



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTIÈME 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 (17)

Le mardi 20 mars 1990 — No 27

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)	CAS-1659
Conseil de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	CAS-1671
Organismes communautaires de la région KRTB	CAS-1680
Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc.	CAS-1687
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	CAS-1693
CLSC de la Vallée et CLSC de la Mitis	CAS-1699
Conférence des CLSC et centre de santé des régions 01 et 11	CAS-1706
Association pour la santé publique du Québec	CAS-1713
Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec	CAS-1724

Intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Marc-Yvan Côté

M. Guy Chevette

Mme Jeanne L. Blackburn

M. Henri Paradis

M. Rémy Trudel

Mme France Dionne

- * M. Louis Laberge, Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
- * M. Fernand Daoust, idem
- * Mme Nicole Desormeaux, idem
- * M. Guy Cousineau, idem
- * M. Marc Bellemare, idem
- * M. Gabriel Bérubé, Conseil de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine
- * M. Jean Miville, idem
- * Mme Cyd Lamirande, Organismes communautaires de la région KRTB
- * Mme Blanche Widiez, idem
- * Mme Françoise Paquette, idem
- * Mme Michelle Denis, idem
- * Mme Lyse Langlois, Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc.
- * M. Jean-Léon Marquis, Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- * M. Richard Boudreau, idem
- * M. Bernard Pouliot, idem
- * Mme Jocelyne Pelletier, idem
- * Mme Aline Malenfant d'Amboise, idem
- * Mme Lucienne Morissette, CLSC de la Vallée et CLSC de la Mitis
- * M. Léonard Dubé, idem
- * M. Gilles Légaré, idem
- * M. Denis Stevenson, idem et Conférence des CLSC et centre de santé des régions 01 et 11
- * Mme Liza Chamberland, Conférence des CLSC et centre de santé des régions 01 et 11
- * Mme Mariette Chabot, idem
- * Mme Jocelyne Lévesque, idem
- * M. Michel O'Neill, Association pour la santé publique du Québec
- * M. Robert Maguire, idem
- * Mme Christine Colin, idem
- * Mme Louise Lépine, idem
- * M. Michel Bureau, Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec
- * M. Serge Carrière, idem
- * M. Richard L. Cruess, idem
- * M. Pierre Potvin, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 20 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 huit minutes)

Le Président (M. Joly): Bonjour tout le monde. Il me fait plaisir de vous souhaiter la bienvenue à cette commission parlementaire. Je vous rappelle le mandat de la commission. En fait, la commission est réunie afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi qui est la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Mme la secrétaire, est-ce que nous avons des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Boucher Bacon (Bourget) sera remplacée par Mme Cardinal (Châteauquay), M. Gautrin (Verdun) par M. Farrah (Îles-de-la-Madeleine) et Mme Marois (Taillon) par M. Bourdon (Pointe-aux-Trembles) ainsi que Mme Vermette (Marie-Victorin) par Mme Blackburn (Chicoutimi).

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la secrétaire. Aujourd'hui, nous entendrons la Fédération des travailleurs du Québec, le Conseil de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, les Organismes communautaires de la région KRTB, le Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc., le Centre hospitalier régional du Grand-Portage, le CLSC de la Vallée et CLSC de la Mitis, la Conférence des CLSC et centre de santé des régions 01 et 11 (Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine), l'Association pour la santé publique du Québec et, finalement, la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec.

Alors, vous, messieurs, mesdames de la FTQ bienvenue. Je vous rappelle brièvement les règles du jeu. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire et, par après, les deux formations se réservent le privilège de vous poser des questions. Merci. La personne responsable du groupe peut-elle s'identifier et identifier les gens qui l'accompagnent?

FTQ

M. Laberge (Louis): M. le Président, M. le ministre, mesdames, messieurs, permettez-moi très brièvement de vous présenter les membres du bureau de la FTQ qui sont ici avec nous ce matin. Tous les membres du bureau auraient voulu être présents mais il y en a qui sont évidemment pris dans d'autres occupations dont ils n'ont pu se défaire. Par exemple, on a le directeur québécois du Syndicat canadien de la

fonction publique qui a une réunion ce matin avec les gens d'Hydro. On pense qu'on peut lui permettre d'être là. Alors, je vous présente les membres présents. À mon extrême gauche, Carole Haywood, vice-présidente de la FTQ, puis René Roy, vice-président, Marcel Tremblay, vice-président, Jean Lavallée, vice-président; à ma droite, Marc Bellemare, de l'Alliance de la fonction publique, et il faut le mentionner, Guy Cousineau et Nicole Desormeaux - oui, oui, je connais, je prenais juste ma respiration - du service d'entretien, employée de service, pardon. À ma gauche, ici, c'est Fernand Daoust, le secrétaire général de la FTQ, qui va, non pas lire le mémoire parce qu'il est un peu long, mais nous présenter brièvement le mémoire. Avant de lui passer la parole, je veux féliciter le ministre pour sa victoire de fin de semaine. J'ai suivi ça avec beaucoup d'intérêt.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Daoust (Fernand): M. le ministre, mesdames, messieurs, la FTQ se présente devant cette commission parlementaire pour protester vigoureusement contre l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux qui sape les bases de notre système public mis en place il y a 20 ans. La FTQ exige le retrait de l'avant-projet de loi et la mise en oeuvre d'un plan d'action concret pour régler les vrais problèmes. C'est surtout pour défendre les intérêts de la population, dans son ensemble, que nous venons exprimer notre point de vue. En effet, la population québécoise souffre des lacunes du système actuel et souffrira encore davantage si le gouvernement s'engage sur la pente glissante de la privatisation et de la décentralisation.

Nous représentons toutefois quelque 35 000 travailleurs et travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux, qui sont à la fois les témoins des problèmes du réseau et les victimes des politiques gouvernementales qui ont conduit à une dégradation de la qualité des soins et à des surcharges pour le personnel. Cette présentation ne reprendra pas exactement les termes du mémoire que nous vous avons expédié à la fin de janvier. En effet, vos déclarations des dernières semaines, M. le ministre, ont renforcé nos appréhensions sur la nature des intentions véritables du gouvernement.

Désormais, le projet est clair, la réforme passera par une véritable régionalisation et par un recours accru au secteur privé à la suggestion des milieux d'affaires. Ce projet nous inquiète au plus haut point parce qu'il accélère le processus

de démantèlement de notre système public. Il nous semblait que la commission Rochon avait levé le doute sur la nécessité de maintenir le caractère public universel et accessible de notre système de services de santé et de services sociaux. Il nous semblait bien établi que notre système public, est moins coûteux et plus efficace que le système américain. Il nous semblait évident que nos indicateurs de santé sont meilleurs qu'aux États-Unis. Il nous semblait clair que la rationalisation qui a suivi l'établissement du régime d'assurance-maladie et du réseau des affaires sociales avait aplani des distorsions régionales inacceptables.

Bref, il nous semblait que les bases de notre système étaient saines. Nous serions-nous trompés? Nous ne le croyons pas, il nous faudra donc nous rappeler ce qui a été dit et redit au cours des quatre dernières années, quand la commission Rochon et votre prédécesseur, Mme Thérèse Lavoie-Roux, ont fait leurs études et consultations. Il nous faudra encore consacrer nos énergies à empêcher le gouvernement de sabrer dans nos régimes publics, plutôt que d'y apporter des améliorations souhaitées par tous.

Nous déplorons la tournure qu'a pris le débat actuel et le gaspillage de ressources englouties dans une coûteuse commission d'enquête qui n'a proposé aucun moyen concret de résoudre les problèmes vécus au quotidien dans les établissements du réseau et sont les avertissement, cependant, quant à l'importance de conserver son caractère public à notre système, n'ont pas été entendus. D'abord, nous vous rappellerons la situation qui prévalait au Québec avant la mise en place du régime d'assurance-maladie; ensuite nous vous dirons pourquoi nous croyons que les supposées solutions gouvernementales d'ouvrir davantage la porte au secteur privé et d'accentuer la décentralisation sont non seulement inefficaces, mais aussi dangereuses eu égard aux objectifs de santé et de bien-être qui font consensus dans notre société. Enfin, nous présenterons des pistes de solutions raisonnables qui devraient permettre de régler les vrais problèmes et d'atteindre nos objectifs collectifs dans le cadre d'un système public et universel. Avant l'assurance-maladie. La FTQ et ses syndicats affiliés ne veulent pas revenir en arrière, à l'époque où les plus pauvres, qui étaient souvent les plus malades, ne pouvaient se faire soigner faute d'argent, où la qualité des soins dépendait des propriétaires d'hôpitaux, où les compagnies d'assurances privées faisaient des affaires d'or sur la maladie de leurs clients, où les salaires et conditions de travail du personnel variaient d'un établissement à l'autre, où finalement les services n'étaient accessibles qu'à ceux qui en avaient les moyens.

La réforme qui a donné naissance à notre système public a éliminé les obstacles financiers à l'accès aux services, de sorte que l'ensemble de la population, quel que soit le revenu, puisse

recevoir des soins. Elle a enclenché une rationalisation de la distribution des ressources et un relèvement de la qualité des services qui a réduit considérablement les inégalités régionales.

Même si nous pouvons déplorer que notre système ne couvre pas tous les services: les soins dentaires, les médicaments, les services ambulanciers et le reste, que l'accessibilité géographique aux services soit encore inégale, que les services d'hébergement et le maintien à domicile soient largement insuffisants et que les urgences d'hôpital soient trop souvent engorgées, notre système de services de santé et de services sociaux fait l'envie - rappelons-le - de bien des pays, y compris les États-Unis.

À tous les égards, le système américain, très largement privé, qui a inspiré, dans une certaine mesure, le gouvernement dans la formulation de l'OSIS est un repoussoir. Les niveaux de santé et de bien-être évalués par les indicateurs habituels, l'espérance de vie, les taux de mortalité périnatale, les taux de mortalité et le reste placent ce pays derrière le Québec.

En 1996 en terme de mortalité infantile, en pourcentage du nombre de naissances vivantes, les États-Unis avaient 1, 04% se situaient au vingtième rang parmi les 24 pays de l'OCDE et le Canada avait 0, 80% au onzième rang. Les dépenses totales de santé y sont plus élevées. En 1982, 1365\$ américains per capita aux États-Unis contre 1186\$ canadiens au Québec. Cela fait du système américain un des moins performants, tant en termes de productivité d'efficacité et de rendement, dans le monde occidental.

Par opposition, depuis la mise en place du système public, la performance du Québec en termes d'indicateur de santé et de bien-être est remarquable. Le Canada et le Québec se classent aujourd'hui parmi les pays de l'OCDE où l'espérance de vie est supérieure à la moyenne et où le taux de mortalité infantile est inférieur à la moyenne.

Or, ce n'était pas le cas dans les années soixante. On ne peut nier l'apport considérable de notre système public de services de santé et de services sociaux à ces résultats. Il serait, selon nous, absurde d'imiter l'un des moins bons modèles en accentuant la privatisation de notre système de santé et services sociaux.

Investir dans la prévention. M. le ministre, la situation économique actuelle est très difficile pour la majorité de la population. Le chômage se maintient à des niveaux très élevés et on assiste à un appauvrissement de la population. De nombreuses études ont établi un lien étroit entre la situation économique et les problèmes sociaux et de santé. Alors que le Québec est sur le point d'entrer dans une autre récession, il est scan-

daleux d'entreprendre une réforme qui va réduire l'accès aux services, qui va accentuer les inégalités régionales, qui va diminuer la qualité des services.

La FTQ ne peut accepter que le gouvernement démantèle notre système public sous prétexte que le Québec n'a pas les moyens de se le payer. Les coûts sociaux et économiques qui résulteraient d'une telle orientation sont encore plus élevés. Nous ne sommes pas insensibles à l'argument des coûts, mais nous croyons qu'à court terme nous devons encore investir de: s notre système public, que les compressions budgétaires du début des années quatre-vingt ont dégradé et qui doit répondre à des **besoins** nouveaux et urgents: population vieillissante, jeunes en difficulté, problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, femmes violentées et le reste.

Cependant, il ne suffit pas d'investir dans les services. Il faut investir massivement dans la prévention à la source des problèmes sociaux et de santé. À cet égard, nous ne répéterons jamais assez l'importance de mettre en oeuvre une véritable politique de plein emploi, de façon à redonner à des milliers d'hommes et de femmes la dignité de gagner leur vie décemment et de contribuer au bien-être **collectif**. Nous ne dirons jamais assez combien il est nécessaire de poursuivre et d'intensifier l'assainissement des milieux de travail qui sont la source de décès, d'accidents et de maladies. Nous devons, enfin, insister sur l'urgence, pour le Québec, de se doter d'une véritable politique d'environnement. C'est par la prévention à tous les niveaux que nous réussirons collectivement à améliorer la santé et le bien-être et à réduire à terme les coûts du système.

Hélas, jusqu'à présent, le gouvernement a fait bien peu pour l'emploi et il a agi de manière maladroite et timide en matière d'environnement. La santé n'est pas à vendre. La FTQ, vous vous en souvenez, n'a pas été tendre envers votre gouvernement quand il a entrepris de privatiser de nombreuses sociétés d'État stratégiques et de priver le Québec d'outils de contrôle économiques. Nous avons condamné la manière dont le gouvernement se désengage de ses responsabilités à l'égard de la population québécoise, mais nous devons être encore plus intransigeants quand il s'agit de la santé et du bien-être de la population. Si nous avons décelé des signes de privatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années, nous avons, aujourd'hui, des indices sérieux que le gouvernement a choisi la voie de la privatisation pour régler ses problèmes.

Votre ouverture aux propos des chantes de la privatisation, tels M. Claude Castonguay ou les représentants du Conseil du patronat, ou de l'Association des hôpitaux du Québec, confirme nos appréhensions. L'imposition de frais modérateurs pour certains services nous apparaît tout à fait aberrante en termes d'accessibilité et

d'équité. De plus, si l'on en croit les professeurs Bozzini et Contandriopoulos, et je cite: Toutes les expériences de ticket modérateur convergent. Le bris de la gratuité est associé généralement à un accroissement des coûts totaux des services de santé et aussi à un accroissement des disparités d'accès aux services."

Quant à la proposition de permettre la création d'un réseau privé d'établissements de santé accessibles à ceux qui peuvent assumer l'**ensemble** des coûts, elle conduit - et je cite encore - "à un partage du marché entre le privé et le public ainsi qu'à une certaine duplication des services, à l'écramage, par le système privé, des cas plus légers et à la création de deux systèmes de santé, un pour les favorisés, l'autre pour les pauvres, avec une différenciation immédiate dans la qualité des services." C'est ce qui se passe aux États-Unis où les hôpitaux luxueux, nous le savons tous, accueillent des clientèles privilégiées et côtoient des hôpitaux publics **sous-financés**, encombrés par les plus pauvres qui n'ont pas le choix.

La FTQ met en garde le gouvernement contre la tentation de privatiser notre système de services de santé et de services sociaux à la suggestion des milieux d'affaires. À cet égard, l'avant-projet de loi qui nous été soumis contient des dispositions qui ouvrent la porte au désengagement de l'État et à la privatisation. Les articles 306 et 315 concernant l'agrément de certaines ressources privées aux fins d'attribution d'allocations financières consacrent la place des centres d'hébergement privés à but lucratif dans le système. L'article 290 ouvre la porte à l'expérimentation des organisations de soins intégrés de santé qui pourraient être privées. Les articles 3 et 229 montrent clairement que le gouvernement se décharge de sa responsabilité d'assurer la prestation de certains services sur des organismes communautaires.

Nous devons donc encore vous répéter, M. le ministre, que la privatisation viole systématiquement les principes d'universalité et d'accessibilité sur lesquels notre système public **s'est** édifié. En effet, la notion de profit, propre au secteur privé, est incompatible avec les objectifs de santé et de bien-être. Nous ne pouvons prendre le risque que la qualité des soins soit compromise par la privatisation, c'est pourquoi nous vous demandons de renoncer à tout projet de privatisation, même partielle, des services.

Régionaliser la misère. La FTQ s'est opposée vigoureusement à la décentralisation proposée tant par la commission Rochon que par le gouvernement. Vous avez vous-même déclaré, M. le ministre, que la réforme ira plus loin, que ce sera *une* réforme plus importante que ce qu'on a vu initialement et que le projet de loi sera prêt cet automne. Je vous cite encore: "Je suis régionaliste et c'est par là que ça va passer." Pour la FTQ, ces propos ne sont guère rassurants. Dans le contexte actuel de crise budgé-

taire, une décentralisation accrue signifie que l'on fait porter l'odieux des compressions sur les administrations régionales qui devront partager la misère entre les établissements de leur territoire. De plus, si les décisions et les budgets étaient vraiment contrôlés au niveau régional, nous craignons que se recréent les disparités entre les diverses parties du territoire québécois quant à la nature, la qualité et la disponibilité des soins et des services. Selon quels **critères** les régions décideront-elles des services à offrir et des établissements qui devront les dispenser? Comment s'assurer que tous les citoyens et les citoyennes du Québec auront droit à des services équivalents? Aller plus loin dans la régionalisation c'est prendre le risque de gruger les principes d'universalité, d'accessibilité et d'équité du système. Si nous souhaitons vivement que le système soit plus réceptif aux besoins régionaux, nous ne croyons pas qu'il faille décentraliser davantage pour ce faire. Les structures actuelles pourraient faciliter la concertation dans les régions et se faire les porte-parole des besoins régionaux.

Par ailleurs, les régions périphériques ont généralement des problèmes semblables reliés principalement à l'accessibilité. Nous croyons que l'on se leurre sur **les** vertus de la décentralisation. Ce n'est pas une garantie de réponse aux besoins régionaux, ni davantage une garantie de démocratie. C'est pourquoi nous demandons au gouvernement de renoncer à ses projets de décentralisation qui risquent de détériorer notre système sans régler d'aucune manière les vrais problèmes.

Un plan d'action concret. Le gouvernement fait fausse route en faisant croire qu'il va régler les problèmes les plus urgents en privatisant et en accentuant la régionalisation. Le Québec n'a pas besoin d'un nouveau texte législatif, surtout quand ce texte marque un recul sérieux en consacrant une réforme des structures administratives et en encourageant l'intrusion du secteur privé dans le système des services de santé et des services sociaux. Ce n'est pas la première fois que nous décrivons les nombreux problèmes de notre système de services de santé et de services sociaux. Nos membres qui travaillent dans le réseau en sont les témoins quotidiens et comptent aussi parmi les victimes avec les usagers et les usagères. Des problèmes de qualité, de continuité et de coordination des soins se posent de façon aiguë dans la vie quotidienne des établissements. Le manque de ressources est criant dans de nombreux établissements. Nous espérons des solutions à ces problèmes. L'avant-projet de loi n'y parvient pas, un plan d'action destiné à s'attaquer aux problèmes serait plus efficace qu'une loi.

Ce plan d'action devrait s'inspirer des recommandations suivantes: le système de services de santé et de services sociaux doit demeurer intégralement public, universel et

accessible. Ce système public doit être centré sur la personne, c'est-à-dire qu'il doit favoriser concrètement la qualité, la continuité et la coordination des soins autour des besoins de la personne. En ce sens, le système doit opérer une jonction étroite entre le préventif et le curatif, entre le médical et le social. Pour centrer le système sur la personne, il faut accorder un rôle accru aux CLSC comme porte d'entrée du système, lieu de prise en charge des personnes et de coordination des services. L'amélioration de la gestion quotidienne des établissements et, en particulier, la gestion des ressources humaines doivent concourir à placer la personne à soigner et à soutenir au coeur des interventions.

La prévention à la source des problèmes sociaux et de santé doit devenir la priorité absolue du gouvernement et doit susciter la collaboration de tous les ministères concernés de près ou de loin.

La FTQ croit sincèrement que ces mesures sont plus appropriées au problème qu'un projet de loi qui ne touche d'aucune manière la vie quotidienne des établissements.

(10 h 30)

Augmenter le financement. La FTQ croit qu'à court terme il faudra réajuster le financement du système. La situation actuelle l'exige si nous ne voulons pas assister à la dégradation accélérée de notre système public. Il est urgent de réinvestir dans le système pour augmenter son efficacité thérapeutique et préventive. À cet égard, nous vous faisons quelques suggestions: récupérer du gouvernement fédéral l'ensemble des fonds destinés aux services de santé et aux services sociaux; réexaminer attentivement le mode de rémunération des médecins, le paiement à l'acte; accentuer la pratique des achats groupés; améliorer la coordination des services pour éviter les doublons coûteux; imposer les entreprises de façon à ce qu'elles paient leur juste part des recettes fiscales. Si ces moyens sont encore insuffisants, imposer une taxe spéciale, pas un ticket modérateur, dont les recettes seraient destinées exclusivement aux services de santé et aux services sociaux. Cette taxe serait exclusivement prélevée sur les revenus des entreprises et des particuliers à revenus élevés.

Nous croyons que les Québécois et Québécoises sont prêts à assumer des coûts supplémentaires pour préserver leur système public de services de santé et de services sociaux.

Pour conclure, M. le ministre, la FTQ souhaite vous avertir qu'elle ne laissera pas le gouvernement démanteler notre système public de services de santé et de services sociaux. Comme vous le voyez, nous sommes nombreux et nombreuses à être venus livrer le message des travailleurs et des travailleuses de la FTQ. C'est que nous croyons à l'importance de maintenir et d'améliorer un système que nous avons revendiqué et qui répond, malgré des lacunes, aux

objectifs de santé et de bien-être.

Vous avez exprimé l'intention de remettre l'avant-projet de loi qui est étudié ici. Nous approuvons cette décision, mais nous craignons que le projet de loi que vous présenterez à l'automne soit plus dommageable encore pour l'intégrité de notre système public. Et cette fois, personne ne sera consulté.

M. le ministre, la FTQ vous enjoint de renoncer à édicter une nouvelle loi et vous demande plutôt de mettre en oeuvre un plan d'action destiné à s'attaquer à la racine de ces problèmes, et la FTQ est prête à y contribuer.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Daoust. Je vais maintenant reconnaître... Excusez. Je voudrais quand même aviser les gens dans les tribunes que je ne tolérerai de manifestation d'aucune façon. Si vous voulez que ça se déroule et que la démocratie fonctionne, alors ça va des deux côtés. Merci beaucoup. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je pense que ça commence bien la semaine que de recevoir les représentants de la FTQ pour nous exprimer leur point de vue. Je vous dirai, d'entrée de jeu, que je suis très étonné du ton et du contenu. Il ne semble pas qu'on ait assisté à la même commission parlementaire depuis le début. Et, quant à moi, et avec les collègues, tant de l'Opposition que du côté ministériel, depuis le 23 janvier dernier nous sommes à cette table pour entendre des intervenants qui viennent eux aussi de partout à travers le Québec, de toutes les régions du Québec, de tous les genres d'établissements; que ce soit centres hospitaliers, que ce soit CLSC, que ce soit CSS, que ce soit départements de santé communautaire, que ce soit les groupes communautaires qui ont été très présents et très nombreux à être présents à cette commission parlementaire, et que ce soit les médecins.

Je vous dirai, d'entrée de jeu, que ma conclusion à ce moment-ci, après vous avoir entendus et après avoir lu les textes que vous avez déposés, c'est que vous ne faites pas exception aux médecins. Vous vous cantonnez dans une position qui est exactement du même style que celle des fédérations ou des corporations de médecins qui sont venus ici défendre à tout prix leur vision. Je ne vous en blâme pas parce que vous avez un rôle à jouer comme syndicat. Ça tranche, quant à moi, nettement avec les négociations qu'on a eues avec la FTQ dans le domaine de la santé et qui ont fait que pour la première fois en 20 ans un gouvernement et un syndicat réussissaient à s'entendre dans le domaine de la santé et à signer une convention collective avant même que la convention ne soit échue. Je tenais à vous le dire au départ parce que, évidemment, lorsqu'on a un ton comme celui-là, il faut s'attendre que la réplique vienne

et ceux qui me connaissent, évidemment, savent que je ne déteste pas ça non plus. Et, quand on m'interpelle, évidemment je suis capable de chausser mes patins aussi, ailleurs que sur le lac Meech, et d'en parler.

Revenons-en maintenant au mémoire en tant que tel. Vous dites: Le système est sous-financé, en citant des exemples des États-Unis et d'ailleurs, mais une chose est certaine, c'est que le système de santé, en incluant la Régie de l'assurance-maladie du Québec, pour l'année qui vient dépensera ou investira, c'est peut-être encore bien plus intéressant lorsqu'on parle de la santé, 10 300 000 000 \$, ce qui est pratiquement le tiers du budget du Québec.

Ma première question ça va être celle-là, parce que lorsqu'on dit: Le système est sous-financé, il manque des ressources sur le plan financier, c'est comme ça qu'on va réussir à régler les problèmes, dites-moi jusqu'où il faut aller sur le plan financier pour être capable de combler des besoins que vous décrivez dans votre mémoire? Quant à nous, l'impression que nous avons, c'est que nous sommes dans une situation, sur le plan financier, où on ne peut pas aller plus loin. Cependant, le message est clair: On ne peut pas aller plus loin, mais il faut nécessairement réallouer des ressources à l'intérieur de ce que nous avons maintenant. C'est pour ça que je me réconcilie davantage avec la fin de votre mémoire lorsque vous avez abordé des points comme: médecine à l'acte, achats regroupés, doublement au niveau du système. Ce sont des points qui sont beaucoup plus d'actualité et qui vont faire en sorte qu'on pourrait, éventuellement, réallouer certaines ressources au niveau du système, y compris dans la prévention. Mais j'aimerais vous entendre là-dessus. Jusqu'où le Québec, comme gouvernement, doit-il et peut-il aller sur le plan financier pour être capable de faire face au défi dans le domaine de la santé?

M. Laberge: C'est une question que vous nous posez?

M. Côté (Charlesbourg): Oui...

M. Laberge: Ah bon! M. le Président...

M. Côté (Charlesbourg): ...parce qu'on commence par le nerf de la guerre. Alors...

M. Laberge: Non, non, ça va, ça va. Bon. Premièrement, on ne pensait pas vous offusquer en vous demandant de retirer le projet de loi vu que ce n'était pas vous qui l'aviez préparé.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je n'ai jamais compris pourquoi vous n'avez jamais fait de politique parce que vous êtes un bon politicien. Il y a Gérard D. qui a duré 30 ans. Il y a vous

aussi qui avez duré longtemps. Ça prend des bons politiciens.

M. Laberge: Deuxièmement, jusqu'où est-ce qu'on peut se permettre d'aller? Nous autres on croit qu'on peut se permettre d'aller fort loin. Évidemment, il y a des choses à faire. Il ne s'agit pas de garrocher l'argent par les fenêtres, comme on dit en bon québécois. Il y a des choses qui devraient être faites: les achats regroupés, peut-être regarder le mode de rémunération des médecins, et des choses semblables. Mais une fois que ça c'est fait, s'il manque encore des ressources, et nous allons très loin, nous on dit: Nous sommes prêts à payer davantage. Nous sommes prêts à payer davantage, non seulement pour maintenir notre système public, mais pour l'améliorer. Après que vous aurez passé, avec votre équipe d'experts, les salles d'urgence et voir est-ce qu'il y a moyen de faire des choses pour améliorer la situation, non, on n'a rien contre ça, allons-y!

Mais une fois là, s'il manque encore des ressources, quand on pense - et on a déjà parlé de ça à maintes reprises et on peut en parler tout à notre aise parce que cette fois-ci, vous l'avez mentionné tantôt, on a même réussi à s'entendre avant le temps, bon, mais, **motadit**, on est rendu dans une situation où c'est le système qui met en danger la santé et la vie des patients. Quand on voit qu'à l'Institut de cardiologie on est obligé d'attendre neuf mois et dix mois pour des opérations, des pontages et des choses semblables, vous ne me ferez pas accroire que ce n'est pas mettre en danger la santé et la vie des citoyens.

Alors, nous autres on dit: Une fois que vous aurez rationalisé tout ça, s'il manque encore des ressources, nous autres on est prêts à aller plus loin, à payer davantage.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, ça ne parle pas du niveau de l'enveloppe, mais une chose est certaine, je l'ai dit et je le répète, il y a une dynamique du système à laquelle il faut s'attaquer. Il y a des gens qui consomment des actes, et il y a des gens qui distribuent et dispensent des actes. Dans le système, il y a une dynamique qui est davantage une dynamique de dépense sur le **curatif**, qui est axée sur le curatif. Il y a un autre élément dans votre intervention qui parle de prévention. Oui, nous y sommes, mais, évidemment, dans la mesure où on fait un virage et une réallocation au niveau du système, quant à la prévention. Ça veut dire qu'il y en aura peut-être moins dans le curatif et qu'à ce moment-là ça va toucher un certain nombre de personnes. On se comprend bien là-dessus.

Mais je suis heureux quand même qu'au bout de la ligne on aborde, et il faut aborder la question très ouvertement: à l'acte, regroupement d'achats, doublement de services. Et quand on

parle de doublement de services aussi, ça pourrait vouloir dire, éventuellement, une rationalisation. Vous savez ce que ça veut dire une rationalisation pour des gens qui travaillent dans le réseau. Ce n'est facile. Ce n'est pas facile à vivre pour personne. Mais il y a de ce genre de problèmes-là qui sont présents dans le système et qui font qu'on pourra éventuellement réallouer des sommes importantes, même très importantes lorsqu'on aura fait ce travail, pour être capables de combler des besoins. Vous parlez de l'Institut de cardiologie, cela en est un. Il y en a d'autres. Parce que l'accessibilité, l'universalité, ce sont les principes mêmes du régime qui sont toujours présents.

Mais il y a des listes d'attente qui mettent en cause l'accessibilité. Ça on en est pleinement conscients et, dès le début de la commission parlementaire, j'ai été très clair là-dessus et vous, qui avez très souvent des contacts avec M. **Bourassa**, vous êtes à même de constater que, sur le ticket modérateur, ce n'est pas lui qui a évoqué la possibilité sur la **place** publique qu'il y ait un ticket modérateur, c'est celui qui s'oppose à un ticket modérateur. Ce n'est pas ça qui a été évoqué en commission parlementaire.

Donc, pour que les choses soient très claires, il n'est pas question de ticket modérateur, puis il n'en a pas été question non plus. Le premier ministre est encore mon patron et c'est encore celui qui dirige le Québec.

M. Laberge: Bravo!

M. Côté (Charlesbourg): Donc, pour être assez clair là-dessus...

M. Laberge: Si on avait le droit de manifester, on applaudirait.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Vous savez, c'est le vice du président, M. Laberge, parce qu'il avait compris, ayant suivi la commission parlementaire, qu'on pourrait faire applaudir les gens, si on le voulait, assez régulièrement sur d'autres sujets. Mais prenons d'abord ce qui nous différencie et ce qui nous rassemble. Ce qui nous rassemble, on ne se chicanera pas longtemps: régionalisation. Je suis très, très, très étonné qu'une centrale syndicale qui a son rayonnement partout à travers le Québec vienne nous dire qu'elle est contre la régionalisation du service de santé... Laissez-moi finir. Je suis très, très étonné de ça, mais une véritable régionalisation. Je l'ai dit, j'en suis un régionaliste et je ne me cacherai pas demain matin. Il va y en avoir une régionalisation, qu'on le souhaite ou pas. Qu'on le veuille ou pas, il va y en avoir une, mais avec des pouvoirs sur le plan régional, parce que expliquez-moi comment il se fait que les régions du Québec ne seraient pas mieux placées sur le

plan de la connaissance de ce qu'elles ont besoin pour régler leurs problèmes de santé chez eux. Expliquez-moi pourquoi les régions du Québec et les gens qui représentent les régions n'auraient pas autant de pouvoir que vos syndicats affiliés au niveau des régions du Québec ou dans des établissements qui s'affilient à une fédération, mais qui ont des pouvoirs aussi de décider localement d'un certain nombre de choses. J'ai de la difficulté à vous suivre là-dessus, et vous aurez compris, mais dites-moi d'abord ce qu'il faudrait donner pour que la régionalisation se fasse dans des conditions qui soient **satisfaisantes** pour les régions et pour les gens qu'on défend, ceux qui sont au centre des services, soit les bénéficiaires?

M. Laberge: M. le Président, pour répondre à la question de M. le ministre, nous n'avons jamais dit, à la FTQ, que nous étions contre la régionalisation. Nous dénonçons la régionalisation proposée dans l'avant-projet de loi. Il y a toute une marge. Non, non, nous y croyons à la régionalisation. Nous avons des centaines de militants et de militantes partout dans les régions qui siègent aux comités et tout le reste. On y croit à ça, mais à une véritable régionalisation, avec de vrais pouvoirs, non pas juste le pouvoir de dire: Bon, bien, il nous manque des ressources. On n'a pas besoin de beaucoup de conseils d'administration. On voit ça, on a des employés là-dedans, on a du monde... Bon! Non, non, nous ne sommes pas contre la régionalisation, en principe, mais nous sommes contre ça... Quand vous dites: Il y aura une régionalisation, on regardera celle que vous allez proposer, mon cher ministre.

M. Côté (Charlesbourg): C'est court un peu, là.

Le Président (M. Joly): M. Cousineau, vous voulez rajouter quelque chose, ou Mme Desormeaux?

M. Laberge: Mme Desormeaux.

Le Président (M. Joly): Mme Desormeaux, allez.
(10 h 45)

Mme Desormeaux (Nicole): Oui. Ce que je voudrais rajouter, c'est qu'un des problèmes qu'on entrevoit, c'est qu'on ne parle nulle part que les budgets vont être améliorés. Pour nous, ce que ça veut dire finalement, c'est une forme de désengagement, dans le sens qu'on dit: Eh bien, maintenant, ce sont les régions qui seront responsables de couper. Ce sont les régions qui auront l'odieuse de dire: Bien, ça, on n'est pas capables. Puis il y a un autre problème aussi. C'est sur l'accessibilité pour l'ensemble des Québécois et Québécoises à des services qui se ressemblent, à un minimum de services acces-

sibles à tout le monde. Et on ne pourrait pas accepter, par exemple, qu'une région décide d'investir quelque part puis couper ailleurs puis priver...

Je pense qu'un des meilleurs exemples qu'on pourrait vous donner, ce serait l'exemple de l'**avortement**. On sait que c'est un sujet qui est controversé et on peut peut-être s'imaginer un conseil d'administration régional, investi par un groupement pro-vie, qui dirait: Dans notre région, désormais, il y en aura plus de services accessibles pour un **avortement** gratuit et de qualité. Et on ne veut pas que ça se reproduise au Québec. On veut que tous les Québécois et Québécoises aient accès à des services de qualité.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, tout est question d'argent, de ressources sur le plan financier pour être capable de faire face à tes besoins. Je vois dans les propos de M. Laberge des propos plus nuancés concernant la régionalisation que ce qu'il y a dans les textes et que ce qu'il y a eu devant la commission Rochon. Le ministère de la Santé... Et quand on parle de désengagement sur le plan financier, je m'excuse. J'ai été aux Transports, comme ministre, et j'étais un de ceux qui disaient que le ministère de la Santé et des Services sociaux, sur le plan gouvernemental, était un de ceux - des ministères - qui étaient très bien servis, puisque son budget était pleinement indexé, avec un coût de système, après avoir récupéré les déficits des centres hospitaliers en particulier, au cours des années antérieures.

Donc, lorsqu'on regarde croissance des budgets de l'État dans le domaine de la santé et des services sociaux, par rapport aux autres missions du gouvernement, définitivement, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans la pauvreté, bien sûr, a été celui qui été choyé. Alors, il faut quand même faire attention à ce qu'on véhicule en termes de désengagement de la part de l'État.

Il y a, au niveau de la régionalisation, un besoin extrêmement important que des régions puissent décider elles-mêmes de leurs besoins. Comment pourvoir à leurs besoins? Et, ça, ça m'apparaît essentiel dans la réforme que nous amorçons maintenant. Il y a un problème dans le système qui est extrêmement important qui est celui... Parce que, quand on parle d'accessibilité, on parle d'universalité de soins équitables au niveau de toutes les régions du Québec et ce n'est pas le cas aujourd'hui. Ce n'est pas le cas, parce que les médecins ne sont pas dans les régions du Québec, en majeure partie. Et les gens sont obligés de partir des régions pour aller se faire soigner à Québec ou à **Montréal** où les gens veulent être concentrés.

Dans la mesure où il y a une décentralisation, comme nous voulons faire, avec l'enveloppe de la Régie de l'assurance-maladie du Québec à la région, au niveau de chacune des

régions, dans la mesure où on trouve la solution pour le faire, ça va obliger les médecins à aller là où est l'argent et avoir une meilleure équité dans la dispensation des services au niveau de toutes les régions du Québec. C'est clair que la régionalisation, ce n'est pas de prendre le budget d'aujourd'hui puis de dire aux régions qui sont pauvres: On vous transfère le budget. Maintenant, arbitrez la pauvreté puis organisez-vous avec ça. Ça peut signifier certaines choses, par exemple. Ça peut signifier que certaines régions qui sont mieux pourvues que d'autres seront obligées de faire certains sacrifices. Et c'est ça, la réallocation de ressources, pour être capable de faire face aux besoins au niveau des régions du Québec.

M. Laberge: Et c'est pourquoi j'ai dit, mon cher ministre, qu'on regardera la régionalisation que vous proposerez. Celle-ci, on est contre, parce que c'est une "réformette" de structures. On ne veut pas attraper la "structurite", là. Mais s'il y a une vraie réforme, une vraie régionalisation, pour régler des problèmes régionaux, parce qu'on sait que les régions n'ont pas toutes les mêmes besoins - il y a des besoins particuliers à certaines régions, on est d'accord avec ça - nous autres, on regardera ça. On n'est pas contre la régionalisation en principe, mais on est vraiment contre celle qui était proposée par le projet de loi.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, on me signale qu'il me reste deux minutes. Ça va très vite, trop vite, à mon goût. Je vais aborder un dernier sujet. J'ai dit que ceux sur lesquels on est d'accord, je n'en parle pas. On va parler de privatisation, parce que c'est un sujet que j'ai vécu aux Transports, en particulier, avec la FTQ, concernant la privatisation de Quebecair. Donc, on peut en parler. Ça n'a pas été si mauvais que ça pour le Québec, la privatisation de Quebecair.

Il y a donc des exemples, sur le plan de la privatisation, qui donnent des résultats assez intéressants, ce n'est pas parfait, mais qui donnent des résultats assez intéressants. Et je me souviens qu'il y avait, à l'époque, cette même position de fermeté à savoir qu'on risquait de perdre des leviers assez importants si on privatisait Quebecair.

Moi, je me dis que c'est clair que le système de santé doit demeurer avant tout public - c'est clair, avant tout public - mais vouloir à tout prix que l'ensemble du système demeure public sans être capable de voir des expériences qui peuvent se faire sur le plan de la privatisation de certains services, là je ne suis pas. Expliquez-moi ça, demain matin, pourquoi, dans certains cas, on ne pourrait pas examiner la possibilité de privatiser des services non cliniques, non pas partout, mais au moins pour faire l'expérience, pour avoir des secteurs témoins à savoir si, effectivement, notre rendement est bon

ou non. Expliquez-moi ce que ça peut avoir comme incidence, demain matin, par exemple, que les buanderies puissent être privatisées. Expliquez-moi l'incidence que ça peut avoir sur les malades, sur les soins aux bénéficiaires. Pourquoi ne pourrait-on pas le regarder? Les OSIS vous en avez peur? Tout le monde en a peur des OSIS. De toute façon, il faut tenter d'éviter qu'il y ait deux sortes de catégories de patients: ceux qui ont de l'argent et ceux qui n'en ont pas. C'est vrai ça, mais ce sont des expériences qui viennent d'ailleurs. Ça ne veut pas dire qu'il ne peut pas y avoir une expérience de faite au niveau du Québec et que ça va s'étendre par la suite à tout le Québec.

