour tout le monde que, sans rationalisation, on va continuer à s'éparpiller puis qu'on n'aura peut-être pas les programmes de formation de la qualité que nous voudrions qu'ils aient. Et je pense, pour répondre clairement, que oui, c'est souhaité par tout le monde; reste à trouver les moyens pour le faire, les moyens pour le réaliser. Mais j'ai comme l'impression que ce qu'on voit dans le document d'orientation, ce qu'on peut voir venir dans un projet de loi reformulé viendrait aider grandement ce processus de rationalisation.

M. Côté (Charlesbourg): J'abordais tantôt la notion de partenaires, partenariat des deux ministères: Santé et Services sociaux, Enseignement supérieur, et partenariat: universités, CHU. Si mon souvenir est bon, de 1975-1977, le transfert d'argent provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux vers l'Enseignement supérieur était de 9 000 000 \$ qui étaient dédiés à la formation. On me dit aujourd'hui qu'il est approximativement de 14 000 000 \$. Donc, un montant de 14 000 000 \$ qui est parti de Santé et Services sociaux pour aller à l'Enseignement supérieur pour la formation de professionnels dans le domaine de la santé et qui, par la suite, a été, j'imagine, transmis aux universités et transmis aux CHU. Est-ce que, sur le plan budgétaire, il y a des sommes additionnelles qui sont injectées par les budgets propres des universités dans cette formation-là ou si on en est actuellement uniquement à ce budget de 14 000 000 \$?

M. Gagnon: Vous faites référence aux transferts. Nous, on appelle ça des transferts

MEQ-MASQ; dans le temps, c'est comme ça qu'on les appelait. Il y avait peut-être un vice là-dedans. C'est que vous dites que c'était transmis aux universités qui, elles, les transmettaient aux centres hospitaliers qui étaient responsables des programmes de formation. Oui, c'est vrai, dans une certaine mesure, mais on peut se demander ou je me demande, parce que je ne voudrais pas parler au nom de tout le monde, si, finalement, les universités ne faisaient pas autre chose que d'offrir leurs services de courrier parce que, encore une fois, là aussi je pense, parce qu'il manquait de rationalisation, il manquait de poids de la part des universités pour mieux répartir ces budgets, ces transferts qui permettaient la formation. Les universités vont injecter de l'argent, ça m'apparaît bien évident, mais elles ne l'investiront pas de la même façon qu'on le fait avec les budgets qui sont transférés par le ministère pour la formation. Les masses d'argent, les masses budgétaires qui sont investies par les universités dans les centres hospitaliers se font dans un autre ordre. Ce sera, la plupart du temps, en salaires de professeurs, en salaires de personnels, de différentes façons, mais ce n'est pas nécessairement via de l'argent sonnante qu'on pourra le faire.

Remarquez que ça, c'est vrai pour tout ce qui touche les budgets transférés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais souvenez-vous qu'il y a la formation de tous les autres professionnels pour lesquels aussi on est obligés d'investir dans les centres hospitaliers.

M. Côté (Charlesbourg): Avant de passer la parole à mon collègue de Matapédia, qui s'est fait l'ardent défenseur des régions sur le plan de la formation, sur le plan des médecins en région, parce que ça m'apparaît extrêmement important et que, s'il manquait d'occasions de vous poser des questions, je pense que les régions en sortiraient plus pauvres, je vais aborder la régionalisation. Il y aura des régions régionales, ça m'apparaît évident, avec le plus de pouvoirs possible, décentralisés, mais des vrais pouvoirs, de façon à être capables de mieux planifier les besoins et les choix et de faire de bons choix au niveau de chacune des régions du Québec, par les gens des régions. On est dans une situation où, évidemment, ça ne semble pas être le souhait que les CHU soient sous la responsabilité de ces régions régionales. Moi, j'ai tendance à dire oui parce que, effectivement, il y a des services extrêmement importants qui se donnent à une collectivité et que ça doit faire partie d'un ensemble, donc ne pas relever directement du ministre. J'aimerais savoir si, là-dessus, vous avez une opinion à nous exprimer quant au rattachement déchu aux régions régionales. Si non, pourquoi? Parce que ça m'apparaît un débat extrêmement important et on devra trancher éventuellement.

M. Gagnon: Vous avez mentionné, M. le

ministre, tout à l'heure, les quatre critères qui seraient utilisés pour déterminer ce qu'est un centre hospitalier universitaire et ce qui ne l'est pas. Il y a un critère qui n'est pas écrit, mais qui découle de cette critériologie que vous avez utilisée, c'est que, par définition, je pense, les centres hospitaliers universitaires devront avoir une vocation suprarégionale, dans le sens où... Je parle, disons, pour la Faculté de médecine d'une université que je connais mieux, l'Université Laval, où c'est clair qu'on doit assurer la formation de personnel médical pour tout l'Est du Québec. Tant mieux si on peut le faire aussi pour d'autres régions, mais c'est comme s'il y avait une région où on se sent plus à l'aise et avec laquelle on est prêts à travailler davantage. Est-ce que les régions régionales, je ne sais plus combien il en sera retenu, quel nombre...

M. Côté (Charlesbourg): Seize.

M. Gagnon: On en retrouvera seize? Bon. Est-ce qu'y y aura moyen, entre les régions régionales, de se concerter pour faire en sorte que ces vocations, que, moi, j'appelle suprarégionales, des centres hospitaliers universitaires soient respectées? Ça, j'en sais, pour le moment, peu de chose. Mais vous voyez le problème ou le processus de concertation qu'il faudra mettre en branle, si on veut y arriver.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est un argument que j'ai entendu par les doyens, l'autre jour. Évidemment, ça s'attaque principalement à la formation.

M. Gagnon: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Mais il y a dispensation d'un certain nombre de services qui, eux, sont dispensés à des gens du territoire même. Et c'est un petit peu ça qu'il faudra débrouiller. Évidemment, on m'indique qu'il me reste quatre minutes et je ne voudrais pas couper le temps de parole à mon collègue de Matapédia.

Le Président (M. Joly): M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Merci, M. le Président, merci, M. le ministre, de me donner l'occasion d'interpeller, peut-être, des gens intéressants et intéressés au développement des régions et à assurer les soins de santé aux régions. Moi, je vais vous poser une question fort simple. Depuis nombre d'années, les différents gouvernements, les différents ministres qui se sont succédé aux Affaires sociales et à la Santé ont mis des incitatifs pour attirer les jeunes médecins en région, incitatifs qui s'avèrent plus ou moins efficaces ou relativement efficaces. De quelle façon les universités pourraient-elles nous donner un coup de pouce là-

dedans?

M. Gagnon: Ça, M. le député, c'est vraiment la question du siècle. Je peux vous dire, et je me sens à l'aise pour le dire, que je pense que toutes les facultés de médecine ont fait un effort véritable pour essayer de trouver la clef du succès dans ce domaine-là. Ce n'est pas facile. À travers toutes les structures qu'on a pu essayer d'inventer, tous les moyens dont on a pu essayer de rêver, vous avez vu, même certains moyens assez draconiens n'ont pas donné les résultats que tout le monde voulait. Je vous avoue ne pas m'être préparé pour cette question. Je ne m'attendais pas qu'elle me soit posée et je la trouve extrêmement intéressante. Je me demande si je ne devrais pas profiter de l'offre de M. le ministre pour dire: Laissez-moi y penser et peut-être que je pourrai vous répondre un peu plus tard. Sauf qu'en toute honnêteté je dois vous dire que je ne pense pas qu'il y ait une seule faculté de médecine, une seule université, actuellement, qui ait un moyen absolument sans faille à proposer pour régler le problème dont vous parlez et qui en est véritablement un, il n'y a pas d'erreur.

M. Paradis (Matapédia): Je vais poursuivre. À ce moment-là, comment expliquer la cote Z pour l'évaluation des jeunes?

M. Gagnon: Est-ce que vous pourriez préciser votre question?

M. Paradis (Matapédia): La cote Z, dans le langage des étudiants, ça veut dire: C'est toi le "plus bon", le meilleur et c'est toi qui entres en médecine.

M. Gagnon: C'est un peu vrai, je le reconnais.

M. Chevette: Vous dites bien: Un peu?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gagnon: Écoutez. Il faut se souvenir de ce que sont les mécanismes de liaison entre l'enseignement collégial et l'enseignement universitaire. Il y a des règles qui s'appliquent et peut-être que le président de la CREPUQ pourrait répondre mieux que moi quant à ces règles précises là. Mais, pour ce qui est des facultés de médecine, je vous dirai que c'était probablement la seule formule susceptible de traiter équitablement les étudiants qui voulaient passer du collégial à la faculté de médecine dans notre réseau. Il y en a eu d'autres choses de tentées.

M. Paradis (Matapédia): Recommencez-nous ça, là.

M. Gagnon: Moi, je pense et je pense se-

rieusement que la cote Z, le mécanisme qui est utilisé est probablement le mécanisme le plus équitable auquel on a pu penser, jusqu'à ce moment, pour favoriser, pour permettre l'entrée des étudiants...

M. Paradis (Matapédia): Équitable pour qui?

M. Gagnon: Pour les étudiants eux-mêmes. Je me souviens de la période où j'étais à la Faculté de médecine de Sherbrooke et je vous assurerai qu'on avait tenté de monter toutes sortes de mécanismes incluant les entrevues avec les étudiants et que ça ne fonctionnait guère mieux.

M. Paradis (Matapédia): Je vais vous poser une autre question.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): M. Paradis, une dernière question, s'il vous plaît, parce que le temps qui vous était imparti est terminé. Une dernière et courte question, M. Paradis.

M. Paradis (Matapédia): Mon collègue de Rimouski défend les régions, comme vous pouvez le voir.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): "M. le Président". J'ai la tâche ingrate, je vous dirai, de limiter les débats. Merci.

M. Paradis (Matapédia): Ha, ha, ha! De toute façon. Je disais donc qu'au-delà de cette cote Z qui est équitable pour les étudiants la question qui me vient à l'esprit, c'est: Est-ce qu'on forme les médecins pour eux-mêmes ou pour desservir des services aux bénéficiaires, donc les régions?

M. Gagnon: S'il fallait qu'on commence à former les médecins pour eux-mêmes, M. le député, je pense qu'on s'en irait vers une catastrophe. On forme les médecins pour ce qu'ils vont donner aux bénéficiaires, pour leur participation à la solution des problèmes des bénéficiaires et, pour moi, c'est tout à fait clair.

M. Paradis (Matapédia): Alors, en répondant à cette question-là de la façon dont vous venez de le faire, ça ne résume pas une partie des paramètres que vous pourriez mettre dans votre cote Z.

M. Gagnon: Je pense et je pense qu'on les met toujours. Souvenons-nous d'une chose: la cote Z permet de répartir, à travers l'ensemble des institutions d'enseignement collégial au Québec, les chances de pouvoir entrer à l'université. D'accord? C'est ce que ça fait la cote Z.

M. Paradis (Matapédia): C'est ce qu'on est supposé appeler l'égalité des chances.

M. Gagnon: C'est ce que moi j'appelle l'équité, oui. Et sans ça, on retournerait peut-être à des mécanismes d'admission dans les facultés de médecine qui seraient peut-être plus questionnaires que ce qui existe actuellement.