La privatisation, ça peut avoir des effets bénéfiques compte tenu qu'on parle de réallocation de ressources et de voir si on sent l'obligation de centraliser les achats pour être capable d'avoir des économies. Dans certains cas, dans des domaines très spécifiques qui ne touchent d'aucune manière le domaine clinique, il y a peut-être des expériences à faire, ne croyez-vous pas?

M. Laberge: M. le ministre, on se rappelle la médecine privatisée au Québec. On n'a pas encore oublié ça. Moi, je l'ai vécue et il y en a d'autres qui l'ont vécue. On se rappelle ce que c'était et on ne veut pas retourner à ça, définitivement.

Vous avez dit: Regardez, on a privatisé Quebecair et ça ne va pas si mal que ça. Moi, je suis bien heureux de voir que ça va mieux à l'intair, mais, si ma mémoire est fidèle, il me semble que j'ai entendu le gouvernement dire, à un moment donné: C'est vrai que la vente de Quebecair, ça n'a pas été notre meilleur coup. Est-ce que le gouvernement n'aurait pas dit ça?

M. Côté (Charlesbourg): N'a pas été quoi?

M. Laberge: Il semble que ça n'a pas été notre meilleur coup.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, vous vous trompez. C'est M. Parizeau qui avait dit que nationaliser Quebecair n'était pas le meilleur coup.

M. Laberge: Non, je ne me trompe pas, c'est M. Bourassa.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. En tout cas...

M. Laberge: Mon cher ministre, je vous...

M. Côté (Charlesbourg): ...je ne sais pas si vous a dit ça lors de conversations privées, mais, si c'est publiquement, sortez-moi les coupures.

M. Laberge: Non, publiquement. Publique-

ment, le gouvernement a reconnu que ce n'était peut-être pas le meilleur coup qu'il avait fait et qu'à l'avenir il ferait plus attention. En fait, je vous l'ai dit dans le temps, à l'avenir... Il y en avait une couple d'autres où vous avez fait plus attention et on était heureux.

M. Côté (Charlesbourg): Mais, sur Québec, j'aimerais bien qu'on s'en **reparle**. Si vous avez des documents très clairs là-dessus, vous me les enverrez.

M. Laberge: Certainement.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que je ne les ai pas vus sur la place publique d'aucune manière.

M. Laberge: J'ai une copie de la déclaration.

M. Côté (Charlesbourg): O.K.

M. Laberge: Je vous enverrai ça avec plaisir, parce qu'on partage d'autres affaires, alors on peut peut-être partager ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Chevette: Je vous remercie, M. le Président. Tout d'abord, je voudrais dire aux dirigeants de la FTQ que je partage leur point de vue et leurs craintes sur la privatisation, sur les OSIS. J'ai hâte qu'on nous explique. L'homme de gauche du ministre pourrait nous parler des OSIS, mais il nous en parlera une autre fois.

Sur le communautaire, vous avez une perception, je pense, très juste également. On ne doit pas utiliser le communautaire, qui est né des besoins du milieu, pour en faire des salariés ou des subventionnés à rabais pour faire des fonctions dévolues à une main-d'oeuvre, à des travailleurs et des travailleuses dans le domaine de la santé et des services sociaux, et je **pense** que vous avez raison.

Quant aux iniquités régionales, je comprends que vous soyez contre la forme de régionalisation qui est proposée, parce qu'ils ne nous disent pas s'ils ne transformeront pas les iniquités actuelles dans les faits. Donc, s'ils nous disent qu'il y aura des correctifs d'enveloppes, par exemple, dès le départ, et que l'enveloppe de la RAMQ sera décentralisée, mais par un per capita qui tienne compte de certains facteurs, du secteur routier, des distances, qui tienne compte de certains critères... C'est un peu ça, j'ai compris ça de même.

Je dois vous dire que je suis content, le ministre commence à être convaincu que son

avant-projet n'a pas d'allure parce qu'il plaide sur les engagements qu'il a pris au niveau du projet qui viendra. Il ne parle plus de l'avant-projet, il n'y croit pas. Donc, ça, c'est une affaire qui est acquise. À date, je pense qu'on est rendus à 98 % de l'**avant-projet** qui vont disparaître, selon les engagements qu'il a pris dans ce petit calepin vert qui est devant lui. Donc, on ne reconnaîtra sans doute pas le projet si le ministre respecte tous les engagements qu'il a pris parce que c'est vrai que ça n'a pas d'allure et il le sait, c'est évident. Si on avait le droit d'applaudir, on pourrait l'applaudir. Mais il reste 2 %, alors on l'applaudira quand il aura fini les 2 %.

Cela dit, moi, j'ai quelques questions à vous poser, en particulier sur la politique en santé. Le ministre dit: On n'a pas d'argent et on ne peut pas continuer à avoir de l'argent. Ça m'amène à vous dire que je suis d'accord sur la prévention, sur tout l'aspect prévention dont vous traitez dans votre mémoire; ça, c'est extrêmement positif, mais, pour ce faire, il faut changer les mentalités. Tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas une politique en santé, des plans de développement en matière de santé, le curatif va tout gober. On n'est pas capables, qui que nous soyons, centrale syndicale ou pas, vous le savez, de contrer un lobby face à quelqu'un qui est très malade. On dit: Guéris-le! Guéris-le! Et sur la régionalisation, en ce sens-là, s'il n'y a pas une politique de santé, ce sera la région qui aura l'odieuse de décider, vous avez entièrement raison. Il faut appeler les choses par leur nom.

Donc, que pensez-vous d'une politique qui viendrait définir les grands paramètres de la santé et qui obligerait tous les groupes de salariés, y compris les médecins, à changer de cap, par exemple, à mettre des priorités et à aligner tout le monde là-dessus? On le fait avec Hydro-Québec, le plan de développement. Ils viennent, annuellement, passer une journée ou deux, ici, nous **parler** du plan de développement à Hydro-Québec; c'est important ça. Mais, pour la santé du monde, il n'y a pas de politique. On a un avant-projet après 6 500 000 \$ dépensés à la commission Rochon, une deuxième tournée de la ministre parce qu'elle ne croyait pas ce que Rochon avait écrit, un avant-projet de la ministre, une autre consultation et, là, on va avoir un autre projet à l'**automne**. Il va falloir qu'on se branche à un moment donné.

La question des coûts. Vous dites, M. Laberge, que vous seriez peut-être prêt à payer moyennant un examen très sérieux, pas seulement au niveau des urgences, je pense bien, mais au niveau du vieillissement des populations, par exemple. Comment voyez-vous ça, une politique qui amènerait le monde à changer de mentalité pour ne pas avoir le réflexe, exclusivement, de l'institution dès qu'on est malade?

M. Laberge: Je pense que vous allez recon-

naître, M. le député, que nous préconisons ça depuis fort longtemps, à la FTQ. Quand on a discuté des services essentiels et de la qualité, surtout en temps de conflit, on a dit: Ça n'a pas d'allure; vous exigez un tas de choses en temps de menace de conflit dans les services de santé et vous n'exigez absolument rien en temps normal. Vous exigez plus et mieux lorsqu'il y a une grève que lorsqu'il n'y en a pas. En fait, si on était du monde comme ça, on serait quasiment encouragés à en faire juste pour améliorer les services dans les hôpitaux.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Laberge: Non, mais vous allez admettre qu'il y a quand même une légère contradiction. S'il avait fallu qu'un photographe arrive dans un hôpital et voie des gens cordés dans les corridors et dans les salles d'urgence parce qu'il y avait eu un arrêt de travail, on aurait été lapidés sur la place publique. Et pourtant, tous les jours, dans la plupart des hôpitaux, ça se passe. Nous autres, on est prêts à aller très loin. On ne dit pas juste: "**Chargez**" au boss! "**Chargez**" au boss, "**chargez**" aussi aux travailleurs et aux travailleuses qui s'en tirent le mieux dans le système! C'est nous autres, ça. Enfin, on espère que nos membres s'en tirent mieux que les autres et on est prêts à payer notre part. On est prêts à aller assez loin, si c'est pour améliorer notre service de **santé**. Évidemment, les budgets ont augmenté et, M. le ministre nous l'a rappelé tantôt, c'est évident, la population vieillit, donc on a de plus en plus de demandes. Je le sais, vous me regardez, M. le ministre...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Depuis que j'ai mis la main sur...

M. Laberge: ...mais je ne suis pas encore un de ceux qui augmentent... Ha, ha, ha!

M. Chevette: À la Cité de la santé de Laval, il y a un document qui circule, intitulé "Notre mission, c'est la santé et notre religion, c'est l'équilibre budgétaire". C'est à se demander si, dans certains milieux, la santé budgétaire ne passe pas avant la santé des citoyens du Québec. (11 heures)

Cela dit, au niveau des personnes âgées en particulier, on sait qu'il y a des régions du Québec qui vont connaître un vieillissement plus accentué que d'autres - je prends le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la région du **Bas-du-Fleuve** et, également, la région de Trois-Rivières - ce qui va créer des problèmes. Donc, dans le cadre d'une décentralisation ou d'une régionalisation - appelons ça comme on voudra - où il y aurait un rééquilibrage des enveloppes budgétaires, est-ce qu'il faudra que ça soit révisable,

selon vous, ou si ça doit être fixe, puisqu'on pourrait connaître, dans certains milieux, en tout cas, des problèmes majeurs, par exemple, quant au vieillissement de la population? Est-ce que vos membres sont sensibles à ce facteur-là?

Et la sous-question également: Comment concevez-vous qu'on puisse oeuvrer au niveau des deux groupes de personnes les plus vulnérables de notre société, qui sont les jeunes et les vieux, dans le cadre de budgets fermés?

M. Laberge: Écoutez, c'est là qu'on fait la distinction entre décentralisation et régionalisation. On ne pourrait pas laisser ça au gré de chacun un peu partout. Il faut quand même qu'il y ait des principes de base. Il faut quand même qu'il y ait une couverture connue dans nos services de santé. Si on s'entend **là-dessus**, on a déjà un bon pas de fait. Mais qu'il y ait des administrations régionales avec des pouvoirs, c'est bien sûr que ça pourrait aider parce qu'encore une fois ils sont les mieux placées pour connaître les besoins particuliers de leur région et trouver des solutions pour les besoins particuliers de leur région. Bon, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise? Peut-être que, dans une certaine région, un centre hospitalier n'a besoin de d'une petite salle d'urgence pour des cas un peu normaux, tandis que, dans d'autres régions où il y a des mines ou des choses semblables, ils ont besoin d'avoir une salle d'urgence mieux équipée pour des cas un peu plus lourds. On est d'accord avec ça, pourvu qu'il y ait des paramètres bien connus.

Le Président (M. Joly): Mme Desormeaux.

Mme Desormeaux: Moi, M. le député, je voudrais revenir un peu à votre intervention précédente. Et je voudrais vous souligner, à cet effet-là, que nous ce que nous voulions, c'était d'avoir un plan d'action et non pas, effectivement, jouer sur des structures, dans le fond. Et, si vous regardez nos textes, ce qu'on veut c'est régler concrètement les problèmes qui se posent quotidiennement à l'intérieur du réseau. Or, dans l'avant-projet de loi, on ne trouvait pas quoi que ce soit qui pouvait régler concrètement ce qui se passe et ce dont nous sommes témoins quotidiennement, entre autres, en ce qui a trait à la qualité des soins. Ça c'est un drame qu'on vit quotidiennement dans nos établissements et il n'y a rien, actuellement, qui nous permette de penser qu'on puisse régler ces problèmes de qualité.

Donc, on pense qu'avec un plan d'action... C'est sûr que le gouvernement a un rôle de leadership important à jouer dans ces questions-là, dans ce sens qu'il faut que le moteur vienne de quelque part et il devrait venir, effectivement, du gouvernement québécois pour inciter tous les paliers du système à centrer les interventions sur la personne, **c'est-à-dire** sur les

services qui sont donnés quotidiennement à l'intérieur du réseau.

Le Président (M. Joly): M. Cousineau.

M. Cousineau (Guy): Je pense qu'une des choses fondamentales, c'est qu'actuellement il y a une série de structures régionales. Il y a des structures locales qui, à notre sens, sont mal utilisées ou mal connues. Je pense que le réseau des CLSC devrait être révisé et regardé. Et pour ça on n'a pas besoin d'une nouvelle structure. <1 y a les CRSSS qui existent, qui sont en région, qui sont là pour définir les besoins et ce dont on nous parle c'est de mettre une autre structure pour redéfinir les besoins. Moi, je pense qu'il y a peut-être des choses à regarder dans le système actuel, pour voir où sont les lacunes, les manquements à la régionalisation qu'on a faite avec les CRSSS et avec les CLSC et voir comment on va, effectivement, intervenir pour faire en sorte qu'à l'avenir le curatif ne coûte pas aussi cher dans le réseau. Quand on regarde tous les services sociaux dans la région de Montréal, quand on regarde ce qui se passe et comment les groupes communautaires sont obligés de suppléer à un manque d'intervention des CLSC, des CSS, ça n'a pas d'allure et, là-dessus, nous autres, on pense qu'il y a de la réaffectation des ressources à faire et qu'il va falloir travailler là-dessus.

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

M. Cousineau: M. Daoust, tantôt, d'entrée de jeu, a dit: Une des choses qui est importante pour nous autres - on va le répéter, je pense - c'est la politique du plein emploi. Tant et aussi longtemps qu'on va accepter d'avoir 18 % dans le centre de Montréal, tant et aussi longtemps qu'on va l'accepter et qu'on n'aura pas une politique qui fera en sorte que le monde travaille, on va avoir besoin de curatif et les services sociaux vont augmenter encore plus. Et c'est là-dessus, je pense, qu'il faut attaquer et non pas attaquer une structure. On a à peu près tous les éléments qu'il nous faut actuellement. Il faut travailler sur ces structures-là pour les améliorer et faire en sorte qu'on puisse, danc chacune des régions, effectivement jouer. On peut, avec ce qu'il y a exactement, changer des enveloppes, on y est, mais il faut que la base des soins soit là, il faut que l'ensemble de l'accès à tout le monde pour les services minimaux de santé soit là et il va falloir aussi avoir des services minimaux au niveau des services sociaux.

M. Chevette: Mais quand on a nommé la commission Rochon, je me souviens, j'y étais à l'origine, on avait demandé à la commission Rochon de parler des aberrations du système et l'un des reproches que j'ai toujours adressés à la commission Rochon, c'est de ne pas avoir étalé

au public les aberrations de ce système-là, pour amener les mentalités à désirer des changements face à ces aberrations. À mon point de vue, on a manqué le bateau. Mais, à partir de vos membres et des groupes de personnes que vous représentez, quelles sont les aberrations du système actuel qui pourraient permettre précisément une récupération d'argent pour tâcher d'apporter des correctifs aux vrais problèmes que vous soulevez? Gênez-vous pas.

M. Daoust: Il n'est pas simple de vous parler des aberrations du système actuel parce qu'elles sont fort nombreuses, soit dit en passant. Dans le mémoire que nous vous avons présenté - et je devrais en dire quelques mots - il y a de multiples témoignages de travailleurs et de travailleuses de ces nombreux établissements que vous connaissez qui, malheureusement, selon nous, ne sont pas bien entendus par ceux qui devraient les entendre. Il y a là une expertise incroyable au niveau de ces milliers de travailleurs au Québec qui sont les témoins quotidiens de choses inacceptables et qui les disent de temps à autre. Mais c'est une chose de les dire à la direction de tel ou tel hôpital qui, des fois, est peu réceptive pour toutes les raisons que vous pouvez imaginer, parce qu'elle est remise en question par ces critiques-là, et c'en est une autre de les dire, comme on a pu le faire, par des mémoires, lors de rencontres, aux plus hautes autorités politiques ici, au Québec. On a toujours eu le sentiment que, malheureusement, on n'était pas aussi bien entendus qu'on n'était pas entendus, qu'on nous accueillait, mais qu'il n'y avait jamais de suivi. On en fait état dans ce mémoire-ci. Il suffirait de reprendre quelques-unes des pages du document et de les expliciter.

Les aberrations, elles sont multiples encore une fois: l'engorgement des salles d'urgence, la prolifération - et ce n'est pas un sujet très très facile que je veux aborder là - des postes au niveau des cadres et des postes de direction dans les multiples établissements, le peu d'accueil qu'on fait aux griefs fondés, je ne parle pas des griefs qui découlent des relations du travail, mais des griefs fondés quant au fonctionnement de tel ou tel établissement. Tout ça constitue des aberrations et il y en a bien d'autres, incidemment. C'est un peu pour ça qu'on parle d'une stratégie globale, d'un plan d'action et non pas d'un projet de loi qui va multiplier quasiment à l'infini les structures. Il semble - et je ne veux pas faire la critique de la société québécoise - que de plus en plus, au Québec, quand il y a un problème qui est difficile, on crée une structure, on crée des comités et qu'on se perd en palabres à n'en plus finir qui, malheureusement...

M. Chevette: De temps en temps, c'est superstructure et, le lendemain, c'est supra.

M. Daoust: Ah bien, ça peut être ça.

Une voix: Des comités.

M. Daoust: Alors qu'il y a d'autres moyens de prendre le pouls de la population et de prendre le pouls de l'ensemble des travailleurs et des travailleuses qui sont dans ces établissements-là. On insiste là-dessus parce que, nous, on les voit, on les écoute, on lit les témoignages qu'ils font et c'est à faire dresser les cheveux sur la tête. Écoutez... Enfin, on le sait, on a fait une tournée, à l'échelle de tout le Québec, pour recueillir des témoignages de travailleurs et de travailleuses du secteur et c'est déplorable dans bien des cas.

Moi, je souhaiterais bien que le ministre - et je sais que, dans ce domaine-là, il a **peut-être** une prédisposition plus naturelle que bien des gens qui ont occupé le poste qu'il occupe à ce moment-ci pour toutes sortes de raisons que l'on connaît - **soit** véritablement à l'écoute du milieu et qu'il n'oublie pas d'écouter bien attentivement l'ensemble des travailleurs et des travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux. Alors, les aberrations, encore une fois on pourrait être ici pendant fort longtemps si on les prenait les unes après les autres et si on explicitait notre point de vue là-dessus.

Le Président (M. Joly): M. Bellemare.

M. Bellemare (Marc): Merci, M. le Président, comme le président de la FTQ l'a **dit**, je représente les travailleurs et les travailleuses du gouvernement fédéral au sein de la FTQ et mes commentaires se feront en deux phases...

M. Chevette: ...de l'argent en santé?

M. Bellemare: Exactement. Bon, dans un premier temps, il existe...

M. Laberge: On a promis de les supporter pour qu'ils s'en viennent avec nous autres à un moment donné, alors il n'y a pas de problème!

M. Bellemare: Dans un premier temps, il existe une compétition - on ne peut pas parler d'une saine compétition - entre les divers organismes de santé, que ce soit les **CRSSS**, les **CSS**, les **DSC**, il y a une compétition actuellement et chacun de ces organismes-là a un conseil d'administration. Je ne sais pas si c'est normal dans une région d'avoir cinq, six, sept, huit ou neuf conseils d'administration. Si on veut parler de régionalisation, ce serait peut-être un point. Ensuite, il va falloir s'assurer des disparités régionales: il y a des régions riches, il y a des régions pauvres et il y a des régions très pauvres. Le débat s'est fait aussi en grande

partie sur le financement et sur le manque de ressources. Effectivement, j'ose croire, M. le Président, que le ministre et les partis de l'**Opposition** seront d'accord un jour ou l'autre pour aller chercher l'argent au fédéral et les travailleurs et les travailleuses qui viennent avec. On aurait alors l'argent et les ressources additionnelles. J'ose croire que le patron de M. le ministre va continuer de la façon dont il est parti là actuellement parce que, si on continue avec un paquet d'aberrations... On **parlait** tout à l'heure de se lever les cheveux de sur la tête; je ne peux pas me permettre d'en avoir bien bien dans les airs et M. le ministre non plus!

M. Laberge:...

Le Président (M. Joly): Merci, M. Bellemare. Mme la députée de **Chicoutimi**, trois minutes.

Mme Blackburn: Merci, M. le Président. Je reconnais avec la FTQ que le problème, par rapport à ce projet de loi, c'est l'absence d'une politique globale en santé. Il est difficile d'aligner le projet de loi en vertu d'une politique qui n'existe pas, parce qu'une politique globale de la santé, ça aurait obligé l'**Opposition** comme le gouvernement à élargir la question à la pauvreté et au chômage, compte tenu des incidences sur les coûts de la santé. Je pense que, là-dessus, on l'a déploré comme beaucoup d'intervenants l'ont fait d'ailleurs.

Sur la régionalisation, comme députée d'une région, je suis très favorable à la régionalisation. Je suis d'accord avec vous cependant que ça pose certains problèmes d'équité, actuellement, si la formule actuelle était maintenue, et qu'il faudra s'assurer qu'il y ait une correction dans certaines enveloppes pour réduire les inégalités.

Quant aux **CRSSS**, contrairement à ce que vous dites, à savoir que les **CRSSS** ça existe et qu'on pourrait travailler avec eux, moi, je ne suis pas de cet avis-là; ils n'ont pas la structure qui leur permet effectivement d'imposer un certain nombre de décisions qui se prendraient en région. Je pense que le ministre est d'accord là-dessus, il faut revoir la situation.

Vous nous dites - et c'est ce qui m'intéressait - que vous êtes prêts à faire plus, à aller assez loin, s'il n'y a pas suffisamment d'argent dans le réseau, et vous pensez que la population québécoise est prête à en mettre plus du moment qu'on corrige un peu les aberrations du système qu'on connaît. Est-ce que vous avez des données plus précises **là-dessus**, par rapport à ce que, comme Québécois, par rapport à votre organisme, on serait en mesure d'attendre comme contribution additionnelle pour financer le réseau de la santé et des services sociaux?

Le Président (M. Joly): M. Daoust.

M. Daoust: On le mentionne dans notre mémoire, à l'égard du financement, et le président de la FTQ l'a souligné, il y a une très grande ouverture d'esprit dans notre milieu. Et Dieu sait qu'on ne parle pas sans avoir fait les consultations qui s'imposent à l'égard d'un financement adéquat qui, s'il ne peut être dégagé par les moyens traditionnels que l'on sait, devrait l'être par un régime de taxation progressif beaucoup plus adéquat. Je m'explique un peu: dans le mémoire, on le mentionne, les recettes pourraient venir du revenu des entreprises que Dieu sait que vous connaissez notre point de vue là-dessus. Il y a des entreprises au Canada, il y en a au Québec, qui font des profits et qui ne paient absolument aucun impôt. On a toujours trouvé ça scandaleux et on n'a jamais cessé de dénoncer cette situation. Il nous semble à nous qu'en premier lieu les entreprises québécoises devraient être appelées à contribuer financièrement par voie de taxation, pour faire en sorte que le système de santé et des services sociaux soit plus adéquatement financé. Et on va plus loin dans notre mémoire et je le cite, d'abord, sur le revenu des entreprises, je viens d'en parler, puis sur les revenus des particuliers, surtout sur celui des personnes à revenus élevés. Il y a là une justice tout à fait normale que les gens les mieux rémunérés dans notre société soient appelés à payer plus d'impôts pour venir en aide aux plus défavorisés. C'est la normalité des choses.

(11 h 15)

Alors, encore une fois, on a cessé de le dire, on estime, nous, que l'ensemble des Québécois et des Québécoises, afin de garder ce système dont on dit qu'il est un des meilleurs au monde, on le dit dans notre document, surtout comparativement aux Américains, que l'ensemble, donc, de la population du Québec est sans aucun doute disposée, dans la mesure où on aura un plan d'ensemble et qu'on verra exactement où est-ce qu'on s'en va, à en mettre un peu plus par des impôts ou par des taxes, pour conserver à ce régime-là, je ne dirai pas son originalité, mais son caractère d'universalité, d'accessibilité et de qualité. Et ça, on est convaincu que les travailleurs et les travailleuses, même s'ils vont sursauter peut-être un peu - on n'est jamais satisfait quand il y a une augmentation des impôts - vont accepter un fardeau fiscal plus élevé afin de garder notre régime en bonne santé.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Daoust. Merci, Mme la députée. M. Chevette.

M. Chevette: Mille mercis. J'ai reconnu votre style flamboyant. À la prochaine.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le

Président. C'est toujours des moments très importants que de recevoir une centrale aussi importante que la FTQ, qui représente au-delà de 35 000 personnes dans le réseau, ce qui est tout à fait considérable. Je suis très heureux des échanges qu'on a eus, malgré le fait que ce soit trop bref à mon goût. Mais, une chose est certaine, c'est qu'il y a des commentaires et des propositions que je partage très nettement dans le mémoire, d'autres pour lesquels j'ai des réserves. C'est davantage ceux où il y a des réserves qu'on a mis en évidence. On verra ce que ça donnera à l'automne, mais il y a des principes extrêmement importants qui vont être conservés, y compris la régionalisation. On va tenter de la faire du mieux possible. Merci.

M. Laberge: Alors, merci, M. le Président, les membres de la commission. Merci des questions que vous nous avez posées et de l'attention que vous avez prêtée à la présentation du mémoire. Et c'est bien sûr que nous sommes toujours ouverts et disponibles. Si vous avez besoin, ne ménagez pas vos transports.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Merci. Au nom des membres de la commission, je remercie les représentants de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. J'apprécierais votre collaboration, s'il vous plaît. Nous avons largement dépassé le temps. Il faudrait récupérer, alors j'apprécie votre coopération coutumière. Merci beaucoup.

Je demanderais aux représentants du Conseil de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Bonjour et bienvenue à cette commission. Vous connaissez la procédure. Vous savez comment ça fonctionne. Vous avez assisté aux débats tantôt. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire et, par après, on se réserve le temps pour vous questionner et essayer de connaître davantage le fond de votre pensée, ceci, des deux côtés de cette Chambre. Merci.

La personne responsable devrait se présenter et aussi nous introduire les gens qui l'accompagnent.

Conseil de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine

M. Bérubé (Gabriel): Gabriel Bérubé. Je suis membre du conseil d'administration à titre de représentant universitaire. À ma gauche, Mme Aline Malenfant, vice-présidente du conseil; à ma droite, M. Jean Miville, directeur général, et M. Maurice Arsenault, président du conseil.

Le Président (M. Joly): Bonjour. Allez.

M. Bérubé: Je veux d'abord remercier les membres de la commission de nous permettre de présenter nos réactions à l'**avant-projet** de loi de la santé et des services sociaux. À nos yeux, l'essentiel de cette réforme tourne autour du projet de régionalisation et nous avons choisi de faire de ce projet l'objet principal de notre mémoire. Pourquoi? Parce que nous pensons que l'idée de la régionalisation, généreuse et encore trop générale, peut se transformer en un projet réel à condition que nous soyons prêts à y mettre le prix, un prix qui est d'abord politique. Ce prix, pensons-nous, doit être payé par les deux partenaires impliqués: d'un côté, le ministère et le gouvernement; de l'autre, en région, les établissements et la population.

Ce choix que nous avons fait en tant que Conseil de la santé et des services sociaux de la région sociosanitaire 01 est fondé sur deux éléments de notre réalité: notre région a vécu de façon particulière l'expérience-pilote de la régionalisation et elle peut parler en connaissance de cause. De plus, comme région périphérique, nous plaçons tout notre espoir dans la réalisation de ce projet pour offrir à notre population des services de santé et des services sociaux adéquats, continus et intégrés.

En d'autres mots, au lieu de nous attarder à la mécanique de l'avant-projet de loi, nous avons voulu centrer notre message autour de ce qui nous apparaît être sa pièce maîtresse et le principe de son architecture. Ce faisant, nous avons voulu souligner, à la fois à l'intention des autorités politiques et aussi à l'intention de la population que nous représentons, à quel point nous attachons de l'importance à ce projet de régionalisation. Cette idée arrive à point. Nous devons la traiter avec toute l'expérience des 20 ou 30 dernières années en la matière et, pour la réaliser, nous devons y mettre le prix.

En fonction de ce message central, nous allons développer deux idées: en premier lieu, nous allons présenter les conditions politiques à la **réalisation** de la régionalisation et, ensuite, nous allons expliciter de façon plus concrète les avantages de la régionalisation pour notre région.

Pourquoi parler de conditions politiques à la réussite de la régionalisation? Nous pensons que la régionalisation ne réussira pas si ceux qui ont le pouvoir à Québec et ceux qui ont le pouvoir en région ne la veulent pas vraiment et ne **volent** pas en ce projet la clé d'une **transformation** en profondeur dans notre système. Il y a des sacrifices à faire autant au centre qu'en région; il y a des conditions à mettre en place qui vont exiger des changements importants dans les habitudes et les privilèges et c'est à ce prix que la région pourra bénéficier des avantages de la régionalisation.

Toute d'abord, quel prix le centre, c'est-à-

dire le gouvernement, le ministre responsable, le ministère, doit-il payer pour qu'il y ait régionalisation? En regard de la décentralisation, le premier sacrifice à faire par le centre s'énonce de façon négative: premièrement, il faut éviter de faire équivaloir décentralisation et déconcentration; deuxièmement, il faut faire la décentralisation en mettant la hache dans l'hyper-réglementation. Ces exigences sont énormes. Leur application implique un virage majeur par rapport à la manière de faire des 20 ou 30 dernières années.

Nous n'allons pas insister plus longuement. Ceux et celles qui ont une expérience concrète de la pratique gouvernementale en région savent de quoi l'on parle. Disons-le en utilisant une image. Avec l'ouverture des bureaux régionaux des ministères en région, le nombre de pèlerinages à Québec n'a pas diminué pour autant.

Pour dire maintenant les choses de façon positive, nous pensons que la décentralisation, pour le centre, exige qu'il fasse "retour sur l'essentiel", pour reprendre l'expression de la commission Rochon. Ce retour sur l'essentiel, accompagné d'un nécessaire délestage vers les régions de responsabilités et de ressources, constitue en soi un premier défi considérable dans la mise en oeuvre de la régionalisation.

Les résistances à opérer de tels changements sont énormes. Chacun sait qu'on ne voudra pas facilement se décharger demain de responsabilités que l'on croit essentielles d'exercer aujourd'hui et chacun sait qu'il ne sera pas facile de ne plus contrôler directement autant de millions qu'auparavant. De façon plus spécifique, eu égard aux nouvelles responsabilités et ressources que le centre devrait accorder aux régions, nous proposons quatre orientations. En premier lieu, nous pensons que cette définition des nouvelles responsabilités doit reconnaître aux régions la capacité d'adapter les priorités, en matière de politique **de** santé et de bien-être, aux particularités spécifiques de la région. Deuxièmement, nous suggérons que, dans **cette** définition des nouvelles responsabilités régionales, on définisse plus clairement la marge de manoeuvre des régions dans les programmes dont ils auront la responsabilité et qu'apparaisse clairement le changement que la nouvelle manière de faire va impliquer par rapport à l'ancienne. Troisièmement, nous pensons que le centre doit se confronter au problème de la **multiclicité** des régulations régionales que le système actuel autorise: celles du CRSSS ou de la future régie, celles du département de santé communautaire, celles du **CSS**. Le centre devra donner des clarifications souhaitables sur les relations qui devraient relier ces instances, de **manière** à rendre la plus efficace possible la régie régionale. Enfin, quatrièmement, nous pensons que le centre doit définir les ressources financières et humaines dont il va se départir pour favoriser l'amélioration de la capacité de décision et

d'intervention des régions. Tant que la régionalisation ne sera pas énoncée en termes de dollars qui transitent vers les régions et d'effectifs qui leur seront désormais dévolus, soit en provenance du ministère, soit en provenance d'autres instances régionales, elle restera un effet de discours.

En région maintenant. Il ne faut pas penser qu'une véritable régionalisation ne va pas déranger, chez nous, au sein des établissements, des habitudes, des sécurités et des pouvoirs. Première compromission: nous sommes prêts à ce que les établissements et l'instance *régionale* soient dirigés par des représentants de la population. Il n'y aura pas de véritable régionalisation sans que le système devienne *plus* directement imputable à la population de la région.

À cette fin, parmi les hypothèses possibles, on peut penser que les élus de la région, qu'ils soient des élus municipaux, des préfets de MRC ou des députés, soient invités à occuper une place significative au sein de nos instances décisionnelles, sans porter préjudice à la participation des organismes *communautaires*, des citoyens et des groupes intéressés aux domaines sociocommunautaires. Ce faisant, les technocrates de la région et des établissements, les professionnels et les intervenants de toute catégorie devront répondre à des personnes qui n'ont pas les mêmes intérêts corporatifs qu'eux et dont la raison d'être est de répondre aux demandes de la population qui les élit et a le pouvoir de les démettre.

Deuxième compromission: pas de véritable régionalisation sans que les nouvelles instances régionales assument davantage les conséquences du contexte budgétaire actuel. Certes, pour les régions, un des *effets* escomptés de la régionalisation, c'est qu'elles puissent générer des fonds nouveaux. Avec les responsabilités nouvelles, devront venir les moyens pour les exercer. Cependant, nous sommes conscients que la situation financière des gouvernements est critique depuis le début des années quatre-vingt. Dans ce contexte, les régions régionales seront éventuellement appelées à faire des choix difficiles en termes de déplacement de priorités ou d'aménagement des ressources. Certes, la perspective n'est pas toujours réjouissante, mais il ne faut pas avoir peur de l'envisager quand on parle de régionalisation; ça en fait partie.

(11 h 30)

Ni le centre ni les régions ne seront prêts à payer de tels prix pour la régionalisation s'ils n'en reçoivent des bénéfices compensatoires. Pour une région comme la nôtre, ces bénéfices apparaissent de trois types. Tout d'abord, nous aurons l'avantage, comme les autres régions, de bénéficier de la production d'un centre qui gèrera mieux les choses essentielles. Ensuite, nous pensons que les nouveaux pouvoirs en région vont nous permettre d'améliorer l'accessibilité aux services sociosanitaires pour la

population de notre région et de lui offrir un réseau de services intégré et continu.

Nous croyons, tout d'abord, que le ministère et le gouvernement vont tirer un immense profit du simple fait qu'ils n'auront plus à gérer quasiment en direct le quotidien des établissements. Ils auront aussi plus d'énergie pour s'acquitter des tâches essentielles qui leur appartiennent en propre et ils auront ainsi la satisfaction de doter le système de politiques et de mécanismes qui le rendront plus performant, plus efficace et plus efficient. Ce faisant les régions profiteront d'un centre qui les nourrira d'éléments plus substantiels.

De plus, nous pensons que la régionalisation conduira le centre à développer des mécanismes d'allocation des ressources plus équitables, proportionnels aux indicateurs sociosanitaires, qu'une véritable politique de santé associée à un mécanisme intégré d'évaluation permettrait de développer.

L'accessibilité aux services sociosanitaires. Quant à l'amélioration de cette accessibilité, elle pourra prendre les formes suivantes: l'accès pour notre population à des services médicaux spécialisés et généraux demeure problématique. Nous pensons que de nouveaux moyens doivent être donnés aux régions dont, possiblement, la régionalisation des budgets de la RAMQ en vue d'améliorer leur capacité d'attirer et de retenir de nouveaux médecins. De les attirer, passe encore, mais de les retenir. De façon plus spécifique, nous proposons de supporter, de façon adéquate, l'arrivée et la rétention des nouveaux médecins en région périphérique par l'injection de budgets spécifiques au niveau des équipements et des budgets d'opération des établissements; de tenir compte des impacts régionaux avant de signer des ententes qui viennent perturber la pratique médicale et affecter la rétention des effectifs médicaux en région et de favoriser la mise en place de modes de rémunération adaptés aux conditions de pratique en région *périphérique*.

Deuxièmement, le transport des malades de notre région dans des centres de traitement situés à Montréal ou à Québec constitue un fardeau inéquitable et inacceptable pour notre population. Dans le contexte de la régionalisation, nous pensons que la région devrait avoir la capacité juridique et financière pour définir et mettre en oeuvre un programme spécifique à cette fin.

Enfin, la définition des places requises en centres d'accueil d'hébergement et en unités de soins de longue durée obéit à des critères provinciaux qui ne tiennent pas toujours compte des particularités géographiques des régions, notamment du facteur distance, et qui devront être revus grâce à la meilleure connaissance des besoins que procurera la régionalisation.

Offrir un réseau intégré et continu de services à la population de notre région, voilà la

raison principale et l'essence ultime de la revendication de régionalisation que nous formulons dans notre mémoire. Dans un contexte de régionalisation, les va-et-vient à Québec pour l'obtention d'accords devraient être diminués considérablement. De façon plus spécifique, nous pensons que les programmes régionaux de services doivent être mis en oeuvre sans l'approbation préalable de Québec au plan des modalités opérationnelles. Nous reconnaissons à Québec la responsabilité de définir les grandes politiques, mais les régions doivent obtenir une véritable capacité de définir les programmes jusque dans leurs modalités opérationnelles.

Nous sommes favorables, de plus, à considérer la proposition d'unification de certains conseils d'administration d'établissements. Cependant, afin d'arriver à une proposition qui respecte les particularités locales et qui tienne compte des véritables enjeux pour la population, soit au niveau de l'identification de ces territoires, soit relativement aux établissements concernés, nous demandons qu'un délai soit accordé à la régie en vue de présenter, à Québec, la carte des territoires ainsi que l'identification des établissements pour lesquels elle souhaite une unification des conseils d'administration.

Pour conclure, j'aimerais revenir sur les raisons du choix fait par notre conseil d'axer son message à la commission sur la régionalisation de la manière que nous l'avons fait, c'est-à-dire en insistant sur le prix politique à payer pour que ce projet se réalise. Parmi ces raisons, il y a d'abord celle des avantages escomptés, mais il y a surtout la conscience que l'idée de la régionalisation est une idée fragile et non partagée par tout le monde. Elle est fragile parce qu'il ne suffit pas de l'invoquer et d'en parler pour qu'elle se réalise. Nous prétendons qu'elle est fragile parce que nous, de la région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des îles-de-la-Madeleine, avons connu une expérience-pilote de régionalisation qui n'a pas réussi; 25 ans après le BAEQ, le taux de chômage de notre région est encore dix points au-dessus de la moyenne provinciale. On nous comprendra donc d'être, jusqu'à un certain point, sceptiques. Nous sommes d'autant plus sceptiques que la proposition de la commission Rochon et du document ministériel constitue une répétition, à peine transformée, d'une proposition analogue de la commission Castonguay-Nepveu, qui recommandait la mise sur pied d'offices régionaux des affaires sociales. Qu'est-ce qui nous assure que demain sera différent d'hier? Qu'est-ce qui nous assure que le discours actuel sur la nécessaire régionalisation n'aboutira pas au même balbutiement que celui d'hier? Nous n'en sommes plus à l'ère des grandes réformes technocratiques qui ont marqué notre société au cours des années soixante et soixante-dix. Et la première moitié des années quatre-vingt a été marquée par une crise économique que la deuxième

moitié a cherché à mieux assumer politiquement et socialement.

Dès lors, comment définir une réforme qui appelle des changements structurels dans un contexte qui s'en méfie? Et, de façon plus spécifique, le fait que, dans le rapport de la commission ou dans les "Orientations", l'on fonde principalement la nécessité de la régionalisation sur le constat de l'échec de la centralisation ne permet-il pas d'appréhender un renforcement des tendances centralisatrices à l'intérieur de notre système? Pensons tout simplement au poids des grandes corporations professionnelles, aux traditions syndicales, au lobby des associations d'établissements. Je ne savais pas qu'on arriverait après la FTQ.

M. Côté (Charlesbourg):... attendre avant.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bérubé: Pour assurer la réussite de l'idée de régionalisation, malgré sa fragilité, il n'existe qu'une seule condition, bien aléatoire: ça prend une volonté politique forte. La régionalisation n'existera qu'à la condition que le ministre veuille associer son nom au relèvement d'un défi que deux ou trois décennies de projets multiples et divers n'ont pas réussi à faire aboutir. Et, sommes-nous tentés d'ajouter, nous serions heureux de voir un ministre originaire de la Gaspésie, qui a déjà été ministre responsable du développement régional, faire corps avec ce défi. Il y apporterait une connaissance concrète de la réalité régionale et ce doute critique absolument nécessaire pour ne pas se suffire des discours et pour s'attaquer aux multiples obstacles qui risquent de réduire le projet à sa plus simple expression.

Si, dans le champ de la santé et des services sociaux, l'idée de la régionalisation a pris 20 ans avant d'occuper à nouveau le devant de la scène publique, il ne faudrait pas une deuxième fois manquer le bateau, car, cette fois-ci, ça risquerait d'être plus longtemps. Ce n'est pas sans raison que la commission Rochon, suivie en cela par la précédente ministre, a choisi de nommer régie régionale la nouvelle instance qui devra prendre en charge la responsabilité du système de services en région. Si les mots ont un sens, un conseil ne fait que conseiller, tandis qu'une régie régit, dirige et décide. Il ne faudrait pas qu'au terme de la réforme on ne se retrouve qu'avec des CRSSS revampés, remaquillés ou tout simplement améliorés. Il s'agit de mettre en place une instance régionale qui soit contrôlée le plus possible par la population de la région, qui ait de véritables pouvoirs relativement à l'organisation des services et qui constitue un véritable partenaire pour un centre qui garde les principaux leviers de commande.

Voilà, M. le ministre, Mmes et MM. les commissaires, le message que le Conseil de la

santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a voulu vous livrer. Les recommandations formulées en fin de notre mémoire résument bien ce message. Rappelons-en les maîtres mots: voir la régionalisation comme le projet principal dans la mise en place de la réforme; mieux préciser les responsabilités et les ressources; souplesse dans la politique de santé et de bien-être; faire mieux apparaître la différence entre la nouvelle et l'ancienne manière de faire; faire de la région régionale une instance forte, non concurrencée par d'autres pouvoirs en région; rendre la région la plus imputable possible; développer une équité entre les régions; aider les régions périphériques à améliorer l'accessibilité aux services; penser réseau de services plutôt que réseau d'établissements.

Ce mémoire a été adopté le 12 janvier. Vous comprendrez que le débat a évolué depuis ce temps-là. Lorsque nous avions pensé prendre le thème de la régionalisation, nous avions l'impression de prêcher un peu dans le désert, en face d'une arène qui ne comportait que des opposants. Depuis ce temps-là, M. le ministre a pris position et nous en sommes très heureux. La période des questions devrait nous permettre d'aller vers des questions un peu plus concrètes.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je suis toujours particulièrement fier de recevoir, dans une commission parlementaire, des gens qui défendent l'intérêt des bénéficiaires originant de mon coin d'origine. Évidemment, on peut se le dire entre nous autres, s'il y a une place où il y a eu des expériences qui ont été faites, c'est bien dans ce territoire-là. Et s'il y a une place où la régionalisation veut dire quelque chose, c'est bien au niveau du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. C'est là aussi que j'ai appris qu'il y avait des régions et qu'il y avait des sous-régions.

Évidemment, vous me connaissez un peu, venant d'une sous-région de la grande région, j'ai réservé pour vous des questions quant aux sous-régions dans la grande région. C'est beau, parler de régionalisation avec des pouvoirs, des pouvoirs qui, dans ce cas-là, bien sûr, seraient concentrés, comme actuellement, à Rimouski. Ce n'est pas nécessairement un défaut. On a décidé en 1965 de faire une capitale régionale forte. Je pense que ça a quand même eu des effets bénéfiques pour Rimouski, à tout le moins, et aussi, je pense, pour l'ensemble de la région du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Ma préoccupation, à ce moment-ci, n'est pas de savoir s'il y aura régionalisation ou pas: il va y en avoir une. S'ils auront des pouvoirs ou pas? Oui, ils vont avoir des pou-

voirs, et des pouvoirs de décider et des pouvoirs de gérer. Je l'ai dit et je le répète, on va aller au maximum de tout ce qu'on peut transférer. Évidemment, quand vous allez revenir nous voir annuellement en commission parlementaire, c'est là qu'il y aura la revanche des berceaux sur le plan de l'imputabilité. Et on verra, à ce niveau-là, tout ce que ça peut donner.

Ce qui me préoccupe, ce qui va me préoccuper jusqu'à la fin, c'est quelle place allez-vous faire à chacune des sous-régions de votre région, et comment est-ce que vous allez articuler la planification, la dispensation des services, comme région? Parce que... Plaçons-nous dans la situation où vous l'avez. Vous avez le pouvoir. Qu'est-ce que vous allez faire avec le KRTB? Qu'est-ce que vous allez faire avec **Rivière-du-Loup**? Qu'est-ce que vous allez faire avec la **Matapédia**? J'arrête là, parce qu'il peut y avoir des limites de régions qui changent.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bérubé: M. le ministre, je signalerai que nous sommes assez bien placés pour répondre à votre question. D'abord, le président du conseil est un Gaspésien, M. Arsenault. La vice-présidente est de **Rivière-du-Loup**. Elle est la présidente du conseil de l'hôpital de **Rivière-du-Loup**. Et même le directeur général provient de **Rivière-du-Loup**.

C'est une question très importante que vous posez, cette question de l'équilibre et de la façon de travailler en région. Il ne faudrait évidemment pas qu'on reproduise en région le modèle centralisateur qu'on reproche actuellement au gouvernement et dont on veut se délester. Je pense que...

M. Côté (Charlesbourg): Qu'on reproche au gouvernement et qu'on reproche aussi au CRSSS dans les régions.

M. Bérubé: Oui. Et, sur ce point, je pense qu'on pourrait vous donner, d'une part, un certain nombre de choses qui sont des éléments de fonctionnement actuel et qui nous servent, je pense, de perspective, parce qu'ils ont été intégrés dans le plan d'organisation du CRSSS. D'abord, première chose, je pense qu'on a toujours été soucieux et attentifs d'une équité intrarégionale. Et ça, ça veut dire... Ça peut aller jusqu'à reconnaître qu'un besoin est plus grand dans une sous-région que dans l'autre et, en conséquence, prendre la décision de l'affectation budgétaire et de ressources requises. Et, là-dessus, je demanderais au directeur général de donner peut-être quelques faits qui vous donneront un peu l'esprit dans lequel on entend travailler.

M. Miville (Jean): Je vais vous faire part un peu de quelques statistiques. Parce que cette

question-là nous préoccupait, également. En région aussi, on se fait dire: On pense que les pouvoirs sont à Rimouski, et on pense que vous n'en avez que pour Rimouski. Et c'est relativement préoccupant de se faire dire ça, à la longue. J'ai fait sortir quelques statistiques, justement pour vérifier si c'est bien le cas. Et, si c'est le cas, on s'en repentira. J'ai quelques statistiques qui sont assez éloquentes. Je ne les énumérerai pas toutes, mais quelques-unes. Stages aux étudiants en médecine: pour les années 1984 à 1988, il y a eu 500 000 \$ qui ont été investis à ce niveau; 57 % ont été investis en Gaspésie et 43 % dans le Bas-Saint-Laurent. Primes d'installation: sur 2 500 000 \$ - primes d'installation accordées aux médecins - de 1984 à 1989, 73 % ont été affectés dans la région 11 et 27 % dans la région 01. Et on pourrait y aller ainsi de suite. Une statistique assez intéressante. Les budgets alloués sur une base récurrente et non récurrente, c'est-à-dire les budgets d'exploitation, les budgets reliés aux équipements, aux immobilisations: pour les années 1982 à 1987, il y a eu 181 000 000 \$ investis dans la grande région sociosanitaire; 50,3 % ont été affectés à la région de la Gaspésie. Si on y va au prorata de la population, on sait que la Gaspésie a une population légèrement inférieure à celle du Bas-Saint-Laurent.

(11 h 45)

On pourrait y aller avec une autre, également. Les heures rémunérées des activités: de 1982 à 1987, il y a eu augmentation de 1 800 000 heures, l'équivalent de 1000 emplois directs qui ont été créés dans la région; 51 % de ces heures-là ont été affectées à la région de la Gaspésie, et ainsi de suite.

Je pense que ces chiffres-là parlent d'eux-mêmes, en termes de souci de l'équité. Comme M. Bérubé le mentionnait, y aller pour la régionalisation et concentrer ces responsabilités et ces pouvoirs dans une capitale régionale, on ne ferait pas un mois. Dans l'hypothèse d'une régionalisation, nous allons être beaucoup plus près des acteurs des milieux. Et, à ce titre-là, si jamais un conseil régional avait le goût d'utiliser à ses propres fins ce type de pouvoirs là, je suis persuadé que, dans la population, dans les milieux, il y aura des autobus qui vont se rendre au conseil régional, et que les gens vont dire ce qu'ils pensent de la situation. Il y a suffisamment de garanties, je crois, et suffisamment d'éveil au niveau de l'implication de la population pour, je pense, ne pas craindre que ces situations se reproduisent. On a un plan d'organisation qui a été modifié l'automne dernier et, justement, compte tenu de la grande région que nous desservons, nous avons tenu compte de la réalité des sous-régions. On ne pense pas que, au conseil régional, on doive se limiter au niveau des grandes sous-régions. L'orientation que nous visons est davantage d'y aller au niveau des territoires des MRC. Ça a une signification

excessivement importante pour nous, en région. Le conseil régional, depuis plusieurs années, suscite de la concertation par territoire de MRC.

Si nous avions l'intention de garder ces pouvoirs-là en région, jamais on ne créerait des forces au niveau des territoires locaux. Ce serait plus facile pour nous autres de diviser pour régner, mais ce n'est pas le cas. On pourrait parler d'autres exemples.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, le temps court. Je me permettrai une question, avant de passer la parole à mon collègue de Matapédia. Quelle est la place - je vais changer, parce que je sais qu'il veut aborder un problème de sous-région, lui aussi - du communautaire? On a entendu des gens venir du communautaire et craindre, effectivement, et s'opposer au transfert des enveloppes aux CRSSS, craignant que tout ça soit davantage dévolu à du curatif, au lieu d'aller à des fonctions de communautaire. On a entendu tantôt la réaction de la FTQ. Il n'y a pas d'équivoque: le communautaire, c'est éventuellement pour prendre la place des salariés. Ce n'était pas bien bien compliqué. Comment est-ce que vous composez avec le communautaire? Demain, dans la mesure où on transfère une enveloppe fermée et exclusive au communautaire, comment est-ce que vous allez gérer cette enveloppe-là, par rapport à l'ensemble de votre région et des sous-régions?

M. Miville: Je vais vous parler de ce qu'on fait et non de ce qu'on aimerait faire. Il y a une enveloppe excessivement importante qui s'en vient, au niveau de l'alourdissement de la clientèle. Ça représente environ 20 000 000 \$ au niveau du Québec et, pour notre région, quelque chose entre 1 500 000 \$ et peut-être 2 500 000 \$; on ne connaît pas encore l'ampleur de l'enveloppe.

Cette année... Il va de soi qu'il y a beaucoup de discussions qui entourent cette enveloppe-là. Est-ce que ce sont les CLSC qui vont avoir la majeure partie de l'enveloppe, ou les centres d'accueil? Bref, il y a un débat épique assez important, au niveau du réseau.

Les organismes communautaires interviennent également au niveau du maintien à domicile. Comme conseil régional, nous sommes appelés à jouer l'arbitre, à ce niveau-là. Nous avons formé une sorte de "comité-conseil", où des représentants du réseau sont présents, des représentants des organismes communautaires, également. Non seulement on ne s'est pas contentés de ça, mais on a demandé à ce que des représentants de la Fédération des clubs de l'âge d'or soient également présents. Je pense qu'on va assister à une dynamique fort intéressante.

Les organismes communautaires, c'est beau d'en parler, mais il faut effectivement que, concrètement, on leur fasse une place. Mais ce

n'est pas nécessairement clair. Quelle place les organismes communautaires désirent-ils avoir? Quelle place le réseau est-il prêt à leur accorder? Est-ce que les organismes communautaires désirent être subventionnés, financés, sans aucune reddition des comptes? Là aussi, un moment donné, je pense qu'il faut qu'on clarifie la question. On n'a pas le choix, je pense qu'on doit absolument composer avec les organismes communautaires.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Miville. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Matapédia. S'il nous reste du temps, on pourra revenir par après. S'il vous plaît.

M. Paradis (Matapédia): Oui. Merci, M. le Président. Ma question, pour revenir aux sous-régions: l'équité intrarégionale que vous souligniez tout à l'heure, est-ce que ça veut dire implanter dans chacune de ces sous-régions - pour ne pas les nommer, les MRC - toutes les institutions que peut compter le réseau de la santé?

M. Miville: Comme au niveau provincial on doit avoir les locomotives dans le secteur de la santé, c'est la même chose, je crois, au niveau des régions. On ne peut pas saupoudrer l'ensemble des ressources. Il y a certaines ressources spécialisées qui doivent se retrouver dans des endroits, compte tenu que ça prend minimalement une masse critique. Est-ce que ça veut dire, par contre, que nous allons développer des pôles excessivement forts et que le reste de la région va se sentir dépourvu? Moi, je pense qu'on est rendu à l'étape où les services doivent être disponibles là où la population le requiert. Donc, assister à une déconcentration des services.

M. Paradis (Matapédia): Je ne vous suis pas tout à fait. Lorsque vous dites: donner des services où la population le requiert, moi, mon entendement c'est où il y a le bassin de population le plus large. Je comprends, donc, Rimouski?

M. Miville: C'est un élément parmi tant d'autres. Je vais vous donner un exemple. Le conseil régional a identifié des besoins énormes dans la région, au niveau de la réadaptation des personnes handicapées, physiques entre autres. Si nous avions suivi le modèle auquel on était habitués, nous aurions facilement démontré que ça prend un centre de réadaptation, effectivement, et les services seraient disponibles à un seul endroit. L'orientation qui a été proposée par le conseil régional, c'est effectivement que le centre soit rattaché à un établissement, à une institution déjà en place, mais que les services soient déconcentrés dans la région. À ce titre-là, on recommanderait l'implantation de quatre équipes de secteur. Parce que, dans une région comme la nôtre, avoir un centre régional avec

des gens de Gaspé qui doivent parcourir 350 milles pour y avoir accès, je ne suis pas sûr qu'on peut appeler ça facilement accessible. D'où il faut qu'on agisse en termes d'organisation et tenir compte de la dimension géographique du territoire.

M. Paradis (Matapédia): J'ai hâte de voir l'arbitrage qui pourrait être fait, à un moment donné, lorsque ces régions-là seront mises en place, et de quelle façon chaque sous-région pourra tirer son épingle du jeu. **Peut-être** un commentaire, en terminant, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Très brièvement, M. le député.

M. Paradis (Matapédia): Je vous trouve un petit peu timide lorsque vous parlez des médecins. Vous parlez que des budgets soient augmentés. On parle de retenir les effectifs médicaux, mais en ajoutant encore de l'argent. On parle que, possiblement, les budgets de la RAMQ soient régionalisés. Je trouve ça timide, comme approche. J'aurais aimé que vous soyez un petit peu plus... Parce qu'on les vit, les problèmes, ça fait 20 ans qu'on les vit. Je pense qu'on a de la difficulté à les retenir. On a de la difficulté d'avoir des boursiers, on a de la difficulté à retenir et nos spécialistes et nos médecins généralistes, de sorte que j'aurais aimé une position un petit peu plus ferme.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. M. leader de l'Opposition.

M. Chevrete: Merci, M. le Président. Je suis content que vous ayez axé sur la régionalisation, parce que c'est vrai que vous devez connaître ça: on vous a fait tellement rêver avec le BAEQ, il y a quelques années, que vous savez sans doute qu'il ne faut surtout pas, quand on parle de régionalisation, y aller au niveau du rêve sur papier, mais y aller dans les faits. Donc, quand le ministre a dit tantôt qu'en Gaspésie ils connaissaient ça, je pense que oui. Et je pense que vous allez être de ceux qui vont exiger une décentralisation certaine. Si on veut régionaliser - il ne faut pas avoir peur des mots - ce n'est pas de la déconcentration, et surtout pas de la déconcentration des enveloppes actuelles, parce que les iniquités pourraient être perpétuées. Je pense qu'il faut corriger au départ les enveloppes, même au niveau de la RAMQ. **Là-dessus**, je suis d'accord avec le député de Matapédia. Si on veut corriger véritablement les aberrations du système, quel que soit l'endroit au Québec... Quand tu es payeur de taxes tu as droit à une égalité d'un service, je pense. Il n'y a pas une différenciation d'impôt parce que tu es en Gaspésie ou dans le **Bas-du-Fleuve**, par rapport au Montréalais. Donc, il faut que l'équité passe d'abord par le rétablissement des iniquités.

Cela dit, je voudrais vous poser une question sur les spécialités de base qu'on devrait retrouver en région. Je n'ai pas l'impression que dans votre mémoire... Vous allez jusqu'à demander la surspécialisation. Mais quand vous parlez de décentraliser, y compris la RAMQ... Je ne me souviens pas à quelle page de votre résumé, dans les premières pages, à la page 5. Vous dites: "... dont, possiblement, la régionalisation des budgets de la RAMQ". Moi aussi, ça m'a frappé. Pourquoi dites-vous "possiblement", alors que, s'il y a régionalisation et véritablement décentralisation de la RAMQ, vous réglez les problèmes de répartition des médecins? Est-ce que c'est parce que vous aviez peur de le dire carrément?

M. Bérubé: Non. Possiblement, c'est parce que, quand on en a discuté au conseil d'administration - c'est un dossier assez complexe, que cette question de régionalisation de la RAMQ - on n'avait pas les données suffisantes. La question qu'on se posait était: Comment se fait-il que l'avant-projet de loi n'a pas retenu cette proposition de la commission Rochon? Alors, on s'est dit: Il faut absolument remettre cette proposition en discussion, et il faudrait au moins qu'on ait des explications pourquoi ce n'est pas faisable, si ce n'est pas faisable. C'est pour ça qu'on n'avait pas l'expertise technique pour être capable de la défendre résolument. C'est la raison pour laquelle on a dit: Possiblement, même la régionalisation de la RAMQ. Le débat, évidemment, a évolué.

M. Chevette: Mais, au niveau de la surspécialisation, je comprends, je ne sais pas moi non plus quels sont les critères qu'il faudra retenir, par exemple, pour dire: Il y a surspécialisation. Il faut en tenir compte, et ça ne peut pas être à la grandeur du Québec, dans les seize régions sociosanitaires. Cela dit, quand tu as gardé une provision pour les centres universitaires et les endroits où il y a de la surspécialisation, après ça, à mon point de vue, il faudra aussi tenir compte du contexte géographique. Parce que ce n'est pas vrai que desservir, je ne sais pas moi, une population de 20 000 âmes, 40 000 ou 60 000, ou 100 000 âmes dans la région de Lévis, ici, c'est la même chose que de desservir 100 000 âmes sur le territoire de la Gaspésie. Si on se contentait d'un per capita bête et innocent, on perpétuerait, à mon point de vue, les iniquités.

Il va falloir tenir compte de la capacité de déplacement, dans tout ça. Ce sont des critères de base qu'on reconnaît, de toute façon. L'expertise, on l'a dans d'autres secteurs, là-dessus. Et ça, j'espère qu'on a assez de fonctionnaires avec assez de données là-dessus pour bâtir des critères qui devraient correspondre un peu aux réalités du Québec. Comme à Blanc-Sablon, traiter quelqu'un, ça ne doit pas coûter tout à fait le même prix. Je sais qu'à Fermont, pour construire un lit d'hôpital, c'est 300 000 \$

du lit. Je me souviens, parce qu'on avait discuté du projet. À ce moment-là, ce n'est pas la même chose, bâtir un lit en plein cœur de Montréal, qu'à Fermont. C'est évident.

Donc, ceci dit, quand on a tenu compte de ces critères, vous ne croyez pas qu'il y va de l'avantage même de la communauté régionale, de décentraliser non seulement les sommes sur le plan administratif, mais les enveloppes de la RAMQ?

M. Miville: Je pense que ce qu'il faut surtout éviter, vous l'avez souligné, il faut éviter d'y aller uniquement sur la base du per capita. Sinon, les régions périphériques risquent d'être fortement pénalisées. Dans une région comme la nôtre, il y a une population - l'ancienne région 01 - de 230 000. Il y a environ une douzaine d'institutions qui maintiennent les urgences 24 heures par jour, 7 jours-semaine. Allez à la Cité de la santé, à Laval: cet établissement dessert une population de 400 000 âmes. Donc, une équipe médicale, disons 24 heures par jour, 7 jours-semaine, est suffisante pour desservir ce bassin de population, alors que, dans une région comme la nôtre, nous avons besoin de 12 équipes médicales.

Si on y va sur le per capita, on nous dit: Vous êtes une région très bien nantie, comparativement aux autres régions. Mais on ne tient pas compte de la réalité géographique de cette région. Également, au niveau du per capita, je saisis l'occasion pour faire un aparté: La distribution des ressources financières n'est pas suffisante, au niveau du per capita. On a dit et redit, des études ont démontré qu'il y a une corrélation positive entre un état économique d'une population et son état de santé. Il faudrait peut-être, dans la répartition des budgets, des ressources additionnelles, qu'on tienne compte, effectivement, des facteurs économiques qui existent dans les régions et, également, qu'on établisse une relation avec les indicateurs de santé.

Une étude a été réalisée. On a découpé le Québec au niveau des MRC. On a identifié cinq blocs de MRC. Prenez les 20 MRC les moins bien nanties du Québec: sur les 20, il y en a 9 qui appartiennent à la région 01. Sur les 8 premières, il y en a 7 qui appartiennent à la région 01. Donc...

M. Chevette: Moins bien nanties, ou viabilité, là? C'est quoi, le but?

M. Miville: Les MRC les plus pauvres, par ordre, au niveau du Québec.

M. Chevette: La pauvreté per capita. D'accord. (12 heures)

M. Miville: Ce sont des éléments que nous devons absolument considérer dans une répar-

tion éventuelle des ressources. Il faut absolument qu'on donne des chances égales à tout le monde. Équité ne veut pas dire égalité. Il faut qu'on tienne compte des réalités qui existent dans les régions.

M. Chevette: Une dernière question sur la fusion des conseils d'administration. Sur votre territoire, ça signifierait quoi concrètement? Est-ce que ce ne serait pas **désincarnar** vos institutions, compte tenu de l'**éparpillement** des ressources physiques?

M. Bérubé: Ça dépend des situations. On avait déjà acheminé une proposition d'unification, par exemple, entre le CSS de Gaspé et un centre d'accueil pour handicapés socio-affectifs et ça apparaissait très fonctionnel. Dans d'autres circonstances, ça ne le serait pas. C'est la raison pour laquelle on ne voulait pas d'un modèle mur à mur provincial, parce qu'on pense que ça va trahir notre réalité; et c'est la raison pour laquelle on disait: Eh bien, demandez donc... Je pense qu'il faut qu'il y ait un certain effort de fait là-dedans. Dire tout simplement: On abandonne cette idée-là, on retourne au statu quo, je ne crois pas que ça fasse avancer les choses. Je pense qu'il faut un incitatif pour que les régions se posent la question, et il y a des choses à faire, je pense. Je ne pourrais pas vous dire aujourd'hui comment ça se traduirait concrètement.

M. Chevette: Ce n'est pas le même complet pour tout le monde.

M. Miville: C'est ça.

M. Chevette: J'ai compris ça. Merci.

M. Trudel: Une région qui vous ressemble, c'est évidemment le Nord-Ouest du Québec, l'Abitibi-Témiscamingue. La rétention des effectifs médicaux. Vous dites en quelque sorte que, pour améliorer la rétention des effectifs médicaux, on doit mettre l'incidence sur le développement des équipements et le développement des budgets des établissements en soi. Est-ce que vous croyez vraiment que ça peut nous amener à avoir un contrôle effectif sur la réalisation des plans d'effectifs dans les institutions qui sont déjà faits et qui seront faits en vertu d'un autre article dans ce projet de loi? Est-ce que ça peut vraiment nous permettre d'atteindre l'équité en termes de services à la population?

M. Miville: Je ne crois pas qu'en ajoutant des équipements et des budgets, pour les équipements au niveau des établissements, ce sera suffisant. Mais la situation que nous vivons à l'heure actuelle... Parce qu'il y a eu quelques années où on a eu des mesures incitatives et le recrutement s'est amélioré sensiblement, sauf que

les établissements qui ont recruté des médecins se retrouvent aujourd'hui, pour plusieurs, dans une situation financière excessivement pénible. C'est presque un message de dire: On va arrêter de recruter. Nous avons des problèmes de gestion, compte tenu que les ressources financières ne suivent pas, et des problèmes au niveau des équipements également. Mais, si on veut vraiment régler la question, il faut qu'on prenne les problèmes à la source; il faut qu'on s'assure qu'il y a une volonté réelle de prendre les médecins là où ils sont et les amener en région. On pense que la régionalisation des budgets de la RAMQ, c'est vraiment la solution qu'on doit absolument regarder.

Je me permets peut-être de glisser un mot là-dessus. Si on met toutes nos énergies pour organiser le réseau en fonction de cette question-là, c'est une chose, et là on perpétue ce qu'on dénonce: la gestion à courte vue. J'ai l'impression qu'on n'identifie pas clairement quelle est la finalité de notre système de santé. Tant et aussi longtemps que nous ne répondrons pas à cette question-là, que nous n'aurons pas des objectifs clairs de santé, on risque de faire du sur place. Les deux éléments sont fort importants, le système central doit définir où il s'en va, quels sont les objectifs et quelles sont les priorités nationales. Aux régions et aux établissements, également, de les adapter et de les réaliser.

La question des médecins, des services spécialisés, ça fait 20 ans qu'on en parle. Je suis prêt à vous mentionner, suite à une étude qui a été réalisée par le DSC de Rimouski, qu'entre 1984 et 1986 il y a eu 57 000 déplacements annuellement de réalisés dans notre région. C'est près de 1100 déplacements par semaine, dont les deux tiers se font vers les régions métropolitaines de Québec et de Montréal. Je dois mentionner également que ces déplacements-là **sont** aux frais des citoyens, compte tenu qu'il n'y a pas de politique pour faciliter le transport.

M. Trudel: C'est fondamental, ça.

M. Chevette: Avez-vous une évaluation?

M. Miville: Il y a eu une étude de réalisée par nos DSC qui évaluent à environ 560 \$, en 1985, les coûts reliés par personne... Bon, mettez 57 000 déplacements et vous avez une idée des coûts exorbitants que la population doit assumer.

M. Trudel: Tout le monde a des services de santé équitables au Québec, mais certains sont plus équitables que d'autres.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Miville. On doit maintenant conclure. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier et, en terminant, vous dire que je suis

convaincu que, si la régie avait eu des pouvoirs au niveau régional, on aurait évité, aujourd'hui, un autre transfert, M. Guillemette; on aurait peut-être évité un autre transfert. Mais les chiffres sont très importants et, si on pouvait avoir une communication ultérieure sur ces données-là, ça m'apparaît des données très importantes, et évidemment continuer... On se donnera au moins le privilège de s'en reparler avant même que ça n'arrive. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Au nom des membres de cette commission, je tiens, moi aussi, à vous remercier. Merci beaucoup. Je vais demander aux gens représentant les organismes communautaires de la région KRTB, de bien vouloir s'avancer s'il vous plaît.

Bonjour, mesdames. Bienvenue à cette commission. Vous connaissez un peu la procédure: Vous avez une dizaine de minutes pour nous présenter votre mémoire de la façon la plus concise possible. Et puis, par après, les membres de cette commission se réservent le privilège, le droit de vous poser quelques questions. Merci. La personne responsable doit s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent.

Organismes communautaires de la région KRTB

Mme Lamirande (Cyd): Merci. M. le Président, M. le ministre. Mon nom est Cyd Lamirande. Je représente les personnes handicapées du secteur KRTB. Mme Michelle Denis, à ma droite, représente le comité bénévole au niveau des personnes âgées; à l'extrême gauche, Mme Françoise Paquette, qui représente les accidentés du travail, et Mme Blanche Wkijez, qui représente les personnes âgées et que j'inviterais à vous adresser la parole en premier lieu. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci. Allez, madame.

Mme Widiez (Blanche): M. le Président, M. le ministre, mesdames, messieurs. Afin de soumettre un document reflétant la réalité de tous les partenaires du KRTB, le comité régional a procédé à une consultation auprès de 26 organismes communautaires oeuvrant dans les secteurs touchant les personnes âgées, les jeunes, les personnes handicapées, les femmes, les retraités et les préretraités, les organismes d'éducation populaire, ainsi que les accidentés du travail.

Les organismes ont eu à se prononcer sur les articles devant avoir un impact sur leur fonctionnement, leurs services, leurs missions. L'un des principaux points qui est ressorti de notre consultation concerne l'allocation directe à l'usager. Il serait indispensable de permettre aux établissements de verser une allocation directe à l'usager dans les cas de maintien à domicile; de prévoir une mesure de protection de l'usager en

ce qui a trait à son statut d'employeur et qu'il n'ait pas à satisfaire aux exigences de la loi sur l'impôt; de maintenir un taux horaire ne réduisant pas les heures de prestations requises par la condition de l'usager.

Programmes de subvention. Les programmes de subvention sont difficilement accessibles aux organismes communautaires. Ceux-ci doivent parfois modifier leurs orientations ou leurs objectifs pour cadrer avec les critères d'admissibilité, alors que, bien souvent, ils sont la porte d'entrée des besoins de la population. Que les organismes communautaires soient partenaires du réseau est plus que souhaitable, mais encore faut-il que les ressources financières leur soient accessibles de façon suffisante, prévoyant un budget de participation et de représentation des usagers. Un plan triennal aiderait considérablement à une planification à plus long terme.

Reconnaissance des acquis. Les bénévoles et le personnel oeuvrant au sein des organismes communautaires ont acquis, au fil des années, une expertise qui n'est nullement reconnue à l'intérieur du réseau. Le partenariat exige la reconnaissance et le respect mutuel de la compétence. L'élaboration de protocoles d'entente stipulant les droits et devoirs des partenaires permettra à chacun d'obtenir la crédibilité qui lui revient de droit. Information aux praticiens. Des modalités visant à instaurer un réseau d'information touchant tous les types de clientèles et services devront être étudiées pour permettre aux praticiens de bien remplir leur rôle.

Désinstitutionnalisation. Qu'il s'agisse de personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé mentale, il est essentiel que l'on mette en place des ressources adéquates et suffisantes pour accueillir et supporter ces personnes dans leur milieu. Les bénévoles ne peuvent se substituer aux professionnels de la santé et le réseau doit assumer ses responsabilités, notamment en regard de l'alourdissement de la clientèle.

Statut des auxiliaires familiales. Il ne faut pas confondre le statut d'auxiliaire familiale et celui de dame de compagnie. Les besoins des usagers sont plus importants que le "standing" au sein des corporations professionnelles. Il faut définir leur rôle et leurs fonctions. Les usagers ont besoin de services et non pas seulement de support psychologique. La population de 65 ans et plus est de 12 % dans le KRTB.

Médecins en régions rurales. Comment s'étonner de l'engorgement des urgences? Les médecins disponibles sont en majeure partie à l'hôpital. Le besoin d'omnipraticiens est considérable. Selon un récent sondage, la région de Kamouraska, à elle seule, aurait besoin de sept généralistes.

Régionalisation des services. La régionalisation des paliers décisionnels permettra, nous l'espérons, une répartition plus adéquate des ressources. Cependant, cette mesure peut évincer des organismes des structures provinciales de

représentation. Il faudra que ce recours leur soit disponible et reconnu; par exemple, des maisons de jeunes. Il faudra favoriser la concertation des organismes représentant le même type de clientèles pour assurer une représentation adéquate des usagers. Il sera primordial qu'il y ait concordance entre les orientations et l'avant-projet de loi dans le sens de la participation des usagers à la gestion et à la définition des besoins.

Mme Paquette (Françoise): Choix de ta clientèle. Un établissement offrant des soins de santé et des services connexes administrera des budgets et établira des règlements déterminant des clientèles. Cette façon de faire favorisera certaines personnes et en éliminera d'autres étant hors cadre. N'est-il pas regrettable qu'au nom d'une saine administration on ignore ainsi nombre de problèmes qui continueront d'évoluer et en viendront à entrer dans des cadres et coûteront alors plus cher? Une écoute attentive des besoins des individus et une réponse empressée, n'est-ce pas, dans le domaine de la santé, une saine gestion des ressources humaines et financières de notre collectivité?

Élaboration d'un plan individualisé. Il est essentiel que chaque bénéficiaire ait droit à un plan d'intervention spécifique et global reconnaissant ses besoins biologiques, psychologiques et sociaux et que les ressources nécessaires soient disponibles pour y répondre. L'objectif de ce plan devrait être la guérison ou la consolidation maximale de l'individu et, pour ce faire, l'attention du professionnel participant à l'élaboration du plan doit être telle que le bénéficiaire se sente partie prenante de ce projet. L'intervenant se mettra à l'écoute du bénéficiaire pour la compréhension entière de la problématique vécue par l'interpellant. La ressource doit toujours être consciente qu'un problème atteint d'abord une partie de l'intégrité d'un individu, mais que les répercussions perturbent les autres aspects de cet individu. Le plan doit s'établir sans que l'on perde de vue l'objectif pour lequel il existe.

Demande coordonnée. Pour trouver réponse à ses besoins, un individu doit souvent se présenter à plusieurs instances, CSST, RAMQ, OPHQ. La tâche devient vite une corvée lorsqu'on s'aperçoit que s'empilent les formulaires et que se multiplient les visites chez les médecins et les enquêtes et que, de plus, le vocabulaire des uns n'est pas toujours significatif pour les autres. Un plan individualisé provenant de différents services devrait pouvoir se formuler par un processus commun.

Accompagnement, plaintes et ressources. Notre société reconnaît aux individus de nombreux droits dans le domaine de la santé et des services sociaux et nous en sommes bien aise. Mais en obtenir l'application intégrale est parfois un défi et, pour l'obtenir, il faut porter plainte.

C'est aussi une démarche difficile, même si on a le droit de se faire accompagner. Il faut alors bien définir le rôle, la responsabilité et le devoir de l'accompagnateur. Accompagner le plaignant dans ses récriminations, on prévoit confier ce mandat à des organismes bénévoles. Devons-nous enfin voir ici une reconnaissance du travail que nous accomplissons depuis des années? Si oui, grand merci! Mais pour bien répondre aux attentes des bénéficiaires et des mandataires, nous avons besoin d'argent, de formation et d'un peu plus de monde.

(12 h 15)

Collaboration. Par la tâche ainsi confiée aux organismes communautaires, ceux-ci doivent oeuvrer en relation avec les ressources du réseau. Nous savons que le partenariat exige des parties une étroite collaboration et une communication efficace. Verrons-nous alors s'établir des protocoles d'entente et des contrats de services nous assurant une meilleure stabilité et, à notre clientèle, plus de sécurité?

Mme Denis (Michelle): Il nous apparaît essentiel, dans la réforme sur la santé et les services sociaux, de simplifier les structures administratives. D'ailleurs, notre position à ce sujet fut très explicite lors de la présentation de notre mémoire. Pour ce faire, il faudra décentraliser les pouvoirs en évitant de multiplier les paliers décisionnels, tel que le propose l'avant-projet de loi avec les collèges régionaux. La régionalisation peut s'avérer la solution à cette nouvelle avenue. Cependant, il est primordial de tenir compte des particularités de chaque région. Notre région, 01-11, ne peut se doter, dans le contexte actuel, de mécanismes de concertation adéquats, compte tenu de notre situation géographique et financière et du peu de ressources humaines dont nous disposons. Ces mécanismes, qui pourraient prendre la forme de tables sous-régionales, devront être la base de référence pour les régions régionales dans l'élaboration des orientations.

On devra également s'assurer de la participation significative des usagers en développant des mécanismes d'accès et de circulation de l'information. De plus, la mission de chaque organisme et établissement devra être clairement définie pour assurer l'efficacité fonctionnelle du réseau. Les CLSC devront assurer le mandat de porte d'entrée avec les ressources appropriées en quantité et en qualité. On devra également inciter toutes les instances locales, MRC, office municipal d'habitation, commissions scolaires, institutions d'enseignement et j'en passe, à participer activement à la gestion de la santé et des services sociaux sur leur territoire.

Actuellement, nous sommes confrontés au problème d'une société très compartimentée. Le bien-être de la population, c'est l'affaire de tout le monde. Par exemple, on confie des corps malades aux médecins en oubliant que ceux-ci ne

sont pas uniquement des corps, mais bien des êtres humains avec des besoins autres que physiques. Selon le Dr Yves Lamontagne, les causes de détérioration de la relation entre le médecin et ses patients sont dues à: la formation inadéquate, le régime de paiement à l'acte, l'abus de la technologie et la bureaucratie.

La restructuration du réseau de la santé et des services sociaux nécessite que tous soient mis à contribution. La participation d'autres ministères doit permettre de solutionner diverses problématiques en s'attaquant à la cause même des maux. Le réseau de la santé et des services sociaux se situe actuellement au carrefour de sa restructuration. Il n'en tient qu'à nous d'obtenir les informations nous permettant de faire un choix éclairé sur la route qu'il nous faudra prendre.

Mme Lamirande: Et, pour terminer les organismes communautaires représentent sans nul doute une ressource essentielle à la complémentarité des services dans le réseau de la santé au Québec. Les orientations ministérielles démontrent clairement la nécessité de reconnaître et de supporter adéquatement le travail de milliers de bénévoles au sein de ces organismes. À cet effet, l'avant-projet de loi nous laisse perplexes quant aux actions réelles qui seront entreprises pour assurer la reconnaissance des organismes communautaires. Avant tout, le gouvernement doit assurer à ces organismes un financement adéquat pour assumer les activités reliées à leur mission première et, d'autre part, leur fournir les ressources leur permettant d'actualiser les mandats que l'avant-projet de loi désire leur confier.

Ces organismes ne rejettent pas la nécessité d'assurer une vérification des activités réalisées à partir de fonds publics, mais celle-ci ne doit pas être un prétexte pour contrôler leurs actions qui pourraient éventuellement compromettre leur vocation première. C'est souvent le cas lorsque l'on constate que certains organismes modifient leurs objectifs pour accéder à des programmes de subvention.

Est-ce à dire que les besoins doivent se modeler aux structures pour recevoir une réponse? Permettez-nous d'en douter. Les organismes communautaires ont leur place dans le réseau de la santé et des services sociaux puisqu'ils peuvent, dans bien des cas, assurer une réponse plus rapide et plus personnalisée aux besoins. Mais ces actions, pour qu'elles soient appropriées, nécessitent la mise en place de moyens de support aux groupes. Un financement adéquat et l'accès à des ressources de formation permettront de réduire considérablement l'instabilité et l'affaiblissement continuels que vivent ces organismes.

D'autre part, la collaboration et la concertation avec le réseau de la santé et des services sociaux nécessitent l'acceptation du partenariat

comme base de fonctionnement. Les échanges de services et le respect des responsabilités de chacun doivent être clairement spécifiés pour assurer une intervention adéquate et éviter la duplication des ressources. Les organismes communautaires ont développé, au fil des ans et des besoins, une expertise qui justifie leur présence au sein de la structure décisionnelle du réseau. Pour ce faire, il faudra cependant prévoir des ressources d'appoint leur permettant d'assurer une représentation adéquate.