M. Paradis (Matapédia): En tout cas, on aura sûrement l'occasion de s'interpeller d'une façon différente, mais peut-être, en finissant, une toute petite dernière question. Vous qui êtes vice-recteur aux études, c'est quoi la formation d'une sage-femme?

M. Gagnon: Je dois vous rappeler que le vice-recteur aux études, c'est mon collègue Jean-Claude Méthot qui n'a pas pu se présenter ce soir.

M. Paradis (Matapédia): Ah bon!

M. Gagnon: Je suis vice-recteur à la recherche. Je peux quand même essayer de vous répondre, mais je ne suis pas sûr d'avoir la réponse que vous voudriez entendre.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Je vais maintenant reconnaître le porte-parole officiel de l'Opposition, le député de Joliette. Je voudrais rappeler à mon collègue de Matapédia que j'occupe la présidence et qu'il doit m'interpeller comme "M. le Président" et non pas par mon nom.

M. Chevette: Merci, M. le Président. Moi, je trouve que vous avez des prédispositions pour occuper ce fauteuil. Cela dit, je voudrais continuer non pas exclusivement sur la lancée du député de Matapédia, mais en la complétant un peu sous un angle différent. Les universités accepteraient-elles de se départir de leur autonomie entière quant à l'inscription en se soumettant, à l'avenir, par exemple, à une marge pour l'acceptation d'étudiants qui seraient acceptés, non pas en fonction de leurs résultats scolaires, mais en fonction de leur volonté, de leur désir d'oeuvrer en région, donc d'accepter un certain pourcentage de chaises universitaires qui seraient destinées à ces étudiants désireux d'aller oeuvrer exclusivement en région?

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): M. Kenniff.

M. Kenniff: Moi, je comprends, M. le Président, que la question du député de Joliette porte sur les étudiants en médecine et non pas sur l'ensemble...

M. Chevette: En médecine, oui.

M. Kenniff: ...des admissions dans les universités.
(20 h 45)

M. Chevrette: J'ai bien compris que, sur le reste, je me serais fait avoir.

M. Kenniff: Je pense, quant à cette question-là - et, heureusement, si j'y réponds, je ne réponds pas pour mon propre établissement - que si le choix est entre admettre les étudiants sur la base de la qualité de leur performance et de leur dossier et un engagement à travailler ultérieurement en région, ce ne sont pas nécessairement des choix qui s'excluent mutuellement. Je pense que, si on demandait à n'importe quelle université - je pense que M. Gagnon pourrait compléter - de renoncer à un choix basé sur la qualité des étudiants et leur capacité à faire des études en médecine pour donner des places aux gens sur la base uniquement de leur volonté de travailler ultérieurement en région, elle dirait non.

Mais je pense qu'il y a lieu de mettre non pas des oppositions, mais plutôt des choses qui soient complémentaires. Il est possible de maintenir les admissions basées sur la qualité - il y a tant de gens qui veulent faire des études en médecine - et mettre un accent - je pense que tout le monde le souhaite, M. Gagnon l'a dit - d'être en mesure... Si la formation vise, effectivement, à fournir des services, à ce moment-là, c'est tout à fait normal qu'on essaie de faire en sorte que ces services-là soient mieux répartis sur une base régionale. Ça soulève quand même la question - je suis sûr que ce n'est pas la première fois que vous l'abordez - soit toute la question de savoir comment, en termes très pratiques et très concrets, on peut arriver à dire à des jeunes qui entrent en faculté de médecine: Quand vous aurez terminé vos études... C'est parce que ce n'est pas un régime de service militaire, mais il reste qu'il faut qu'il y ait un engagement qui puisse être appliqué.

M. Chevrette: Je comprends qu'on est loin d'être dans un genre de service militaire, mais, pour l'ensemble de toutes les professions du Québec ou presque, il n'y a pas personne qui crée son propre emploi dans un milieu et qui décide de faire tant par année. Il n'y a qu'une seule profession, c'est le corps médical. Vous formez des enseignants, vous ne leur garanzissez pas une job où ils veulent, c'est où ils peuvent. Dans les autres professions, il va falloir qu'ils aillent où les besoins le demandent, sinon ils vont craquer, ils vont crever, alors qu'en médecine, s'ils se concentrent, vous n'allez pas pour autant... il va y avoir une plus grande offre de services aux gens, donc, possiblement, une plus grande consommation et ça, ça peut se faire au détriment de la collectivité entière. Je donnais des exemples, cet après midi, de régions qui peuvent avoir un médecin pour 300 personnes, alors que, dans certaines régions du Québec, où on paie les mêmes impôts, on peut avoir un

médecin pour 3000 ou 4000 personnes. Donc, on ne parle pas de régime militaire. Ce n'est pas ce que j'ai voulu dire, premièrement. Deuxièmement, je n'ai pas voulu dire non plus que vous preniez les plus épais. Il y a une différence entre prendre un premier de classe et prendre des gens qui peuvent avoir entre 88 % et 90 %. Je ne suis pas certain - c'est une des rares fois où je suis d'accord avec Augustin Roy - mais j'aurais tendance à croire que celui de 88 % peut faire un tout aussi bon médecin que celui de 90 %. D'accord? Donc, ça, là-dessus, il m'apparaît que vous êtes un petit peu merci ex cathedra et que vous avez une attitude plutôt papale, là-dessus, d'infaillibilité.

Donc, à partir de là, ma question n'est pas charriée. Je vous demande si, pour la collectivité, pour le bien de la collectivité québécoise, on ne peut pas ouvrir la porte au fait que des jeunes, intelligents, qui ont des bons résultats scolaires, puissent penser un jour avoir accès pour aller oeuvrer en région. C'est un peu ça qu'on vous demande et je ne charrie pas d'un extrême à l'autre. Ce n'est pas vrai là.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): M. Kenniff.

M. Kenniff: M. le Président, si vous me permettez, j'aimerais passer la parole à quelqu'un qui ne pourrait pas avoir une attitude papale, Mme McNicoll. Elle aurait des commentaires sur les modalités d'admission.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Alors, Mme McNicoll.

Mme McNicoll (Claire): Il y eut, paraît-il, une papesse Jeanne.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevrette: Ça doit être le résultat d'un schisme.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme McNicoll: Mais je voudrais, enfin, mentionner que la cote Z dans les universités, c'est un moyen de sélectionner ceux qui ont les meilleurs résultats scolaires et que les facultés de médecine prennent ceux qui arrivent les premiers par rapport à des cotes et, parfois, compte tenu du collège de provenance, compte tenu qu'il y a des collèges qui obtiennent des performances plus élevées que d'autres. De toute façon, sur cette question-là, la Conférence est en train de préparer un travail sur le suivi des cotes des étudiants entrant à l'université, en fonction de leur collège de provenance, pour qu'on voit quelle aura été, au bout de trois ans ou de quelques années de plus pour prendre en compte tous les étudiants ayant terminé leur

DEC dans une année donnée, la performance de ces étudiants-là pendant leurs études à l'université. Cela, pour éclaircir la question de la fameuse cote Z. Les universités prennent ceux qui arrivent au sommet des listes lorsqu'elles ont le choix entre une multitude d'étudiants candidats à l'admission, dans un programme. Et, bien sûr, ça se fait en médecine et dans un grand nombre d'autres domaines. Il y a peut-être d'autres modalités d'admission. Je vous parlerai du processus que retient la Hollande. Aux Pays-Bas, on fait la chose suivante: On détermine que les étudiants qui veulent entrer en médecine doivent pouvoir, par exemple, atteindre un seuil de 80 %, et on fait un tirage au sort pour remplir 500 places dans l'ensemble des universités - je dis 500, c'est à peu près le quota que nous avons au Québec - et, au fond, le tirage au sort est fait sur la base de ceux dont on reconnaît que, au-delà d'une certaine performance scolaire, ils sont aptes à suivre des études en médecine. Devrions-nous revenir à des tests d'admission? Enfin, les universités les ont abandonnés parce que ces tests sont extrêmement coûteux. N'oubliez pas que, des fois, les demandes d'admission tournent autour de plusieurs milliers, en médecine. S'il fallait faire passer des entrevues à chacun des plusieurs milliers d'étudiants qui sollicitent l'entrée en médecine, vous vous imaginez, comme moi, ce que ça peut signifier comme...

M. Chevrette: Il n'y a pas tellement longtemps, messieurs et madame, il y a à peine une trentaine d'années, si tu étais fils de médecin, tu entrais dans une faculté, nous disait-on, nous rappelait-on ou nous rapportait-on, avec assez de facilité. C'était quasiment des professions de père en fils, dans certains milieux. Comme par hasard, ce que je pouvais vérifier se révélait vrai. Aujourd'hui, il semble bien que ce sont les résultats scolaires. Est-ce que vous avez pu faire des comparaisons, par exemple, entre les diverses régions? Comment pouvaient se classer des étudiants d'un cégep X, indépendamment de leurs notes à l'entrée puis au cours de leur carrière, par la suite? Est-ce que vous avez pu vérifier s'il y avait continuité dépendant des régions, ou la véracité des résultats scolaires ou la valeur des résultats scolaires a-t-elle été mise à l'épreuve dans les universités?

Mme McNicoll: Nous n'avons pas encore fait cette étude, mais l'étude de suivi de cohorte dont je vous parle va réaliser cette chose-là. Évidemment, ça va prendre le nombre d'années requis pour suivre les étudiants qui auront obtenu leur DEC au printemps 1989, et que l'on suivra vraisemblablement quatre ans, parce que, aujourd'hui, les étudiants qui terminent leurs études en trois ans pile, dans les règles, je ne dirais pas que c'est devenu la minorité, mais disons qu'il y a un très grand

nombre d'étudiants qui ne rassortissent pas à ce groupe. Alors, dans quatre ans, nous pourrions vous donner des réponses sur cette base régionale, notamment, puisque l'étude va porter sur l'ensemble des postulants aux universités en provenance de tous les cégeps du Québec, et, évidemment, par cégep de provenance et par région.

M. Chevrette: Vous dites que les centres hospitaliers universitaires doivent être dans une structure suprarégionale, si j'ai bien compris l'exposé de M. Kenniff.

Une voix: Il n'y en a pas.

M. Chevrette: Ce n'est pas ce que vous avez dit? Suprarégionale, j'ai inventé ça? Qu'est-ce que vous avez dit?

Une voix: C'est peut-être une superstructure.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): M. Kenniff.

M. Kenniff: M. le Président, la référence a été faite par M. Gagnon, à la dimension suprarégionale des centres hospitaliers universitaires, en réponse à la question de M. le ministre, à savoir si on voulait que les centres hospitaliers universitaires soient assujettis aux régies régionales. Là, on a effectivement répondu oui, mais il faut également tenir compte, dans le domaine de la formation en particulier, qu'il y a une dimension suprarégionale à la formation que les centres hospitaliers universitaires assument.

M. Chevrette: D'accord. Mais au niveau de la planification des soins comme tels, vous ne touchez pas à la structure régionale. Est-ce que vous êtes d'accord avec la décentralisation des enveloppes de la RAMQ au niveau des régions?

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): M. Gagnon.