En conclusion, nous aimerions souligner que les organismes communautaires sont nés des besoins des clientèles souvent défavorisés et qu'à ce titre leur existence est liée aux diverses problématiques que rencontrent ces personnes. Les organismes communautaires ne veulent en aucun cas se substituer aux ressources du réseau, mais plutôt apporter leur contribution pour que la dispensation des services de santé et services sociaux au Québec réponde aux besoins de la population. Il en va de notre avenir commun et c'est tous ensemble que nous saurons apporter des solutions aux problèmes actuels. Les organismes communautaires, ce sont des milliers de bénévoles qui ne demandent qu'à mettre la main à la pâte, à la condition que cette collaboration soit reconnue et soutenue. Les organismes communautaires sont une force à notre service. Il n'en tient qu'à nous d'être toujours plus forts. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, mesdames. Avant de reconnaître M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, il me fait plaisir de saluer la présence de M. le ministre délégué aux Forêts et aussi député de Rivière-du-Loup, M. Albert Côté. Bienvenue à cette commission, M. Côté. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci. M. le Président. Je me permettrai une question. Depuis le début de la commission parlementaire, je pense que c'est peut-être le groupe communautaire qui a été le plus représenté sur le plan du nombre, avec un message qui est, bien sûr, assez uniforme, avec quelques variantes. Il y en a une chez vous, soit celle de ne pas craindre que le budget pour les organismes communautaires puisse être régionalisé en autant qu'il soit protégé à l'intérieur d'une région. Dans ce sens-là, vous êtes, disons, moins peureux que d'autres, si jamais il devait y avoir peur, et je tenais à le souligner.

Évidemment, lorsqu'on dit que le communautaire doit exister, c'est vrai; qu'il doit être supporté, c'est aussi vrai. Cependant, il faut apporter des nuances. Je veux tenter de vous donner la chance de m'apporter ces nuances, vous, groupes communautaires, pour être capable de bien démarquer la ligne. On a vu la FTQ, ce matin, qui est venue nous dire: Les groupes communautaires, on n'est pas trop trop pour ça parce que, éventuellement, ils peuvent envahir

notre champ, tout en disant: Il faut reconnaître les groupes communautaires. C'est vrai qu'il faut les reconnaître. Ça s'arrête où? Et sous quels critères, nous, on devrait subventionner les organismes communautaires? Ce n'est pas uniquement parce qu'ils sont organismes communautaires qu'ils doivent être supportés par le ministère chez nous, ayant des fonctions de santé et services sociaux. Donc, à ce niveau-là, on parle de complémentarité, mais est-ce qu'à tout le moins on devrait exiger des groupes communautaires qu'ils soient complémentaires à ce qui est déjà offert par l'institutionnel?

Mme Lamirande: Si je peux me permettre de vous répondre, M. le ministre, au départ, tous les groupes communautaires, peut-être à quelques exceptions près, sont nés de besoins qui, d'une part, étaient non satisfaits ou satisfaits de façon partielle par les... Peu importent les réseaux, et là j'englobe tous les organismes communautaires. Dans la mesure où le système de santé saura répondre à des besoins, je pense que le mouvement communautaire a toujours été assez souple pour s'adapter. On dit qu'on est là pour répondre aux besoins des gens. Dans la mesure où ces besoins-là sont satisfaits, je dois qu'il y a certains organismes qui devront soit se réorienter ou encore peut-être se fusionner avec d'autres organismes. C'est une hypothèse que j'avance, mais je me dis: On a toujours eu comme mission première de répondre aux besoins. Donc, dans la mesure où c'est ce qu'on cherche à faire, je crois qu'à ce moment-là il y aura des modifications au sein du réseau communautaire au Québec, de par les modifications à l'avant-projet de loi.

Concernant les subventions, c'est un point un petit peu plus délicat. On parlait tantôt de disparités régionales, lorsque le CRSSS 01 a amené des éléments. Je, crois qu'au niveau des organismes communautaires ça se présente aussi. Nous, on représente le KRTB et aussi on se rapproche des autres organismes de la région 01; il y a des éléments, pour nous, qui sont défavorisants. Si on prend les organismes communautaires, je peux peut-être parier dans mon cas plus particulier où je regroupe des organismes de personnes handicapées au niveau du KRTB, on a à subir des frais qu'un regroupement comme le mien qui est à Québec ou à Montréal n'a pas à subir. Si on regroupe 15 associations de personnes handicapées dans la région de Québec, tout le monde est tout près. Si on veut réunir ou concerter les gens, c'est assez facile. Dans une région éloignée, ce sont les frais de déplacement, ce sont les gens qui doivent souvent laisser du temps de travail parce que, à un moment donné, ils doivent se déplacer pour être à une réunion. Sur notre territoire il y a des gens qui doivent se déplacer pendant une heure trente, faire des trajets d'une heure trente pour aller à des rencontres, et ça c'est du travail bénévole.

Alors, je me dis, il faut quand même supporter ces gens-là, permettre aux organismes non pas de financer de gros salaires aux permanents, ce n'est pas ça que les organismes cherchent, mais d'avoir un financement de fonctionnement décent, une table au niveau des organismes d'éducation populaire qui fonctionne au même titre que toutes les autres tables au Québec. La majorité des autres tables ont, par exemple, un minimum de 24 000 \$ à 25 000 \$; celle qui doit fonctionner pour couvrir en tout cas Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, ce qui représente aux alentours de 100 ou 110 groupes, reçoit 14 000 \$ et ça ça comprend le salaire de la personne qui travaille à peu près six mois par année. Donc, quand on parle de décent, il y a une nuance et c'est cette nuance-là que je voulais apporter. Je pense que les groupes ne sont pas là pour faire de l'argent. C'est très clair. Les groupes sont là pour apporter un support aux personnes - comme je le mentionnais souvent - défavorisées. Ce n'est pas du "cheap labor" comme on vit à l'heure actuelle qu'il faut propager. Qu'un organisme ait un fonctionnement qui puisse lui permettre de garder la personne qui travaille pour cet organisme-là et qu'il n'y ait pas un roulement constant de personnel, parce que les gens s'en vont ailleurs pour être mieux payés, je pense qu'il faut tenir compte de ça. Le réseau communautaire, si ça continue à ce rythme-là, il va s'affaiblir de plus en plus, il va finir, je ne dis pas par mourir, mais par être très, très faible. Et on sait que le réseau communautaire est très important au Québec même s'il n'est pas reconnu à sa juste valeur. Donc, vous mettre des chiffres, M. le ministre, c'est difficile. Je pense que les organismes communautaires dans l'évaluation de leurs besoins vont être très francs, en tout cas les organismes de chez nous, parce qu'on en représente 26 ici, à s'asseoir avec eux et dire: Vous avez besoin de combien? Les gens n'iront pas demander des salaires de 50 000 \$ par année, ça soyez-en assurés.

Le Président (M. Joly): Est-ce que j'ai le consentement afin que Mme la députée de Kamouraska-Témiscouata, Mme Dionne, puisse poser une question ou deux? Oui, s'il vous plaît. Merci. Mme Dionne.

Mme Dionne: Merci, M. le Président. Je voulais tout d'abord remercier les gens du KRTB d'avoir bien voulu accepter de se regrouper et de préparer un mémoire. Je sais qu'on a parlé des distances tantôt, ce n'est pas facile de regrouper 26 groupes, mais le KRTB l'a fait. Chapeau pour ces organismes-là. J'aurais juste trois petites questions à poser à une de vous quatre...

Le Président (M. Joly): Excusez, Mme Dionne, pourriez-vous concentrer les trois

questions en même temps...

Mme Dionne: Oui.

Le Président (M. Joly):... de façon à ce qu'on ait la réponse tout d'un trait.

Mme Dionne: Vous allez voir. Ma première question c'est au niveau de la formation. Vous avez abordé le sujet, et je voulais savoir s'il y avait déjà dans le KRTB de la concertation avec les commissions scolaires, les cégeps pour qu'il y ait une formation au niveau des bénévoles; est-ce que c'est commencé, est-ce que ça a été demandé? Première question. Deuxième, c'est encore sur la concertation. Vous avez parlé des établissements et des organismes communautaires qui, effectivement, font un gros travail partout sur le territoire. Est-ce que vous avez des idées à savoir est-ce qu'on pourrait améliorer cette concertation-là avec des établissements, des conseils d'administration ou directeurs déjà en place? Et ta troisième. Vous avez parlé du plan triennal pour le financement des organismes. Est-ce que vous y tenez beaucoup? Vous avez parlé tantôt de financement avec tes ministres, mais vous n'avez pas abordé ce point.

Mme Lamirande: Peut-être pour répondre à votre première question, Mme Dionne, concernant la formation, je vous dirai que c'est à la pièce. Les organismes, dans la mesure où ils peuvent aller chercher un petit peu de budget, soit à la commission scolaire ou à un autre type d'établissements, c'est vraiment là pour quelque chose de très ponctuel et ce n'est pas de façon récurrente, il n'y a rien de structuré. Nous quand on parle de formation, si éventuellement on reconnaît les organismes communautaires comme partenaires du réseau, il faudra alors leur permettre non pas nécessairement d'aller chercher la formation d'un physiothérapeute ou d'un ergothérapeute, mais je pense entre autres, par exemple, à des organisateurs communautaires au niveau des CLSC, je pense à des travailleurs sociaux. Il y a peut-être certaines personnes au niveau des organismes communautaires qui pourraient avoir accès à ça. On pourrait leur faciliter la tâche, au lieu de mettre des sommes et des énergies à financer une autre structure de formation.

Utilisons déjà ce qui est en place. Concernant le financement triennal des organismes - je vais revenir à la deuxième question par la suite - c'est strictement une question de suivi. À chaque année, les organismes communautaires dépensent en moyenne, je vous dirais, à peu près 15 % de leurs énergies à la recherche de subventions pour fonctionner. Donc, ces 15 % de temps, si on les met sur une base de fonctionnement de 52 semaines, ce n'est pas si pire, mais prenez des organismes qui ne fonctionnent que six mois par année, à ce moment-là ça vient gruger

drôlement le temps d'intervention auprès des clientèles.
(12 h 30)

Pourquoi demande-t-on le financement triennal? C'est pour éviter des mouvements de personnel, c'est pour assurer une certaine stabilité aux organismes, aussi, pour que les gens ne soient pas continuellement en train de rédiger des demandes de subvention et de produire des rapports et des bilans d'activité. Quand on parle d'une reconnaissance, qu'on la fasse dans ce sens-là.

Pour terminer, brièvement, concernant la concertation et la participation au niveau du réseau, on ne parle pas strictement d'organismes communautaires, on parle tout d'abord des usagers qui sont des bénéficiaires de services et des organismes communautaires qui les représentent dans certains cas, pour être partenaires au niveau des structures décisionnelles. Pas juste de participer à des comités consultatifs, d'être présents sur les conseils d'administration d'établissements, d'être présents sur tes conseils d'administration des conseils régionaux.

Peut-être un dernier mot concernant les territoires des CLSC et les conseils d'administration. Je ne suis pas sûre qu'unifier des conseils d'administration d'établissements de types variés pourrait être rentable. On va perdre la spécificité de chacun et on risque de faire mourir les petits établissements au profit des gros établissements, surtout dans une région rurale comme la nôtre.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. Je vais maintenant reconnaître le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et aussi critique en matière de services sociaux, M. Trudel.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Il y a déjà plusieurs aspects qui ont été abordés dans ce mémoire volumineux, d'abord, et très fouillé, plusieurs aspects de l'action des groupes communautaires dans le réseau des services de santé et des services sociaux au Québec. Je pense que vous avez un bon nombre d'indications que vous avez données au ministre sur le courage, d'abord, de ne pas avoir peur de dire que ça pourrait marcher au niveau de la régionalisation avec un certain nombre de règles et un certain nombre d'encadrements. C'est important de le rappeler parce qu'on a eu ici, depuis le début de cette commission, en tout cas, pour ma part, un certain nombre d'inquiétudes quant à la façon dont le mouvement communautaire... Le mouvement communautaire nous précisait la façon dont il pensait que la décentralisation pourrait s'opérer au détriment des organismes communautaires. Nous avons, je pense, compris, depuis ces exposés, qu'il faille avoir un certain nombre de mesures de protection, par ailleurs, pour le mouvement communautaire, lorsqu'on irait au niveau d'une régionalisation de cette partie de

l'action dans l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec.

Le temps file rapidement et on n'a pas parlé beaucoup du financement des regroupements. Vous avez très bien lu dans le projet de loi que l'intention soumise dans l'avant-projet de loi, c'est fini. Il n'y aura pas de sous prévus pour les regroupements d'organismes communautaires. Bien sûr, l'argument, la base de cette prise de position, est le fait qu'on veut subventionner des organismes qui ont des actions directes avec les usagers et que, si nous devons avoir des regroupements, que les organismes paient, dans le fond, des cotisations au regroupement, comme le fait, par exemple, l'Association des hôpitaux du Québec. Ce ne sont pas des cotisations personnelles qui font en sorte qu'on a l'Association des hôpitaux du Québec, ce sont des cotisations qui viennent d'où on sait, probablement. Vous êtes un regroupement?

Mme Lamirande: Pas de façon officielle. Nous, c'est tout simplement sur une base de consultation.

M. Trudel: De consultation. De toute façon...

Mme Lamirande: Je peux peut-être vous répondre parce que je travaille au niveau d'un regroupement, mais au niveau des personnes handicapées. Lorsqu'on dit que les organismes de base cotisent à un regroupement... Vous mentionnez l'Association des hôpitaux du Québec. Je pense que leur budget de fonctionnement est un peu plus élevé que le nôtre.

M. Trudel: Légèrement.

Mme Lamirande: Légèrement. Si vous preniez un organisme local qui a à peu près - en tout cas, en moyenne, je ne sais pas ce que ça peut représenter - peut-être 10 000 \$, mettons, une moyenne au niveau du Québec, ça va en prendre, excusez l'expression, une méchante gang pour se payer quelqu'un au niveau d'un regroupement. Il n'y a pas juste la question financière au niveau d'un regroupement, on parle de petits organismes locaux. Je pense aux comités bénévoles, sur notre territoire, il y en a 30 ou 32, au niveau du KRTB. Ce sont des gens, des bénévoles qui ont besoin de support, et les regroupements, peu importe le type de clientèle, que ce soit personnes handicapées, personnes âgées, organismes d'éducation populaire, les gens ont besoin d'être supportés parce qu'au niveau local, dans des régions rurales comme la nôtre, la différence entre le local et le provincial est très grande. Les gens se sentent un peu démunis et, souvent, parce que la concertation est très grande, dans la majorité des cas, les regroupements vont chercher leurs priorités d'action dans des besoins qui ont été signalés par les organismes locaux.

Les regroupements ne font pas d'ingérence au niveau des organismes locaux, ils ne leur disent pas quoi faire, mais ils viennent les aider quand il s'agit de les défendre, comme ici, aujourd'hui, en commission parlementaire. O.K? On s'est regroupés pour venir ici. Est-ce qu'un organisme local seul aurait pu faire ça? Je pense qu'il y a un pouvoir de représentation, au niveau des organismes communautaires, qu'il faut considérer. Chacun tout seul dans notre coin, on n'a pas le moyen et on n'a pas les ressources tant techniques qu'humaines pour défendre des dossiers où il faut qu'on parle comme ici, aujourd'hui. Donc, les regroupements sont vraiment un outil pour permettre aux organismes de base de se concerter et de défendre leurs droits. Je pense que, à enlever la structure des regroupements au niveau du réseau de la santé, vous allez faire mourir à petit feu les organismes locaux qui vont se retrouver sans ressource de support.

M. Trudel: C'est très important. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose, madame? Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

Mme Widiez: Non, justement, Mme Lamirande a couvert la question. Il y a peut-être une chose, par exemple, que j'aimerais répondre à M. le ministre. C'est que, quand on demande la démarcation entre le travail des organismes communautaires et les gens du réseau, je crois que, si on considère ce qui se fait sur notre territoire, on a toujours jusqu'à maintenant travaillé en complémentarité, c'est-à-dire que nous avons le support de différentes institutions. Si on pense aux CLSC, lorsque nous avons besoin d'aide pour nous organiser, je pense qu'ils sont là très présents et qu'il n'y a aucune difficulté à déterminer où s'arrêter pour nous. Et, encore, on répond à des besoins qui ne peuvent pas être couverts. Si je prends un exemple, nous avions une petite municipalité dans notre région qui n'était pas desservie par le centre de jour. Or, c'est là que notre organisme s'est mis sur pied pour suppléer aux besoins que le réseau ne pouvait pas combler. C'est ce que je voulais souligner.

M. Trudel: Au niveau du financement des regroupements d'organismes communautaires et à la suite de la question de la députée de Kamouraska-Témiscouata, la formation, c'est souvent d'être parmi les vôtres qui vivent l'expérience sur le terrain. Et ça, c'est évident que vous ne pourrez plus vous les donner, si vous êtes obligés de financer ça à partir des allocations des organismes locaux. Message. Le ministre fera ce qu'il voudra avec cela.

Il y a une indication aussi, une affirmation un peu timide mais indicative dans votre mémoire justement sur la complémentarité. Est-ce qu'on peut aller jusqu'à dire que vous êtes le déversoir

de l'incapacité, par exemple, des CLSC d'assurer un certain nombre de services? Je ne m'attache pas au pourquoi le CLSC ne le fait pas. On le traitera ailleurs. Est-ce que vous avez l'impression d'être le déversoir, en disant: Nous autres, on ne peut pas le faire; allez donc voir les groupes communautaires, ils vont vous organiser ça?

Le Président (M. Joly): Mme Denis.

Mme Dente: Oui. Étant un organisme de services directs, je peux me permettre de répondre facilement à cette question. C'est évident qu'on est là pour donner des services en complémentarité avec le réseau, sauf que la partie peut-être moins intéressante, c'est que, lorsqu'on vient pour référer, nous autres, à notre tour, on n'est comme pas reconnu au niveau de notre expertise.

M. Trudel: Ah bon!

Mme Denis: Il faut que ce soit le bénéficiaire lui-même qui fasse les démarches, et il en a souvent plus qu'une à faire. La personne malade, je ne suis pas sûre que, à un moment donné, à quelque part, elle n'aurait pas besoin de support dans ses démarches, alors que passer par l'organisme, c'est faisable. On a déjà le dossier en main. C'est sûr qu'il est moins complet qu'au niveau de l'établissement ou du CLSC, mais on a quand même cette expertise de base là. Je pense qu'on devrait en tenir compte.

Mme Lamirande: Peut-être pour compléter ce que Michelle apporte, vous parlez de déversoir. Le terme est peut-être, je ne dis pas exagéré dans certains cas, mais souvent, quand on ne sait pas quoi faire avec un bénéficiaire, on dit: Bon, il y a tes organismes communautaires. Nous, ça adonne bien, à Rivière-du-Loup, on est une bonne gang sur le même étage. Ça fait qu'il appelle un numéro de téléphone et vous allez être sûr d'en trouver un dans la gang qui va répondre à votre besoin. Donc, c'est le problème au niveau des organismes communautaires.

Le problème, c'est que ça ne se fait pas dans les deux sens. On se réfère à des organismes communautaires. On appelle les permanents chez eux la semaine, la fin de semaine, le soir, et quand, nous, on essaie de rejoindre les intervenants, ils ont des heures de bureau. Nous, on n'en a pas, mais eux en ont, de sorte que les organismes communautaires, c'est un peu la poubelle de dernier recours quand on ne sait pas quoi faire avec un usager. Ça, c'est dommage, parce que ça vient miner le travail des gens bénévoles. On parle de bénévoles. Ils ne gagnent pas une cent, les gens, pour faire ça, et on vient les utiliser parce qu'on ne sait pas quoi faire avec un bénéficiaire. Moi, des choses comme ça, en tout cas, je me dis: Je ne sais pas combien il

y a de bénévoles au Québec, mais, si tous les bénévoles du Québec arrêtent demain matin de travailler au niveau des organismes, laissez-moi vous dire qu'on va avoir de méchants gros problèmes. Pour les instances et les ressources du réseau, ça ne sera plus des engorgements, ça va être des inondations.

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

Non. Malheureusement, je me dois de conclure. M. le ministre.

M. Trudel: Alors, merci...

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

M. Trudel: Merci beaucoup de votre présentation. Il y a un certain nombre de messages très importants sur le rôle et la place des groupes communautaires dans tout le système. Là-dessus, la contribution assez exceptionnelle qui est apportée dans le réseau, il faut non pas en abuser, par exemple avec ce que vous venez de décrire, mais vraiment y aller à quelque part sur une politique de reconnaissance et aussi de financement comme vous l'avez dit tantôt, y compris sur les regroupements, parce que l'apport est trop important. Alors, merci beaucoup de votre représentation. C'était très intéressant.

Mme Lamirande: Merci.

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

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, je veux ajouter mes remerciements aux propos du député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, particulièrement sous deux aspects. D'abord, la volonté de vous être regroupés pour venir vous faire entendre. Je pense que ça donne plus de force à votre présentation de représenter une sous-région d'une région. Ça m'apparaît aussi extrêmement important parce que, pour moi, j'y attache beaucoup d'importance parce qu'on ne fait pas une régionalisation pour centraliser une place en particulier, mais pour avoir davantage une bonne connaissance de l'ensemble de la région par ses sous-régions. Et vous dire que j'ai senti chez vous un peu plus d'ouverture à la complémentarité que nous ne l'avons sentie dans d'autres organismes communautaires qui sont venus, ici, déposer devant la commission parlementaire, et ça, ça me paraît être un élément extrêmement important pour la poursuite de la reconnaissance sur le plan financier annuel et aussi sur le plan triennal qui m'apparaît extrêmement important pour donner une certaine stabilité aux organismes communautaires. Quelques petits éclairages nouveaux sur les regroupements aussi ne sont pas à négliger. Merci.

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

Mme Lamirande: J'aimerais, au nom des 26 organismes que nous représentons, vous remercier de nous avoir entendus aujourd'hui. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, mesdames. Donc, au nom des membres de cette commission, c'est à mon tour, moi aussi, de vous remercier.

Nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 15 h 30, dans cette même salle. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 42)

(Reprise à 15 h 40)

Le Président (M. Joly): Nous allons reprendre nos travaux. J'inviterais les personnes qui représentent le Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc. à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Bonjour Mesdames, bienvenue à cette commission. Vous avez une dizaine de minutes pour nous présenter, de la façon la plus succincte possible, votre mémoire et, après, la balance du temps est dévolue aux deux formations pour vous poser des questions. J'aimerais que la porte-parole puisse s'identifier et aussi nous présenter la personne qui l'accompagne, s'il vous plaît.

Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc.

Mme Langlois (Lyse): Bonjour. Mon nom est Lyse Langlois. Je suis membre du conseil d'administration du Groupe et je suis accompagnée de Rollande Pouliot, qui est vice-présidente de notre groupe. Malheureusement, notre président, Omer Landry, n'a pas pu être présent avec nous.

Le Président (M. Joly): Merci. Le temps qu'on vous a mentionné est à votre disposition, madame.

Mme Langlois: C'est bien. D'abord, on tient à vous remercier pour l'invitation que vous nous avez faite de venir vous rencontrer. Sans faire la lecture comme telle de notre mémoire, on va simplement peut-être aborder les points principaux qu'on y touchait, puis, si c'est plus court, dans le fond, on aimerait davantage, je pense, répondre aux questions.

Alors, sans plus tarder, je donnerais quelques petites informations de plus par rapport à notre groupe. C'est un groupe qui est né, d'abord, depuis quatre ans à partir de sept personnes atteintes de schizophrénie qui ont décidé ensemble de ne pas attendre la création d'un service, mais de le créer elles-mêmes. Elles ont parti un groupe communautaire où, finalement, elles se donnent de l'entraide, du support,

où elles tentent vraiment de se maintenir en communauté, de se réinsérer dans une vie normale, donc d'éviter de passer la moitié de leur vie en centre hospitalier.

Ce groupe-là fonctionne depuis quatre ans et au moment où on vous envoyait le mémoire, ce groupe n'avait toujours pas reçu de subvention. Ce n'est pas un groupe subventionné, à date, par le ministère et on ne s'en porte pas vraiment si mal, dans le sens où, depuis quatre ans, on fonctionne bien. On a nos rencontres, on est très actifs et on trouve les moyens du bord. D'une certaine façon, comme chacun de nous on doit gagner notre vie, ce groupe-là gagne la sienne. À cause de ça, évidemment, ça lie le groupe, je pense, ça fait comme cimenter les gens entre eux parce que ça leur donne une guerre commune à mener, des efforts en commun à mettre et il n'y a pas d'idées idiotes, tout le monde doit mettre la main à la pâte. Notre conseil d'administration est d'ailleurs formé de sept personnes, dont quatre sont des personnes schizophrènes, qui vivent la schizophrénie, et trois autres des personnes qui viennent de la communauté, dont nous sommes.

Si nous en venons un peu aux points qu'on élaborait dans notre mémoire, on a abordé toute la question des subventions versées par le gouvernement pour aider les groupes communautaires. On doit dire qu'on y a beaucoup réfléchi parce qu'on était un des groupes qui ont présenté déjà, au début, à Mme Lavoie-Roux, un premier mémoire. Entre les deux mémoires, on a eu le temps de réfléchir pas mal, puis on l'a fait en groupe. On l'a fait avec notre groupe et avec chaque membre de notre groupe parce qu'on pense que tous et chacun ont droit de parole là-dedans et que les positions qu'on prend là-dessus, vraiment, ça nous engage tous et c'est important.

Notre réflexion nous a amenés à ceci. On s'est dit qu'évidemment plus un groupe prend de l'ampleur plus, peut-être, c'est nécessaire qu'à un moment donné il y ait de l'aide et du support au niveau de l'infrastructure, pour maintenir le groupe, la survie de base du groupe. Par contre, pour nous, ça demeurerait très important que les groupes puissent continuer à avoir une partie où la bataille leur appartient. Il faut que, d'eux-mêmes, ils puissent lutter pour pouvoir fonctionner, se trouver des fonds, créer eux-mêmes ce groupe-là. Dans le fond, ce qu'on essaie de faire chez nous, c'est rendre les gens moins dépendants. On essaie de se rendre moins dépendants du système, et hospitalier, et des services sociaux, etc. Alors, évidemment, être complètement subventionnés par le gouvernement pour nous, ce serait retomber dans le même panneau. C'est ce qu'on croit devoir éviter, en tout cas, comme petit groupe communautaire. On pense qu'il faut absolument garder l'étincelle qui nous tient en vie, en fin de compte, qui est de se battre pour gagner ce dont on a besoin.

L'autre point qu'on a abordé et qui nous tient à coeur, c'est celui de la complémentarité. Chez nous, on est loin de travailler de façon isolée, là, et, quand on dit qu'on veut devenir comme plus indépendants des services publics, ça ne veut pas dire qu'on ne veut pas leur parler, bien au contraire. On pense que c'est extrêmement important d'être accolés les uns aux autres, là, et de savoir quand est-ce qu'eux commencent et où ils finissent et quand est-ce que nous on commence et où on finit. On vient d'une région du Québec - là, vous le savez, c'est partout dans les journaux - dite la plus pauvre, etc. On fait bien pitié, mais on ne se débrouille pas si mal. Il faut dire que la pauvreté, c'est vrai que ça existe dans notre milieu et que notre jardin est parfois vide, qui y a des carreaux où il n'y a pas grand-chose de semé. Mors, ça nous oblige d'autant plus à faire des liens de complémentarité avec tout le réseau et tous les autres organismes, parce que, sans ça, on n'arriverait jamais à se nourrir de ce dont on a besoin. More, on aime s'occuper de nos oignons, mais on ne hat pas s'occuper des oignons des autres aussi et voir si, effectivement tout le potager est cultivé. Alors, c'est intéressant, s'il y a des carreaux de vides, de voir ensemble à les remplir et s'il y en a trop, bien peut-être que sarcler, là, ce ne serait pas... À ce moment-là, pour nous, la complémentarité, c'est très important. À cause de ça, on est déjà participants à une petite tabte locale en santé mentale où on partage, où on se donne nos limites à chacun et où on essaie de voir à ce qu'on ne laisse de trous nulle part. Il y en a déjà encore pas mal, mais quand même.

Là, ceci m'amènerait à vous parler de, peut-être, ta régie régionale qui était un point majeur dans l'avant-projet de loi. La régie régionale, pour nous, c'est important. On pense que, oui, il doit y avoir une décentralisation des pouvoirs. On pense qu'on est petits, nous, et on a appris qu'être petit, parfois, ça sert. Les décisions vont vite, on peut se consulter rapidement, on sait qui on est; alors, il y a moins d'arbitraire dans les choses qu'on fait. Alors, on pense que la proximité avec une régie pourrait, en tout cas pour nous, être profitable et pas que pour nous, mais pour toute notre région, parce qu'on pense que c'est difficile de transiger de loin. Peut-être que tes gens qui sont près des grands centres ne seront pas de cette opinion-là et je tes comprendrais, là, probablement, mais moi qui viens d'une région éloignée, je vous jure que c'est beaucoup plus facile si on est près des instances qui doivent discuter et partager avec nous la responsabilité de gérer les services.

Et là, je vous dis: Partagez avec nous cette responsabilité-là, parce que je ne pense pas, chez nous, en tout cas, que, quand quelqu'un a un problème, si on a une personne, chez nous, schizophrène qui est sur le trottoir, ce n'est pas la responsabilité du centre hospitalier tout seul,

ni du CSS tout seul, ni même du CRSSS tout seul, ni de notre groupe, à nous, tout seul. C'est celle de nous tous ensemble, ce qui fait que là il faut se parler et se dire: Toi, tu fais quoi, moi, je fais quoi, et, à tous nos paliers, on va réussir. On va faire ce qu'il faut et on va faire en sorte que ces gens-là puissent vivre dans notre communauté. Mors, pour nous, la question de la régie régionale décentralisée, c'est très important. On appuie ça, même si on sait qu'il y a beaucoup de monde qui est d'avis contraire.

On avait aussi abordé le point des collèges régionaux. Notre petit groupe, nous, on est vendus à tout ce qui est partage, complémentarité et responsabilité. On se pense responsables. On l'est, d'ailleurs, et on n'a pas peur de ça. On est dans une période dite - c'est un mot qui circule beaucoup - de décroissance. On est très habitués à travailler avec peu; alors, je ne pense pas que ce soit si épeurant que ça, la décroissance, en autant qu'on a les "guts" de se parler, de se dire les choses et de partager tes responsabilités. Du jour où on cesse de dire: Tout est à moi, rien qu'à moi, je ne veux rien savoir des autres, bien je pense que là on peut devenir partenaire et c'est ce que notre groupe désire. Mors, ça, c'était en gros les points, là, par rapport à la régie.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Ça fait toujours un petit pincement au coeur de recevoir des gens de notre localité d'origine. On ne s'en détache à peu près jamais. Je vais vous dire que je suis particulièrement fier de vous avoir entendue. Il y a de très grandes leçons, même aux organismes communautaires, dans votre témoignage et c'est le premier témoignage de cette importance-là et de cette nature-là en termes de message qui nous est véhiculé parce que ce qu'on a entendu depuis le début, règle générale, c'est: On n'a pas assez d'argent. Ça en prend davantage et autant que possible, ne nous mettez pas de contraintes, aucune contrainte ou à peu près pas et laissez nous faire. On sait ce qu'on a à faire et on va le faire.

Oui, les groupes communautaires sont extrêmement importants. Ils doivent être complémentaires et ils ont la liberté de faire ce qu'ils veulent, comme le ministère ou la régie aura la liberté de reconnaître, par des subventions, leur existence, par des critères de complémentarité par rapport au réseau et non plus de duplication par rapport au réseau. En tout cas, c'est très intéressant et rafraîchissant de vous entendre nous dire que vous avez une part aussi de responsabilité dans la société que vous devez assumer. Ce qui fait que, pour vous, c'est l'étincelle qui vous permet de vivre, alors que,

pour d'autres, c'est peut-être la mort, si on a bien compris, c'est que vous êtes obligés et que vous voulez continuer de vous créer l'obligation de vous justifier en allant chercher de l'autofinancement, que ce soit par du "membership" ou par d'autres contributions. Ça, malheureusement, depuis le début de la commission, après 110 mémoires, on n'a pas entendu bien bien ce principe-là. Vous avez raison de dire que, parfois, même dans le communautaire, c'est les petits qui nous donnent la mesure de ce que ça devrait être, et, je partage ça totalement. Ça n'a pas de sens de dire pour autant que nous n'avons pas, comme gouvernement, avec ces programmes-là, la responsabilité de reconnaître et de financer certains organismes communautaires qui, effectivement, font la complémentarité avec les ressources qui existent dans le milieu.

En tout cas, au moins, je tenais à le dire parce que j'étais un peu étonné - je n'avais pas eu le temps de lire le mémoire avant - de vous entendre le livrer sans vous référer au texte. C'est là l'exemple très clair d'un vécu. Malheureusement, pour vous et pour la communauté, il n'y a pas de caméra, pas de journaliste. Peut-être qu'ils nous écoutent. Je le souhaite parce que c'est un témoignage qui, pour moi, même s'il vient d'une petite communauté, d'un petit groupe, qui n'a pas une cent du gouvernement et qui a pris le soin de partir de Sainte-Anne-des-Monts à quelque 400 milles ou à 300 et quelques milles de Québec pour venir livrer son témoignage, est tout à votre honneur.

Lorsqu'on parle de complémentarité, je pense qu'on n'a pas besoin de s'en parler très longtemps parce que vous nous l'avez largement expliquée. Vous êtes d'accord avec les régions régionales parce que vous nous dites que, sur le plan d'un pouvoir plus près des gens et peut-être plus petit aussi, vous avez peut-être plus de chances d'être bien compris et que les mesures qui en découleront et les décisions correspondront davantage à ce que chacune des régions a besoin. Mais, certains groupes communautaires sont venus nous dire que, si le budget des organismes communautaires allait aux régions régionales, il y avait un danger. Eux craignaient que cette distribution ne puisse pas se faire nécessairement de la bonne manière. Ce que je comprends, c'est que vous ne craignez pas, vous autres, qu'une région puisse faire cette distribution de l'argent gouvernemental en autant qu'on réserve l'argent pour des fins communautaires, l'enveloppe globale telle qu'elle est. Donc, ça ne vous énerve pas?

Mme Langlois: Non. En tout cas, on n'a jamais ressenti cette crainte-là. Ce que je pense qu'il faut, par exemple, comme condition de base, c'est évidemment que les gens de la région partagent la responsabilité avec l'ensemble des groupes et que l'ensemble des groupes ait une conscience de la collectivité couverte par cette

région-là de sorte qu'à ce moment-là chacun sait dans quoi il baigne. Non, on ne craint pas ça. Si on y est à part entière, dans la discussion, dans les échanges et dans le partage des responsabilités, je ne vois aucun danger là. C'est sûr que ce n'est pas les postes qui font les personnes; ce sont les personnes qui font les postes. Mais ça, c'est vrai partout et c'est vrai aussi dans nos groupes communautaires. **Alors**, ce seront toujours les personnes qui veulent vraiment tenir leurs responsabilités et voir au mieux-être d'une région, selon moi, qui seront gagnantes au bout de la ligne. Il y aura toujours des intérêts plus individuels, mais ça, je ne crois pas qu'on l'élimine en centralisant à Québec. Je pense que ça existe partout, puis, si on décentralise dans les régions, on trouvera ça aussi, mais il faut se battre contre ça, puis avancer. Je ne crois pas que ce soit un obstacle majeur.

M. Côté (Charlesbourg): J'en profiterais pour déborder un peu, parce que, en tout cas, je partage ce qu'il y a dans votre document et dans votre énoncé. Je n'ai aucune espèce de problème, ni aucune restriction avec ce que vous nous avez dit. Donc, on ne se chicanera pas longtemps là-dessus. Mais je voudrais peut-être profiter du fait que vous êtes là, parce que vous êtes aussi une personne dans la société qui connaît la panoplie des services que le réseau de la santé et des services sociaux peut offrir et, souvent-fois, on dit: Il y a des problèmes dans le réseau. C'est vrai qu'il y en a. C'est quoi, les principaux problèmes du réseau qu'on a au moment où on se parle et à quoi devrait-on s'attaquer en premier lieu pour être capable de répondre à ce qu'on devrait avoir comme société, compte tenu des 10 400 000 000 \$ qu'on investit dans le domaine de la santé et des services sociaux?

Mme Langlois: Ce n'est pas une petite question, ça! C'est une énorme question. Eh mon Dieu! J'aurais le goût de vous répondre que c'est le fonctionnarisme, **peut-être**. Je ne voudrais insulter personne, mais je suis obligée de dire qu'il y a tellement de cloisonnement, il y a tellement d'intérêts personnels dans le réseau, il y a tellement de courte vue, je pense que ça vient faucher beaucoup de beaux projets et de bons avancements; ça vient souvent nous empêcher de faire beaucoup plus avec les mêmes montants d'argent. On peut le voir, ça, un peu partout, dans les gros groupes, dans les grands ensembles comme dans les petits. Quand on a des montants d'argent, dépendamment de la bonne volonté de tous ceux qu'il y a là, puis d'un esprit de multiplier... En tout cas, moi, je crois à ça, l'espèce de multiplication des pains, du pain et du vin, c'est-à-dire qu'on peut faire plus avec ce qu'on a, souvent, quand tout le monde se canalise de la bonne façon, puis dans la même direction. Évidemment, les luttes de pouvoir, les

intérêts personnels, etc., font, je pense, souvent échec à toutes les tentatives pour améliorer le réseau, actuellement. C'est une opinion peut-être un peu personnelle.

M. Côté (Charlesbourg): Il y a quelqu'un qui me disait qu'on a investi au-delà de 6 000 000 \$ dans une commission pour nous faire dire ce que vous nous dites, Vous, tout simplement. Et, c'est benévole! Donc, c'est un témoignage. C'est pôlir ça que c'est important, dans ce genre de commission, d'être capable de poser des questions aux gens qui vivent de manière quotidienne les problèmes du réseau de là santé et des services sociaux. Ce n'est pas toujours dans les grands centres qu'on est capable de dégager le vécu dont vous nous parlez. Est-ce que vous iriez jusqu'à dire qu'il y a duplication de certains établissement au niveau du réseau? Est-ce que vous en constatez dans votre milieu, vous, des duplications?

Mme Langlois: Dans notre milieu, ça serait difficile peut-être d'en constater, parce que je pense qu'il y en a si peu qu'ils ne pourraient pas se "dupliquer". Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, je...

Mme Langlois: Là, évidemment, je réfère aux services en santé mentale; entendons-nous, ne généralisons pas. Au niveau de la santé mentale, il y a très peu de ressources. Je pense à notre MRC, à nous, où il y a, finalement, des ressources d'hébergement au niveau du CSS; après ça, il y a des services un peu au niveau hospitalier, puis c'est tout, il n'y a rien après ça. C'est tout. Il n'y a rien. Il y a nous, le petit groupe que nous sommes.

M. Côté (Charlesbourg): O. K. Je posais ma question davantage en fonction de la MRC de Denis-Riverin, où on sait qu'il y a un centre hospitalier, il y a un CLSC, il y a un CSS, il y a toute une série d'intervenants du réseau, toute la panoplie, en termes de duplication ou de complémentarité des services; c'est davantage ça que dans un domaine spécifique que vous représentez. Parce que, effectivement, au niveau de certaines communautés, lorsque, dans la réforme, on parlait d'unifier certains conseils d'administration, c'était pour éviter la duplication, la complicité, pour davantage faire de la complémentarité, éviter la courte vue ou de voir ton établissement à toi par rapport à celui des autres. Et je pense que dans les communautés comme la vôtre il y a aussi moyen de faire un bon bout de chemin.

Mme Langlois: Ah oui? Certainement.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, merci, M. le Président. Merci de vous être déplacées. C'est un

témoignage que je retiens, moi, en tout cas, très simple, venant du monde ordinaire. Évidemment c'est bon d'en avoir de temps en temps dans ce très vaste réseau, y compris dans le très vaste réseau du communautaire.

Mme Langlois: Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître le leader de l'Opposition officielle, M. Chevette.

M. Chevette: M. le Président, je pensais que celui qui avait soufflé au ministre: 6 000 000 \$ pour un gros rapport alors qu'on a un message si simple... J'ajouterais, moi, que 6 000 000 \$ pour la tournée d'un ministre pour se faire dire la même chose, puis un avant-projet qui ne tient même pas compte de ce que tout ce que ce beau monde a dit à une ministre et à une commission d'enquête, ce n'est pas drôle, c'est vrai. Cependant, à la décharge du ministre, ce n'était pas lui qui était là; on est obligés de l'accrocher juste par la bande.
(16 heures)

Mais, effectivement, je pense que, en particulier dans le domaine psychiatrique, ça urge d'avoir une politique en santé mentale, parce que je pense que le communautaire fait plus présentement en santé mentale au Québec que certaines structures du réseau; ce n'est pas des farces. Dans certains milieux, on peut affirmer ça, sans commettre de grosses hérésies. Franchement, si on n'avait pas le communautaire dans certains milieux en santé mentale, ça ferait pitié, merci!

Donc, je ne suis pas surpris du diagnostic que vous posez, puis je souhaite, tout comme vous, dans vos conclusions, au deuxième paragraphe, que l'apparente tendance actuelle à la décentralisation ne soit pas une habile manœuvre pour se débarrasser de ce qui est devenu impossible à administrer par le provincial. Je pense qu'on le souhaite tous. On a parlé de décentralisation certaine et pas d'une certaine décentralisation; pas d'une déconcentration, mais d'une véritable décentralisation totale et complète, y compris non seulement l'administration de l'argent qui est versé par le ministère pour l'administration des réseaux, mais aussi les enveloppes de la RAMQ, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, pour qu'on puisse assurer une équité dans la qualité des services. Que tu sois en Gaspésie, que tu sois en Abitibi, sur la Basse-Côte-Nord, ou à Montréal, tu paies les mêmes impôts. Que tu gagnes 20 000 \$ ou 30 000 \$ à Montréal, ou 20 000 \$ ou 30 000 \$ en Gaspésie, tu paies les mêmes impôts. Donc, tu es en droit comme citoyen de l'attendre à une qualité à peu près similaire ou identique de services de santé et de services sociaux.

Donc, on le verra dans le projet, mais je pense que votre revendication est claire. Vous ne voulez pas une manœuvre pour tout simplement

déplacer l'endroit douloureux à trancher ou à couper, mais véritablement une décentralisation, à partir d'enveloppes qui seraient rectifiées au départ. Et ça, je pense que Rochon, sans le dire, arrivait à ces conclusions-là, parce qu'on ne décentralise pas pour le plaisir de décentraliser; on décentralise pour une certaine forme d'équité. D'autant plus qu'on maintenait les deux grands principes de l'admissibilité et de l'universalité; donc, je suppose que ça présumait des rectifications de départ au niveau des enveloppes régionales.

Moi, je voudrais vous entendre parler de l'unification des conseils d'administration. Quel impact pour un groupe communautaire voyez-vous sur les organismes de votre milieu qui seraient fusionnés, comme le dit l'avant-projet de loi, qui sera déchiré, puis réécrit? Comment voyez-vous ça dans votre milieu?

Mme Langlois: C'est difficile à dire. On n'a peut-être pas beaucoup réfléchi à ça, au niveau de notre groupe. Peut-être que c'est poser la question sous un angle... Vous savez, pour moi, l'unification des conseils d'administration, c'est un moyen; ce n'est pas une fin. Si ça fait que les gens se parlent plus, bingo! Si ça fait qu'ils sont plus en chicane, bien... Vous savez, je pense que c'est un moyen. Moi, je pense que tout ce qui peut être fait pour faire que les gens se parlent plus, se pilent moins sur les pieds, utilisent mieux l'argent, fassent plus avec ce qu'ils ont, alors si c'est ça que ça donne, tant mieux! Si ça ne peut pas donner ça ou si ça crée d'autres problèmes à côté qui font qu'on a autant de difficultés dans l'embranchage que ce qu'on a maintenant, bien, alors, à ce moment-là, ça ne vaut pas la peine. Pour moi, c'est difficile de répondre oui ou non pour l'unification parce que je crois que c'est un moyen.

M. Chevette: Si vous étiez, demain matin, élue députée de Matane.

Mme Langlois: Je n'ai pas cette ambition-là, mais... Ha, ha, ha!

M. Chevette: Vous n'avez peut-être pas l'ambition, mais vous semblez avoir la compétence. Quels seraient les grands remèdes que vous apporteriez au régime de santé? Les aberrations que vous connaissez présentement, vous les corrigeriez comment? Et vous couperiez où, si vous aviez à couper pour pouvoir transférer ces sommes-là pour le plus grand bien du réseau de la santé et des services sociaux? Où prendriez-vous l'argent qui, à votre avis, est mal dépensé, si vous me le permettez? Comme expression, c'était à peu près ça.

Mme Langlois: Ça déborde largement la petite présentation qu'on avait faite dans notre mémoire, là, comme question.

M. Chevette: Oui, mais je suppose que vous avez... Ce n'est pas parce que vous avez... Vous avez des idées personnelles.

Mme Langlois: Je pense que je ne peux pas vraiment répondre à ça, dans le sens où je ne suis pas suffisamment à l'intérieur du réseau de la santé pour en voir les revers. Par contre, comme petit groupe communautaire, nous, on a à donner des services et on tient à donner des services à des gens qui souffrent d'une maladie, donc qui ont besoin de ces services de santé là. Là où on peut avoir une contribution, c'est vraiment dans l'échange avec les services de santé. Si on peut faire quelque chose pour les obliger à devenir complémentaires avec le restant des ressources en place, tant mieux. Nous, on va pousser dans ce sens-là, chez nous.

M. Chevette: Y a-t-il des choses que vous trouvez...

Mme Langlois: Là, pour aller corriger leurs bibites à eux autres, je ne le sais pas trop.

M. Chevette: Y a-t-il des choses que vous trouvez qui coûtent cher?

Mme Langlois: Il y a beaucoup de choses qui coûtent très cher. Je suis convaincue qu'il y a certainement...

M. Chevette: Voulez-vous m'en donner une couple d'exemples?

Mme Langlois: Je ne le sais pas. Il ne m'en vient pas à l'idée comme tel. Ça coûte très cher dans notre réseau. Il y a beaucoup d'investissements dans...

M. Chevette: Trouvez-vous qu'il y a de l'argent qui pourrait être mieux dépensé?

Mme Langlois: Je crois que tout bon gouvernement doit regarder la possibilité...

M. Chevette: Si vous aviez à le conseiller, ce bon gouvernement...

Mme Langlois: ...d'économiser des sous.

M. Chevette: ...vous diriez quoi?

Mme Langlois: Pardon?

M. Chevette: Si vous aviez à conseiller ce bon gouvernement, vous lui diriez de poser quel geste?

Mme Langlois: Ça dépend sur quoi, mais...

M. Chevette: Je vous donne un exemple. En santé, trouvez-vous...

Mme Langlois: Mes recommandations pour les groupes communautaires sont faites, en tout cas.

M. Chevette: Oui, mais c'est parce que les groupes qui viennent devant nous et qui affirment des choses, je pense qu'on peut leur demander de déborder sur d'autres secteurs. C'est compréhensible que vous ayez le réflexe que vous avez, d'autant plus que vous ne "chargez" rien à l'État. Vous ne coûtez rien à l'État. Donc, vous pouvez être d'autant plus à l'aise, comme le disait le ministre tantôt, d'exprimer votre point de vue. C'est pour ça que je gratte plus loin que votre simple mémoire. Si vous aviez versé dans le corporatisme, comme on l'a vu depuis le début pour un très grand nombre de dossiers, je ne vous aurais peut-être pas posé les questions que je vous pose là. Je me permets, justement parce que vous avez des idées autres que celles réservées aux groupes, de gratter un peu plus avec vous. Y a-t-il des gestes, y a-t-il des actes... Y a-t-il des sommes d'argent que vous utiliserez autrement que de la façon dont elles sont utilisées dans le milieu? Je donne un exemple. Trouvez-vous normal, dans une région comme la vôtre, par exemple, de payer la médecine à l'acte et d'avoir de la difficulté à avoir des médecins? Est-ce que vous en entendez parler dans votre milieu de ça?

Mme Langlois: Un petit peu. Mais je dois vous avouer que je n'ai pas la compétence pour en juger.

M. Chevette: Les gens se sont résignés à prendre ce qu'ils ont?

Mme Langlois: Oui. Ce que je pense, en tout cas, qui peut être intéressant, c'est quand on parlait d'équité entre les régions. Mais je crois que c'est sur la table comme propos. À part ça, si on parle de soins de santé pour lesquels les gens devraient payer, je sais que ça se discute. Je ne pense pas que c'est quelque chose... Ça, c'est comme les... Ce sont de grandes questions. Ce sont des choses sur lesquelles on ne peut pas se prononcer facilement comme ça, sans avoir pris le temps de regarder tous les revers de ces questions-là.

M. Chevette: Vous oeuvrez au niveau de la psychiatrie. Considérez-vous que vous avez des ressources dans votre milieu?

Mme Langlois: Orr en a, mais on en a peu. On est dans une région plus éloignée et à faible population. Souvent, le lot des petites régions, c'est que le nombre ne justifie jamais les moyens, d'une certaine façon, on n'a jamais assez de têtes de pipe pour acheter un crachoir. Ha, ha, ha! Alors, voyez-vous, c'est ça, là.

M. Chevette: Vous êtes rendue avec le réflexe des provinces canadiennes: c'est là où le nombre l'exige.

Mme Langlois: Oui. En tout cas, c'est sûr que ça fait de nous une région qui n'est pas dotée de choses bien luxueuses, en termes de services. Par contre, c'est là aussi où la contribution de la population peut être d'autant plus intéressante. Et, dépendamment des gestionnaires qui sont en place, s'il y a de l'ouverture, ça peut être intéressant. Moi, je pense qu'il y a mille façons de rendre une communauté vivante et responsable de ce qui lui arrive. Mais je ne suis pas sûre que toutes les solutions sont dans les mains du gouvernement. Excusez-moi, mais je pense qu'on en a peut-être une partie, nous aussi. Je crois qu'une grande partie de la solution, dans les régions plus éloignées, peut être là-dedans, dépendamment de l'ouverture des gestionnaires à activer ça et à ouvrir là-dessus, et à ne pas prendre de décisions seulement à partir d'en haut.

Le Président (M. Joly): Je me dois de vous arrêter.

M. Chevette: Je vous remercie, madame, de l'approche pragmatique que vous avez de bâtir avec ce que vous avez. Le jour où on décidera de vous en donner équitablement avec le reste du Québec, vous pourrez faire de grandes choses.

Mme Langlois: Qu'on ait peu ou qu'on ait beaucoup, on va essayer de faire de grandes choses. Merci.

M. Chevette: Mais vous allez sans doute avoir plus, madame.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup de ce témoignage-là.

Mme Langlois: Merci.

M. Côté (Charlesbourg): On va le retenir comme étant un témoignage venant de la base, très raisonnable et très responsable.

Le Président (M. Joly): Mesdames, au nom des membres de cette commission, merci beaucoup. Je vais maintenant demander aux gens représentant le Centre hospitalier régional du Grand-Portage de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Mesdames, messieurs, bonjour et bienvenue à cette commission. Comme vous le savez déjà, vous avez une dizaine de minutes pour nous présenter votre mémoire de la façon la plus succincte possible. La balance du temps est

dévolue aux deux formations politiques pour vous poser des questions. Alors, que la personne responsable s'identifie et nous présente aussi les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Centre hospitalier régional du Grand-Portage

M. Marquis (Jean-Léon): Merci, M. le Président. M. le ministre, MM. les membres de la commission, je me présente: je suis Jean-Léon Marquis, président du conseil d'administration du Centre hospitalier régional du Grand-Portage. Les personnes qui m'accompagnent sont, à ma droite, le Dr Richard Boudreau, directeur des services professionnels, qui remplace aujourd'hui notre directeur général; à ma gauche, ma compagne, Mme Aline d'Amboise, vice-présidente du conseil d'administration du centre hospitalier et également responsable de la section KRTB de l'Association de la paralysie cérébrale du Québec; le Dr Bernard Pouliot, directeur du département de santé communautaire; Mme Jocelyne Pelletier, présidente du comité du maintien du DSC et également coordonnatrice du département de santé communautaire.

Maintenant, le Dr Boudreau, en tant que directeur général suppléant, exposera le point de vue de notre établissement. Je souligne également que le Dr Boudreau a été directeur général du département de santé communautaire de notre établissement pendant plusieurs années.

Le Président (M. Joly): Dr Boudreau.

M. Boudreau (Richard): Merci, M. le Président. M. le ministre, Mmes et MM. les membres de la commission, au nom de notre centre hospitalier, je tiens à vous remercier de l'écoute que vous nous accordez. Malgré la préoccupation constante que constitue pour notre centre hospitalier la distribution des services à la population du Grand-Portage, le but de notre présence ici est principalement de faire valoir la pertinence du rôle que joue le département de santé communautaire dans notre sous-région. Nous constatons que nombre de personnes, dont M. le ministre, se préoccupent du rôle que les départements de santé communautaire jouent dans le réseau, de la façon dont ce rôle est exercé et des coûts qui y sont rattachés. Ce ne sont pas les fonctions elles-mêmes, assumées par les départements de santé communautaire, qui semblent remises en question, puisqu'il semble y avoir consensus sur la nécessité de se doter de services de promotion, de prévention et de protection de la santé.

(16 h 15)

À la réflexion, on réalise que, parmi les différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux, le DSC occupe un créneau qui est souvent confondu avec celui de quelques autres établissements. Ce qui semble remis en

question, c'est non pas la définition des rôles, mais plutôt la distribution de ces rôles, ainsi que le choix de la scène sur laquelle chacun des acteurs doit évoluer.

Parlons d'abord de la distribution des rôles. À notre avis, les départements de santé communautaire jouissent d'une situation privilégiée pour exercer un rôle de promotion, de prévention et de protection de la santé, en collaboration avec les partenaires de leur sous-région. C'est même le lieu privilégié pour introduire dans le réseau une approche par programme qui puisse associer les différents organismes vers la poursuite d'objectifs de santé communs. On voudrait parfois attribuer ces rôles plutôt aux CLSC ou aux conseils régionaux. Nous croyons cette tendance mal avisée. En effet, au moment où les CLSC vivent la contrainte de la distribution quotidienne des services à leur population et où les conseils régionaux jouent souvent un rôle important de décideurs quant à la distribution de ressources financières, c'est-à-dire d'agents payeurs, les départements de santé communautaire, quant à eux, constituent à la fois une instance dégagée de la contrainte des services individualisés et un agent neutre en ce qui concerne le financement, bénéficiant ainsi d'une situation favorable pour développer une expertise professionnelle crédible et essentielle à l'exercice de leur rôle.

L'avantage d'une telle situation privilégiée peut se comparer à celle d'un gardien de but au hockey. En se plaçant devant les buts avec l'équipement approprié, le gardien de but est au bon endroit pour jouer son rôle. On aura beau répartir son équipement entre tous les autres joueurs, ceux-ci ne réussiront pas ensemble à le remplacer et à être aussi efficaces pour garder les buts tout en continuant à jouer à leur propre position.

Un autre élément qui privilégie les départements de santé communautaire dans l'exécution de leur travail, c'est qu'ils oeuvrent généralement à l'intérieur d'une région sociosanitaire pertinente, c'est-à-dire aux dimensions et aux caractéristiques optimales pour favoriser la concertation des différents partenaires autour d'objectifs de santé. Ceci est particulièrement le cas pour notre département de santé communautaire, puisque le territoire appelé Grand-Portage ou KRTB constitue véritablement une région pertinente, autant par ses caractéristiques géographiques que par le sentiment d'appartenance qu'on y retrouve depuis de nombreuses années. Nous en voulons pour preuve le très grand nombre d'organismes socio-économiques ou communautaires qui se définissent en fonction de ce territoire. Une dizaine de ces organismes sous-régionaux ont d'ailleurs manifesté leur appui au maintien du DSC parmi les 154 appuis reçus de groupes dans notre sous-région. Cette cohésion, ainsi que la dimension humaine de son territoire, a permis au département de santé

communautaire de réaliser de nombreux projets visant l'amélioration de la santé avec des partenaires de différents secteurs d'activité. Par exemple, le programme de maintien de l'intégrité de l'appareil circulatoire, qui rallie aux mêmes objectifs de prévention des maladies cardio-vasculaires des restaurateurs, des médecins, des établissements de santé, des commissions scolaires, des milieux de travail, des commerçants et même un club social féminin.

Le territoire de notre département de santé communautaire pourrait-il être plus grand? À notre avis, **au-delà** des limites du KRTB, le sentiment d'appartenance est dirigé vers d'autres pôles, ce qui fait qu'on ne peut plus asseoir les gens à une même table sans qu'il en résulte une perte d'intérêt. Ce territoire pourrait-il être plus petit, par exemple, adopter celui d'un CLSC? Il pourrait certainement l'être, mais on devrait alors multiplier les ressources par autant de territoires. Les effectifs de notre DSC étant déjà au strict minimum, si on les divisait entre les territoires de CLSC, la fonction ne pourrait être remplie de la même façon. Comment pourrait-on diviser en cinq une seule personne-ressource s'occupant de programmes d'environnement ou une seule personne-ressource s'occupant de programmes de prévention des maladies cardio-vasculaires, et ainsi de suite? Donc, le territoire du DSC pourrait être rétréci, mais, pour conserver la même efficacité, il en coûterait beaucoup plus cher.

Pourquoi d'ailleurs faudrait-il remettre en question l'existence de la sous-région du KRTB et de son département de santé communautaire, alors que l'on retrouve au Québec quelques territoires qui ont été définis comme régions et non, comme sous-régions, avec à peine 15 000 ou 20 000 habitants de plus? Je vous remercie.

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

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, je suis très heureux de recevoir les gens du KRTB. Évidemment, ce que j'ai compris, c'est que la démarche visait presque essentiellement à situer le département de santé communautaire, ayant moi-même pris connaissance des déclarations publiques au lendemain des "**Orientations**" où ma prédécesseure avait annoncé que le département de santé communautaire de **Rivière-du-Loup** ne serait pas parmi les 22 retenus. Si je comprends l'essence de la présentation de ce matin, elle vise à dire: Nous sommes là, nous avons certaines spécificités et nous désirons demeurer un département de santé communautaire par ce que nous apportons à notre communauté. Il devrait être maintenu. Évidemment, c'est un débat qui n'est pas fini; il nous reste encore deux semaines et demie de commission parlementaire et chacun va venir défendre, c'est légitime, le maintien

d'un département de santé communautaire. Il y en a 32, il n'y en aura pas 32. Mme Lavoie-Roux en proposait 22, peut-être qu'il y en aura moins que ça.

À partir d'un certain nombre de choses que nous sommes en train d'analyser, doivent-ils continuer d'être rattachés à un centre hospitalier ou pas? Des gens nous disent oui. Des gens disent non et des gens pensent que non. Doivent-ils nécessairement être dans la capitale régionale? Des gens pensent que oui; je suis de ceux qui se posent des questions. Une chose est certaine: les fonctions des départements de santé communautaire vont continuer d'exister. On va nécessairement et obligatoirement, là comme ailleurs, devoir faire un travail très important pour éviter les duplications de services. Vous l'avez abordé dans votre présentation: CLSC, département de santé communautaire; est-ce qu'il y a effectivement des fonctions que font aujourd'hui les départements de santé communautaire que pourraient faire les CLSC? Dans mon livre à moi, là, c'est clair, je vous dis oui, à ce moment-ci, et ça ne semble pas clair pour vous. Donc, c'est là la question que je veux aborder avec vous **au-delà** de: y aura-t-il ou n'y aura-t-il pas maintien d'un département de santé communautaire à **Rivière-du-Loup**? Je pense que vous avez fait votre point. Vous voulez le maintien. Le mémoire est là, il en donne les raisons, mais, puisque vous êtes là, je veux en profiter pour vous dire: Est-ce qu'il y a effectivement - je vous pose la question, malgré le fait que je pense que oui, là, mais faites-moi la démonstration - une duplication entre le DSC et le CLSC sur certaines fonctions?

M. Pouliot (Bernard): Bon, on va prendre un exemple concret. Dans les trois dernières années, on a fait une démarche conjointe avec les CLSC de notre territoire pour se doter d'objectifs, de priorités de santé communautaire. On en a adopté deux. J'en prendrai une pour les fins de la discussion, qui est la réduction des maladies cardio-vasculaires. La démarche a été faite conjointement avec les CLSC et le choix a été fait conjointement avec les CLSC. À la suite de ça, il a fallu mettre en place une programmation pour faire face à ce problème-là. Bien entendu, on s'est partagé les tâches à ce moment-là, je veux dire qu'il y a des choses qui... Si on prend toute l'analyse au niveau des données statistiques, etc., ça allait de soi que c'était à nous de prendre en charge cet élément; par contre, lorsqu'on est arrivé au niveau de la programmation, on a convenu qu'on travaillait sur certains éléments très précis pour réduire les maladies cardio-vasculaires: le tabac, le cholestérol, l'hypertension. Bon, ça, on a convenu de ces choses-là assez rapidement. Par contre, quand arrive le temps du terrain, bien là, on s'est partagé la tâche à la lumière du travail qu'il y avait à faire et puis de la capacité des différents

établissements de faire différents choix très pragmatiques dans leur propre organisation. À titre d'exemple, il y a des CLSC qui ont embarqué très rapidement et qui ont fait beaucoup de choses, de telle sorte qu'ils ont occupé un champ qui était le leur, dans leur territoire. D'autres, par contre, n'avaient pas la capacité immédiate d'ajuster les ressources, même si c'était un choix commun et une priorité commune, n'avaient pas la capacité de réagir rapidement dans leur secteur, de telle sorte qu'il y a des choses auxquelles on n'a pas touché et il y en a d'autres dont nous, on s'est occupés. À titre d'exemple, au niveau des restaurants, on a mis en place des menus "mieux vivre". On n'a pas fait de duplication là-dessus. On a pris un programme qui a été mis sur pied par un autre département de santé communautaire qui l'avait testé et évalué. On s'occupe de faire en sorte qu'il y ait des établissements sur l'ensemble du territoire, pas strictement à Rivière-du-Loup, mais sur tout le territoire du KRTB, qui offrent des menus qui sont d'un meilleur équilibre au niveau du cholestérol. Dans d'autres secteurs, nous, on a convenu qu'aux employeurs - on a commencé par ceux-là - du réseau des affaires sociales, on devait offrir des programmes qui visent à la réduction de ces problèmes-là pour les travailleurs du réseau. C'est nous qui en avons pris charge, mais c'était convenu avec les CLSC.

C'est ça qu'on tente de faire ressortir un peu à travers les commentaires que faisait le Dr Boudreau tout à l'heure. C'est qu'il y a un exercice effectif sur place et ce n'est pas toujours tranché forcément au couteau. C'est sûr que, si on prend les services préventifs à caractère individuel, si on veut rejoindre les citoyens, dans la majorité des cas, ce sont plutôt des services qui doivent relever soit du secteur privé ou des CLSC, dépendant de la composition des services qui sont offerts dans une région. Il y a des endroits où il y a plus ou moins de médecins, etc., bon. Mais on cherche à tailler des choses à la mesure de ce qui existe et à la mesure des choix qui peuvent être faits.

J'ai de la difficulté à répondre à votre question d'emblée, comme ça. Au fond, on fait un travail de mise en commun des ressources qui sont là et qui veulent bien s'associer pour une tâche commune. Et on partage la tâche à la lumière des capacités de chacun et non, si on peut dire, de façon théorique en disant: Ça, c'est un secteur, c'est une chasse gardée, on ne touche pas à ça ou ainsi de suite. On cherche plutôt à maximiser ce qu'on a, ensemble.

Mme Pelletier (Jocelyne): Si vous le permettez, j'aimerais ajouter quelque chose sur le même exemple, au niveau de la prévention des maladies cardio-vasculaires. Vous savez, ça ne se fait pas en un jour, un programme. Ce n'est pas quelqu'un qui écrit ça dans son bureau et qui dit

aux autres: Vous allez faire ça après. On travaille en concertation avec les gens. Alors, dans ce programme-là, on met autour de la table les cinq CLSC avec différents groupes du KRTB, vous en avez vu plusieurs ce matin, et, ensemble, on fait un programme. Bien sûr que ça pourrait être fait dans un CLSC, mais là on multiplie par cinq, cinq personnes qui s'occupent des programmes et qui, elles, vont mettre ensemble les gens dans un territoire plus petit. Ça peut se faire, mais ça ne se fait pas à meilleur compte.

M. Côté (Charlesbourg): Je n'irai pas plus loin parce que, effectivement, ça ne se tranche pas au couteau. Il y a peut-être des cas différents dans des départements de santé communautaire un peu plus petits, comme le vôtre, comme celui de Montmagny, par rapport à d'autres départements de santé communautaire. Comme on m'indique qu'il ne me reste déjà pas beaucoup de temps, je vais vous poser une question vicieuse, je vous le dis tout de suite en partant. Quand tu as l'avis avant...

Si on arrivait avec la décision qu'on avait un département de santé communautaire par région administrative, croyez-vous qu'un département de santé communautaire implanté à Rivière-du-Loup pour desservir l'ensemble de la nouvelle région du Bas-Saint-Laurent pourrait tout aussi bien répondre à ce qu'on attend d'un département de santé communautaire que s'il était à Rimouski?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Elle était vicieuse, mais je vous l'ai dit avant.

M. Pouliot: Je pense que, pour faire le travail d'un département de santé communautaire, on n'a pas besoin d'être assis dans le bureau à côté du CRSSS, définitivement. Remarquez que, effectivement, elle est vicieuse, votre question et puis, on avait pris comme stratégie de ne pas se chicaner avec Rimouski, pour la simple et bonne raison que si, effectivement, il n'y en a qu'un, on ne veut quand même pas se retrouver avec des problèmes de relations interpersonnelles pendant une dizaine d'années, parce qu'on parle de gens qui ont à travailler ensemble et c'est une décision qui pourrait être tout aussi difficile à avaler à Rimouski qu'à Rivière-du-Loup. On va se comprendre là-dessus. Mais, effectivement, stir le plan du travail à faire, ce n'est pas un travail qui demande des échanges quotidiens.

Par contre, la préoccupation que nous, on a de faire valoir le KRTB, je pense qu'elle est tout aussi légitime de l'autre côté, c'est-à-dire plus à l'est. Le défi d'une organisation comme celle-là, c'est celui de faire valoir la réalité de chacune de ces communautés-là, parce que, en tout cas, si nous, on croit qu'on a une communauté bien à nous, chez nous, je pense qu'il y a la même

chose de l'autre côté. Il va se présenter, à ce moment-là, un certain défi organisationnel de faire en sorte qu'on soit à l'écoute de ces communautés-là et non de prendre des décisions à distance qui pourraient, à la longue, avoir pour effet de drainer progressivement les ressources d'une sous-région vers l'autre et de faire en sorte qu'à un moment donné les gens qui prennent les décisions ne vivent pas dans cette communauté-là, en soient éloignés, et, finalement, qu'il y ait plus ou moins adéquation.

(16 h 30)

C'est définitivement une de nos préoccupations. S'il y en a rien qu'un, que ce soit nous ou que ce soit eux, comment celui des deux qui ne sera pas retenu pourra vraiment faire valoir les besoins de sa propre communauté? Parce qu'il y a vraiment une réalité. M. le ministre, pour vous être promené dans ce coin-là, vous savez très bien que ce sont des entités socio-économico-politiques un peu différentes et il y a quand même un défi qu'il nous faut rencontrer de façon importante, peu importe lequel des deux. Mais sur le plan du travail en rapport avec d'autres organisations du réseau, que ce soit, mettons, le CRSSS, je ne vois pas, là, une nécessité d'être physiquement à côté, je veux dire. On a besoin de contacts, mais ces contacts ne sont pas quotidiens ni...

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

M. Côté (Charlesbourg): Oui, je veux juste vous dire que je vais poser la même question quand je vais rencontrer les gens de Rimouski.

Des voix: Ha, ha, ha!.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, ils ont un avis plus long. Une dernière petite.

M. Pouliot: Vicieuse ou non?, Ha, ha, ha!.

M. Côté (Charlesbourg): Peut-être plus pour votre voisin que pour vous. Est-ce qu'il y a une nécessité qu'un département de santé communautaire soit rattaché à un centre hospitalier?

Le Président (M. Joly): Dr Boudreau.

M. Boudreau: Disons que moi, en fonction du rôle que je vois au département de santé communautaire, je crois qu'il est très avantageux que le département de santé communautaire soit rattaché à un centre hospitalier, parce que, à mon avis, le rôle d'un département de santé communautaire, ce n'est pas un rôle administratif, c'est un rôle très proche de la préoccupation de professionnels de la santé ou des services sociaux. Le centre hospitalier est un établissement, justement, qui constitue une bureaucratie professionnelle, où il y a déjà toute une struc-

ture pour être extrêmement compétent au point de vue professionnel. Et je pense que c'est le lieu privilégié pour que, justement, au département de santé communautaire aussi, on développe l'expertise professionnelle de nature contenu: non pas de quoi faire, comment organiser les services, mais comment les services peuvent être plus efficaces pour répondre aux objectifs de santé qu'on se fixe. Je pense que le centre hospitalier est un bon lieu pour favoriser ça au niveau du département de santé communautaire.

M. Pouliot: Juste, dans la mesure...

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

M. Pouliot: Oui, dans la mesure où on défend le KRTB, le centre hospitalier, actuellement, est le seul endroit, effectivement, qui peut nous accueillir pour être situés à l'intérieur de cette communauté-là, puisque les services qu'offre le centre hospitalier actuellement couvrent - ça dépend des services - en général des dimensions à peu près similaires.

Le Président (M. Joly): Merci, docteur.

M. Côté (Charlesbourg): C'était bien intéressant, on pourrait continuer, mais le temps n'est plus là.

Le Président (M. Joly): Je reconnais le leader de l'Opposition officielle, M. Chevette.

M. Chevette: Merci. Moi, je vais partir sur une note discordante. Je suis en désaccord avec le docteur, parce que je considère que ce qui compte, c'est peut-être de garder la ressource dans le milieu, au-delà de la structure à laquelle ça peut être rattaché, à mon point de vue. Et je suis toujours mal à l'aise, dans une région aussi vaste que la vôtre, de parler d'abolition de structures, parce que, à mon point de vue, ce n'est pas le complet qui fait à tout le monde dans ce genre de région où on doit, je pense, comme communauté, accepter que les ressources puissent être maintenues parce que, vous le dites, il y a des contextes socio-politico-économiques très distincts à cause de l'étendue du territoire. Quoiqu'on parle de l'abolition des DSC parce qu'il y en a trop, je pense que le rôle que joue un DSC doit être conservé, que ça s'appelle DSC ou que ça s'appelle une structure rattachée à un CLSC, ou rattachée à un centre... C'est un peu la divergence que j'ai avec le docteur, quoique la question que vous vous étiez posée, c'était: Qu'est-ce qui était le plus favorable? À mon point de vue, si c'était de garder cette ressource dans le milieu, je préférerais personnellement qu'on ne se batte pas sur une structure à laquelle on la rattache, mais qu'on la garde en fonction de la dimension prévention. Le

rôle que peut jouer un DSC en matière de prévention a une importance et, au moment où une quasi-unanimité se dégage à l'effet que trop longtemps dans le passé le ministère, les structures régionales ont consacré, à cause de la puissance des lobbies, une trop large portion de l'argent au curatif et très peu sur le plan de la prévention, il m'apparaîtrait pour le moins inopportun de songer à faire disparaître des ressources axées sur la prévention, où qu'on soit au Québec. Ça, c'est un commentaire que je voulais faire.

Cela dit, on verra le nombre, on verra où ça se rattachera et on verra si on y consacre les ressources dans le milieu. Mais, à mon point de vue, ça m'intrigue beaucoup de voir que, des fois, pour "sauver" un peu d'argent dans des régions comme la vôtre... Je vais ajouter ce commentaire-là. On n'est pas dans une ville à forte concentration où on peut regrouper, sous une même autorité, tout un système de DSC qui, ça n'a pas d'importance, relève de une, de deux, de trois ou de quatre autorités. Mais, dans des milieux dits éloignés, sous prétexte qu'on centralise, ce qu'on versait à une direction, on va verser le double en millage pour que les gens se promènent sur les routes. Ils ne travailleront pas plus, entre vous et moi. C'est à ça qu'il faut penser dans un milieu comme le vôtre, à mon point de vue. Il faut faire attention, sous prétexte qu'on élimine une structure, qu'on ne consacre pas plus d'argent à voir promener le monde. Ça s'évalue. Le temps où une personne circule, elle ne fait pas gros de travail, c'est-à-dire qu'elle est au travail, mais, quand tu lui fais faire une heure et demie de route pour se rendre à un endroit spécifique, ça compte dans le temps de travail. À mon point de vue, il faut tenir compte de ça et il faut l'analyser très sérieusement avant de penser à faire une économie. Ça peut être des économies de bouts de chandelle en maudit qu'on peut faire si on n'y pense pas.

Cela dit, je voudrais vous demander, comme institution, ce que vous pensez... C'est parce que vous êtes venus en fonction du DSC. Moi, je veux vous questionner sur d'autres choses, comme je l'ai fait tantôt. Vous avez des idées sur d'autres choses, certain. Qu'est-ce que vous pensez - ma question s'adresse au docteur, vous vous ferez valoir - de la décentralisation de l'enveloppe de la RAMQ? Seriez-vous d'accord avec ça? Allez-y. N'importe qui.

M. Pouliot: Pour avoir travaillé à Rouyn-Noranda pendant trois ans et aux Îles-de-la-Madeleine, moi, personnellement, je suis très favorable à cette mesure-là. C'est sûr et certain que ce n'est pas populaire auprès des confrères médecins, mais, à un moment donné, si on veut amener... Il y a eu toutes sortes de mesures qui ont été prises pour faire en sorte d'inciter les médecins à aller dans les régions éloignées. C'est

sûr et certain que c'est loin d'être simple pour autant, surtout qu'il y a les conjoints. Quand on parle de jeunes médecins, qu'on ne s'imagine pas qu'ils arrivent tout seuls. Souvent, ils ont des conjoints et des enfants; donc, ça pose des problèmes. Mais, à mon avis, en régionalisant les sommes d'argent de la RAMQ, on vient, à ce moment-là, de contraindre de façon importante le mouvement. C'est comme dans d'autres domaines, c'est là où il y a des postes de disponibles qu'on va travailler. Remarquez que ça ne solutionnera pas tous les problèmes parce qu'il y a bien des disciplines dans lesquelles il y a des postes de disponibles dans les régions éloignées et on ne comble pas les postes. Il ne faut pas non plus s'imaginer, qu'on va tout solutionner, mais c'est une façon d'éviter que les villes continuent à en mettre, à en mettre et à en mettre.

M. Chevette: Voulez-vous ajouter, doc?

M. Boudreau: Moi, personnellement, je trouve que c'est théoriquement valable, mais il me semble que c'est difficile d'application.

M. Chevette: Dans quel sens?

M. Boudreau: J'essaie d'imaginer comment ça pourrait s'appliquer dans une sous-région comme la nôtre. Je ne vois pas. En tout cas, je...

M. Chevette: Non, mais ça pourrait être au niveau régional.

M. Boudreau: Probablement que je n'ai pas assez étudié la question. Mais, c'est...

M. Chevette: Je pense que vous avez raison si vous parlez de sous-région, mais au niveau régional d'abord?

M. Boudreau: Même régional.

M. Chevette: Même là? Vous trouvez ça difficile?

M. Boudreau: L'essentiel de mon propos, c'était de signifier qu'il existait une sous-région KRTB...

M. Chevette: Oui, j'avais compris ça.

M. Boudreau: ...qui est un territoire d'appartenance qui permet à des gens de travailler ensemble. Maintenant, pour étirer tout ça à la région... En tout cas, personnellement, j'ai l'impression qu'on a deux sous-régions dans la région 01.

M. Chevette: Comme ça, c'est l'équité à l'intérieur même de la région dont vous traitez.

M. Boudreau: Si on voulait appliquer une...

M. Chevette: Ça, je pense qu'on en a parlé à plusieurs reprises, de toute façon, depuis le début et c'est évident qu'on ne pourra pas... En tout cas, il faudrait assurer une certaine représentativité. Je ne sais pas quel type de structure il y aura. C'est évident que, si on n'assure pas une forme de représentativité équitable à l'intérieur d'une région qui a des sous-régions nettement identifiées, vous ne réglez rien. Vous avez beau faire la réforme que vous voulez, vous ne réglez rien. Donc, sur ça, je partage votre point de vue. On attendra de voir les suggestions de structures et ça, ça aura bien de l'importance au niveau de la régie régionale. C'est là qu'on verra si le partage peut être équitable ou pas, à partir de la représentativité qu'on donnera aux sous-régions, c'est évident.

Deuxième question Là, vous répondrez qui vous vous voudrez. Ça s'adresse à vous cinq la fusion des conseils d'administration au niveau d'une région dépendant des vocations, est-ce qu'il y en a qui ont des idées là-dessus, dans votre groupe?

Mme Malenfant d'Amboise (Aline): J'ai peut-être des idées, oui.

M. Chevette: Allez-y madame.

Mme Malenfant d'Amboise: En principe, la fusion de conseils d'administration n'est pas à rejeter comme principe, sauf qu'il ne s'agit pas de s'en aller là-dedans à pieds joints, de prendre un territoire de MRC puis là, c'est la fusion. O.K.? À ce moment-là, on ne tient pas compte de certaines particularités de la vocation des établissements, on ne tient pas compte du grand nombre d'établissements qu'il peut y avoir. On le fait dans une volonté de complémentarité de services, pour éviter la duplication, oui, mais, à un moment donné, dans certains milieux, ce n'est pas le seul élément à considérer. Il faut regarder aussi l'attachement au milieu, il faut regarder ce qui se vit dans chacun des milieux. Là, oui, ça peut se faire, mais avec une étude, une consultation des milieux pour voir la faisabilité. C'est vrai que ça peut amener de l'efficacité, mais ce n'est pas le style mur à mur là-dedans.

M. Chevette: Croyez-vous obligatoire ou très importante la présence des professionnels sur les conseils d'administration?

Mme Malenfant d'Amboise: Je pense que oui. Il doit y avoir une expertise professionnelle qu'on retrouve autour de la table des conseils. Ils ne doivent quand même pas être en majorité, là.

M. Chevette: Non, non, sur ça, je suis d'accord avec vous.

Mme Malenfant d'Amboise: O.K.

M. Chevette: Pas les CRSSS qui étaient formés des D.G. du réseau, je suis d'accord avec vous. Ce n'est pas ça que je vous dis.

Mme Malenfant d'Amboise: O.K. Alors, on ne parlera pas des CRSSS.

M. Chevette: Au début.

Mme Malenfant d'Amboise: Je pense que l'expertise est nécessaire autour de la table, comme il est nécessaire aussi d'avoir une expertise des différentes instances d'un milieu autour de cette table, pour que les décisions qui soient prises représentent vraiment les volontés du milieu et aussi la faisabilité, en tenant compte de l'expertise professionnelle. On peut aller plus loin là-dedans. Je ne pense pas qu'on doive s'en priver, au contraire, mais l'aménager de façon à ce que ça ne soit pas juste ça non plus.

M. Chevette: Une dernière petite: Quelle est la meilleure manière, le meilleur moyen, la meilleure décision qu'il faudrait prendre face au vieillissement de la population pour ne pas qu'elle ait le réflexe de l'institution?