M. Gagnon: C'en est une autre qui n'est pas très facile, celle-là.

M. Chevrette: C'est parce que M. Kenniff m'a dit: Vous pouvez poser des questions sur notre mémoire et sur autre chose. Voilà autre chose.

M. Gagnon: Absolument. Écoutez, il y a peut-être là une formule à explorer. Je présume que vous mettez ça en rapport avec le problème qu'on soulignait tout à l'heure, c'est-à-dire ces disparités régionales quant à la présence de...

M. Chevrette: Ça va loin, effectivement. Je pense qu'on devrait introduire un critère, bien

sûr, là où il y a des CHU. Il faudra tenir compte dans l'élaboration des per capita à garder au niveau des régions... Ça sera un des critères. La question va très loin. On peut décentraliser l'autorité du ministère, puis l'argent en région, mais si on ne fait pas suivre les enveloppes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, on ne règle rien aux iniquités régionales quant aux médecins... Je prétends que c'est une trouvaille, ça, de décentraliser les enveloppes de la RAMQ, parce qu'il va falloir aller où il y a de l'argent. Ceux qui vont vouloir faire du "soft money" en ville, ils vont être obligés de sortir. Mais c'est pour le monde, parce que, que tu paies de l'impôt en Abitibi ou en Gaspésie, c'est la même affaire qu'à Montréal. Ce n'est pas parce que c'est à 400 milles de Montréal, quand tu gagnes 50 000 \$ par année, que tu ne paies pas ton pourcentage d'impôt. Donc, si tu paies tous les mêmes impôts, tu dois être en droit d'avoir la même qualité de services. Êtes-vous d'accord avec ça?

M. Gagnon: Une hypothèse, M. le député de Joliette. Si jamais il arrivait, après la répartition des budgets de la RAMQ, des enveloppes de la RAMQ, en enveloppes régionales, que les régions où se trouvent ce qu'on appelle les centres hospitaliers universitaires n'aient plus ce qu'il faut comme budget pour assurer ce qu'on voulait assurer, qu'est-ce qu'on ferait? Comment est-ce qu'on s'arrangerait?

M. Chevette: Je vous arrête, parce que j'ai pris la peine de vous dire, avant de poser ma question, qu'il faudrait tenir compte dans les critères de répartition du fait que c'est un centre hospitalier universitaire, je reconnais cela. Comme la surspécialisation, on ne peut pas faire ça dans toutes les régions, je reconnais ça aussi. Mais on peut s'entendre sur 19, 20, 21 spécialités de base que l'on devrait retrouver, par exemple, dans toutes les régions. Je ne trouve pas normal qu'un gars de la Gaspésie, comme c'était le cas H n'y a pas tellement longtemps encore, vienne prendre un scanner ici, à Québec. Il me semble que c'est normal qu'on puisse avoir ce service-là au moins dans un endroit dans la région. Ça, on s'entend là-dessus. On ne peut pas surspécialiser toutes les régions du Québec. Mais, à partir de là, à partir du fait qu'on s'entend sur un minimum, une assiette minimale à donner en termes de services, est-ce que vous concevez qu'on peut se rendre jusqu'à la répartition de la RAMQ pour, enfin, régler le cas de la répartition des ressources médicales?

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): M. Kenniff.

M. Kenniff: M. le Président, j'avais effectivement invité les députés - M. le député de Joliette m'avait bien compris - à poser des

questions sur tout, et il l'a bien fait. Ça ne voulait pas dire qu'on pouvait vous fournir des réponses sur tout.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Kenniff: J'ai tout simplement à vous dire, en toute franchise, M. le député de Joliette, sur la question de la décentralisation des enveloppes de la RAMQ, que là-dessus la Conférence des recteurs n'a pas examiné la question à fond, n'a pas pris de position officiellement. Donc, on peut parler en termes d'hypothèses, mais il faut quand même réfléchir - et vous complétez les propos de M. Gagnon - au fait que, par exemple, on a discuté plus tôt de cette question des places avec engagements, vis-à-vis des gens qui doivent aller en région, peut-être qu'on ne partage pas le même optimisme que le ministère là-dessus, quant à savoir si on est vraiment capable de combler tous les postes qui pourraient être rendus disponibles en région. Là-dessus, ça peut compliquer la vie un peu à une opération de décentralisation de cette nature-là. Là-dessus, on n'a pas la formule magique, M. Gagnon l'a dit tantôt. Il faut quand même reconnaître le problème, c'est le début d'une tentative de trouver des solutions.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): M. le député de Joliette, une dernière question peut-être?

M. Chevette: Oui. Il m'en reste peut-être deux.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Une. peut-être.
(21 heures)

M. Chevette: Vous avez connu le dégel des frais de scolarité qui s'en vient, vous allez le connaître. Je vais vous demander si vous êtes d'accord avec le dégel des frais, de ce qu'on charge aux bénéficiaires. L'Association des hôpitaux du Québec, l'AHQ, demande même qu'on puisse aller jusqu'à charger des frais hôteliers aux bénéficiaires. Considérez-vous que c'est là une façon de régler le financement du secteur de la santé et des services sociaux?

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): M. Kenniff.

M. Kenniff: M. le Président, par le début de la question, je me suis demandé si je m'étais trompé de commission parlementaire, mais par la fin, j'ai compris que j'étais toujours à la commission parlementaire des affaires sociales.

M. Chevette: Non. J'ai voulu faire allusion au fait que vous vous êtes réjoui du dégel des frais de scolarité. Est-ce que vous vous réjouï-

riez du fait qu'il y ait des tickets modérateurs pour les bénéficiaires québécois?

M. Kenniff: M. le Président, on a donné notre accord à ce dégel des frais de scolarité et je le dis sans ambages, c'est un oui, parce que, si c'était un oui avec réjouissance sur toute autre question...

M. Chevette: Mais votre mémoire commençait de même.

M. Kenniff: Toutes les intentions nous sont prêtées, par les temps qui courent, par les étudiants...

M. Chevette: Vous rappelez-vous le début de votre mémoire: Nous nous réjouissons?

M. Kenniff: Je vais essayer de répondre à votre question. Là-dessus, je vous dirai, comme sur la question de la régionalisation des enveloppes, que la Conférence des recteurs ne s'est pas penchée sur cette question-là, ayant déjà fort à faire avec le débat à l'interne dans nos établissements sur la question des frais de scolarité. Mais il faudrait quand même essayer de retourner, comme nous l'avons fait, à la question des frais de scolarité, regarder les principes de base dans le domaine des frais de scolarité. Nous avons considéré qu'il y a non seulement la société qui bénéficie de la formation des gens en milieu universitaire, mais également des individus, et que ce n'était que justice que ces coûts-là soient partagés entre les deux. Est-ce que le raisonnement est le même ici? Il faudrait y voir. Je perçois déjà tout de go quelques différences ou distinctions à apporter, puis je pense que, pour l'instant, je mettrais une sourdine sur votre propos, mais ce n'est pas la position officielle de la Conférence des recteurs, ni dans un sens ni dans l'autre.

M. Chevette: Vous êtes d'accord avec l'universalité, l'accessibilité et la gratuité des soins de santé?

M. Kenniff: Je pense que nous avons tous - j'étais de ceux-là et je suis toujours de ceux-là - cru que nous avons créé, ici au Québec et dans l'ensemble du Canada, un système de soins de santé qui n'a que très peu d'égal dans le monde et que c'était fondé sur ces principes que vous venez d'énoncer. Je pense qu'il faudrait peut-être en ajouter d'autres, c'est qu'on souhaite toujours être en mesure de livrer - c'est le même raisonnement qu'on fait en milieu universitaire - en plus des services de qualité. Ce n'est pas tout d'avoir l'accessibilité des services, il faut encore que ces services-là soient de qualité; c'est tout le sens de la discussion que nous avons eue sur la régionalisation, de pouvoir fournir dans toutes les régions

du Québec des services ayant une qualité non seulement acceptable, mais une très haute qualité. À ce moment-là, des fois, il faut faire des arbitrages, comme vous le savez, et ces arbitrages peuvent comporter des choix difficiles.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Très bien. Une dernière question, M. le député de Joliette.

M. Chevette: Est-ce que c'est possible, M. le ministre, de faire sortir, pour les membres de la commission, le coût annuel per capita d'un bénéficiaire dans un CHU, par rapport au coût annuel dans un centre hospitalier non universitaire?

M. Côté (Charlesbourg): Dans la mesure où c'est possible.

M. Chevette: Est-ce que c'est possible aussi de demander à la RAMQ, à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le nombre d'actes en regard des bénéficiaires dans un CHU, par rapport au nombre d'actes et par rapport au nombre de bénéficiaires dans un centre hospitalier non universitaire?

M. Côté (Charlesbourg): Ça me paraît un petit peu plus difficile dans le deuxième cas, mais on va le vérifier. De toute façon, si c'est...

M. Chevette: Je vais vous dire pourquoi, il n'y a pas d'objectif caché, je vais le dire devant la conférence des recteurs. On me dit que des résidents internes posent énormément de gestes qui sont tous facturés à la RAMQ au nom de certains médecins, alors qu'il y a absence de médecin. S'il y a une façon de contrôler les excès des bénéfices. Il doit y avoir une façon de contrôler les excès, également, de celui qui donne le service. C'est un peu ça que je voudrais voir.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Très bien. Est-ce que, M. le député de Joliette, vous voulez conclure?

M. Chevette: Merci beaucoup.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Ça va. Très bien. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre des Affaires sociales.

M. Côté (Charlesbourg): Je vous remercie de vous être prêtés, presque, à remplir le rôle des doyens de facultés de médecine, parce qu'il y a bien de nos questions qui s'adressaient peut-être davantage à eux, mais c'étaient des questions d'intérêt pour la commission. Merci de vous être présentés et j'attends des informations supplémentaires sur les sujets qui pourraient vous intéresser et qui sont de nature à éclairer notre

lanterne pour les semaines à venir. Merci bien.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski):

Mesdames, messieurs, nous vous remercions. Nous invitons immédiatement l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à prendre place.

Mme la présidente, je vous demanderais, s'il vous **plaît**, de nous présenter les personnes qui vous accompagnent et de nous livrer immédiatement votre mémoire. Vous avez 20 minutes pour livrer ce mémoire et, après, il y aura une période de questions de part et d'autre. Mme la présidente.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Mme Pelland (Jeannine): Je suis Jeannine Pelland, présidente, et, à ma droite immédiate, Thérèse Guimond; tout de suite à côté d'elle, Me Claudette Ménard; à ma gauche, France Fréchet et, immédiatement à ses côtés, Odile Larose.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Mme la présidente, si vous voulez y aller.

Mme Pelland: Vous avez déjà entre les mains un document que nous avons déposé au mois de janvier et je n'ai pas l'intention de faire la lecture de ce document-là. Par contre, nous avons déjà préparé, compte tenu de ce que nous avons entendu jusqu'à maintenant et lu dans les journaux et de ce qui se passe en commission parlementaire, un texte qui tente des solutions puisqu'on a pris connaissance du fait que M. le ministre est souvent intéressé à des solutions qui peuvent lui être proposées. Alors, nous allons surtout nous en tenir à ce texte-là même si vous ne l'avez pas. Je commence immédiatement.

Je peux peut-être seulement relever...

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Mme la présidente, je vous arrête immédiatement. Est-ce que vous avez des copies de ce texte-là?

Mme Pelland: Oui, nous les avons, mais comme nous ne les avons pas déposées, est-ce que vous voulez les avoir immédiatement?

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Nous aimerions les avoir, si c'est possible.

Mme Pelland: Nous en avons des copies. Voulez-vous que je continue quand même pendant qu'on vous les distribue?

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Oui, vous continuez et la distribution se fera.

Mme Pelland: D'accord. Parfait. Je veux peut-être simplement revenir sur certains éléments très importants du document que nous avons déposé en janvier et, pour que ça aille un

peu plus vite, je vais lire ce **texte auquel je me** réfère.

Notre approche dans le mémoire de janvier a été de tenter de démontrer **que** les objectifs poursuivis et les droits énoncés à l'avant-projet de loi sont magnifiques, mais que les **moyens** proposés ne permettent pas de les **atteindre** ou de les respecter. Comme M. le ministre et les membres de cette commission nous **ont** semblé ouverts à recevoir des suggestions au cours des débats, nous allons essayer de **cerner** une structure possible, fonctionnelle et efficace par rapport à la mission et aux objectifs **du** système de santé dans le but de répondre aux besoins de la population du Québec, toujours les besoins de santé.

Donc, les objectifs du système de services de santé et de services sociaux et les droits des personnes à l'égard de ces services **nous** semblent très bien cernés dans l'avant-projet de loi. Reste à déterminer par quels moyens ces objectifs peuvent être atteints et ces **droits être** respectés. Ce que nous proposons **tient compte** d'éléments de solutions déjà **avancés** dans l'avant-projet de loi, mais une composante fondamentale commune à ces solutions **réside** dans l'imputabilité des différentes instances par rapport aux décisions prises **et aux résultats** obtenus.

En d'autres termes, il nous **semble très** important, voire même essentiel, **qu'à** l'échelle des régions, il y ait une véritable possibilité de prendre des décisions, qu'elles soient concertées, que les services soient complémentaires, accessibles et, de plus, à l'échelle d'une dimension telle qu'il soit possible de **gérer en tenant** compte des besoins de la population à desservir.

Pour répondre à ces différentes exigences, nous allons donc vous exposer **brèvement** notre vision bien personnelle d'une structure organisationnelle d'un système de santé qui s'appuie **sur** les besoins de la population.

Alors, notre vision concerne les régies régionales, les départements de santé communautaire, les regroupements d'établissements et les conseils d'administration. Mais pour ne pas inquiéter M. le ministre en commençant, nous allons souligner que nous conservons le ministre de la Santé à la tête du ministère avec les fonctions qu'on lui a déjà reconnues.

M. Côté (Charlesbourg):...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Pelland: Avec les fonctions, donc, qu'on lui a déjà reconnues dans **l'avant-projet** de loi, parce qu'on a l'intention de **raccrocher** certaines propositions aux fonctions du ministre.

Alors, en ce qui concerne les régies régionales, quant aux conseils de **la santé et des** services sociaux des régions, **nous sommes** favorables à leur transformation **en régies**

régionales sans, toutefois, que ne s'interpose une instance telle que les collèges régionaux. Car il importe de diminuer les niveaux hiérarchiques et de ramener les décisions le plus près possible de la population et de la production des services de santé.

Donc, les régies régionales prévues à l'avant-projet de loi pourraient, selon nous, être conservées. Cependant, nous suggérons un réaménagement, en ce sens qu'elles soient repensées pour favoriser l'exercice des grandes fonctions de gestion telles que la planification, la coordination, la concertation, l'évaluation et, en conséquence, qu'elles détiennent leur enveloppe budgétaire et en contrôlent l'utilisation. La possibilité d'augmenter le nombre des régies régionales actuellement prévues devrait être sérieusement envisagée pour atteindre les buts poursuivis.

Ainsi, en plus d'être plus nombreuses et de dimension plus facile à gérer, les régies régionales se rapprocheront des besoins de la population. Elles pourront plus facilement établir les mécanismes de participation nécessaires à la multisectorialité et, enfin, se concerter pour la solution de problèmes communs et partager ou échanger des services lorsque cela peut améliorer la dispensation des soins et la rationalisation des ressources.

En somme, de notre point de vue, les régies régionales jouent un rôle moteur dans l'élaboration des programmes de services et dans la gestion d'ensemble des composantes du système. Mais, pour ce faire et pour réaliser une véritable politique de santé, une autre pièce maîtresse du système doit subir des modifications. Et cette pièce maîtresse qui doit subir des modifications, ce sont les départements de santé communautaires.

En ce qui concerne leurs fonctions - aux départements de santé communautaire - nous sommes d'accord avec celles que l'avant-projet de loi énonce. L'identification des problèmes de santé, l'élaboration et la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de prévention et de promotion de la santé, les fonctions relatives à la protection de la santé publique sont, en effet, garantes d'une action possible sur les déterminants de la santé et d'une meilleure adaptation des services aux besoins réels de la population.

Deux modifications sont suggérées pour permettre l'exercice de ces responsabilités. La première propose de faire des départements de santé communautaire des entités distinctes des centres hospitaliers, de leur conférer un rôle aviseur à l'égard des régies régionales et de les placer sous l'autorité directe du ministre. Donner une telle position stratégique aux départements de santé communautaire sanctionnerait l'importance des activités de prévention et de promotion de la santé, garantirait mieux l'élaboration d'une véritable politique de santé et faciliterait la programmation des services en fonction des

besoins de santé identifiés.

Une deuxième modification en ce qui concerne ces départements consiste en l'ajout d'une fonction en regard de l'évaluation des résultats et des services dispensés dans une région. En effet, pour être le plus neutre possible, une telle évaluation doit être exécutée par une instance extérieure aux services évalués. De plus, compte tenu des fonctions ainsi révisées pour les départements de santé communautaire, nous rejetons l'exigence actuelle d'être médecin pour occuper le poste de directeur du DSC, le titulaire de ce poste devant être, d'après nous, très bien préparé en santé publique et détenteur des connaissances en épidémiologie, en évaluation des services, des programmes, en mesures d'évaluation, etc.

M. Chevette: ...infirmière...

Mme Pelland: Pardon?

M. Chevette: ...infirmière, quoi!

Mme Pelland: Non. Ne nous accusez pas tout de suite, là!

M. Chevette: Bien, non! C'est loin d'être une accusation.

Une voix: Ah bon!

M. Chevette: C'était la reconnaissance. Ce n'est pas une accusation.

Mme Pelland: On va simplement se permettre de vous dire: Mais ça pourrait être une infirmière.

M. Chevette: C'est ce que j'avais pensé, par exemple.
(21 h 15)

Mme Pelland: En ce qui concerne les regroupements d'établissements, nous croyons qu'à partir des régies régionales telles que nous les proposons, il serait beaucoup plus facile de procéder à toutes sortes d'ententes entre les établissements, selon les problématiques spécifiques des régions et selon les ressources existantes. Pour certaines régions, les services auront avantage à s'articuler à partir du territoire d'un CLSC, alors que, pour d'autres, des mécanismes de concertation et de coordination différents pourront s'avérer plus appropriés.

L'existence de régies régionales de plus petite dimension devrait contribuer à de telles concertations de même qu'à la complémentarité et à la continuité des services, favorisant ainsi une utilisation rationnelle des ressources en tenant compte des résultats escomptés.

En ce qui concerne les conseils d'administration, la possibilité de regrouper ou de maintenir des conseils d'administration distincts

devrait être adaptée aux particularités et à révolution des milieux concernés. Ainsi, même si certains établissements étaient regroupés, le conseil d'administration de chacun pourrait conserver ses prérogatives.

Par ailleurs, quel que soit le mode de constitution adopté ou appliqué, nous émettons les principes suivants quant aux membres qui devraient y siéger. Premièrement, il faut nommer des gens qui feront en sorte que les conseils auront les informations nécessaires pour prendre les décisions. Deuxièmement, il faut favoriser la concertation multisectorielle. Troisièmement, aucun employé ou médecin de l'établissement ne devrait être nommé membre du conseil. Enfin, quatrièmement, il y aurait lieu, compte tenu de l'impact des décisions sur les services médicaux et les soins infirmiers dispensés aux bénéficiaires, d'y nommer membres ex officio la directrice des soins infirmiers et le directeur des services professionnels ou leur équivalent selon la catégorie d'établissements.

Voilà donc, en résumé, nos principales propositions de solutions concernant la structure du système de services de santé: des régions régionales plus petites et sans collèges régionaux, des départements de santé communautaire relevant du ministre, jouant un rôle aviseur auprès des régions régionales et dont le directeur n'est pas nécessairement médecin, des ententes entre les établissements et des conseils d'administration nommés selon les principes énoncés. Nous sommes convaincus que ces changements pourraient redonner aux services une orientation sur les besoins de santé de la population, les objectifs à atteindre et contribuer à une véritable politique de santé.

Une dernière condition s'impose, cependant, quant à l'organisation interne des établissements en ce qui concerne les soins infirmiers. Alors, là, vous pensez bien que nous n'allions pas passer à côté de ça. Ça, c'est une partie importante, d'après nous, du document que nous avons déposé au mois de janvier et c'est exactement ce que nous retrouvons dans ce document-là. Alors, je retourne au texte des pages 9 et 10 du document de janvier, mais vous l'avez dans le document qu'on vient de vous déposer.

Alors, dans notre mémoire de janvier, nous avons affirmé aux pages 9 et 10, comme je le mentionnais: ...malgré les belles intentions auxquelles il prétendait - l'avant-projet de loi - et qui sont magnifiquement formulées dans les objectifs, l'avant-projet de loi n'est en fait que le perfectionnement d'un instrument qui favorise le développement des soins curatifs et de la pratique de la médecine.

Un exemple de plus de l'impossibilité de tenir compte des besoins réels des bénéficiaires dans un tel contexte réside dans le fait qu'au lieu d'assurer la présence de soins infirmiers garantis par une structure administrative propre à répondre aux besoins de soins infirmiers des

bénéficiaires, l'avant-projet de loi propose de sanctionner un net recul en laissant toujours aux aléas d'un règlement ou du plan d'organisation de chaque établissement les fonctions de la directrice des soins infirmiers en centre hospitalier, en rendant pratiquement facultative la nomination d'une infirmière responsable des soins infirmiers en centre d'hébergement et de soins de longue durée, et en demeurant muet quant aux CLSC.

Une structure distincte qui couvre les ressources en soins infirmiers est nécessaire considérant les besoins de soins infirmiers des bénéficiaires et la quantité de ressources nécessaires pour y répondre. En effet, la population requiert en soins infirmiers des services continus, constants et très différents des services médicaux. Nous sommes surpris de constater, encore une fois, le peu de légitimité accordée aux soins infirmiers dans l'avant-projet bien que de toute évidence ces soins sont reconnus essentiels et identifiés comme tels par la population. C'est pour une question d'équité et de bon sens que le gouvernement devrait sanctionner dans la loi une structure distincte pour les soins infirmiers avec des pouvoirs de direction et de gestion.