Mme Pelletier: La prévention, je pense, c'est la seule réponse. Les DSC, on en fait déjà pas mal... Voulez-vous que je vous parle d'un programme qu'on a fait chez nous?

M. Chevette: Allez! Je vous ai ouvert une belle porte, allez-y! Ha, ha, ha!

Mme Pelletier: C'est un programme qu'on a fait en concertation avec les établissements du territoire. Vous savez qu'il existe une table de concertation qui rassemble tous les établissements de santé et des services sociaux, et également les organismes bénévoles. Alors, c'est un programme de maintien de l'autonomie des personnes âgées, qui a débouché sur toutes sortes de petites expériences, dont certaines ont été heureuses. Je pense, par exemple, à des cours à l'intention des hommes âgés pour leur apprendre à cuisiner, de sorte qu'ils ne réclament pas l'auxiliaire familiale si leur femme va à l'hôpital ou si elle décède. C'est la commission scolaire qui a repris ça à son compte et qui continue avec ça. On a aussi expérimenté un programme d'habitat partagé où une personne âgée peut partager sa maison avec une autre; ça n'a pas marché. On expérimente comme ça, mais il y a des activités collectives de prévention primaire qui sont réalisées également avec les personnes âgées, et ça, avec beaucoup de succès. Donc, je pense vraiment que la prévention dans ce domaine est à développer.

M. Chevette: Je tiens à vous remercier et je suis certain que vous allez trouver, en tout

cas chez l'Opposition, l'assurance que des sous-régions puissent compter sur la ressource, indépendamment du lien avec les structures. On se comprend bien? Je pense que c'est ça qui était l'objectif du mémoire, de toute façon. Et, quant à la ressource, vous ferez valoir ça aux ministres qui siègent et qui sont supposés vous représenter; quant à nous, on fera notre devoir au niveau du projet de loi.

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

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier et vous dire que j'ai été très étonné de ne pas avoir une question sur la rémunération différenciée; c'est un autre dossier où les décisions sont prises, il reste à l'actualiser. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Au nom des membres de la commission, je vous remercie à mon tour.

Je vais maintenant demander aux gens représentant le CLCS de la Vallée et le CLSC de la Mitis de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. Mesdames et messieurs, bonjour, bienvenue à cette commission. Vous avez une dizaine de minutes pour présenter votre mémoire et, après, eh bien, chacune des formations se réserve le privilège de vous poser quelques questions. Ainsi, que la personne responsable veuille bien s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.
(16 h 45)

CLSC de la Vallée et CLSC de la Mitis

Mme Morissette (Lucienne): Il me fait plaisir de vous présenter M. Denis Stevenson, président du conseil d'administration du CLSC de la Mitis, moi-même présidente du CLSC de la Vallée et, je m'excuse, j'ai passé...

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

Mme Morissette: ...Gilles Légaré, représentant du CLSC de la Mitis et M. Léonard Duhé, représentant du CLSC de la Vallée. Denis Stevenson et moi-même sommes les porte-parole du groupe.

Le Président (M. Joly): Allez, madame, merci.

Mme Morissette: Alors, M. le ministre, M. l'adjoint parlementaire, M. les membres de l'Opposition officielle, MM. et Mmes les membres de la commission parlementaire, il me fait plaisir de venir vous présenter aujourd'hui notre mémoire. Aussi, je voudrais souligner en passant que nous sommes ici à titre de bénévoles et à titre de membres du conseil d'administration,

représentant des usagers et des groupes bénévoles. Alors, c'est à ce titre qu'on vient aujourd'hui faire notre représentation.

Alors, notre mémoire avait été préparé avant que M. le ministre décide de retirer la partie des conseils d'administration unifiés. Nous tenions quand même à vous le présenter puisqu'il a été préparé dans le but de vous démontrer que la concertation volontaire et souhaitée dans le respect de l'autre est plus importante que le débat sur la structure.

En effet, nos deux institutions ont vécu et vivent dans leur territoire de MRC des expériences de concertation différentes et désirent témoigner de leurs effets au niveau de la qualité et de la rationalisation des services. La Vallée a vécu une expérience de gestion en commun avec les établissements de son territoire. Quoique étant encadrés dans un contrat d'une durée limitée, il s'en est fallu de peu qu'on ait une fusion et nous avons dû lutter durant près d'un an pour préserver notre existence. Il serait peut-être long et fastidieux aujourd'hui de vous relater tous les faits qui ont entouré ce débat. Je n'ai pas le goût de revenir sur tout l'historique de ce projet très ambitieux et sur toutes les embûches qui se sont multipliées pour notre CLSC afin de conserver son autonomie et aussi d'être capable de s'affirmer comme établissement. Imaginer favoriser la concertation en unifiant les conseils d'administration d'hôpitaux, de centres d'accueil et de CLSC est utopique et, pour nous du CLSC, les partenaires de la concertation sont plus nombreux en dehors du réseau officiel de la santé et des services sociaux.

Le CLSC de la Vallée a vécu une décevante et déconcertante concertation imposée. Les séquelles de ce débat sur la structure se font encore sentir aujourd'hui. L'expérience a démontré que les sujets touchant la programmation d'un CLSC ne font pas le poids lorsqu'il s'agit de discuter de construction de centres d'accueil ou des plans fonctionnels et techniques d'un centre hospitalier. Alors que, pendant six ans, le conseil d'administration du CLSC de la Vallée discutait structure, modèle organisationnel et intégration, le territoire de la Mitis se dotait de tables de concertation pour consolider les services aux jeunes, en santé mentale et aux personnes âgées. Après tant d'années, le focus a été mis sur les structures dans la Vallée et sur les services dans la Mitis, et les résultats sont fort différents. Nous considérons que les conseils d'administration sont formés de bénévoles, que ces bénévoles ne génèrent aucun coût pour le système de santé et que ce n'est pas à ce niveau que l'on doit intervenir pour réduire et rationaliser des dépenses.

Dans le document d'orientation ministériel, qui a paru en avril l'an dernier, il me semble y avoir un paradoxe à quelque part. On parle de participation de la population, de services centrés sur la personne, puis, en même temps, on

veut alourdir le fonctionnement et réduire au minimum les administrateurs. Pour notre établissement, ce serait sans doute mettre l'emphase à nouveau sur la structure au lieu des services et nous souhaitons justement investir maintenant dans les services.

M. Stevenson (Denis): Pendant ce temps-là, au CLSC de la Mitis, on a vécu une autre expérience. En novembre 1987, il a été créé une table de concertation des établissements de santé de la Mitis et ça suivait de quelques mois l'embauche d'un nouveau directeur au CLSC et d'un nouveau directeur à l'hôpital; donc, le mouvement était propice. Les buts poursuivis à ce moment-là, c'était d'offrir des services de qualité, de premier ordre, à la population de la Mitis; d'assurer une coordination efficace des dossiers conjoints; d'élaborer des plans d'organisation de services en regard des problèmes particuliers du territoire; de favoriser les échanges. Et on avait placé la personne au centre des priorités.

On a fait des études qui nous ont amenés à nous doter de plans d'intervention auprès de la clientèle qui avait été priorisée. De ces plans ont découlé des projets et, à partir de novembre 1988, on a pu commencer à mettre de l'avant certains projets. En janvier 1989, ces plans ont été présentés à une réunion des conseils d'administration où les trois établissements étaient représentés. Après l'acceptation, on a commencé à travailler au niveau des effets. Le focus ayant été placé sur les services, ça nous a permis de développer des choses comme une meilleure connaissance et une meilleure reconnaissance des services offerts par les partenaires du réseau et hors réseau. On a augmenté la confiance et la complicité des partenaires des établissements. On a responsabilisé les instances à l'égard de leur rôle. Maintenant, tout le monde savait ce qu'il y avait à faire, quel était le rôle de chacun. Ça nous a permis une meilleure coordination des dossiers conjoints, une couverture plus étanche des services à être offerts aux clientèles visées et une référence adéquate aux services pertinents.

Les effets d'une concertation volontaire chez nous ont été positifs. La concertation étant acceptée, ça répondait à un besoin et non pas à une mode. Alors, ça nous a permis, justement, d'aller plus loin dans l'intégration de certains projets. Pour se concerter, bien, ça prend tout d'abord son autonomie et sa mission propre. Comme chacun était sûr de ce qu'il avait, bien, il y avait moyen de partager. Donc, on a abouti à des projets comme la structure pivot en santé mentale; un projet de mise sur pied de cliniques MTS qui était novateur dans le sens que le CLSC faisait les prélèvements et le centre hospitalier pourra s'occuper de l'analyse; des services médicaux complémentaires, c'est-à-dire que le CH pourra s'occuper des services médicaux 24-7 et le

CLSC en région aurait une unité mobile. Au niveau du centre de jour, bien, on a augmenté notre collaboration avec la résidence pour étendre les services.

Le Président (M. Joly): Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter?

M. Stevenson: Non. C'est que nous autres, notre expérience de concertation a été axée sur les services à rendre à la population comparée à celle de la Vallée qui était axée sur une structure. C'est ce qu'on voulait vous montrer.

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

M. Côté (Charlesbourg): Lorsqu'on a reçu...

M. Chevette: Excusez-moi, M. le ministre. Est-ce qu'il avait quelque chose à ajouter? Je n'ai pas senti qu'il avait fini. Ce n'est pas grave, c'est juste pour vérifier. Est-ce que vous avez terminé?

Une voix: Non, on n'a pas fini.

M. Chevette: Ah, c'est pour ça...

Une voix: Il nous resterait juste un petit point que monsieur...

Le Président (M. Joly): Madame avait identifié tantôt les deux porte-parole comme étant elle et monsieur. Alors, c'est pour ça que j'ai cru tantôt que monsieur avait fini.

Mme Morissette: On s'était réparti pas mal la tâche, mais il reste qu'on avait des choses à dire encore.

Le Président (M. Joly): Bon, alors, allez, vous avez le temps voulu. Allez, monsieur.

M. Dubé (Léonard): Bon, voici nos recommandations en regard des conseils d'administration unifiés; ça va répondre peut-être à M. Chevette. Les conseils d'administration unifiés sont un moyen privilégié par le ministère dans le but d'atteindre des objectifs de qualité de services, de concertation et de rationalisation. Les conseils d'administration du CLSC de la Vallée et de la Mitis ne croient pas à l'efficacité d'une telle mesure imposée. Démonstration est faite de par leurs expériences vécues que le succès d'une concertation efficace est relié à une ouverture d'esprit, un sentiment de sécurité, à des discussions d'égal à égal et surtout à la réalisation d'un objectif commun qui est l'amélioration des services à la personne, personne que l'on croit essentiellement située au cœur de nos interventions. Pour ce faire, il faut justement

que les gestionnaires soient dégagés des problèmes de structure ou des préoccupations reliées au suivi des dossiers qu'ils défendent.

En conséquence, nos recommandations en regard de l'implantation de conseils d'administration unifiés sont les suivantes: laisser aux conseils d'administration des établissements d'un territoire de MRC l'autonomie de gestion de leur budget propre. Que les conseils d'administration des établissements d'un même territoire de CLSC soient obligés de se concerter selon le mécanisme jugé le plus approprié pour la localité. **Conserv** aux conseils d'administration la responsabilité de fixer les objectifs et les priorités de l'établissement, d'attribuer les ressources humaines et financières, de déterminer ses politiques, de prendre les décisions majeures affectant l'orientation et l'organisation de l'établissement, de contrôler le fonctionnement et d'évaluer le rendement de l'établissement, et d'instaurer ses modalités de gestion participative. Définir clairement le rôle des établissements afin de faciliter les concertations et ainsi éviter les duplications de services. Enlever dans l'avant-projet de loi l'obligation de mettre en place un conseil d'administration unifié par territoire de CLSC. Et je pourrais ajouter: Pourquoi les conseils d'administration unifiés et pour qui? Je pourrai répondre tantôt à d'autres questions.

Le Président (M. Joly): Merci, monsieur. Merci. C'est bien, merci. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. La proposition de conseils d'administration unifiés qu'il y avait dans les "Orientations" a été, je pense, mal perçue, en particulier par les bénévoles qui travaillent sur les conseils d'administration. Évidemment, tout le monde avait compris, même au gouvernement, que si tu dis: On a 200 établissements de moins, parce qu'il y a des conseils d'administration unifiés, ce n'est pas nécessairement là que tu "sauves" de l'argent parce que, effectivement, les gens sont bénévoles. Donc, ce n'est pas là que se fait la grosse et la folle dépense. Cependant, il apparaît clair que les conseils d'administration unifiés ne peuvent pas apparaître dans un projet de loi comme une obligation dans la loi. En discutant avec la Fédération des CLSC, en discutant avec d'autres intervenants au niveau de la commission parlementaire, plusieurs nous émettent des avis à l'effet qu'on doit trouver un mécanisme au niveau d'un territoire de MRC ou de CLSC, dans le but de faire en sorte qu'il y ait une meilleure coordination, une complémentarité des rôles. Ça, ça m'apparaît extrêmement important et il va falloir le faire pour éviter la duplication.

Je laisserai mon collègue, Henri Paradis, vous poser davantage de questions sur l'expérience que vous avez vécue. Moi, je ferais la relation CLSC-départements de santé communautaire, parce qu'il nous apparaît qu'il y a des

rôles qui sont joués par l'un et l'autre, ou par l'un ou l'autre, et qu'il y a de la place pour décentraliser **certaines** actions des départements de santé communautaire vers les CLSC, en particulier au niveau de la prévention. Est-ce que vous vous êtes penchés sur cet aspect-là de la relation avec les départements de santé communautaire, en particulier au niveau de la **prévention**, par exemple? Ce n'est pas limitatif; si vous avez d'autres expériences à nous faire partager à ce niveau-là, j'aimerais vous entendre.

M. Légaré (Gilles): Bon, je vais vous répondre **là-dessus**, d'autant plus que je suis membre d'un conseil d'administration et que je travaille dans un département de santé communautaire. Ça va peut-être donner une réponse...

M. Côté (Charlesbourg): Je n'ai jamais su viser si juste.

M. Légaré: Pardon?

M. Côté (Charlesbourg): Mon instinct a dirigé ma question directement sur vous.

M. Légaré: On s'est sentis. Pour reprendre un peu le débat sur ce qui était abordé tout à l'heure: pourquoi les départements de santé communautaire à l'intérieur d'un centre hospitalier ou rattachés à une autre structure, à une région régionale, ou complètement autonomes à un endroit ou à un autre? la question **m'apparaissait** accessoire en autant que l'on protège la fonction qui doit être faite par les départements de santé communautaire. Il y a une fonction qui doit être conservée. Par contre, je ne saisis pas comme il faut ce que vous voulez présenter. Si on joignait la fonction de prévention des départements de santé communautaire et de protection qu'effectuent aussi les départements de santé communautaire à l'intérieur des CLSC, si on réatomisait les fonctions des DSC - employons le **sigle** - à l'intérieur des CLSC, est-ce que c'est bien ça, l'ensemble des fonctions?

M. Côté (Charlesbourg): Je vais vous la poser différemment, pour qu'on se comprenne bien, compte tenu du fait que vous êtes dans les deux sièges. Est-ce qu'il y a des fonctions que les départements de santé communautaire ont, actuellement, qui pourraient, demain matin, être faites tout aussi efficacement par les CLSC?

M. Légaré: Oui, absolument. D'ailleurs - là, je parle pour l'endroit où je travaille, le DSC de Rimouski - depuis fort longtemps, on a transféré tout le personnel qui effectuait de la prévention directement auprès de la population au département de santé communautaire. Ça vaut aussi pour tout ce qui touche la promotion de la santé. On va prendre l'exemple des menus **"mieux vivre"**,

des trucs qui sont faits dans les restaurants. Chez nous, on voit d'un très bon oeil, et on l'encourage fortement aussi, que ce travail-là soit effectué à l'intérieur des CLSC. Parce qu'on se dit: On va se mettre à la place du monde pour qu'il n'ait pas quand même à courir auprès de trois ou quatre structures. Souvent, les gens nous confondent. Un DSC, ils ne connaissent pas très bien ça; on est derrière un bureau et on écrit la plupart du temps. Entre un DSC et un CLSC, ils viennent tout mêlés. Je pense que tout ce qui touche les services directs à la population devrait être mis à la base, c'est-à-dire vers les CLSC, effectivement.

D'autre part, ce qui touche les fonctions de protection, par exemple, dans le cas d'épidémie ou quelque chose comme ça, ça requiert un personnel spécialisé que l'on ne pourrait pas avoir dans l'ensemble des CLSC. Ces gens-là - il faut quand même que ça se touche un peu, de temps en temps - on ne pourrait pas les disperser partout. Il faudrait quand même conserver cette structure-là à un endroit précis.

M. Côté (Charlesbourg): À la page 18 de votre mémoire... Donc, ce que j'ai compris, c'est que oui, c'est possible et que vous êtes même des précurseurs parce que vous nous avez déjà devancés dans certains domaines et posé des gestes à ce niveau-là. Évidemment, on vous invite à être à nouveau des précurseurs si jamais il y avait autre chose qui pouvait se faire.
(17 heures)

Page 18, vous dites: "Notre objectif: des services de qualité à moindre coût." C'est un titre qui est intéressant. Est-ce que c'est possible, des services de qualité à moindre coût? Comment est-ce qu'on fait ça?

Mme Morissette: Nous, c'est surtout à partir de notre expérience vécue de la gestion en commun qu'on avait. C'est qu'on avait à défrayer pour être dans ce modèle de gestion et on avait le personnel administratif au niveau de notre établissement. Donc, en partant, c'étaient des frais administratifs qu'on pouvait enlever pour donner des services à la clientèle. On pouvait aller se chercher deux intervenants de plus avec cet argent qu'on "sauvait" à ce niveau-là. Peut-être que tu as des choses à ajouter, Denis?

M. Stevenson: Moi, en tout cas, dans ma tête, à mon conseil d'administration quand on parle de ça, je considère que les CLSC - puisque c'est là qu'on oeuvre, nous autres, comme bénévoles - on pourrait faire le parallèle avec le monde de l'automobile. Moi, je me dis: Quand vous vous en allez en auto et que ça tire à gauche, vous n'allez pas chez un spécialiste de l'injection électronique; vous allez dans une station-service, si c'est rien que pour gonfler un pneu. Moi, je me dis: Les CLSC, ça devrait être comme des stations-service de santé. Si on

pouvait justement développer, finaliser les clients pour qu'ils aillent là en premier... Déjà, il y a beaucoup de personnes qui ne sont pas à la bonne place et ça, ça coûte cher.

M. Côté (Charlesbourg): Vous dites: Pas à la bonne place, parce qu'elles vont dans les centres hospitaliers?

M. Stevenson: Ou d'autre chose.

M. Côté (Charlesbourg): Qu'est-ce que ce serait, d'autre chose?

M. Stevenson: J'ai participé la semaine passée à une table sur le maintien à domicile. Les CLSC, on reçoit des demandes à la base, le monde nous demande du maintien à domicile. Pendant ce temps-là, à quelque part, soit dans la future régie ou quelque chose comme ça, il y a des planificateurs qui nous planifient d'autre chose. Souvent, on est "pognés" entre ce que le ministère nous envoie et ce que le monde veut avoir. Vous savez, on offre des services, des fois, qui ne sont pas tellement demandés par la population. D'un autre côté, aux demandes de la population, tout ce qu'on a à offrir, ce sont des excuses et des listes d'attente.

M. Côté (Charlesbourg): Avec une régie régionale avec des pouvoirs, ce ne sera plus la faute du ministère. Parce que, trop souvent, c'est la faute du ministère ou tout le monde se charrie. Même si on peut intervenir directement au-dessus de tout le monde en faisant appel au ministère, il a le dos large et la conscience large.

M. Stevenson: D'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, avec des régies régionales, ça veut dire qu'ayant les pouvoirs et ayant l'argent, c'est maintenant au niveau des régions que les régions vont être capables d'adapter les programmes à chacun leurs milieux.

M. Stevenson: Je suis bien d'accord, mais, d'un autre côté, si vous prenez les problèmes du ministère et que vous les descendez en région, vous ne venez pas de régler les nôtres. Notre structure pivot qu'on a travaillée comme bénévoles - on a mis quasiment deux ans de travail dans ça - on se fait dire par des technocrates qu'elle est bloquée parce qu'ils n'ont pas fini leur planification. Nous autres, le monde crie pour avoir des services et il faut dire: On s'excuse, ils n'ont pas fini leur planification. Ça, ce ne sont pas des sous. Je veux dire, ce n'est pas parce qu'on manque d'argent. Il a manqué quelque chose quelque part.

Mme Morissette: Trop souvent, on se perd

dans les études, les analyses avant qu'il nous arrive des sous; il ne reste pas grand-chose à l'autre bout.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, on pourrait bien embarquer là-dedans parce qu'il y a des torts partout et il y en a aussi dans les CLSC. Alors, évidemment, les torts ne sont pas toujours à la même place dans ce réseau-là parce que ce sont des torts partagés. C'est pour ça que le mérite de parler de régionalisation, c'est au moins d'éliminer un palier - qui est celui central - pour faire en sorte qu'au moins le débat se fasse au niveau des régions, étant pleinement convaincu que les gens, au niveau des régions, sont capables de savoir ce qu'ils veulent et sont capables de se débattre eux-mêmes à un niveau régional pour être capables de revendiquer leurs choses. Si le problème est au niveau de la région là-bas, ça m'inquiète beaucoup. Parce que, je vous le répète, le ministère, et le ministre en particulier, ont le dos bien large. S'ils savaient tout ce qui est sur leur table, probablement que l'espace qu'on a ici ne suffirait pas uniquement pour les papiers qui sont supposés être sur le bureau du ministre pour décision. Ça, ça m'apparaît extrêmement important de le dire.

Donc, il y a des expériences au niveau de la base qui sont très intéressantes. Des CLSC ont été à l'origine de plusieurs expériences très intéressantes et qui doivent continuer à ce niveau-là. Ça doit être la porte d'entrée du système; ça, c'est clair. Et c'est vrai qu'on peut dispenser des services dans les CLSC à bien moindre coût qu'on le fait actuellement dans les centres hospitaliers. Évidemment, ça ne se fait pas du jour au lendemain en termes de réajustement, mais ça va finir par se faire. Et la réforme est une bonne occasion pour ça. Si on réussit ça, si on réussit seulement ça dans la réforme, on aura fait un maudit bout de chemin. Évidemment, je ne veux pas utiliser tout le temps parce que j'ai mon collègue, M. Paradis...

Le Président (M. Joly): Il vous reste une minute.

M. Côté (Charlesbourg): Ah oui? Il va la prendre.

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

M. Paradis (Matapédia): Rapidement, M. le Président, j'aimerais peut-être qu'on élabore davantage sur: pourquoi ça n'a pas marché, la gestion en commun, pour le bénéfice de cette commission et de mes collègues?

Mme Morissette: Pourquoi ça n'a pas marché? C'est que la gestion était centralisée. Nous, au niveau de chaque établissement, on avait un directeur général adjoint. Le directeur

général de la gestion en commun était pour les trois établissements et il avait en même temps à gérer un établissement, un centre hospitalier. C'était un projet très, très ambitieux, qui faisait... Comment j'expliquerais ça? C'est assez... La gestion en commun, on était un peu loin de ça, on s'éloignait... Plus on allait dans la structure, plus on éloignait les participants et les administrateurs des établissements comme tels pour en arriver peut-être un jour à un seul conseil d'administration. C'est ça qui semblait se dessiner, c'est le résultat qu'on aurait eu sûrement, là. Et puis, on éloignait les administrateurs. Ah! Il y a aussi les usagers; le mot qu'ils avaient à dire était quand même très dilué dans le grand verre d'eau et puis on ignorait beaucoup ce que le CLSC... On avait l'impression que la mission du CLSC se perdait dans...

M. Paradis (Matapédia): Je vous pose une question rattachée à ça...

Mme Morissette: Pour nous, c'est un peu un genre de projet ambitieux...

M. Paradis (Matapédia): Oui.

Mme Morissette: ...de fonctionnaires et de gestionnaires carriéristes et peut-être arrivistes, là. C'est peut-être dur...

M. Paradis (Matapédia): Mais, comme corollaire à ça, si on en veut plus avec l'argent qu'on a présentement, c'est 10 000 000 000 \$, la santé au Québec, et si la volonté du ministre s'inscrit dans un projet de loi, on obligera les différentes institutions à avoir des missions complémentaires. Vous nous dites: On avait une gestion en commun, un seul D.G. et deux D.G. adjoints, ça n'a pas marché.

Mme Morissette: Ça a coûté moins cher.

M. Paradis (Matapédia): De quelle façon on va pouvoir vivre en complémentarité?

Mme Morissette: Bon, si on voulait couper et faire des conseils d'administration unifiés, j'ai l'impression qu'on couperait dans le maigre, puis couper dans le maigre et dans le très maigre, à un moment donné, il ne reste pas grand-chose. C'est sûr qu'après avoir vécu une gestion en commun, la concentration va être quand même assez difficile, mais c'est possible, puis la concertation se fait beaucoup plus avec les organismes en dehors du réseau de la santé, dans notre milieu, qu'avec nécessairement les établissements de santé comme tels. Moi, je ne dis pas non; la concertation, ça continue puis ça va continuer à notre niveau. C'est sûr qu'on vit une période, un peu comme après un divorce, là, mais ça va se rétablir, j'en suis convaincue.

M. Paradis (Matapédia): On y reviendra, M. le Président.

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

M. Paradis (Matapédia): De toute façon, vous restez pour l'autre groupe qui suit, là, j'imagine?

Mme Morissette: Oui.

M. Paradis (Matapédia): On y reviendra.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. M. le leader de l'Opposition officielle.

M. Chevette: Merci. Tout d'abord, j'aurais une question à vous poser concernant la décentralisation complète des enveloppes. Vous avez remarqué, depuis que vous êtes ici, que je la pose à chaque groupe; donc, vous n'y échapperez pas. Êtes-vous d'accord avec une décentralisation complète à la fois de l'argent du ministère et de la RAMQ?

M. Stevenson: Pour ma part, oui, mais...

M. Chevette: Vous avez des médecins en CLSC, vous autres?

M. Stevenson: Pardon?

M. Chevette: Vous avez des médecins en CLSC?

M. Stevenson: Oui, oui.

M. Chevette: Est-ce que vous avez de la difficulté à recruter du personnel médical?

M. Stevenson: Bien, ça dépend, il y a des hivers qu'on a passés pas de médecin; des fois on en a un, des fois on a un demi-médecin.

M. Chevette: Est-ce qu'ils sont salariés?

M. Stevenson: Oui. Là, présentement, on est obligés de tenter des expériences avec la clinique privée, puis de prendre les médecins de la clinique privée, à l'occasion, pour essayer de combler les postes.

M. Chevette: Est-ce que vous avez... Quelle est la relation... Parce que, dans votre milieu, les CLSC jouent un rôle quasiment de cliniques dans certains cas, je suppose, vu que vous n'avez pas de centre hospitalier dans chacune de vos sous-régions. Est-ce que vous avez des CLSC qui jouent le rôle un peu de cliniques d'urgence?

Mme Morissette: Dans nos régions, non.

M. Chevette: Non?

Mme Morissette: On n'est quand même pas tellement éloignés de...

M. Chevette: ...de Rimouski, oui.

Mme Morissette: Nous, notre CLSC couvre un territoire de près de 100 km, mais il reste quand même qu'il y a un hôpital à Mont-Joli, une clinique d'urgence à Amqui. C'est à peu près 20 minutes de route pour se rendre dans ces centres hospitaliers.

M. Chevette: Vous avez combien de médecins, vous autres?

Mme Morissette: Au CLSC de la Vallée, on a quatre médecins, si je ne me trompe pas.

M. Chevette: Puis vous autres?

M. Stevenson: Au CLSC de la Mitis, présentement, je pense qu'on en a encore un à temps plein et puis une vacation.

M. Chevette: Puis, le milieu, est-ce qu'il exige beaucoup de soins médicaux au niveau des CLSC ou s'il se contente de ce qu'il a dans le milieu ou s'il voit le CLSC comme devant assumer un rôle de première ligne au point de vue médical?

M. Stevenson: Là où on a des points de service, on a pu développer ce type d'approche là, sauf que, pour ce qui est de la région même, au cœur de la Mitis, Mont-Joli, bien, on a l'hôpital de Mont-Joli qui, même s'il a une vocation spécialisée, offre quand même une urgence de jour. Le soir, à 20 heures, il n'y a plus rien. Donc, on voyage, Rimouski, Matane, Amqui, le plus proche possible.

M. Chevette: Vous savez que plusieurs groupes communautaires sont venus ici, puis se sont montrés inquiets vis-à-vis de la régionalisation à cause du lobby puissant du côté médical. Ils ont très peur que, sur le plan régional, l'argent puisse être consacré exclusivement au domaine curatif et non pas au communautaire. Ils nous demandaient des enveloppes protégées. Comment voyez-vous ça, vous autres, les CLSC de votre région?

Mme Morissette: Ça me fait peur, moi aussi, que l'argent soit décentralisé au niveau des régions et ce serait normal que les enveloppes soient protégées aussi.

M. Chevette: Considérez-vous que les CLSC peuvent jouer un rôle accru par rapport à celui que vous jouez présentement?

M. Stevenson: Moi, je pense que oui, si on nous donne les budgets nécessaires. Présente-

ment, on revendique d'être reconnus **comme**, justement, les dispensateurs de soins de première ligne. Le maintien à domicile, aussi, c'est à nous autres, c'est quelque chose, dans notre région, où la demande explose. On n'est pas capables de fournir à la demande présentement.

M. Chevette: Est-ce que vous considérez que les besoins, les programmes à être définis, doivent être entièrement, comment dirais-je? décidés par le milieu, à partir des enveloppes que l'on donne, sans imposition d'aucune manière d'un niveau central? Exemple, vous voulez partir un service de MTS, je lisais ça dans votre mémoire. Est-ce que vous considérez que les CLSC devraient avoir l'autonomie entière pour décider de tel type de programmes dans leur milieu ou si ça doit être fait à partir de programmes nationaux, ou encore d'une politique nationale?

Mme Morissette: Absolument pas, parce que les CLSC sont là pour donner les services qui répondent aux besoins de la population de chaque milieu, de chaque localité et, si on a de grands programmes qui viennent d'en haut, ça ne s'appliquera pas **beaucoup**, ce ne sera pas beaucoup personnel à chaque région.

M. Chevette: Mais à supposer que l'État... Je vais revenir avec ma question parce que ça m'intrigue depuis le début, ça. L'État pourrait avoir, en tant que capacité de payer, je ne sais pas, moi, 10 200 000 000 \$, par exemple. À ce moment-là, si on n'exige pas un nombre de spécialités de base communes, si on s'entend pour dire: Il y a 18 ou 20 spécialités de base que l'on doit retrouver dans chacune des régions du Québec... La surspécialisation, ça pourrait être concentré dans certaines capitales régionales ou dans les centres universitaires. Je vous comprends qu'on ne peut pas avoir la surspécialisation partout. Mais qu'il y ait véritablement une politique accompagnant ça maintenant: à partir du fait qu'on s'est entendus sur des spécialités de base, dorénavant le gouvernement enlève ses priorités, par exemple, sur la prévention. Ce qui est préventif pourrait être favorisé, encouragé et on fait prendre le tournant, par exemple, par une politique complète en santé, tout le monde, y compris les médecins, les structures, puis on dit: Notre objectif, c'est d'atteindre 500 000 000 \$, je ne sais pas, sur deux ans et, au bout de deux ans, on se réinterrogera. Vous ne croyez pas que l'autorité ultime quant à l'approche santé doit demeurer une obligation gouvernementale, mais que le milieu puisse l'adapter à sa façon ou, si c'est le contraire, qu'on distribue l'argent à partir de critères aux régions et ce sont les régions qui définissent leurs besoins?

M. Stevenson: Je **pense** que l'idéal, ce serait que les régions puissent définir leurs besoins et que les établissements de première ligne répon-

dent aux besoins de la population. Sauf que, comme je vous l'ai dit tantôt, chez nous, on a développé une concertation et ce n'était pas rien que pour le plaisir de la développer; on était quasiment obligés parce qu'on n'arrivait pas à fournir à la demande. Donc, l'idéal, ce serait des grandes lignes définies nationalement. C'est sûr que, sur certains grands objectifs de santé, c'est au niveau provincial, mais au niveau local, quand on arrive chez nous, vous savez, ce qui fait l'affaire à Montréal, des fois, ça ne fait pas tout à fait notre affaire. On s'en contente parce qu'on n'a pas autre chose. Si on pouvait avoir peut-être pas du **"fait sur mesure"** pour nous autres, mais au moins, vous savez... Je pense qu'il doit y avoir de la place, dans la mise en place de services, pour la couleur locale. C'est d'ailleurs pour ça qu'on s'est impliqués, nous autres, au niveau de nos établissements, parce que ça répondait à des besoins locaux.

M. Chevette: Oui. C'est parce que le fait de lier les établissements, je suis d'accord avec vous que ça évite la duplication, le dédoublement des actes, ça, c'est évident. C'est rendu que certains centres hospitaliers se targuent de faire du maintien à domicile et c'est supposé être le rôle des CLSC, effectivement. Là, parce qu'ils font du développement, ils sont tout heureux. Ils disent: Nous avons fait du développement; donc, nous allons accroître notre budget. C'est le monde à l'envers un tantinet pas mal, oui.

(17 h 15)

Cela dit, cependant, moi, je reconnais l'importance d'avoir des programmes **peut-être** particuliers, dépendant des régions. Au niveau de la délinquance, je ne sais pas, à cause de la situation familiale, par exemple, il y a des régions du Québec où 50 % de la population, c'est des familles monoparentales. Donc, ça exige souvent un programme différent d'une autre région où le taux de vieillissement est de 14 %. Tu sais, le CLSC peut avoir un autre programme à offrir à ses personnes âgées, par rapport à l'autre qui a une explosion démographique et une population très jeune. Je **reconnais** ça. La difficulté, c'est comment répartir les enveloppes budgétaires, entre vous et moi, pour donner une certaine équité. Parce que ce n'est pas la même chose d'avoir des programmes d'encadrement par rapport à des programmes **curatifs**. Je vais donner un exemple: si vous avez une population vieillissante et que ça vous prend, je ne sais pas, 1000 lits de centres d'accueil, c'est beaucoup plus cher qu'une structure où tu peux avoir, par exemple, dix travailleurs sociaux qui vont s'occuper de jeunes parce que c'est une population à court terme. Est-ce que vous avez des idées comment vous fonctionneriez, à ce moment-là? Parce que, actuellement, les critères de distribution d'argent aux CLSC, ça a été: vous êtes partis avec tant et c'était le budget de démarrage. Vous avez hérité d'un cadre de

partage qui n'est même pas uniforme, et je n'en disconviens pas, par la suite. Dépendant des chicanes qu'on avait dans chacune des régions, on réussissait à transférer des **effectifs**...

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

M. Chevette: Je termine, M. le Président. Mais est-ce que vous avez des idées comment on pourrait procéder pour assurer une certaine forme d'équité en termes de ressources financières, là, dans chacune des régions? **Avez-vous réfléchi là-dessus?**

M. Stevenson: Bien, je ne vous cacherai pas qu'au niveau de nous autres, du monde ordinaire impliqué dans la gestion de nos conseils d'administration, en tout cas, moi, personnellement, je ne me suis pas cassé la tête sur des grands problèmes comme ça. Quand on est "pognés" avec des problèmes de pain et de beurre, je vous garantis que le reste, on n'a même pas le temps de s'en occuper. Aussi, comme je vous l'ai dit, on est du monde ordinaire; on n'est pas des mandarins du réseau. Je pense qu'il y a des gens qui sont payés pas mal cher dans le réseau et, au lieu de bloquer nos projets, ils pourraient s'occuper de ces grandes **problématiques-là**. Je sais que c'est important, mais, comme je vous le dis, à mon niveau, je ne sais pas. Madame, qui est présidente, pourra peut-être...

Mme Morissette: C'est sûr que, quand on reçoit une enveloppe budgétaire pour le maintien à domicile, on fait le maximum pour le maintien à domicile. S'il en arrivait plus, on le ferait, avec plaisir, mais ce n'est pas nous qui avons à partager les sous. On demande.

M. Chevette: En tout cas, j'aurais aimé creuser un peu plus vos déceptions de la concertation - votre mémoire transpire un désenchantement de ce côté-là - sauf qu'on le fera peut-être dans le particulier au lieu de le faire à cette table. Je vous remercie de votre mémoire.

Le Président (M. Joly): Bien, merci, M. le leader. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Ce que je comprends de l'expérience malheureuse, c'est davantage au niveau du CLSC de la Vallée, en termes d'un directeur commun avec des directeurs adjoints; ce n'était pas le cas nécessairement de la Mitis, là.

M. Stevenson: Non, la Mitis, c'est nous autres qui faisons notre concertation. On ne la faisait pas faire par les autres.

M. Côté (Charlesbourg): Ha, ha, ha! O.K.

Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Merci M. le ministre. Au nom des membres de cette commission, à mon tour, je vous remercie. Je demanderais maintenant aux gens représentant la Conférence des CLSC et centre de santé des régions 01 et 11 (Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, **Îles-de-la-Madeleine**) de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Alors, bonjour, mesdames, bonjour, monsieur. Bienvenue à cette commission. Vous avez une dizaine de minutes pour nous présenter de façon la plus succincte possible votre mémoire et, après, chacun des parlementaires se réserve le privilège de vous poser quelques questions. J'apprécierais si la personne responsable pouvait s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Conférence des CLSC et centre de santé des régions 01 et 11

M. Stevenson: M. le Président, M. le ministre, madame, messieurs de la commission, au nom des membres de la Conférence des CLSC et centre de santé de l'Est du Québec, je vous remercie de l'occasion que vous nous donnez de pouvoir exprimer devant vous notre opinion sur certains aspects du projet de réforme du ministère de la Santé. La Conférence est une table de concertation constituée des directeurs généraux et des présidents de conseils d'administration de 11 CLSC et d'un centre de santé, situés sur un territoire qui s'étend de Rimouski aux **Îles-de-la-Madeleine**. Les présidents de ces conseils d'administration proviennent majoritairement des collèges électoraux des usagers et des groupes socio-économiques. Ce sont des bénévoles qui ont choisi de s'impliquer dans l'administration de leur CLSC.

Je vous présente les membres de notre délégation qui sont, à ma droite: Mme Liza Chamberland, directrice générale du CLSC de la Mitis; elle est présidente de la table de concertation des directeurs généraux et secrétaire de la conférence; Mme Jocelyne Lévesque, présidente du conseil d'administration du CLSC de Matane; à ma gauche, Mme Mariette Chabot, directrice générale du CLSC de l'Estuaire, à Rimouski. Il devait y avoir M. Moulin, mais malheureusement, peut-être à cause de la tempête, on l'a manqué.

Mon nom est Denis Stevenson. Je suis président du conseil d'administration du CLSC de la Mitis et président de la Conférence des CLSC et centre de santé de la région 01.

Maintenant, pour présenter le contexte dans lequel notre document a été rédigé, avec votre permission, M. le Président, je céderais la parole à Mme Liza Chamberland.

Mme Chamberland (Liza): Nous avons étudié le contenu de l'avant-projet de loi selon deux axes: l'amélioration de la qualité des services et

l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système. Comme nous avons placé la personne au centre de nos préoccupations, il nous est apparu important d'exprimer notre point de vue sur l'avant-projet de loi car nous souhaitons que les réaménagements proposés ne soient pas uniquement des réaménagements de structures. Selon nous, pour améliorer le service, il faut définir les responsabilités propres à chacun des établissements afin d'éviter le plus possible les duplications, de rendre les règles du jeu simples et claires et de miser à fond sur la concertation.