En somme, il est complètement illusoire de compter sur la participation de la population, l'application de principes de gestion participative et le développement des ressources humaines dans une perspective où toute l'organisation des services et des ressources humaines gravite autour des décisions et des activités médicales. C'est pourtant ce que l'avant-projet de loi aménage.

En conclusion, nous sommes convaincus que les modifications que nous proposons peuvent entraîner une nouvelle dynamique du système de services de santé, de nouvelles concertations entre les établissements autour des services à rendre à la population. Dans ces conditions, un renouveau dans la motivation et l'engagement des gestionnaires, des professionnels, du personnel ou des intervenants peut devenir envisageable.

En dernier lieu, nous ne saurions clore notre intervention sans informer le ministre et les membres de cette commission qu'il a été démontré, par des études systématiques et d'envergure, qu'un facteur important de rétention de la main-d'oeuvre infirmière réside dans un leadership administratif infirmier fort et reconnu au niveau d'un établissement et une participation à la prise de décision. Une partie de la motivation du personnel, du sentiment de valorisation et des correctifs à la pénurie réside donc dans cette solution. Merci.

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Très bien, Mme Pelland. Je vous remercie pour votre mémoire. Je vais demander maintenant au ministre de la Santé et des Services sociaux de commenter.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Évidemment, il y a une évolution entre les deux mémoires. Vous avez pris soin de le dire parce que nous avons lu le premier et je constate qu'il y a eu une évolution. Elle est, quant à moi, très heureuse, cette évolution. Je partage, évidemment, beaucoup de ce qu'il y a dans votre document en termes de propositions au niveau des régions régionales, au niveau des départements de santé communautaire, et on peut continuer dans une série d'autres catégories où vous vous êtes prononcés.

J'aimerais, peut-être, dans un premier temps, vous demander, puisque vous éliminez les collègues électoraux pour les régions régionales, dans votre optique à vous, qui désignerait ou de quelle manière se ferait la nomination ou l'élection des gens qui composeraient la région?

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Mme Guimond.

Mme Guimond (Thérèse): Nous, ce qu'on voulait, c'était de vous présenter une structure organisationnelle où les niveaux hiérarchiques étaient diminués. C'est un grand principe en administration qui facilite beaucoup les communications et qui permet de cerner beaucoup plus les responsabilités. Quand on a vu ce que les collègues régionaux faisaient, on s'est dit qu'on pouvait peut-être penser à une autre façon de désigner les gens qui seraient dans les régions régionales. Ça pourrait être des gens que le ministre... Il peut se donner la formule qu'il veut sous forme de groupe ad hoc, si vous voulez, pour désigner les personnes; ça peut être aussi en consultation avec différents organismes; ça peut être aussi en consultation avec les établissements, les regroupements. On a parlé, à un moment donné... Nous autres, on voyait un peu des agrégats d'établissements dans les régions régionales et on s'est dit que, peut-être, pourraient venir de là aussi certaines représentations. On était d'accord, par contre, avec la composition que vous donnez aux régions régionales. Alors, on pourrait peut-être regarder comment on peut arriver à désigner ces personnes-là. Est-ce qu'il faut absolument avoir des collègues pour faire ça? C'est un point d'interrogation. Je ne sais pas s'il y en a d'autres qui veulent ajouter des commentaires là-dessus, mais...

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, j'irais peut-être un petit peu plus loin dans ma question parce qu'un des principes extrêmement importants au niveau des régions, puisqu'on leur transférerait des pouvoirs, beaucoup plus de pouvoirs qu'elles en ont maintenant, c'est l'imputabilité. Évidemment, dans le collège électoral proposé, quoique imparfait, ça donnait une certaine forme d'imputabilité. Des gens nous ont dit: Bien, s'il y avait des maires qui, eux-mêmes, sont élus au suffrage universel, s'il y

avait des gens représentant les commissions scolaires, ça renforcerait l'imputabilité des gens qui auraient à siéger sur les régions. C'est un peu dans ce sens-là qu'il faut aller, je pense, pas nécessairement reconnaissant que le monde municipal doit prendre le contrôle des régions, mais davantage vers des mécanismes qui vont permettre une plus grande imputabilité à la fois vis-à-vis de la population et aussi vis-à-vis du ministère pour la défense des crédits qu'ils auront maintenant à gérer.

C'est un peu dans ce sens-là que ça allait, mais ce que j'ai compris, c'est que vous vouliez rendre le plus simple possible la hiérarchie, de façon à ce que ça ne se perde pas dans les dédales hiérarchiques, mais que ça finisse par aboutir. Évidemment, cette structure-là pourrait faire l'objet d'élections ou de choses du genre.

Au niveau des conseils d'administration, vous semblez endosser, à tout le moins, ce qu'il y avait dans les recommandations, à l'effet que des professionnels de la santé d'un établissement ne soient pas membres du conseil d'administration. C'était notre opinion au début de la commission parlementaire en se disant qu'il y avait potentiellement une possibilité de conflits d'intérêts et qu'il était préférable que des professionnels ne soient pas membres des conseils d'administration. Cependant, on en est au 104e mémoire que nous entendons en commission parlementaire et, à notre grand étonnement, il y a un très large consensus pour que les professionnels soient membres des conseils d'administration. Ce n'est pas déterminé s'ils devraient être membres d'un conseil d'administration dans l'établissement dans lequel ils travaillent ou dans un autre établissement, là où il n'y aurait pas potentiellement conflit d'intérêts. Est-ce que je comprends que, dans ce cas-ci, l'esprit de votre proposition serait qu'ils pourraient effectivement faire partie d'un autre conseil d'administration d'où l'expérience serait toujours disponible et, par le fait même, les conflits d'intérêts potentiels éliminés?

Ma question est la suivante: Est-ce que vous croyez qu'il y aurait suffisamment d'intérêt pour des professionnels de la santé, après avoir travaillé dans leur établissement, à siéger à un conseil d'administration d'un autre établissement?

Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Mme Pelland?

Mme Pelland: Oui, je le pense, et si nous avons fait cette recommandation-là, c'est dû à des expériences que nous avons toutes vécues de dire: Oui, c'est vrai, le fait de faire partie du même conseil d'administration, ça entraîne des problèmes assez sérieux de gens qui vivent dans le quotidien certaines situations et qui se pensent autorisés à venir au conseil d'administration continuer à discuter ou à faire valoir leurs

points de vue. De cette façon, on éliminerait ces conflits-là en n'ayant pas de professionnels ou de représentants du milieu au conseil d'administration. Je pense qu'on a tous vécu ça en faisant partie de conseil d'administration.

Maintenant, si cet intérêt à venir défendre leurs propres problèmes les amène à refuser de faire partie d'un autre conseil d'administration, c'est peut-être heureux dans ce cas là. Peut-être qu'ils n'ont pas la motivation d'aller travailler à un conseil d'administration. Quant à moi, je n'ai pas de crainte à ne pas trouver de personnes qui accepteraient de travailler dans un conseil d'administration. Je ne sais pas si les autres ont d'autres réponses.

M. Côté (Charlesbourg): Ça va. Merci. Peut-être aborder un problème un petit peu plus épineux: délégation des actes. Autant l'aborder avec vous. Dans les orientations, à la page 74, sous le titre Une réévaluation de la réglementation professionnelle, il était dit, et je me permets de vous le lire: En termes de recommandations, "demander au ministre responsable de l'application des lois professionnelles de réévaluer la réglementation de façon à favoriser la souplesse et la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de la santé et des services sociaux et, plus spécifiquement, de déterminer s'il est nécessaire pour protéger le public de maintenir l'exclusivité d'exercice pour certaines professions de la santé ou si le titre réservé seulement peut s'avérer suffisant." J'aimerais vous entendre là-dessus.

Mme Pelland: Je ne suis pas trop sûre de ce que vous voulez dire, M. le ministre. J'aimerais que vous soyez beaucoup plus explicite. D'abord, l'exclusivité de certaines corporations professionnelles, j'aimerais ça que vous soyez explicite là-dessus. Est-ce la nôtre que vous voulez dire? (21 h 30)

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Écoutez, je comprends le problème que ça suppose de médecins à infirmières, à infirmières auxiliaires.. Vous pouvez prendre tout le champ.

Mme Pelland: Bon, d'accord. D'abord, on est au centre, le jambon du sandwich, selon l'expression populaire.

M. Côté (Charlesbourg): Un peu comme le gouvernement du Québec face au fédéral et au municipal.

Mme Pelland: Oui, je pense qu'on se...

M. Côté (Charlesbourg): Donc, on est fait pour se comprendre!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Pelland: En ce qui concerne le règle-

ment d'autorisation des actes médicaux, d'abord, je pense qu'il faut retourner bien longtemps derrière. Je pense que ça fait déjà dix ans que ce règlement-là est en application et c'est peut-être une narration que je vais vous faire, en y mettant de la chair sur l'expérience vécue. En ce qui concerne le règlement d'autorisation des actes médicaux - et celui-là et l'autre - ça n'a pas été nécessairement ce que toutes les parties en cause ont voulu.

Quelqu'un a pris une décision à un certain moment puis on a vécu avec. Alors, on vit avec depuis 1980. L'application a été assez difficile, je pense, dans certains milieux. Dans d'autres milieux, ça s'est fait plus facilement. Par contre, comme synthèse de l'expérience vécue, durant des années, on n'a pas eu beaucoup de changements, même après le règlement d'autorisation des actes médicaux, par rapport à ce qui se passait antérieurement, c'est-à-dire que les infirmières continuaient à faire, dans certains milieux, exactement ce qu'elles faisaient. Donc, la délégation qu'elles avaient avant ou l'autorisation qu'elles avaient avant, elles continuaient de la faire.

Celles qui ont voulu vivre dans le contexte du règlement, en toute légalité ou en toute réglementation, ont même travaillé beaucoup à rendre officiels les éléments dont elles avaient besoin pour l'application du règlement. Puis, là, très concrètement, elles ont dû travailler à construire les protocoles que les médecins devaient faire.

Alors, d'une façon ou d'une autre, en ce qui concerne le règlement d'autorisation des actes médicaux, les infirmières ont dû beaucoup s'impliquer pour le faire appliquer, alors que ça aurait dû se faire en sens inverse, si vous voulez. Je ne sais pas si c'est assez clair, ou vous me poserez des questions.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, si je veux tirer une conclusion de ce que vous m'avez dit, c'est que ça n'a pas marché, puis ça ne marche pas.

Mme Pelland: C'est-à-dire que ça a marché, oui, mais à la condition que les infirmières y mettent énormément de travail. C'étaient les médecins qui devaient faire les protocoles, les faire approuver par le CMDP puis les envoyer au conseil d'administration. Et aux endroits où on a voulu que ça fonctionne de façon très réglementaire - je ne suis pas capable d'avancer des pourcentages exacts - je dirais que dans 75 % des cas, quand on a voulu que ce soit exactement comment ça devait se passer, ce sont les infirmières qui ont dû faire le travail et l'apporter sur un plateau d'argent, pour que ce soit sanctionné par les médecins.

Alors, je vous dis que ça n'a pas tellement avancé d'après ce qui se faisait antérieurement. Elles avaient le travail à faire. Est-ce que c'est

assez, ça, pour ça? C'est clair?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, ça va.

M. Chevette: Quand vous dites que les infirmières ont dû apporter sur un plateau d'argent à la direction hospitalière... c'est-à-dire que c'est vous autres qui...

Mme Pelland: Aux médecins.

M. Chevette: Pardon?

Mme Pelland: Aux médecins.

M. Chevette: Oui, puis c'est vous qui avez préparé le protocole, tout le kit?

Mme Pelland: Ah oui! Et il en a résulté un méli-mélo à tout casser: mélange de protocoles puis de procédés de soins. Enfin, je pense que le CMOP finissait par adopter des choses qui étaient moitié protocole et moitié procédé de soins puis ça a été reçu par le conseil d'administration. On pourrait faire une étude exhaustive de tout ce qui existe dans certains milieux.

M. Chevette: Ce serait le "fun" qu'on fasse faire ça.

Mme Pelland: On pourrait ou bien en rire ou bien en pleurer. Et selon...

M. Chevette: ...mandater une ou deux personnes à travers le Québec pour faire le ramassé deçà.

M. Côté (Charlesbourg): Et l'ex-futur ministre de la Santé puis le ministre de la Santé qui...

Mme Pelland: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...échangeait, mais sur vos propos, puis ça paraît que c'est intéressant. Continuez!

Mme Pelland: Ha, ha, ha! Les miens ou les vôtres?

M. Côté (Charlesbourg): Ah non, mais les...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Les nôtres étaient...

Mme Pelland: Alors, il faudrait que je les entende. C'est ça!

M. Côté (Charlesbourg): Mais les nôtres étaient directement en rapport avec les vôtres.

Mme Pelland: Ah, d'accord!

M. Chevette: C'est à partir des vôtres qu'on a pu faire les nôtres! Ha, ha, ha!

Mme Pelland: Alors, c'est en toute complémentarité. Alors, pour le règlement d'autorisation des actes médicaux, je pense que je n'ai pas d'autres choses à dire qu'on arrive à vivre avec ça, mais on ne peut pas dire qu'on a vécu dans l'esprit, exactement, du règlement d'autorisation des actes médicaux.

En ce qui concerne le règlement d'autorisation des actes infirmiers, là, j'aurais une parenthèse à ouvrir. On a commencé à discuter du règlement d'autorisation des actes infirmiers en 1973-1974 et l'aboutissement, ça a été 1980. Vous savez que c'est aux infirmières auxiliaires que ce règlement s'applique.

Ma parenthèse est celle-ci: les changements qui se sont opérés, aussi bien pour la formation des infirmières que pour la formation des infirmières auxiliaires, on n'en a pas tenu compte, d'après nous. Rappelons-nous que la formation des infirmières auxiliaires, avant 1970, était dans des écoles traditionnelles rattachées très souvent à des hôpitaux, des fois, même, dans la même bâtisse que les écoles d'infirmières. Rappelons-nous également que le cours d'infirmière auxiliaire - je suis toujours dans ma parenthèse, là, vous me suivez - le préalable au cours d'infirmière auxiliaire était, à plusieurs endroits, une dixième année et, dans beaucoup d'endroits, une onzième année avec une année, 18 mois, deux ans et même, à certains endroits, un peu plus de formation pour les infirmières auxiliaires. Faites le calcul de ça, ça fait quand même ou bien douze ou treize années d'études, c'est-à-dire dix, douze ou treize années d'études.

À partir de 1970, il faut se rappeler que la formation des infirmières auxiliaires est passée au secondaire et elle s'est donnée, depuis ce temps-là, à un niveau de quatrième et de cinquième année secondaire, donc après un préalable de secondaire III, ce qui les amène à un maximum d'un secondaire V, donc d'une onzième année. Rappelons-nous tout ça et je pense qu'il ne faut pas être surpris de voir que la formation n'est plus la même et que, quand on parlait d'un règlement d'autorisation d'actes qui comprenait seize actes, à ce moment-là, c'était pour des gens qui avaient une onzième année, une douzième année et au-delà. Tandis que maintenant, depuis 1970, ce sont des gens qui n'ont pas... Je dis des gens, je ne veux pas que ça paraisse lever le nez sur ces personnes-là, pas du tout, mais c'est la réalité. Ce sont des personnes qui sont formées à un niveau de secondaire IV et de secondaire V. Rappelons-nous également qu'elles ont 16 et 17 ans. Je pense qu'il y en a peut-être plusieurs parmi vous qui avez des adolescents de cet âge et qui avez des adolescents en quatrième et cinquième année de secondaire.

Alors, quand on pense à l'application du règlement d'autorisation des actes, qui comprend

seize actes, et que c'est au niveau de chacune des institutions que la décision est prise de laisser le règlement dans sa totalité, c'est-à-dire de permettre que les infirmières auxiliaires posent les seize actes ou ne les posent pas, c'est en fonction de ce qu'elles ont comme préparation et qui a évolué beaucoup depuis 1970. Et quand je parle d'une évolution, je ne sais pas si je dois l'envoyer là-bas ou si je dois l'envoyer là, c'est très changé. Ça, je pense qu'on oublie toujours de dire ça, y compris les intéressées elles-mêmes. Elles disent qu'elles ont deux années d'études par rapport à trois années pour les infirmières, mais en omettant toujours de dire - et ça c'est dommage, y compris pour elles - que leurs deux années d'études, c'est après un secondaire III, alors que les trois années d'études des infirmières, c'est après un secondaire V, de là toute la différence. Alors, ça, c'est ma parenthèse.

Je pense que c'est important de le mentionner. Et pour nous, à l'heure actuelle, quand on nous accuse de ne pas vouloir revoir notre règlement d'autorisation, c'est qu'on pense avoir fait, jusqu'à maintenant, et on est encore prêts à en faire, des pas sérieux. Tout de suite après, dans ces années-là, 1973-1974, avec les personnes qui avaient un niveau de formation d'infirmière auxiliaire des écoles traditionnelles, on a accepté un programme de formation très court pour ces personnes-là, une année complète, qui leur permettait de devenir infirmières. Ce programme qui devait durer deux ou trois ans a duré, en réalité, cinq ou six ans pour permettre au plus grand nombre d'infirmières d'écoles traditionnelles, qui avaient une formation assez solide, de pouvoir devenir infirmières. Il en reste peut-être encore de celles-là un certain nombre, on ne les connaît pas, qui pourraient devenir assez rapidement infirmières dans un programme plus court. Mais ça, on ne les connaît pas.

À l'heure actuelle, il y a un programme qui a été approuvé par le ministère de l'Éducation, qu'on nous a demandé d'étudier, sur lequel on s'est prononcés, et qui adapterait le nouveau programme des infirmières, c'est-à-dire qui permettrait aux infirmières auxiliaires d'avoir un programme adapté du nouveau programme des infirmières à l'heure actuelle dans les cégeps. Alors, il y a des possibilités, mais n'oublions jamais que la formation n'est plus celle qu'elle était avant le règlement d'autorisation d'actes. Donc, je pense que ça justifie que certaines directrices de soins infirmiers soient obligées de retirer certains des seize actes dont on parle toujours. Alors, là, je vais vous laisser me poser des questions, maintenant que ma parenthèse est...

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, le président me signifie que je n'ai plus de temps. Je ferai ma conclusion en vous disant que je partage totalement ce que nous disait un ex-ministre de la Santé au début de nos travaux de

commission parlementaire, M. Castonguay. Il disait que les infirmières, dans le système hospitalier actuel, étaient l'élément clé du système. Je pense que c'est peut-être un des plus beaux témoignages qui a été rendu aux infirmiers et infirmières dans cette commission parlementaire et ça commençait la commission. Et venant de M. Castonguay, qui a été ministre et qui a été à la base d'un certain nombre de réformes, et avec un certain recul du merveilleux monde de l'entreprise privée qui règle à peu près tous les problèmes, je pense que ce n'était pas volé comme affirmation, et je la partage totalement. C'est à nous maintenant, après des moments difficiles, de faire en sorte qu'on puisse se retrouver à une certaine table pour tenter de régler un certain nombre de problèmes à ce niveau-là. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

M. Chevrette: Moi, dans un premier temps, je semble me porter à la défense des infirmières auxiliaires. Je dirai qu'elles sont victimes d'un système, d'une certaine façon. C'est le système qui a voulu baisser la scolarité, comme vous le dites, dans les années soixante-dix. C'est le système qui continue à les former, en plus, de cette façon-là et je trouve que le système devient ingrat parce qu'on essaie par l'intérieur, sans offrir des plans de perfectionnement solides et sérieux, dans bien des cas, de tasser des personnes de 20 ans d'expérience dans le système et qui ont rendu des services par rapport à ce qu'on leur demandait et par rapport à la capacité qu'elles avaient. Je trouve que le système est très ingrat vis-à-vis de ces couches de personnel, moi, personnellement.

À vivre dans certains centres hospitaliers ce que peuvent vivre certains membres du personnel... Je prends les puéricultrices, par exemple. On les a tassées ou à peu près toutes et il y en a qui ont 29 ans, 30 ans d'expérience et de loyaux services bien souvent à l'intérieur d'un même centre hospitalier. Puis, du jour au lendemain, on dit à une femme qui a 30 ans d'expérience que la seule façon de rester ici: Va te recycler. C'est passablement ingrat le système, surtout quand je parle du personnel auxiliaire. On continue à en former en plus et on leur voit de moins en moins de place. Je trouve ça aberrant. C'est au système d'arrêter d'en produire si ça ne répond plus aux besoins, mais non pas à continuer à en former comme il en forme présentement et en leur faisant constater, dès qu'elles ont terminé les études, qu'il n'y a à peu près pas ou peu de place maintenant pour cette catégorie de personnel avec les qualifications qu'on leur donne à l'école. Ça, je trouve ça une aberration. Vous avez raison, si vous avez été consultés sur ça, d'exiger que les programmes

sortent au plus sacrant pour qu'on puisse au moins vis-à-vis des individus, et oublions les statuts professionnels ou pas... Vis-à-vis de ces individus-là, la société pêche en leur donnant un espoir de carrière avec un diplôme, alors qu'on est en train, à l'intérieur des centres hospitaliers, de faire la réforme des structures au point où il n'y aura plus de postes. On forme des individus et ça fait du monde frustré. Je pense que vous avez raison là-dessus. Moi, ça m'agace, depuis quelques années, de voir aller ça, de voir le plan de redressement de certains centres, hospitaliers et que, dans les cégeps, il continue à y avoir des options - pas dans les cégeps, même...

(21 h 45)

Mme Pelland: Dans les polyvalentes.

M. Chevette: ...dans les écoles secondaires, donc, c'est encore pire. Donc, sur cette partie-là, c'est un aparté que je voulais faire.