Je laisse à Mariette Chabot le soin de présenter le contenu du mémoire de la Conférence des CLSC et CS des régions 01 et 11.

Le Président (M. Joly): Allez-y, madame.

Mme Chabot (Mariette): Je vais vous présenter sans aucune prétention, puisque vous avez entendu quand même pas mal de mémoires et pas mal de suggestions, le fruit de nos réflexions dans l'Est du Québec à ce sujet-là. Effectivement, on a essayé de prendre ça un peu comme on le prend au niveau d'un CLSC. Lorsqu'on veut changer un plan d'organisation, habituellement, on se pose la question: En quoi ça va améliorer la qualité? En quoi ça va améliorer l'efficacité? Alors, c'est pourquoi on a choisi ces deux angles-là. À partir de ça, on a fait une réflexion tout simplement logique, je pense, et j'espère qu'elle ne vous ennuiera pas trop, en tout cas.

On se dit, d'une part, pour commencer, il faut connaître les besoins. Et ça, les besoins et les problèmes, c'est rien que de ça que vous entendez parler. Habituellement, on vous dit au bout aussi que ça prend des sous. Alors, nous, on vous dit qu'au contraire il faut rester quand même bien branchés là-dessus: il faut d'abord connaître le problème parce qu'un problème bien défini, on nous disait que c'était déjà presque une solution trouvée. Alors, je pense que ça commence par là, sauf qu'il faut bien spécifier quel est le rôle de chacun dans la définition du problème. Souvent, on a des demandes d'un peu tout le monde, de questionnaires à remplir et de données à fournir. Alors, nous, on dit: C'est correct. Donnez la responsabilité au ministère ou à la région ou au DSC ou ailleurs de définir le problème, mais faites-le une bonne fois et, après ça, qu'on passe à autre chose.

Lorsque le problème est bien compris, fixons les objectifs. On pense que c'est important qu'il y ait une politique de santé. Il y avait eu un début d'idée là-dessus. Nous, on vous encourage fortement à continuer. Il faut qu'il y ait une politique de santé et qu'elle soit assez large, santé dans le sens large pour inclure les problèmes sociaux aussi. On dit: Respectez le droit des personnes. Il y avait des aspects de l'avant-projet de loi qui allaient là-dedans. Ça, ça rencontrait tout à fait nos attentes. Par là

suite, établir un plan d'action. Là-dessus, ce qu'on pense, c'est que le plus possible, le plan d'action, il doit être fait au niveau local. Si nos objectifs et la politique de santé, on convient qu'il y a lieu qu'ils soient définis au niveau national, le plan d'action, on pense que ça doit être le plus possible au niveau local. Pourquoi? C'est parce que, selon le nombre de personnes visées, selon les caractéristiques spécifiques du territoire, selon le nombre de partenaires et d'organismes à mettre en relation pour réaliser ce plan d'action là par là suite, ça va changer. Donc, pourquoi ne pas tout de suite dire: On vise telle chose, mais faites-nous le plan d'action au niveau local et évitez de donner, justement comme le disait M. Stevenson tantôt, des habits qui ne font pas à tous les coins du Québec.

La coordination des actions, c'est nécessaire. On ne croit pas, par contre, que les conseils d'administration unifiés soient la solution unique pour cette coordination-là. Si on exigeait de chaque établissement qu'il ait un plan d'action et qu'il soit fourni à la région ou au ministère et que, là-dedans, on précise quels seront les moyens de concertation avec l'éducation, l'hôpital ou les organismes communautaires, on pense que ça serait probablement pas mal plus souple et suffisant.

Pour bien réussir, aussi, on pense qu'il faut susciter l'engagement personnel des gens. On trouve que les organismes communautaires réussissent bien avec peu d'argent; probablement que vous trouvez ça souvent, vous autres aussi. Ce n'est pas lié, justement, à l'ampleur de leur budget; c'est lié à la sensibilité qu'ils ont par rapport au problème, au fait qu'ils sont proches du problème, au fait qu'ils peuvent réagir rapidement parce qu'ils n'ont pas beaucoup de normes, qu'ils ont beaucoup de latitude, et qu'ils n'ont pas à demander à beaucoup de monde pour prendre une décision. Alors, si c'est vrai pour eux autres, c'est vrai pour le reste du système aussi. Plus le réseau que vous allez redéfinir sera souple, proche de l'action, plus on pense que ça va être facile de faire des choses appropriées.

Appuyer nos ressources humaines. Vous disiez, entre autres, qu'il faudrait trouver des façons d'avoir des plans de développement du personnel; on y souscrit fortement. On pense que notre secteur, c'est probablement celui où il y a le moins de modalités de perfectionnement et de choses comme ça, d'autant plus qu'on est souvent loin des endroits où se fait la formation. Alors, plus, encore là, ça va être décentralisé, plus ça risque d'être pertinent.

Tantôt, M. Chevrete posait la question: Qui doit décider des objectifs, puis qui doit les contrôler? En tout cas, comme groupe de CLSC, nous autres, on était d'accord pour dire que c'est de l'argent de l'État, que c'est donc normal qu'il y ait des grands objectifs et des politiques qui viennent du ministère, et qu'il les contrôle,

et que ce qu'on nous demande ne soit justement pas un tas de papiers, mais vraiment des questions pertinentes, en fonction de l'objectif de départ. Où est-ce que vous en êtes, comme établissement, dans l'atteinte de cet objectif-là? Ça a coûté quoi? On pense que c'est justifié que vous le fassiez, on s'attend à le faire, puis on s'attend à avoir ensuite aussi une réponse par rapport à ça et pas simplement l'impression de vous acheminer des tas de papiers dont on n'entend plus jamais parler ensuite.

Pour améliorer l'efficacité, maintenant, on disait tantôt qu'il faut des objectifs. Ce dont on est sûrs, c'est qu'il faut des objectifs, puis que vous n'oubliez pas, justement, l'aspect prévention, parce qu'on vous dit souvent que, comme politiciens, vous gérez à courte vue, puis c'est peut-être méchant, mais c'est peut-être vrai pour nous autres aussi. Je pense qu'on aime ça voir des résultats à court terme sur des choses, mais il ne faut pas oublier d'investir une certaine proportion de nos énergies, puis de notre argent sur des aspects peut-être considérés comme moins urgents, mais qui risquent d'être plus efficaces et moins coûteux à long terme. On pense aussi qu'il ne faut pas oublier les populations pauvres et vulnérables. On est dans une région où il y en a de la pauvreté, où il y a du chômage, où il y a une insuffisance de moyens et ça, dans les objectifs que vous allez définir, il ne faudrait pas l'oublier.

Il faudrait faire des objectifs, aussi, qui priorisent peut-être la gamme de services de première ligne, parce que les études mêmes du ministère - ce ne sont pas nous autres qui les avons faites, on les a juste lues - démontrent que, dans bien des pays, comme les pays **Scandinaves**, s'ils arrivent à contenir leurs coûts, c'est parce qu'ils investissent massivement dans les services de première ligne. Ça fait qu'en tout cas, nous, on souscrit à ça.

Pour l'efficacité, on pense aussi qu'il faut rapprocher les lieux de décision de l'action le plus possible, décentralisation, puis tout ça, régie ou pas. On pense que le problème doit être pris sous un autre angle. Chaque fois que c'est possible, la décision devrait être prise à un niveau local. Quand ce n'est pas possible parce qu'il faut avoir une vision plus large de la situation, que ça remonte au niveau régional et, s'il faut une vision encore plus large, que, là, ça soit au niveau national.

Pour assurer l'efficacité, on pense aussi qu'il faut qu'il y ait une **imputabilité**, que les gens se sentent responsables. C'est pour ça qu'on croit plus ou moins aux conseils d'administration unifiés, parce que ça nous semble encore plus confus, en tout cas dans l'**avant-projet** de loi, finalement, de savoir qui est responsable de quoi: le conseil d'administration, le comité interétablissements, toutes sortes de comités-conseils? En tout cas, ça ne nous semble pas du tout une amélioration. Il faut que les conseils

d'administration se sentent vraiment responsables des sous qu'ils gèrent et qu'ils aient à rendre des comptes.

(17 h 30)

Pour assurer l'efficacité, finalement, éviter tout ce qui est structures, règlements ou procédures inutiles. Donc, qu'on trouve une façon pour que les choses soient les plus souples, qu'on rende des comptes et qu'on fournisse les documents, les rapports annuels et ce à quoi on a utilisé l'argent. Mais il faut trouver des moyens de participation adaptés à la taille de chaque établissement. Nous, on a des petits CLSC qui ont moins de, probablement, 50 employés. Ça ne peut pas ressembler à un établissement qui en a 1000. Alors, les choses les plus souples possible, finalement, comme message global; qu'il y ait des contraintes et des règles du jeu pour tout le monde, mais, en tout cas je pense, toujours se poser la question: Est-ce qu'elles sont indispensables?

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Chabot. Je vais maintenant reconnaître M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Vous représentez un très vaste territoire qui a fait l'objet de la première implantation d'un CLSC à Grande-Vallée. J'ai toujours cru, moi qui étais alors député de Matane et qui avais la responsabilité des paroisses jusqu'à Rivière-à-Claude, que la véritable signification d'un CLSC à l'époque - j'ai évolué depuis ce temps-là - était définitivement le CLSC de Grande-Vallée, situé entre deux pôles qui étaient Sainte-Anne-des-Monts et Gaspé où il y avait un centre hospitalier où, effectivement, on pouvait développer des services de première ligne et éviter aux gens de se promener sur la route ou de ne pas y aller du tout et de vivre avec leur mal. Il est clair que ça prend une coloration différente au fil des années parce que ça progresse avec les expériences et il faut dire aussi qu'il y a eu beaucoup d'efforts de la part des CLSC pour éliminer ce que j'appelais à l'époque, moi, un peu de superflu dans le travail et davantage "**focusser**" sur des objectifs pour dispenser des services directement à la population, que ce soit le maintien à domicile et bien d'autres choses de première ligne, davantage à ce niveau-là. Je pense qu'on va y arriver.

Sur les objectifs, quand on se parle, quand on échange, sur le quoi, c'est le gouvernement; sur le comment, effectivement, ce sont les régies régionales et les CLSC. Donc, davantage y aller vers le niveau de décision le plus près du bénéficiaire. Moi, je souscris à ça entièrement. Évidemment, là, on a parié de théories; après ça, on dit: Comment est-ce qu'on articule ça? C'est là que ça devient un petit peu plus compliqué, compte tenu de l'**imputabilité**. Mais, je vous pose la question... Vous avez dit dans votre mémoire, c'est clair: Des conseils d'administration unifiés,

non! J'ai dit aussi qu'il n'y en aurait pas d'imposés. Ça m'apparaît clair; donc, il n'y aura pas, dans le projet de loi, d'obligation d'avoir des conseils d'administration unifiés.

Malgré les expériences malheureuses vécues dans la Vallée sous une forme de conseils d'administration unifiés, est-ce qu'il n'y a pas, quand même, sur le territoire, possibilité de faire des expériences, à tout le moins, de dispensation de services unifiés au niveau de territoires de CLSC ou de territoires de MRC? Je demande ça à tout votre forum qui représente bien du monde là, parce que, lorsque qu'on a eu la Fédération des CLSC, on nous a dit: Oui, dans certains domaines, effectivement, il y a possibilité de l'envisager. Ça ne peut pas être du mur-à-mur, c'est impossible, mais il y a certains secteurs où ça peut, effectivement, être envisagé.

Mme Chamberland: Il y a effectivement des expériences qui se vivent. Par exemple, on est à regarder avec le centre hospitalier les possibilités d'embaucher une ressource en ergothérapie. Alors, ils auraient un demi-budget, le budget pour une demi-ressource de disponible et nous, nous avons ce budget-là. Alors, ensemble, on va engager une ressource à temps plein qui va travailler pour le maintien à domicile et, à la fois, au centre hospitalier auprès des personnes qui ont besoin de réadaptation physique. Tout ceci peut se faire sans avoir un conseil d'administration unifié. C'est un exemple que je vous cite de ce qui se fait, mais il s'en fait bien d'autres que mes collègues pourraient aussi vous souligner. O.K.

Maintenant, le conseil d'administration unifié, je pense que j'étais d'accord avec madame tout à l'heure, lorsqu'elle disait que c'était un moyen, que ce n'était pas une fin. Je pense que ce qui était visé et ce qui est visé, c'est la concertation. Est-ce bien ça? O.K. Alors, pour réaliser des concertations, peut-être que ce moyen-là, qui est un conseil d'administration unifié, n'est pas obligatoire.

M. Côté (Charlesbourg): Concertation pour se parler et pour dire qu'on se parle, je n'y crois pas.

Mme Chamberland: Non.

M. Côté (Charlesbourg): C'est concertation en se disant qu'au bout de la ligne notre objectif à tout le monde, peu importe ce qu'on pense, peu importe ce qu'on a comme idées, c'est que le bénéficiaire soit le grand gagnant. C'est ça.

Mme Chamberland: Voilà.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, les conseils d'administration unifiés, c'est un moyen. Évidemment, tu ne l'imposes pas quand tout le monde ne le veut pas. Ça n'a pas de bon sens. Ce que

tu fais, c'est que tu dis: Est-ce qu'il y a quand même possibilité - vous nous avez donné un exemple en particulier - de joindre l'utile à l'agréable avec un centre hospitalier quant à l'engagement d'un professionnel qui va dispenser des services aux bénéficiaires de l'hôpital ou aux bénéficiaires qui passent par le CLSC? Est-ce que, d'après vous, ce sont des choses qui peuvent s'étendre de manière plus importante à d'autres domaines? Est-ce que c'est facile ou s'il y a une réticence de la part des centres hospitaliers? On connaît un peu la distance historique qu'il y a entre centres hospitaliers et CLSC, les centres hospitaliers craignent les CLSC parce qu'ils vont venir, selon eux, leur enlever la première ligne qu'eux autres veulent conserver à tout prix malgré le fait qu'ils soient engorgés. Est-ce qu'il y a possibilité de faire davantage qu'on ne le fait maintenant?

Mme Chamberland: Je souhaite que ce soit des choses qui se répètent et qui s'étendent. Et je pense que ça peut facilement se faire lorsque les personnes, les établissements sont dans un climat de confiance. Ça peut facilement se faire.

M. Côté (Charlesbourg): Au-delà de la confiance, si vous étiez ministre de la Santé et des Services sociaux demain matin et que vous aviez à prendre des décisions sur des incitatifs à inclure dans des programmes au niveau du gouvernement, que feriez-vous, comme ministre, pour inciter à cette collaboration financière qui permet d'en donner davantage aux bénéficiaires?

Mme Chamberland: Je pense que, quand les établissements me présenteraient des projets qui démontrent une réelle concertation en regard des services à la clientèle, je serais probablement plus disponible à regarder leurs projets et peut-être même à investir.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, des incitatifs financiers, la reconnaissance qu'il peut y avoir complémentarité entre différents établissements du réseau pour dispenser des services.

Mme Chabot: À tout le moins, parce que, si ça devient plus compliqué, parce qu'on présente un projet concerté, de faire comprendre les choses et de les acheminer dans un canal qui, lui, est souvent par catégorie d'établissements, c'est loin d'être un incitatif. En tout cas, c'est sur l'autre sens.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez évoqué dans votre présentation qu'effectivement il y avait beaucoup de paperasse et on s'interrogeait à savoir si, effectivement, le ministère en prenait toujours connaissance sur le plan des évaluations, à juste titre. Évidemment, au ministère, il n'y a pas tout à fait 1100 fonctionnaires. C'est ce qu'il y a dans les départements de santé communau-

taire à travers le Québec. Et quand il y a 235 000 personnes dans le réseau, c'est bien sûr que ce n'est pas 1100 personnes au ministère qui vont être capables de contrôler à la fois la gestion et la qualité des services dispensés. Ce n'est pas vrai. Si le pouvoir est décentralisé et régionalisé, est-ce que vous ne craignez pas que ce qui se passe au central puisse se passer aussi au niveau de la région, de la régie régionale?

Mme Chabot: Ça peut arriver parce que, je veux dire, encore là, que la structure ne réglera pas tout si les grands objectifs ne sont pas clairs quant à ce qu'on veut régler en partant. Il peut y avoir plus de monde plus proche de nous autres qui, effectivement, veut beaucoup de papiers et d'information. Si ce n'est pas clair en partant, les objectifs de santé qu'on veut améliorer, que c'est là-dessus qu'on va être interrogés, je pense qu'à ce moment-là on va en écrire bien trop pour rien.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, j'aimerais bien continuer. J'aurais aimé vous parler de la mobilité des directeurs généraux, mais on me signifie qu'il n'y a pas de temps et j'avais quand même promis à mon copain de droite, dont je suis le parrain, de lui laisser au moins une question.

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

M. Paradis (Matapédia): Merci, parrain.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paradis (Matapédia): J'ai juste une question. On a déjà échangé dans le passé. On a échangé ce matin avec le CRSSS. Ma question est: Jusqu'où le gouvernement devrait-il aller pour assurer le service des médecins dans toutes les régions du Québec, selon vous qui vivez, tout comme moi, ce problème-là, de façon quotidienne, malgré toutes les mesures incitatives qu'on a mises de l'avant?

M. Stevenson: Il y a la décentralisation...

M. Paradis (Matapédia): Ça m'intéresse parce qu'on voit les doyens des facultés de médecine, ce soir.

M. Stevenson: Il y a la décentralisation des enveloppes de la RAMQ, mais, au-delà de ça, comme je vous le dis, au niveau des bénévoles qui sont engagés dans les conseils d'administration - on ne voit peut-être pas ça comme des gestionnaires - moi, je vous dirais: Pas nécessairement la conscription, mais la conscription s'il le faut. Écoutez, au bout du bout, on a essayé n'importe quoi comme incitatif et ça finit toujours qu'on n'en a pas, de médecins. Donc...

M. Paradis (Matapédia): Alors, ça serait de reprendre un peu l'article du projet de loi 97, qui disait: Le gouvernement peut décréter - ou décentraliser carrément les enveloppes de la RAMQ.

Mme Chabot: Nous, dans notre mémoire, c'est ce sur quoi les conseils d'administration de notre région faisaient l'unanimité sans problème. Ça ne sert à rien de faire des plans d'effectifs médicaux si on est tout à fait incapable de les rendre efficaces sur papier.

M. Paradis (Matapédia): Ça m'intéresse, venant de vous, parce que je sais que vous êtes de l'estuaire...

Mme Chabot: Moi, je suis à Rimouski, en plus.

M. Paradis (Matapédia): De Rimouski, c'est ça. On sait qu'à Rimouski il y a un médecin pour 250 personnes. O.K.?

Mme Chabot: Et vous savez que j'en ai un et demi et que ça m'en prend trois pour faire ça.

M. Paradis (Matapédia): Puis, vous n'en avez pas.

Mme Chabot: Oui.

M. Paradis (Matapédia): C'est incroyable d'avoir 140 médecins à Rimouski, puis pas un pour le CLSC!

Mme Chabot: Il y a quand même un autre aspect à ça qui doit être en lien, c'est qu'à Rimouski, effectivement, je suis de la génération des nouveaux CLSC qui sont sortis avec des transferts d'un peu partout et probablement que je ferais peut-être exception avec ceux du reste de ma région si, effectivement, je pouvais avoir ce qu'on appelle les coûts des frais afférents à la pratique médicale, parce que je ne peux quand même pas engager un médecin sans lui assurer qu'il va avoir un minimum de secrétariat et ce qui va avec. J'aurais peut-être plus de facilité à en engager ceux qui sont à Paspébiac ou à Matapédia ou ailleurs. Pour moi, ça fait partie du problème et pour d'autres de ma région, aussi.

M. Paradis (Matapédia): Ça va, merci.

Le Président (M. Joly): Merci. Oui, allez, madame.

Mme Chamberland: Il faudrait peut-être ajouter que les mesures incitatives et coercitives, ça n'a pas réglé le problème. Moi, je pense que, oui, il faudrait décentraliser les enveloppes. Et, je suis d'accord avec la Fédération des CLSC

lorsqu'elle dit aussi que ça prendrait peut-être un permis pour les médecins, pour travailler en cabinet.

Le Président (M. Joly): Wow! Merci, Mme Chamberland. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et aussi critique officiel en matière de services sociaux pour sa formation.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Une question de moins sur le permis. Vous y avez répondu et, effectivement, vous l'avez bien décrit, à commencer par la fin. Vous avez essayé à peu près toutes les approches et les collègues de la région du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie vivent ça quotidiennement aussi, comme la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Un jour, on se dit: Pourquoi ça ne fonctionnerait pas, peut-être, comme beaucoup d'autres professions, d'autres corps de métier, au Québec? S'il y a des emplois, des places disponibles dans telle région et qu'il y a des surplus dans telle autre région, il y a d'autres professionnels et d'autres professions qui sont contingentés ou qui doivent faire l'objet de l'émission d'un permis pour aller pratiquer quelque part sur le territoire québécois, d'autant plus que c'est la responsabilité de l'État, que c'est tout le monde, autour de la table, qui paie pour ces services et que c'est illimité, la caisse est, en principe, illimitée. Il faudrait peut-être se rendre jusqu'à l'obligation, au niveau de la planification de la répartition des effectifs, d'avoir un permis d'exercice pour les médecins, en particulier pour les effectifs médicaux au Québec. Là-dessus, comment voyez-vous ça, vous, la cohabitation CLSC et clinique privée, parce que nous irions peut-être dans ce sens-là? Supposons qu'une décision est prise, il va demeurer une situation un peu problématique; le député de Matapédia vient d'en donner quelques exemples; il vous a fait donner des chiffres sur le nombre de médecins qu'il y a dans telle partie de la région et sur les effectifs que vous avez dans votre CLSC. Alors, comment voyez-vous ça, la cohabitation des services à dispenser, clinique privée et CLSC?

(17 h 45)

Mme Lévesque (Jocelyne): Je peux donner peut-être une expérience. Chez nous, à Matane, on a six médecins et demi sur un effectif possible de sept. Disons qu'on est peut-être les gâtés dans la région. On a essayé, depuis six mois, de faire de la clinique externe sans rendez-vous. Quand les médecins de la ville ont entendu dire qu'on faisait de l'externe sans rendez-vous les jours où l'hôpital ne le faisait pas - parce qu'on avait eu aussi une concertation avec l'hôpital - ces gens-là se sont mis à crier. On les a approchés en disant que c'étaient des services à la clientèle parce que, souvent, les listes d'attente de ces médecins sont de deux mois. Donc, à ce moment-là, ce n'est pas un

service offert à notre clientèle et nous, on donnait du sans- rendez-vous. Alors, éventuellement, je pense que, si les cliniques externes sans rendez-vous étaient décentralisées au niveau des CLSC, il faudrait que les médecins de pratique privée viennent pratiquer chez nous en CLSC et qu'ils nous donnent des heures aussi. C'est avant-gardiste, mais c'est à essayer.

M. Trudel: C'est surtout très inquiétant, ce que vous me dites, dans la première partie.

Mme Lévesque: Quoi?

M. Trudel: Vous dites que vous avez, si je comprends bien, offert la possibilité d'autres services de consultation externe.

Mme Lévesque: C'est-à-dire qu'on avait une possibilité de deux jours-semaine, de midi à 18 heures, où on donnait de la clinique externe sans rendez-vous, étant donné que ce service ne se donnait pas au centre hospitalier ces journées-là.

M. Trudel: Et là, vous dites: Le corps médical, les cliniques privées...

Mme Lévesque: C'est-à-dire que les médecins de la ville, au départ, ne voyaient pas ce qu'on faisait là. Sauf qu'après une concertation avec les médecins de la ville et avec les médecins du centre hospitalier, il n'y a pas eu de problème et on continue à faire notre clinique externe sans rendez-vous deux jours-semaine.

M. Trudel: Ça doit avoir baissé la longueur des rendez-vous dans les cliniques privées, j'espère. En tout cas, je le souhaite.

Mme Lévesque: J'espère. En tout cas, c'est un meilleur service.

M. Trudel: Le ministre voulait y aller tantôt d'une question au niveau des directions générales. Le projet de loi prévoit une certaine limite dans l'exercice des mandats de direction dans les organismes, dans les établissements. Qu'est-ce que vous pensez de cela, de cette limitation qui serait introduite dans le projet de loi au niveau du mandat pour la direction d'un établissement de santé ou de services sociaux?

Mme Chabot: Vous avez deux directrices, ça fait trois ans, ce qui fait qu'on ne se sent peut-être pas mal à l'aise de répondre à ça. Encore là, moi, je pense que c'est sain pour quelqu'un, habituellement, d'évoluer dans différents secteurs d'activité et d'apprendre, donc, mais statuer que c'est huit ans ou un autre chiffre, ça m'apparaît difficile. Ce qui est sûr, c'est qu'avec les territoires qu'on a ce n'est pas simple pour quelqu'un qui est dans un territoire, qui le

connaît bien, qui a, justement, réussi à développer certains réseaux de concertation - je ne sais pas, si lui il avait décidé que c'est cinq ans ou que ce soit huit ou un autre chiffre - de partir avec sa famille, etc. Je pense qu'il y aura, à tout le moins, à essayer, avant ça, des mesures de perfectionnement et de mobilité afin que quelqu'un, au bout d'un certain nombre d'années, ait des facilités pour aller se ressourcer, essayer d'autre chose, travailler dans un autre milieu, quitte à y revenir. En tout cas, moi, je commencerais, il me semble, par essayer ça avant d'établir une mesure générale pour tout le monde. À Rimouski, c'est peut-être plus facile de trouver quand même, malgré tout, un autre emploi. Mais je regarde tous les autres, Matane, Grande-Vallée, Gaspé - faites le tour - et ça doit ressembler étrangement à l'Abitibi. La fin est souhaitable, mais le moyen est peut-être exagéré.

M. Trudel: Vous dites: Allons-y avec des mesures plus légères comme des programmes de mobilité, des programmes d'aide au perfectionnement, de support, s'il advenait que l'on constate qu'il y a une trop grande longueur d'exercice d'un mandat dans un établissement et qu'on constate des problèmes de sclérose au niveau de l'administration. Très bien là-dessus.

Mme Chabot: Et c'est difficile pour un conseil... Dans mon autre fonction avant, j'ai déjà essayé d'inciter un conseil d'administration à donner un congé à son établissement. Le conseil d'administration d'un CLSC a un petit budget. Ce n'est pas simple de dire que, tout à coup, il va libérer son D.G. Il en a besoin et il n'a pas d'argent pour s'en payer un autre. S'il n'y a pas des mesures... Celle-là, par exemple, pourrait être régionale ou autrement.

Le Président (M. Joly): Avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Chamberland: Je voulais juste ajouter que je suis pour le ressourcement, le perfectionnement. La mobilité, je suis pour aussi, mais que ce soit imposé, ça devient tout à fait, dans certaines circonstances, inacceptable et inadéquat, compte tenu que la région 01 est un pays de distance et de dispersion. C'est évident qu'un directeur général ne peut pas assumer une fonction à Grande-Vallée et, quatre ans après, s'en aller à Rimouski; il a une famille, il a un conjoint, etc.

M. Trudel: Il y a donc deux personnes qui président des conseils d'administration. Vous présidez également un conseil d'administration. Quant à l'article de l'avant-projet de loi qui nous indique que tout le personnel du réseau de la santé et des services sociaux serait exclu de la participation au conseil d'administration... Je

ne parle pas de la forme des conseils, parce que le ministre s'est exprimé là-dessus tantôt.

Une voix: On était d'accord.

M. Trudel: Vous êtes absolument d'accord avec cela? On parle de tout le personnel qui est rémunéré à même une quelconque enveloppe dans le système de santé et des services sociaux. Vous êtes d'accord avec cela, qu'on élimine tout ce personnel-là comme participation dans les conseils d'administration?

Mme Lévesque: Nous, on était d'accord parce qu'on se dit que les membres d'un conseil d'administration, ce sont des membres à part entière. Si vous prenez des gens qui sont à l'interne de l'établissement, ces gens-là n'ont pas le droit de siéger sur les comités de vérification. Ça, c'est un exemple que je vous donne. À ce moment-là, ça veut dire que, si les gens viennent de l'extérieur du réseau, rien ne les empêche de demander une consultation aux gens et aux professionnels à l'intérieur du réseau, sauf qu'on élargirait et on garderait le directeur général parce que ça devient notre porte-parole entre les membres du conseil d'administration et les employés comme tels.

M. Trudel: Mais en termes d'épousailles, si vous voulez, des objectifs de réalisation - vous pariez de supporter les ressources humaines dans votre mémoire - vous n'avez pas l'impression qu'on va un peu démobiliser notre personnel en l'excluant de la table, de là où se décident les choses, finalement?

Mme Lévesque: Je ne suis pas sûre qu'ils représentent vraiment tous les employés de l'établissement. Je ne suis pas sûre que, vraiment, la personne qui est à la table représente tous les employés de l'établissement parce qu'ils ont quand même une chaise bien identifiée.

M. Trudel: Oui. Je ne peux pas donner la réponse; je pose des questions. Ha, ha, ha!

Mme Lévesque: Je ne sais pas, moi, je le vois comme ça.

M. Trudel: En fait, la question, très certainement, qui peut se poser, c'est: les principaux intéressés dans le système sont exclus de la table et de toutes les tables des conseils d'administration, des organisations de services de santé et de services sociaux, au Québec. Ça me semble aller un peu loin parce qu'il y a là une expertise, très nettement, qui a été développée, une compétence et que, tout d'un coup, un seul article de loi, on élimine la possibilité de jouer cette compétence-là. Ça me semble assez gros comme approche.

Mme Lévesque: Mais vous pouvez les avoir comme personnel consultatif.

M. Trudel: On peut toujours les avoir dans la rue, après 17 heures, c'est certain.

M. Stevenson: Je pense aussi que notre position est en fonction des expériences qu'on a vécues. Quand vous interrogez un administrateur qui est là depuis trois ou quatre ans, puis qui ne sait même pas ce qu'il fait là ou qui il représente... Écoutez, on a des représentants qui avaient été choisis parmi le personnel et ils s'imaginaient qu'au conseil d'administration ils étaient porte-parole du personnel, alors qu'ils représentaient la population.

D'un autre côté, le conseil d'administration, c'est une instance que j'appellerais politique. Il y a d'autres instances qui sont administratives aussi où le personnel peut intervenir. À ce moment-là, c'est le rôle du directeur général de s'assurer que ces personnes-là sont entendues et qu'elles puissent participer à un processus. Mais je ne pense pas que leur présence soit absolument essentielle. D'un autre côté, si vous voulez avoir un réseau fort, qui ne soit pas pris en otage à tout bout de champ, vous avez intérêt à impliquer le plus possible la population. Donc, comme le nombre de chaises est limité, plus vous en donnez à la population, nécessairement, moins il va en rester pour, peut-être, les employés du réseau.

M. Trudel: Merci beaucoup de votre présentation.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup de vous être déplacés par cette journée ensoleillée, en souhaitant que, pour le retour, vous puissiez avoir une température beaucoup plus clémente. Merci de votre éclairage.

Le Président (M. Joly): Au nom des membres de cette commission, à mon tour de vous remercier. Merci. Nous allons maintenant suspendre nos travaux jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 17 h 55)

(Reprise à 20 h 10)

Le Président (M. Joly): Bonsoir. Nous allons maintenant reprendre nos travaux. Je vois que déjà les représentants de l'Association pour la santé publique du Québec ont pris place. Alors, bienvenue à cette commission. Vous connaissez un peu la procédure, vous savez comment ça fonctionne. Vous avez une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire, le plus

concis possible; par après, la balance du temps est répartie en parts égales entre les membres des deux formations. J'apprécierais si la personne responsable du groupe pouvait s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Association pour la santé publique du Québec

M. O'Neill (Michel): M. le vice-président, M. le ministre, **Mmes, MM.** les députés, au nom de la présidente de l'AS PQ, Mme Lise Langevin, qui est malheureusement retenue à l'extérieur de la province, permettez-moi d'abord de vous remercier d'avoir bien voulu recevoir notre Association à cette commission. Notre message est très simple. Avant de vous le livrer, cependant, j'aimerais vous rappeler brièvement ce qu'est l'Association pour la santé publique du Québec et vous présenter les personnes ici présentes qui ont été mandatées par son conseil d'administration pour venir discuter de ce mémoire avec vous.

L'AS PQ est une association non gouvernementale sans but lucratif qui est âgée de près de 50 ans déjà. Depuis 1943, elle regroupe des individus et des organismes qui s'intéressent d'une manière ou de l'autre à la santé de la population québécoise. Quels que soient leur profession ou leur champ de travail, quel que soit leur degré d'instruction ou de militantisme, l'AS PQ, qui compte actuellement environ 250 membres individuels et 115 membres institutionnels, se veut donc en quelque sorte un territoire neutre, si vous nous passez l'expression, où les débats peuvent se faire et être suscités de manière ouverte au-delà des contraintes corporatistes ou organisationnelles où, pour la plupart du temps, nous sommes enfermés dans notre vie de tous les jours. C'est donc dans cette optique que notre Association a décidé de ne pas vous présenter un mémoire qui traite des aspects techniques de la réforme telle que proposée dans le document "Orientations" et dans l'avant-projet de loi. Nous voulons plutôt aborder ce qui nous semble l'enjeu majeur de cette réforme et cet enjeu majeur, la réduction des inégalités face à la santé, est passé, selon nous, à peu près inaperçu dans les débats qui ont entouré le présent projet de réforme. C'est pourquoi nous espérons vous convaincre de la nécessité absolue de le réintroduire au cœur des décisions que vous aurez à prendre bientôt.

Pour ce faire, j'aimerais d'abord vous présenter M. Robert Maguire, ici à ma droite. M. Maguire a été membre pendant plusieurs années du bureau de direction de l'Association pour la santé publique du Québec. Il est médecin spécialisé en santé communautaire, et le département de santé communautaire de l'hôpital de Rimouski, dont il est le chef depuis de nombreuses années, est reconnu comme un des DSC les plus innovateurs au Québec. Ce DSC s'est d'ailleurs mérité

en 1985 le premier prix d'excellence donné par notre organisation pour une intervention particulièrement originale dans le domaine de la santé publique.

Mme Christine Colin, ici, pour sa part, siège présentement au bureau de direction de l'Association pour la santé publique du Québec. Elle est médecin spécialiste en santé communautaire, elle aussi, et elle est une des autorités québécoises dans le domaine de l'impact des inégalités sociales sur la santé. Chef d'un DSC où on retrouve une des plus fortes concentrations de personnes défavorisées au Québec, le DSC de **Maisonnette-Rosemont** à Montréal, Mme Colin a été une des principales organisatrices du forum "Les inégalités socio-économiques et la santé. Comment agir?" réalisé l'automne dernier par votre ministère, le ministère de la Santé et des Services sociaux, et notre Association.

Mme Louise Lépine, ici à ma gauche, quant à elle, est ici à trois titres. D'abord, elle est membre fondatrice du regroupement des cuisines collectives du Québec. Ensuite, elle fait partie de la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. Elle est aussi membre du conseil d'administration du Chic Resto-Pop de Montréal. C'est cet organisme communautaire qui s'est vu décerner notre prix d'excellence 1989 et, comme vous pourrez le constater tout à l'heure, il s'agit là d'une expérience concrète particulièrement réussie visant à lutter contre une des conséquences des inégalités ayant le plus d'impact sur la santé, à savoir la faim.

Finalement, mon nom est Michel O'Neill. Je suis aussi membre du bureau de direction de l'Association pour la santé publique du Québec où je siège depuis plusieurs années et où je joue le rôle de conseiller spécial auprès de notre présidente, après avoir été vice-président pendant deux ans. J'ai une formation de sociologue spécialisé dans le domaine de la santé communautaire et je suis professeur à l'Université Laval, ici à Québec, depuis une dizaine d'années.

Alors, introduire au cœur de la réforme la question des inégalités face à la santé suppose, selon nous, une politique de santé au Québec et c'est d'abord là-dessus que Robert Maguire nous dira quelques mots.

M. Maguire (Robert): M. le ministre. Au niveau de l'Association pour la santé publique, ça nous paraît très, très important, actuellement, de vous appuyer, de vous supporter, de vous encourager et, comme on dirait en Gaspésie, de vous "renchasser" sur la notion d'une politique de santé et de bien-être. Ça nous apparaît extrêmement important, à ce moment-ci, que le gouvernement du Québec, et surtout le ministère de la Santé et des Services sociaux, puisse se donner dans la plus brève échéance possible une politique de santé et de bien-être. Évidemment, quand on parle de politique de santé et de bien-être, c'est important pour nous à l'Association pour la

santé publique, parce qu'on pense que, dans une période de croissance ou de décroissance, ça pourrait peut-être nous aider à gérer les sommes d'argent qui ne sont pas nécessairement très, très nombreuses. Ça nous permettrait probablement aussi de faire des coupures de façon plus judicieuse et ça nous permettrait, sans doute aussi, d'établir un certain nombre de priorités.

Quand on parle de politique de santé et de bien-être, on doit parler aussi d'objectifs de santé. J'imagine qu'à la tête d'une petite multinationale comme le ministère de la Santé et des Services sociaux vous avez sans doute été surpris un peu de voir que cette petite multinationale n'avait pas nécessairement d'objectifs de santé. Dans ce sens-là, ça nous apparaît extrêmement important, à très, très court terme, de se donner des objectifs de santé. Évidemment, on peut parler d'objectifs de santé et, pour vous en parler, j'ai choisi de prendre un exemple que je connais assez bien et dont on a déjà eu l'occasion de parler un petit peu, celui des traumatismes. Ce que ça nous a permis de réaliser, de fixer un certain nombre d'objectifs clairs au niveau des blessures, c'est que, lorsqu'on fixe un objectif comme ça, on peut arriver à éliminer une bonne partie des chicanes de structure et des guerres de clocher qu'on peut vivre à l'intérieur et à l'extérieur du réseau. Ça nous est apparu extrêmement important. Je me sens d'autant plus à l'aise de vous parler des traumatismes et de la prévention que je dois vous l'avouer dans ce grand salon, vous avez été, à mon point de vue, notre meilleur ministre des Transports. Vous vous êtes occupé de la prévention et vous avez mis en place des mesures de prévention... Le gars d'en face me regarde un peu, mais vous avez été un excellent ministre des Transports, et vous avez développé et vous avez mis en place des mesures qui nous apparaissent extrêmement importantes pour prévenir les blessures.

M. Chevette: Le gars d'en face, c'est moi?

M. Maguire: Oui, monsieur.

M. Chevette: J'ai un nom.

M. Maguire: Pourquoi parler des blessures et pourquoi citer les blessures comme étant un exemple? Tout simplement parce que vous avez sans doute réalisé que les blessures, c'est 25 % des gens qui se présentent dans vos urgences, c'est 25 % des gens qui se présentent dans les cabinets de médecin, c'est un lit sur huit, et c'est aussi la première cause des années de vie perdues. Évidemment, encore plus quand je viens vous parler des blessures et vous donner comme exemple les blessures, c'est surtout parce que ça correspond à deux clientèles cibles que vous avez identifiées en tout début de mandat: les blessures, ça afflige surtout les jeunes et les

personnes âgées. Dans ce sens-là, il m'apparaît extrêmement important, à ce stade-ci, d'essayer de voir et d'essayer de développer ce que j'appelle des gagnants.

Comme je vous le disais tout à l'heure - il me reste une minute, il va falloir que j'aïlle un peu plus vite - c'est relativement facile de travailler sur les blessures pour une raison bien simple: on connaît l'agent, on connaît l'environnement, et on sait ce que ça cause chez l'individu. Dans ce sens-là, il y a quelque temps, votre sous-ministre, M. Lamarche, me disait: il faut implanter des programmes gagnants. Je vous donne ici l'exemple d'un programme gagnant. Je pense qu'à très court terme vous allez être capable, si vous vous êtes fixé un certain nombre d'objectifs dans une courte période de temps, de rallier beaucoup de monde et de développer et d'économiser probablement bien de l'argent.