Je voudrais revenir aux régies régionales. Sans que les professionnels ne fassent partie d'office des conseils d'administration, est-ce que vous ne leur reconnaissez pas... M. le ministre vous disait tantôt: On a été surpris par le nombre d'intervenants qui nous ont dit qu'il fallait garder l'expertise des professionnels aux conseils d'administration. Est-ce que vous ne reconnaissez pas qu'il doit y avoir une structure où leur présence doit être là? Je pense qu'on veut faire participer la population. Il y a du monde de bonne foi, mais qui n'ont pas nécessairement l'expertise professionnelle. Je serais même porté à dire que certains D.G. d'hôpitaux pourraient manipuler de même les gens d'un conseil d'administration, s'il n'y a pas de professionnels pour donner l'expertise, à un moment donné, à ces gens de bonne foi qui participent au conseil d'administration. Moi, je ne le sais pas, je ne suis pas borné sur les structures. Est-ce que c'est une présence statutaire, sans droit de vote, mais droit de parole ou quelque chose du genre? Il m'apparaît qu'il y a une importance... Moi aussi, j'ai évolué sur ce dossier-là. Au départ, j'étais assez d'accord avec l'avant-projet, sur cette partie-là, mais il y a des arguments de fond qui m'ont impressionné au point de dire qu'il faut aussi faire une place à l'expertise. Est-ce que vous êtes d'accord avec cette approche-là?

Mme Guimond: On est d'accord avec vos commentaires. Nous aussi, on a été étonnés de voir qu'on mettait de côté totalement tous les professionnels de la santé, même dans l'approche des soins de santé primaires. Il est entendu que les professionnels sont là. Ils travaillent avec la population à atteindre un niveau plus élevé d'autodétermination dans l'organisation de sa santé propre. Pour ce qui est des professionnels, nous, ce qu'on a bien mentionné, c'est qu'on pense qu'il y a une problématique quand des

professionnels se retrouvent - souvent, on va retrouver plus de médecins, peut-être, que d'autres professionnels - au conseil d'administration de leur établissement. Mais on peut les voir à d'autres niveaux. À la régie régionale, il peut y avoir des professionnels de la santé; même moi, je m'étonnerais beaucoup de ne pas en voir. Je ne pense pas que le Québec peut se permettre de se pîver de ces interventions. Maintenant, quand c'est pour le même établissement, on a constaté qu'il y avait des problématiques même entre les professionnels eux-mêmes. Un spécialiste en médecine peut avoir des problématiques, va peut-être pousser plus ses dossiers que ceux de l'ensemble des soins médicaux à donner dans l'institution; en tout cas, il y a une propension à ça, on a des exemples de ça. C'est pour ça que nous, on disait: Au niveau du conseil d'administration de l'établissement, on verrait les deux personnes, les deux directions qui sont sur la production de soins, des producteurs immédiats de soins, le DSP et le DSI, mais ne leur donnons pas de droit de vote parce que ce sont des personnes qui sont à l'intérieur de la gestion; le directeur général est là, ça fait un support à la direction générale pour venir appuyer les dossiers. Toute personne peut être invitée pour venir présenter ses dossiers; ça, c'est bien entendu.

M. Chevette: J'ai toujours peur, moi, madame, qu'on passe d'un extrême à un autre. Autant je pouvais dénoncer avec assez de force le fait, par exemple, que certains CRSSS étaient dominés à peu près par l'ensemble des D.G. du réseau ou ils se faisaient des beaux petits arbitrages entre eux autres...

Mme Guimond: Oui.

M. Chevette: ...autant il ne faudrait pas verser dans l'excès où l'expertise n'y sera pas. C'est un peu ça que j'ai voulu...

Mme Guimond: Ce qu'on ajoutait, nous autres, là-dessus, c'est qu'il ne faudrait pas qu'ils soient en majorité. Il faut laisser de la place à la population. Quand on regardait la composition qui est proposée dans l'avant-projet, ça nous apparaissait intéressant de voir qu'on pourrait conserver une majorité des représentants de la population qui ne sont pas des professionnels de la santé. Mais il faut absolument apporter une présence de je ne sais combien, mais certainement pas une majorité, de professionnels de la santé et établir des mécanismes de représentation, par exemple, mais pas nécessairement des mécanismes de prise de décision et je pense qu'on connaît des mécanismes qui existent dans ce sens-là.

M. Chevette: Dans votre profession, vous êtes en contact... C'est vous qui êtes le plus en

contact avec les bénéficiaires dans tous nos centres hospitaliers, centres d'accueil, etc. On sait, d'autre part, que le système de santé au Québec connaît des problèmes de financement ou de sous-financement. Vous avez entendu la très honorable table des hôpitaux du Québec venir nous parler quasiment de service d'hôtellerie, de ticket modérateur sans le dire, d'impôt à rebours, etc. Selon vous, qui oeuvrez auprès des bénéficiaires, quelle doit être l'attitude d'un gouvernement vis-à-vis de telles mesures qui ont été prônées par les hôpitaux? Je n'ai pas été tendre à leur égard, je leur ai dit qu'ils en étaient rendus à oublier qu'ils avaient une dimension sociale. Ça n'a pas eu l'air de les effleurer trop trop - je m'en balance - mais je voudrais savoir quelle est la réaction de ceux qui oeuvrent auprès des bénéficiaires.

Mme Guimond: Nous, on en a parlé de ça, de peut-être une partie de privatisation, si vous vouiez. On a regardé cet aspect-là et on n'est pas capable d'être d'accord avec des frais ou un ticket modérateur, ni sur les frais d'hôtellerie ou je ne sais trop quoi.

On sait que, dans les centres d'accueil et dans les soins prolongés, il y a déjà des frais qui sont chargés aux gens qui occupent des lits indiqués "longue durée" et "hébergement". Quand on arrive à l'hôpital général de soins de courte durée, il nous apparaît que la population, actuellement, qui se retrouve dans les lits est déjà assez, j'appellerais ça, pénalisée par la maladie. Parce que c'est très sérieux, les malades qu'on voit dans les hôpitaux maintenant et on ne voit pas comment les gens pourraient être, en plus d'être sérieusement malades, obligés de payer pour les frais d'hôtellerie.

Deuxièmement, on se demande ce que c'est des frais d'hôtellerie? Comment définit-on ça? Alors, moi, je me suis dit: les draps, changer un lit, passer la serpillière, nettoyer un évier. Mais quand je suis malade, changer les draps, c'est une question d'hygiène, c'est plus que de l'hôtellerie, c'est du confort, parce que j'ai tellement eu chaud, parce que j'avais des médicaments à prendre ou à cause de la douleur, de l'inconfort. Pour moi, infirmière, ce n'est pas de l'hôtellerie que de changer les draps dans un hôpital ou de passer une serpillière; ce n'est pas de l'hôtellerie, c'est de l'hygiène, c'est de diminuer les cas d'infection. Alors, l'hôtellerie, dites-moi ce que c'est?

Les repas, quand vous parlez à quelqu'un qui est hospitalisé... Là, ça va être dans les minutes, je ne sais pas quoi, mais je vais quand même y aller sur ma vie privée. J'ai été hospitalisée il y a deux ans et demi. J'ai passé dix jours à l'hôpital avec une diète liquide. Vous allez me charger quoi pour ma diète liquide? Ce sont des Jell-O, toujours la même sorte, de l'eau, des consommés plutôt clairs, alors vous allez me charger des repas pour ça? Comment allez-vous

faire pour calculer qu'une diète liquide ça vaut 1 \$, 1,25 \$? Dans les cafétérias d'hôpitaux, on mange pour 4,29 \$, je pense, actuellement. Qu'est-ce que vous allez charger au malade? Vous allez charger ses solutés, parce que, lui, il ne peut pas manger? Moi, je trouve ça aberrant et je me suis fait enseigner ça au HEC, vous savez, les frais d'hôtellerie. Et quand j'écoutais mes professeurs, je trouvais ça très curieux parce qu'on aurait dit que le malade se retrouvait tout d'un coup dans une chambre d'hôtel, mais il était malade. Là, moi, j'ai des problèmes à m'expliquer comment on peut articuler...

M. Chevette: C'est bon en crise, hein!

Mme Guimond: ...dans un hôpital de soins de courte durée, des frais d'hôtellerie.

Déjà, on y va à contrat dans les hôpitaux. Ça, c'est une question de qualité de gestion. Si ça coûte moins cher d'aller à contrat et d'avoir de la sous-traitance, je pense que le gouvernement peut s'organiser pour faire quelque chose là-dedans. Je sais que la syndicalisation, du côté des syndicats, ce n'est pas très prisé, mais il demeure qu'on en a déjà, de la sous-traitance, qui est donnée et de la privatisation: les buanderies communautaires, je pense que c'est de la privatisation; les cafétérias, je pense qu'il y a une partie de privatisation. Mais, quand on touche aux malades, ça m'apparaît une idée assez curieuse, actuellement, dans notre système de santé, que de pénaliser la population et, encore, c'est celle qui va avoir le plus de difficultés à payer qui va être pénalisée. Là, on va parler de revenu minimum qui pourrait permettre de payer des frais d'hospitalisation. Je connais des gens, quand ils sont malades, qui n'ont plus de salaire, qui n'ont plus rien. Ce n'est pas tout le monde qui a des assurances, alors il y en a qui vont tomber sur le bien-être social. C'est le bien-être social qui va payer à l'autre instance.

M. Chevette: C'est un cul-de-sac.

Mme Guimond: Là, vous allez être obligés de dire: Il y a des catégories de pauvres, des catégories de moins pauvres et de riches. On l'a connu, ce système-là, où il fallait déposer de l'argent avant d'entrer à l'hôpital. Moi, je me rappelle ce temps-là. On n'avait pas beaucoup de malades dans les hôpitaux non plus, on avait beaucoup de chambres libres. Je pense qu'il ne faut pas revenir à ça, il faut avoir, employons le mot "pitié" ou "respect" des gens qui sont malades.

M. Chevette: Vous aviez peut-être des chambres de libres, mais vous aviez beaucoup de gens aussi chez eux...

Mme Guimond: Oui.

M. Chevette: ...qui auraient dû être dans ces chambres...

Mme Guimond: Oui.

M. Chevette: ...et qui n'avaient pas l'argent pour y aller.

Mme Guimond: Dans la misère. Et ceux qui venaient à l'hôpital, souvent, se ruinaient.

M. Chevette: Ça, c'a été un choix de société...

Mme Guimond: Oui, ça, c'est un choix de société.

M. Chevette: ...que d'ouvrir précisément.

Mme Guimond: Je pense qu'on ne doit pas l'oublier.

M. Chevette: Non, c'est parce que vos propos auraient pu être mal interprétés.

Mme Guimond: Pardon?

M. Chevette: Vos propos auraient pu être très mal interprétés.

Mme Guimond: Oui.

M. Chevette: Parce qu'il y en a plusieurs qui, juste à vous lire, auraient pu dire: Dites donc, ça veut dire que, si on imposait des tickets modérateurs ou des sommes assez importantes pour se retrouver dans un hôpital, ce serait une recette pour éviter d'engorger nos hôpitaux.

Mme Guimond: Non, non. Moi, je ne suis pas du tout d'accord là-dessus.

M. Chevette: Je sais que ce n'est pas ça que vous voulez dire, loin de là.

Mme Guimond: Le problème d'engorgement...

M. Chevette: Ce n'est pas pour rien que je me permets de vous interpréter.

Mme Guimond: Le problème d'engorgement, je pense qu'on peut... C'est une problématique et on connaît la problématique.

M. Chevette: Je pense que, là-dessus, vous avez raison. Il y a peut-être des changements de mentalité, une moins grande dépendance à développer chez les individus vis-à-vis des institutions. Mais si on veut donner une qualité de services identique, il va falloir qu'on développe d'autres types de services. Si on ne les donne pas en institution, il faudra les donner en dehors

de l'institution.

Mme Guimond: Voilà.

M. Chevette: Et ça, ça veut dire, soit au niveau des CLSC, du maintien à domicile, etc. C'est évident. Je pense qu'on ne peut pas revenir en arrière, et ce n'est pas si loin que ça, quand on regarde en arrière, le temps où les gens n'avaient pas les moyens d'aller se faire soigner. J'ai vu des gens vivre avec des coups de hache sur les genoux et ne pas aller se faire coudre seulement chez un médecin parce qu'ils n'avaient pas d'argent pour y aller.

Mme Guimond: C'est ça.

M. Chevette: Donc...

Mme Guimond: Il faut éviter de revenir à ça.

M. Chevette: ...revivre ça... Moi, je n'ai pas encore ma carte de l'âge d'or et j'ai vu ça. Donc, je comprends ce que vous voulez dire et je ne suis pas intéressé moi non plus à ce qu'on revienne à ce temps-là.

D'autres questions. Au niveau des conseils, des fusions d'institutions, j'aimerais vous entendre un peu parce que l'avant-projet parle de fusion. Là aussi, je pense qu'on a certainement reculé un peu. On a compris que ce n'était pas bon de fusionner tous les types d'institutions, etc. Mais j'aimerais vous entendre, vous autres, comme infirmières, comme groupe d'infirmières. Qu'est-ce que vous pensez véritablement de ces fusions de conseils d'administration sur un même territoire, par exemple, où il y a des centres d'accueil, des centres d'accueil de réadaptation, des centres d'accueil de soins prolongés, des CHSLD, des CHSCD, etc? Comment voyez-vous ça?

Mme Guimond: On voit plusieurs modèles.

M. Chevette: J'aimerais que vous me disiez le modèle que vous favorisez.

Mme Guimond: On part un peu de ce qui se fait actuellement depuis quelques années. Moi, j'ai vu des hôpitaux généraux, même des centres hospitaliers universitaires, qui ont commencé à fusionner avec un autre centre hospitalier pas trop loin. Ça, c'était demandé par le gouvernement, de toute façon, parce qu'on trouvait ça plus économique. Alors, un seul conseil d'administration, si vous voulez, pour deux établissements. On l'a vu à quelques endroits dans la province. Ensuite, on a vu un centre hospitalier, même universitaire, avec un centre d'accueil, qui gère aussi un centre d'accueil. Il y en a qui sont plus ou moins près de l'établissement, de l'hôpital de courte durée, mais on le gère. Il peut y avoir un conseil d'administration. On pourrait

peut-être réduire le nombre de membres des conseils d'administration dans certains petits établissements. Ce n'est pas nécessaire d'être quinze pour gérer un centre d'accueil de 125 bénéficiaires. Ça m'apparaît peut-être un peu trop de monde.

Je pense qu'on ne peut pas faire de règle générale pour toute la province. Mais on se dit, effectivement, je crois, que, soit pour un centre hospitalier ou un CLSC - je ne sais pas, il s'agit de regarder la philosophie qu'on veut avoir et ce qu'il y a de valable dans une région donnée - on pourrait faire des genres d'agregats - nous autres, on appelait ça comme ça - pour qu'il y ait un cycle de services et qu'il y ait une concertation plus facile. On l'a expérimenté ça, que ce soit à Montréal, que ce soit à Québec, un centre hospitalier avec un centre d'accueil, avec un centre de soins de longue durée - là, maintenant, on peut en faire, je pense que c'est la même chose - avec un CLSC même...

M. Chevette: Pour assurer la complémentarité?

Mme Guimond: Oui, et un cycle de services. Alors, je pense qu'il y a déjà des hôpitaux qui se sont avancés là-dessus et c'a l'air de fonctionner. Est-ce qu'il faut un conseil d'administration dans chacun? Est-ce qu'il faut qu'il y ait un conseil d'administration pour trois établissements? Moi, je dis: C'est une question de volume et de mettre des choses qui sont gérables, sans que les gens en tombent malades ou bien qu'on n'arrive D'US à se parler parce que la communication est trop complexe, qu'il y a trop de monde et trop d'activités. Mais moi, quand je revois un peu l'expérience que j'ai eue dans les milieux, je trouve ça très intéressant d'avoir une continuité de services et une direction, un conseil d'administration qui a un regard sur un cycle de services. Et j'engloberais même un CLSC à l'occasion parce que, pour nous, un hôpital, vous savez, nous à l'Ordre, on en est rendus à dire qu'un hôpital ça fait partie de la santé communautaire. Ce n'est plus vrai que l'hôpital est le moteur de tout. Pour nous, ce n'est plus vrai. On se leurre en continuant à penser que, parce que l'hôpital est le plus gros et qu'il y a le plus de millions là, c'est de là que tout doit partir. C'est fini ça, c'est fini depuis une couple de décennies, à mon avis, mais, dans la réalité, on en est encore là.

Il y a cependant certains centres qui ont compris qu'ils avaient absolument besoin du CLSC. Maintenant, ce sont d'infirmières de liaison - il y en a peut-être d'autres professions, mais disons qu'on connaît plus les infirmières de liaison - dont on a absolument besoin auprès de la personne avant son entrée à l'hôpital, pour la maintenir à domicile, quand on parle de personnes âgées, et une fois qu'elle est passée à

l'hôpital, parce qu'elle ne fait que passer un temps assez réduit au centre hospitalier. Ce n'est pas la vie des gens le centre hospitalier, c'est la communauté. Mais on se dit: Le passage, il est important, mais il n'est pas l'essentiel de l'état de santé d'un individu. Alors, je passe là en situation de crise, puis je reviens dans la communauté. Le CLSC est là. Je ne peux pas revenir chez moi, alors je vais dans un centre d'accueil ou autre. On a vu que les hôpitaux ont ainsi pu régler certains problèmes d'engorgement ou de mauvaise utilisation des lits, parce qu'on appelle ça mauvaise utilisation des lits, mais, moi, je mets ça "quoted", parce que je ne suis pas sûre que, lorsqu'on a une personne de 85 ans dans un lit d'hôpital, c'est nécessairement une mauvaise utilisation. Pour moi, c'est plus curieux de voir quelqu'un de 30 ans à l'hôpital que de voir quelqu'un de 85 ans. Mais ça, c'est une question de philosophie, de valeurs, etc. Alors, je pense qu'on a beaucoup de choses à réfléchir là-dessus et qu'il faut remettre l'importance de la santé dans la communauté et voir l'hôpital comme un élément, mais non pas comme l'élément moteur.

M. Chevette: Moi, je voudrais vous remercier. Tâchez de conserver, comme Ordre, cette dimension humaine au niveau de l'approche santé. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le leader. Une courte question, Mme la députée de Bourget.

Mme Boucher Bacon: Ma question va s'adresser à Mme Pelland. Puisqu'on est un peu à l'heure de la vérité et de l'échange, parce que vous l'avez fait avec une telle facilité, j'aimerais savoir ce que vous pensez du rétablissement des cours en puériculture, des cours de puéricultrice, bien que ce n'était pas exactement vous qui régissiez les puéricultrices parce que vous faites affaire avec les infirmières. Alors, je ne veux pas non plus que vous pensiez que ça peut faire opposition, mais qu'est-ce que vous pensez de cette situation-là?

J'ai une sous-question. Si on se rappelle, vous êtes venus dans le cadre des sages-femmes. Est-ce que vous croyez que, si on rétablit les cours pour les puéricultrices, ils seraient accessibles pour les sages-femmes?

Mme Pelland: Bon, on est à l'heure de la vérité, alors la vérité m'amène à me poser des questions aussi. Dans le temps, on avait des puéricultrices qui étaient largement utilisées en milieu institutionnel et très largement aussi à domicile, mais je ne pense pas que cette utilisation à domicile soit aussi nécessaire à l'heure actuelle. Il y a très peu de gens capables de s'offrir des puéricultrices à domicile pour un service aussi pointu, aussi petit que le rôle qui

est joué par une puéricultrice ou qui était joué par une puéricultrice à ce moment-là. On est aussi à un moment très différent maintenant de celui où on formait les puéricultrices. On est à une période où la polyvalence est assez importante. Je ne suis pas capable de dire que les puéricultrices, telles que je les ai connues, étaient polyvalentes. Je reviens à ce que je disais tout à l'heure; elles avaient un champ d'expertise très très faible. Ce manque de polyvalence fait en sorte qu'elles ont eu de moins en moins de place, peut-être, dans *h* système et je me pose la question bien honnêtement: Est-ce qu'elles en auraient encore dans le système, compte tenu du peu de polyvalence qu'elles ont? Si elles n'en ont pas dans le système et qu'elles n'en ont pas dans la pratique privée, parce que les gens sont de moins en moins capables de s'offrir ça, bien là, je me pose des questions sur un investissement éventuel pour former des puéricultrices. Ma réponse, ça serait non. Je ne sais pas si ça répond à votre question, mais ma réponse, ce serait non.

Mme Boucher Bacon: Ça répond à ma question, mais si c'est un rôle pointu. J'ai bien cru comprendre que le ministre disait: Pour une sage-femme, il y a un avant, il y a un pendant et il y a un après. Donc, le bébé, lorsqu'il est né, il faut quand même aller vers le pointu.

Mme Pelland: Alors, ça, c'était ma réponse concernant la vision des puéricultrices. Quant au besoin d'associer le rôle d'une puéricultrice à celui d'une sage-femme, je ne vois pas la nécessité de ça parce que la sage-femme est préparée pour s'occuper de l'enfant en période post-partum, qui peut durer une année et plus, si vous voulez. Alors, je ne vois pas la nécessité de former des puéricultrices pour venir compléter le travail de la sage-femme. La sage-femme, elle est en pré-partum, elle est préparée pour l'accouchement et elle sera en post-partum. Dans tout ce qu'on appelle le grand cycle de la périnatalité, ça suffit avec la sage-femme.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Pelland.

Mme Pelland: Les infirmières aussi, naturellement.

Mme Boucher Bacon: Dans le grand rôle de la vie, je pense qu'on forme, en gérontologie, des personnes parce que notre société s'en va vers des personnes vieillissantes. Mais on oublie qu'il y a des êtres humains qui vont naître et on oublie peut-être qu'il faudrait réinstaurer la puériculture. C'est un choix.

Mme Petland: Bien, je pense que c'est un choix. Mais vous m'avez demandé mon opinion à moi.

Mme Boucher Bacon: Oui, oui.

Mme Pelland: C'est comme ça. Je ne crois pas qu'on en ait besoin.

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

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Peut-être vous remercier et vous dire que j'ai pris quelques notes sur l'hôtellerie.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Il y a du Jell-O là-dessus.

M. Côté (Charlesbourg): Je trouvais ça à la fois amusant et très instructif. Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Alors, à mon tour, au nom de cette commission, je voudrais remercier l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Nous allons maintenant ajourner nos travaux au mardi 20 mars, ici même, au salon du Conseil législatif, à 10 heures. Merci.

(Fin de la séance à 22 h 8)