M. O'Neill: Je vais maintenant passer la parole à Mme Colin et à Mme Lépine, qui vont vous dire pourquoi, maintenant qu'on a parlé d'objectifs, il est si nécessaire de lutter contre les inégalités face à la santé, et comment on pourrait s'y prendre pour y parvenir davantage. Cette fois-ci, si on parle de M. Chevette, on l'appellera M. Chevette.

Mme Colin (Christine): M. le Président, M. le ministre, mesdames, messieurs, vous viendrez avec moi qu'il est généralement admis que la santé est un des signes les plus tangibles des progrès de l'humanité. Mais force est de constater que tous les citoyens ne bénéficient pas de ce progrès de la même façon. Ainsi, l'espérance de vie des citoyens des secteurs défavorisés de Montréal était, en 1980, inférieure de près de dix ans à celle des citoyens des secteurs favorisés, et l'écart atteint quatorze ans si on parle d'espérance de vie sans incapacité. De toute évidence, il persiste donc des écarts importants en matière de santé et de bien-être entre les mieux nantis et les plus démunis.

Dès la naissance, les nouveau-nés en milieu défavorisé subissent dans leur corps les conséquences de la pauvreté de leurs parents. On compte 10 % à 12 % de bébés de poids de naissance insuffisant dans les milieux québécois défavorisés, et il faut noter que ce sont les taux obtenus par les femmes du Sénégal, de Cuba, de la Jamaïque, de la Colombie, etc., alors que ces mêmes taux, pour les Québécoises favorisées, sont aussi bas que 3 % à 4 %, ce qui correspond au taux des pays les plus performants au monde dans ce domaine, à savoir notamment la Suède et le Japon.

Marqués dès leur naissance, les enfants de ces familles pauvres vont continuer de subir les conséquences de la pauvreté pour leur santé. Pour commencer, ils vont mourir deux fois plus avant l'âge de un an, et des chercheurs ont estimé que ça peut représenter jusqu'à 200 décès

par année, au Québec, qui sont donc des décès évitables puisque liés à des conditions socio-économiques. Quand ces enfants survivent, on va noter plus d'anémie, d'asthme, d'infections, d'accidents, de troubles du développement, et, à l'âge adulte, c'est chez les plus pauvres de nos concitoyens qu'on retrouve le plus de maladies dites de civilisation, curieuse contradiction pour des maladies de l'abondance. Donc, on va trouver deux fois plus de maladies cardiovasculaires, de cancers, d'accidents, de maladies respiratoires, de diabète, d'anémie, de maladies ostéoarticulaires, d'anxiété, de dépressions, de suicides, plus d'incapacités et de handicaps et, aussi, plus de facteurs de risques pour la santé, une consommation de tabac accrue, une alimentation déficiente, etc.

Tout cela est bien documenté non seulement dans les données de la littérature internationale, mais ici, au Québec, et c'est même l'une des principales constatations de l'enquête Santé-Québec réalisée en 1987. Donc, malgré le haut niveau de notre système de santé, tout un groupe de population connaît un état de santé désastreux et accuse 15, 20 ans de retard et même plus par rapport au reste de la population. Pour imaginer cela, les Québécoises de 45 à 64 ans, de milieu défavorisé, sont en moins bon état de santé que les Québécoises favorisées de 65 ans et plus.

Qui donc est touché par ces écarts de santé? Bien sûr, les économistes nous rappellent souvent la règle des 4-40, où à 20 % des Canadiens les plus riches sont attribués 40 % du revenu, et aux 20 % les plus pauvres, 4 % du revenu. Sans entrer dans le détail des définitions de la pauvreté qui, rappelons-le tout de même, ne se réduit pas à l'insuffisance de revenus, puisqu'elle a aussi des composantes culturelles et sociales, on admet qu'environ 1 000 000 de Québécois vivent sous le seuil de la pauvreté et que 600 000 d'entre eux vivent dans des situations extrêmement préoccupantes d'extrême pauvreté. Malheureusement, la situation ne s'est guère améliorée au cours des dernières années puisqu'au contraire, plusieurs études confirment que les inégalités se sont accrues et que le Québec a même glissé de la quatrième à la huitième place parmi les provinces canadiennes, depuis 1979, à cet égard.

Pourquoi cet impact de la pauvreté sur la santé? C'est évidemment un phénomène complexe qui fait intervenir les déterminants connus de la santé. Je ne fais que les répéter, vous les connaissez bien: la biologie, l'environnement physique et social, les habitudes de vie et l'utilisation des services de santé. Mentionnons principalement que, d'abord, la sélection dite naturelle, qui rend pauvres des gens qui sont d'abord malades, n'explique qu'une faible partie de la différence observée et que ce sont, au contraire, les conditions de vie difficiles dans lesquelles les gens vivent qui rendent malades les

gens pauvres. C'est parce qu'ils sont sans revenus suffisants, qu'ils ne peuvent se nourrir convenablement et qu'ils vivent dans un environnement malsain qu'ils vont souffrir de malnutrition et de mauvaise santé. Mais c'est aussi parce que le milieu de vie difficile génère des comportements et des attitudes moins propices à la santé; c'est donc, en fait, le cumul des facteurs de risque qui rend la santé si précaire.

Pour mieux cerner les actions à entreprendre pour diminuer l'inégalité sociale devant la mort et la maladie, notre Association a organisé, conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, en novembre dernier, un forum qui, comme vous le savez, a été intitulé: **"Les inégalités socio-économiques et la santé. Comment agir?"** Un bilan de ce forum a été déposé récemment au sein de votre ministère. Le ministre délégué à la Santé, M. Christos Sirros, a procédé à l'ouverture de ce forum qui a permis à plus de 500 personnes de se rencontrer et de prendre connaissance des moyens mis en oeuvre un peu partout au Québec pour tenter de réduire les inégalités socio-économiques et leur impact sur la santé.

Il faut noter que nos acquis, dans ce domaine, sont précieux mais demeurent fragiles et insuffisants. Mentionnons d'abord, à ce propos, le rôle fondamental des organismes communautaires. Leur expertise dans le développement d'actions efficaces, pour réduire l'impact de la pauvreté sur la santé, a été largement démontrée au cours du forum et nous allons y revenir dans quelques minutes.

Auparavant, nous voulons rappeler que des établissements du réseau, en particulier des CLSC, des DSC, interviennent aussi avec succès dans ce domaine. C'est le cas, en particulier, pour n'en citer que quelques-uns, des projets de soutien communautaire et alimentaire et projets OLO qui donnent des oeufs, du lait et des oranges aux femmes enceintes défavorisées et qui visent à améliorer leur santé et celle de leur nouveau-né. D'autres projets ont été mis sur pied également dans les institutions du réseau pour offrir des services de maintien à domicile adaptés aux milieux défavorisés, ou encore offrir des projets de promotion en santé mentale et, en particulier, des projets qui favorisent le développement des réseaux d'entraide.

Dans tous ces projets, le succès démontré tient autant à la qualité de l'intervention qu'à la qualité de la relation de confiance que les **intervenants** construisent avec les gens du milieu défavorisé. Révision de nos préjugés, acceptation des valeurs du milieu, compréhension de ce que ces gens vivent, sont autant de mots clés pour expliquer la réussite de ces interventions.

Pour revenir au **niveau** des organisations communautaires, de très nombreux projets pourraient être soulignés. Nous voulons mentionner en particulier les cuisines collectives qui permettent à des familles défavorisées de manger

tous les jours une nourriture équilibrée et bon marché. Nous voulons surtout vous parler un peu plus longuement d'un organisme communautaire qui a reçu cette année, comme on l'a souligné, le prix d'excellence de l'ASPQ: il s'agit du Chic Resto Pop de Montréal, et Louise va nous en parler.

Mme Lépine (Louise): M. le Président, M. le ministre, **Mmes** et MM. les députés, le Chic Resto Pop de Hochelaga-Maisonneuve est une entreprise de récupération d'aliments et d'énergie humaine qui ne correspond pas aux normes de notre société. Nous aidons 25 stagiaires, assistés sociaux à la fois, à développer leur employabilité dans un programme de formation structuré et aussi à retrouver l'espoir dans leurs capacités et une certaine forme de dignité. Ces personnes cumulent, on doit se le rappeler, souvent toutes les pauvretés.

Pour ce qui est du restaurant, nous n'y faisons pas la charité. Nous redistribuons des aliments qui, autrement, seraient jetés et pollueraient l'environnement. Les trois quarts de ces aliments sont parfaitement sains et servent de base aux 250 à 300 repas que nous servons à tous les jours. Nous sommes persuadés que les gens doivent d'abord manger pour avoir ensuite l'énergie nécessaire pour faire les démarches dans le but de préserver leur santé. On doit se rappeler que les personnes appauvries doivent dépenser 50 %, et parfois plus, de leur budget pour payer leur loyer. Alors, si on ajoute à ça le coût des vêtements, le coût du chauffage, vous constaterez avec moi qu'il reste très peu d'argent pour manger à tous les jours du mois.

Nous aidons donc nos stagiaires et nos clients, dont de nombreux enfants, à être en meilleure santé d'une façon non orthodoxe, avec un budget qui, comme celui de la majorité des organismes communautaires, est aussi mince et aussi précaire que celui de nos clients.

Mme Colin: Malheureusement, tous ces projets, qui font tant avec si peu, sont sans cesse menacés par le manque de ressources et aussi, il faut bien le dire, parce qu'ils sont le plus souvent assez loin des priorités de nos planificateurs. C'est pourquoi, donc, l'ASPQ demande que la recherche de l'équité devienne une priorité du gouvernement et, en particulier, qu'elle s'inscrive au coeur de chacun des objectifs de santé que le Québec adoptera. La réduction des inégalités doit être un thème majeur de la future politique de santé et de bien-être du Québec.

Ceci signifie, c'est évident, la mise en place de mesures intersectorielles dans le domaine du travail, du revenu, de l'enseignement, notamment, et aussi l'attribution de ressources suffisantes pour la réduction des écarts de santé. Mais il nous semble aussi important d'insister sur deux points en particulier. D'abord, il faut **absolument**

mettre la réduction des inégalités de santé au coeur de chaque objectif, sans quoi, de toute façon, les progrès ne pourront être que limités. Par exemple, si l'on veut réduire la proportion des fumeurs à 20 %, il faut avoir une préoccupation particulière pour les fumeurs de milieu défavorisé qui sont les plus résistants, on le sait, aux changements de comportement et qui sont donc ceux qui, actuellement, fument le plus.

L'imposition d'une taxe sur les produits néfastes, à ce titre, nous apparaît non seulement inutile, mais probablement néfaste pour cette population défavorisée, parce qu'elle va amputer encore plus sévèrement le budget des plus démunis. Pour qu'ils changent de comportement, il faut d'abord choisir des programmes de prévention qui tiennent compte de leur façon de vivre et de leur culture. À ce titre-là, il faut souligner qu'en milieu défavorisé le tabac n'est pas seulement une mauvaise habitude, c'est aussi un moyen de lutter contre le stress et l'insécurité quotidienne. C'est aussi un moyen très concret de partager quelque chose avec ses voisins ou ses amis et c'est une gratification immédiate pour des personnes qui n'en ont pas beaucoup. (20 h 30)

De plus, il nous semble aussi que le ministère devrait développer des programmes de formation pour les professionnels et les intervenants pour améliorer leurs connaissances, leur compréhension et leurs approches des milieux défavorisés. Sans cela, nous l'avons constaté à plusieurs reprises, les interventions risquent fort d'être peu efficaces. Donc, interventions adaptées, approches appropriées, c'est à ce prix que nous pouvons permettre aux gens démunis de rattraper le retard en termes de santé.

M. O'Neill: En conclusion, si vous le permettez, notre mémoire posait au ministère sept questions dont deux déjà ont été évoquées par Mme Colin. Permettez-moi donc, en terminant, de vous rappeler les cinq autres. Premièrement, est-ce que le ministère réalisera sa réforme à partir d'objectifs ou se limitera-t-il encore à rebrasser les structures et le personnel sans lignes directrices communes? Deuxièmement, l'arrêt des actions commencées pour élaborer une politique de santé est-il définitif? Si non, quand ces actions reprendront-elles? Troisièmement, le ministère entend-il revaloriser et soutenir l'organisation communautaire comme une des pratiques professionnelles centrales pour aider les milieux défavorisés à améliorer leur santé? Quatrièmement, dans toutes ses allocations budgétaires, que ce soit au niveau de (a) recherche, de la formation, des services ou du support aux indispensables groupes communautaires, le ministère priorisera-t-il enfin les milieux défavorisés et les personnes défavorisées? Et finalement, à l'intérieur de sa propre organisation et auprès de ses autres partenaires gouvernementaux, est-ce que

le ministère développera des moyens d'action afin d'atteindre une plus grande équité?

En espérant des réponses à ces questions, nous vous remercions donc de nous avoir écoutés et nous sommes à votre disposition pour toute autre information ou commentaire, en vous soulignant à nouveau que le bilan de notre forum sur les inégalités fournit de nombreuses pistes très concrètes d'actions à ce propos et qu'il est disponible à l'ASPQ et à l'intérieur de votre ministère. Merci beaucoup.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Au-delà des remarques de M. Maguire sur mon passage aux Transports, à tout le moins pour certains aspects qui étaient un peu flatteurs pour moi, je vous remercie. J'en prends note. Je veux dire dès le départ que votre mémoire est l'un de ceux qui réussissent à s'élever au-dessus du débat sans que vous n'ayez rien à défendre sur le plan de vos propres structures ou de vos dépendants. Ça, je trouve ça intéressant parce qu'on avait souhaité en avoir davantage dès le début de la commission parlementaire pour être capables d'aborder véritablement les problèmes de fond du système. C'est davantage ça qu'on cherchait comme éclairage et c'est comme ça que je le perçois, dans la même lignée, en termes de qualité de mémoire, que ce que nous avons reçu la semaine dernière de l'Institut canadien de recherches avancées qui se plaçait très nettement au-dessus de la mêlée, avec des perspectives d'avenir très intéressantes.

Vous abordez deux sujets: politique de santé et, deuxièmement, les défavorisés au niveau du système; ça apparaît très clair et vous posez une série de questions par la suite. Ce n'est pas mauvais, de temps en temps, que ça ne soit pas juste les membres de la commission qui posent des questions aux intervenants, que les intervenants en profitent pour en poser. Alors, elles sont là. On verra s'il nous reste du temps pour y répondre. Loin de moi l'idée de vouloir épuiser tout le temps pour ne pas répondre à vos questions.

Donc, allons-y avec la politique de santé qui est un élément majeur. L'idéal aurait été qu'effectivement on arrive avec une politique de santé puis qu'on fasse la réforme après. Ça, on en convient tous. Ce qu'on essaie de faire, c'est de le faire de manière parallèle. Tout le monde nous dit, y compris tous ceux qui ont fait des recherches, que, si on a une politique de santé avec des objectifs, ça devrait normalement changer bien des choses. En tout cas, moi je prends ça pour du "cash". Je veux dire, on est dans la théorie. Cependant, vous nous dites dans votre mémoire: Hollande, Finlande, timidement les États-Unis ont tenté des expériences, mais il n'y

a pas beaucoup de gens qui sont venus nous parler ici et nous dire si effectivement ça avait donné des résultats et s'ils sont partis d'assez loin que nous pour être capables de l'imposer et de le faire.

J'ai encore frais à l'esprit l'exemple du Japon en particulier que prenait l'Institut la semaine dernière, où on a fait un virage spectaculaire dans l'espace de 30 ans avec beaucoup moins de ressources sur le plan financier, avec moins de médecins par habitant. Évidemment, là, on peut échanger pendant longtemps sur les mérites, mais comment est-ce qu'on fait ça? Comment est-ce qu'on fait? Quelles certitudes a-t-on, demain matin, compte tenu de ce qui s'est passé ailleurs, qu'effectivement on va avoir des résultats avec notre objectif par résultats? Au-delà de nos expériences qu'on a pu vivre au niveau des accidents de la route, parce qu'effectivement il y a eu certains succès - sur le plan de la cigarette, il y a eu certains succès, mais ce sont des expériences isolées - comment est-ce qu'on peut finir par arriver, à la lumière de ce qui s'est passé ailleurs, à avoir des résultats qui sont pas mal plus globaux que ceux-là?

M. O'Neill: Si vous me permettez de répondre en prenant comme comparaison les pays qui **culturellement** nous ressemblent peut-être davantage que le Japon, parce que le Japon fait des choses extraordinaires, mais en même temps le Japon a une attitude face à un tas de choses qu'on aurait difficilement la capacité de développer ici, je prendrai plutôt les pays européens. J'ai eu l'occasion de passer une année à l'Organisation mondiale de la santé à Copenhague, l'an dernier, et d'être un peu confronté à toute cette dynamique d'objectifs de santé qui est en train d'être implantée en Europe à l'heure actuelle, justement sous la pression de l'OMS. D'habitude, le directeur de l'Organisation mondiale de la santé pour la région européenne a toujours sa grande carte avec lui quand il se promène, et la carte est barbouillée en trois couleurs. À l'heure actuelle, il y a la carte avec les zones **foncées**, les zones entre deux et les zones pâles. Les zones foncées, ce sont les pays qui, comme la Hollande, la Finlande et quelques autres, ont adopté formellement une politique et des objectifs de santé. La couleur entre deux, c'est ceux qui sont dans le processus d'en adopter une, et les plus pâles, c'est ceux qui n'ont rien adopté pantoute. Il faut se rendre compte, je crois, que, par rapport à ces pays-là, au Québec on a déjà plusieurs longueurs d'avance sur la manière dont notre système d'ensemble est organisé. Alors, si on regarde ce qui s'est passé dans ces pays-là, en particulier ceux qui sont les plus avancés, la Finlande, la Hollande, etc., disons qu'en proportion il y en a 5 ou 6 sur 32 qui sont bien avancés, il y en a à peu près une quinzaine qui sont dans la course et les autres qui ne courent pas vite. Ça a forcé déjà des

réalignements très majeurs de la façon dont on peut concevoir comment on va dépenser notre argent de santé.

Ces réalignements-là, je pense qu'au Québec on est en position de les faire de façon encore plus rapide et avec des résultats encore plus évidents, dans le sens qu'ici on a déjà l'idée que la prévention, ça existe, on a un système de santé communautaire qui est très bien développé comparé à d'autres pays. Dans le fond, ce qu'il s'agit de faire, c'est probablement de s'aligner sur une couple d'objectifs sur lesquels on s'entend, sur lesquels le gouvernement annonce une priorité claire et sur lesquels, à ce moment-là, tout le monde - et dans les hôpitaux, et dans le système de prévention, et chez les organismes communautaires - va commencer à travailler ensemble sur quelque chose.

C'est pour ça que je trouve que l'exemple des accidents de la route est un exemple très intéressant parce qu'il y a eu, juste à partir d'une initiative de département de santé communautaire, finalement, des pas considérables qui ont été faits à très court terme, qui vont avoir un impact qui va être mesurable sur la santé de la population. Ce n'était même pas encore un objectif gouvernemental, un objectif de société qu'on s'était donné. Si le gouvernement du Québec et si le ministère décident qu'ils frappent la balle et qu'ils disent, par exemple: Les prochains cinq ans, on a une vingtaine d'objectifs dans le document d'orientation, on s'oriente vraiment sur une couple de très clairs, on met le paquet et on s'arrange pour que tout le monde, chacun... Les chicanes de clocher n'arrêteront pas demain matin, puis les chicanes interétablissements non plus, mais on va avoir au moins un certain nombre de lignes directrices sur lesquelles les gens vont travailler ensemble, par rapport auxquelles on va avoir des choses qu'on va pouvoir mesurer après un certain temps.

En tout cas, l'expérience européenne par rapport à ça est très révélatrice, dans des systèmes plus lourds, plus compliqués, souvent moins performants que les nôtres; ils ont fait des pas de géants, de ce côté-là, qui sont très visibles quand on regarde le discours, les politiciens, etc., l'argent affecté. Au Québec, en ayant déjà une longueur d'avance par rapport à la façon dont ces systèmes-là sont organisés, ça prendrait comme une étincelle de volonté politique et je pense qu'on ferait du millage, terriblement, sur ce morceau-là. Je pense que Robert aussi, par rapport aux objectifs et à la politique de santé, a une vision "terrain" complémentaire, si on peut dire, à celle de l'universitaire assis sur sa chaire.

M. Maguire: Non, dans le fond, on a **parlé** des blessures reliées à la route, mais il y a aussi une foule d'autres blessures pour lesquelles il existe actuellement des solutions disponibles, **actualisables**, mettables en place. Je vais le dire

en riant un petit peu, mais finalement, il a mouillé un peu plus cet hiver, mais si on baissait tous les thermostats d'Hydro-Québec à 125, on économiserait de l'énergie, puis il y aurait probablement bien moins de gens qui se brûleraient.

Je vous le donne comme exemple, parce qu'à un moment donné j'ai lu des choses là-dessus. J'ai vérifié avec le directeur du centre d'accueil, et il m'a dit: Il y en a trois qui sont tombés dans leur bain, qui se sont brûlés et qui sont à l'hôpital. Dans ce sens-là, je pourrais vous en nommer une liste, c'est des choses... À un moment donné, ce qu'il s'agit de faire, c'est de mettre bien clairement que les blessures, au Québec, c'est fini, on va les diminuer. Dans ce sens-là, à partir du moment où tu as ça, c'est là vraiment que tu commences à jouer l'intersectorialité, et c'est là qu'on peut évaluer aussi les gens. Je pense que ça ne prend pas beaucoup de temps. Je serais malheureux si - et, vous connaissant, j'imagine que ça ne prendra pas trois ans...

M. Côté (Charlesbourg): Je ne serai plus là.

M. Maguire: Non, mais ça urge, cette affaire-là. Il faut avoir le plus rapidement possible des objectifs de santé. Il ne faut pas attendre.

M. Côté (Charlesbourg): Une question complémentaire à l'expérience européenne, ceux qui sont installés, ceux qui sont en voie de l'être et ceux qui n'y pensent même pas. Dans les pays qui ont déjà pensé s'implanter, comme la Hollande, la Finlande, est-ce qu'on a déjà des résultats par rapport à ce qu'eux ont fait? J'aimerais ça peut-être partager un peu votre expérience. Je n'ai pas voyagé, moi. Je vais faire ça après. Dans deux ans et demi, quand on va lâcher, on va pouvoir voyager.

M. O'Neill: L'Organisation mondiale de la santé est en train de faire une évaluation très serrée du pays qui est le plus avancé, à l'heure actuelle, qui est la Finlande. Il y a une équipe d'experts internationaux qui a passé plusieurs mois en Finlande et qui est en train de vraiment - je pense que, si on appelait aujourd'hui, ce serait probablement disponible - essayer de voir, de mesurer ce que ça a donné. Est-ce que ce sont juste, dans le fond, des changements de lois qui n'ont jamais été traduits en pratique? Ou est-ce qu'il y a des changements mesurables d'un certain nombre de choses? Je n'ai pas les résultats maintenant mais je sais que, étant donné que c'est le pays le plus avancé et le pays qui a vraiment fait des travaux importants là-dessus, il y aurait moyen de le savoir. Mais tout porte à croire, de la façon dont, par exemple, les politiques ont été établies, de façon très concertée sur le tabac, la façon dont ils ont

ciblé des choses très précises en se donnant des objectifs sur cinq ans, dix ans, etc., que ça peut probablement ne pas faire autrement qu'avoir créé des synergies qui n'auraient pas été créées autrement. C'est sûr que, dans des courtes périodes de temps comme ça, on ne verra pas les taux de mortalité, par exemple, bouger. On ne verra pas les taux de morbidité bouger beaucoup. Quoique la morbidité, ça peut changer plus vite qu'on ne le pense, sur les choses comme les blessures, par exemple.

Et l'exemple de Robert est intéressant en ce sens où, pour beaucoup de choses... Lui, c'est M. Accident de la route, alors il pense beaucoup dans ces termes-là. Mais il y a beaucoup d'autres choses, si vous regardez la liste d'objectifs qu'il y a dans le rapport d'orientations, par exemple, pour lesquelles on est équipés actuellement au Québec pour faire des pas significatifs et avoir des résultats nets.

M. Côté (Charlesbourg): Sur les objectifs, à l'intérieur du document d'orientations, il y en avait 20. Quelles sont, par ordre de **priorité**.. Parce qu'il ne faut pas rêver en couleur. Il y en aurait 40 et il y en a un paquet qui vont rester de côté parce qu'on ne sera pas capables de le faire. Mais, en ordre de priorités, quelles sont les priorités auxquelles on devrait s'attaquer demain matin? Moi, j'ai parlé de jeunesse et j'ai parlé de vieillissement de la population. Ça me paraît être les deux les plus crevants. Mais, de ce que je comprends de votre présentation, il y a aussi les défavorisés. Mais on ne les retrouve pas comme un objectif.

M. O'Neill: C'est un des problèmes importants. Dans le fond, ce n'est pas toujours la question: Comment on aborde ça? Parce que c'est un problème qui est complexe et puis est-ce qu'on propose un objectif qui est la réduction des inégalités en tant que telles, et on crée un comité inégalités? Ou est-ce qu'on essaie d'insérer une préoccupation à l'intérieur de chacun des autres programmes pour la réduction des inégalités? Ou est-ce qu'on choisit les deux solutions? Je pense que ça, c'est loin d'être clair. Par rapport aux choix 1, 2, 3, 4, 5, j'ai l'impression qu'il y en a plusieurs pour lesquels on a, on peut dire, la technologie disponible qui nous permettrait de faire des pas significatifs. Je pense que la chose importante, c'est de faire un choix, d'en prendre une et de marcher avec. En ce sens-là, il y en a qui risquent d'être plus payantes à court terme que d'autres, en ce sens où la probabilité de travailler sur les inégalités de façon efficace est plus forte. Entre autres, la périnatalité est un des dossiers que le ministère travaille depuis très longtemps, sur laquelle il y a une pile de choses qui sont très bien connues. Christine pourrait sûrement en parler beaucoup mieux que moi. Alors, dans le fond, l'important, je pense, ce que tout le monde attend dans le

réseau, en particulier dans la santé communautaire, c'est une volonté claire sur une couple de dossiers précis sur lesquels on s'entendrait pour travailler. À la limite, n'importe quel mais il y en a certains pour lesquels les connaissances nous autorisent à penser qu'on aurait beaucoup plus de succès. Je ne sais pas s'il y en a qui veulent ajouter...

Mme Colin: Peut-être pour compléter... C'est sûr qu'on pense, par exemple, à toute la problématique de la santé du coeur, des maladies cardio-vasculaires; c'est quand même le plus grand tueur au Québec. Et à l'intérieur de cette problématique, évidemment, il y a plusieurs objectifs qui pourraient être discernés. Mais c'est sûr qu'à l'intérieur d'une problématique comme ça aussi on peut vraiment mettre une priorité sur les milieux défavorisés. On l'a dit tantôt, c'est deux fois plus de morts par maladie cardio-vasculaire dans ces milieux. Il y a des exemples actuellement d'interventions qui collent beaucoup à la réalité des milieux défavorisés. Il y a actuellement la ville de Toronto qui est en train de mettre sur pied un programme de réduction des inégalités de santé dans le domaine de la santé du coeur. Évidemment, ce sont des programmes qui sont **peut-être** moins classiques parce qu'ils font appel à la participation communautaire, au développement communautaire, mais ils sont faits en lien avec les organismes officiels de santé. Je pense que, là aussi, on a des exemples où on peut avancer.
(20 h 45)

Mais, définitivement, notre préoccupation, c'est que, pour chaque objectif de santé, on ait une priorité absolue - en tout cas, pour nous - de rejoindre les milieux défavorisés. Et à ce **titre-là**, moi, je pense que c'est quand même là que ça pourrait être le plus payant. Si on regarde en périnatalité, par exemple, on n'a pas fait de progrès depuis quinze ans, en termes de pourcentage de petit poids de naissance, au Québec. On a fait beaucoup de progrès sur les taux de mortalité, parce que nos services de néonatalogie se sont améliorés, donc on récupère plus, en somme, de bébés qui sont fragiles à la naissance, mais le taux de naissance des enfants de petit poids est vraiment stable et d'une régularité désespérante, depuis quinze ans. Alors, on sait maintenant que, pour vraiment réduire ce taux, il faut aller faire des progrès à la marge, **c'est-à-dire** chez les femmes qui ont les plus hauts taux, qui ont des taux de 10 % ou 12 %. On sait aussi qu'on a maintenant à notre disposition des programmes qui ont fait leurs preuves ailleurs, qui sont en train d'être initiés au Québec, en connection avec les DSC, les CLSC et les organismes communautaires. Donc, il y a sûrement des gains qu'on peut faire rapidement. Si on pense à toutes les conséquences pour la vie entière non seulement de l'enfant lui-même, du nouveau-né lui-même mais de toute sa famille,

de la santé à la naissance, je pense que ça devrait être aussi un élément qu'on ne doit pas négliger.

M. Côté (Charlesbourg): Je trouve ça intéressant de vous entendre et je regrette peut-être que vous n'ayez pas été des nôtres à notre commission parlementaire sur les sages-femmes. Ça aurait peut-être éclairé d'autres intervenants que vous connaissez très bien.

Est-ce que nous ferions fausse route de penser que demain, si on disait un, deux, **trois**, quatre, cinq, jusqu'à 20 objectifs de santé tels qu'ils sont dans le document d'orientations, qu'on les priorise, qu'on dise: Partait, on passe à un tel, un tel, d'avoir comme objectif que, dans chacun des cas, on s'attaque, en premier lieu, aux défavorisés? Parce que, à ce moment-là, ça va être horizontal. Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu de se questionner sur le fait que la pauvreté ou les défavorisés devraient être eux-mêmes un objectif, ou si... De quelle manière l'**aborde-t-on**? Est-ce qu'on ne risque pas de se perdre si on dit qu'on a un objectif parmi les 20, ou si, sur le plan de formaliser de manière plus importante et plus évidente, comme priorité pour le gouvernement, au niveau des défavorisés, c'est un objectif du gouvernement qui doit être pris en compte dès le moment où on enclenche le processus d'un objectif, en termes de réalisation de santé?

M. Maguire: Il y a, à mon point de vue, des services qui doivent être prioritaires pour les gens défavorisés et, habituellement, ce qu'on réalise, c'est que la majorité des gens qui travaillent avec nous ont beaucoup de difficulté à rejoindre les gens défavorisés. **Donc**, dans un premier temps, je me dis que c'est extrêmement important de réentraîner notre personnel ou le personnel qui offre des services aux gens **défavorisés** pour qu'il puisse communiquer avec ces gens-là.

L'autre affaire que je proposerais dans ce sens-là, c'est que je me dis: Il faudrait aussi être prudents pour ne pas stigmatiser - si vous me permettez l'expression - et culpabiliser une partie de la population. Dans ce sens-là, ce que je reprendrais un peu, c'est l'idée d'avoir un certain nombre de programmes qui vont s'adresser à toute la population mais pour lesquels on va retirer des bénéfices à court terme. Et quand vous pariez des gens âgés et des jeunes, je suis convaincu que vous êtes bien enligné - si vous me permettez l'expression - et, dans ce sens-là, il y a des choses qui existent. Si on fait déjà les choses qui existent, ça devrait, pour un certain nombre de problèmes, donner des bénéfices. Et, dans ce sens-là, j'imagine que l'argent va se **réaligner**, à plus ou moins long terme, et il y aurait certainement lieu d'en mettre un peu plus pour supporter les gens qui sont plus mal pris dans la vie.

Mme Colin: Peut-être que je pourrais aussi compléter en disant que ce qui nous semble important, c'est que ce soit clairement identifié comme une priorité. La mécanique, elle est à discuter; il n'y a peut-être pas de solution miracle. C'est sûr que, si on en fait un objectif parmi d'autres, il est clairement identifié et va canaliser des énergies. Mais, en même temps, il y a aussi tout l'aspect ghettoïsation ou, en tout cas, identification dont parle Bob. Ce que je voudrais aussi peut-être ajouter, c'est que les situations régionales, au niveau du Québec, sont assez différentes, et il nous semble important que ces objectifs soient validés, au niveau des régions, qu'ils soient peut-être pondérés ou précisés en fonction des différentes problématiques régionales. La pauvreté, ce n'est pas forcément de la même façon dans toutes les régions et les problèmes de santé prioritaires ne sont pas forcément les mêmes. Si, par exemple, on parle de l'itinérance, c'est clair que ça ne se vit pas partout. On me disait récemment qu'il y a une liste écrite de 8700 noms de personnes itinérantes, à Montréal en tout cas, ce n'est quand même pas négligeable. Donc, il y a des choses comme ça qui doivent être travaillées en particulier.

M. O'Neill: Si vous me permettez une dernière remarque par rapport au n° 1, par exemple, les inégalités, etc. C'est très clair que, si le ministère s'attaque à ça tout seul, il va se péter la gueule. La plupart des choses qui ont un impact majeur sur les inégalités, ce n'est pas le ministère de la Santé et des Services sociaux qui les contrôle, ce sont les politiques économiques, ce sont les politiques du logement, ce sont les politiques de l'agriculture, c'est toute une série de choses sur lesquelles, de façon étroite... Quand même vous voudriez régler la question des inégalités, en partant, vous n'avez aucune prise dessus. Donc, je pense que c'est très important d'avoir cet aspect-là en arrière de la tête... Ça vaut peut-être la peine que, si vous identifiez un ou deux ou trois objectifs prioritaires, vous voyiez non seulement comment ça peut se dérouler dans le système avec le réseau, les organismes communautaires, mais que vous voyiez, sur l'autre sens, avec qui travailler là-dessus et que vous donniez un mandat pour ça. Parce que l'argent qui va être sauvé, c'est dans votre budget, finalement, s'il y a une politique du logement qui a de l'allure, s'il y a une politique alimentaire qui a de l'allure, s'il y a une politique économique qui a de l'allure, finalement, qui permet la réduction des inégalités dans l'ensemble. Parce que ce n'est pas le ministère de la Santé et des Services sociaux qui va réduire les inégalités, quand même il y aurait un objectif gros comme ça, si souhaitable et louable sort-il.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, je

voudrais continuer mais je pense que le temps nous manque. Les réponses aux sept questions, je serais prêt à les fournir, mais...

Le Président (M. Joly): S'il nous reste du temps, je serais prêt à le consentir, mais je vais reconnaître M. le leader de l'Opposition officielle.

M. Chevette: Je vous remercie. Je voudrais avoir un commentaire et, après ça, quelques questions. Le commentaire, tout d'abord, je pense que c'est le septième groupe, si ma mémoire est fidèle, à parler de politique en santé. Ça se dégage de plus en plus qu'il est important d'avoir une politique avant de penser structure et, à mon point de vue, ça m'amène à poser des questions directement au ministre. Est-ce qu'il est pensable de produire une politique gouvernementale avant de penser amender les structures en Santé et en services sociaux?

M. Côté (Charlesbourg): Vous voulez que je vous réponde?

M. Chevette: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que j'ai été assez clair tantôt en disant qu'il faut une politique de santé. Il y a déjà une amorce dans les orientations qui ont été déposées qui sont là, 20, qui sont largement partagées. Il s'agit maintenant de mettre des priorités. Quant à moi, et ça répondra à une des questions qui étaient posées, j'ai, à mon arrivée, mis fin à un processus qui m'apparaissait beaucoup trop lourd puisque ce ne sont pas toutes les régions du Québec qui doivent être interpellées sur l'ensemble des 20 objectifs. On se serait embarqués dans une procédure de définition d'une politique de santé au Québec où, dans trois ans, on s'en serait encore parlé.

Effectivement, quand j'ai identifié vieillissement et jeunesse, ça m'apparaissait les deux priorités sous lesquelles il faut enclencher les choses et ce sera très prochainement. On ne réinventera pas la roue, définitivement pas. Je pense qu'il faut davantage passer à l'action et que des experts viennent nous dire, dans très peu de temps, comment on peut passer à l'action, dans des priorités qu'on aura déterminées.

M. Chevette: Est-ce que le ministre reconnaît qu'une politique en santé nécessite automatiquement une discussion de base pour amener l'ensemble des participants à adhérer à ses objectifs et, potentiellement, modifier les mentalités quant à la consommation ou à l'offre de services en matière de santé et services sociaux et que le débat, quoiqu'il regrette qu'il soit fait sur les structures, ne pouvait pas faire autrement qu'être sur les structures puisque l'avant-projet ne porte que sur les structures?

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, vous me permettrez de différer d'opinion avec le député de Joliette pour la simple et bonne raison que ce qui a précédé l'avant-projet de loi, c'est le document d'orientations, en avril, et lui, avait clairement identifié 20 objectifs en termes d'objectifs de santé et de politique de santé. Donc, c'est un débat qui a déjà cours, qui a été discuté à de nombreuses reprises par à peu près tout le monde. Ce qu'il faut maintenant, c'est finaliser la politique et, comme je l'ai dit tantôt, le processus dans lequel nous étions embarqués était celui de toutes les régions du Québec qui se prononçaient sur l'ensemble des 20 objectifs, alors que ma vision à moi est tout autre. Et j'ai compris, du message que les gens nous ont livré tantôt, que c'est important d'en identifier un certain nombre et d'y aller avec un certain nombre d'objectifs, bien sûr, de concert avec la population. Très prochainement, vous serez informés de ce que nous allons faire dans ce domaine-là, qui va cheminer et qui va cheminer pour aboutir au moment où on arrivera avec le projet de loi, à l'automne et en début de 1991.

M. Chevette: Est-ce que le ministre pourrait répondre aux sept questions?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. On va les prendre une par une, question par question. La première: Le ministère réalisera-t-il un redéploiement des services de santé et des services sociaux à partir d'objectifs ou se limitera-t-on aux habituels réaménagements de structures auxquels le passé nous a habitués et dont les résultats sont pour le moins douteux? C'est clair que oui, on aura des objectifs de résultats. Est-ce qu'on en aura dans tous les domaines? Je pense qu'il va falloir progresser et vivre nos expériences aussi de façon que, si on veut tout prendre en même temps, on risque d'arriver nulle part. Il faudra y aller de manière progressive avec des orientations que donnera le ministère et le ministère va rester le maître d'oeuvre à ce niveau-là, au niveau central de tout ça. Mais il y aura, oui, définitivement, des objectifs de résultats et c'est comme ça qu'on fonctionnera dans le futur. Et ceux des établissements qui ne voudront pas procéder de cette manière-là resteront sous-financés, resteront en arrière.

Deuxièmement: L'arrêt des actions engagées dans le cadre de l'élaboration du projet de politique de santé et de bien-être est-il définitif? Si non, quand reprendront-elles? Alors, j'ai un peu répondu à ça tantôt. Pas 20 dans seize régions, ça fait 320 ça, on n'en serait à peu près jamais sortis. Et il n'y a pas des experts partout dans toutes les régions, sur tous les sujets, ce n'est pas vrai. Donc, il s'agit de trouver ce qu'il y a de meilleur au Québec dans les domaines spécifiques au niveau des objectifs, les mettre en place très rapidement au niveau du vieillissement et au niveau de la jeunesse et en

ajouter d'autres en cours de route. Mais les deux priorités qui seront très, très prochainement, dès que la commission parlementaire sera terminée, mises en place seront: vieillissement, dans un premier temps; deuxièmement, jeunesse. Et on verra, par la suite, en termes de cheminement.

Troisièmement: Le ministère inscrira-t-il au cœur de chacun des objectifs de santé et de bien-être la réduction des écarts de santé entre les plus démunis et les mieux nantis? Ça m'apparaît d'une évidence même. S'en étant parlé... Évidemment, on travaillera sur la réduction des écarts, c'est là-dessus qu'il faudra travailler. Et, à partir de ça, tout ce qu'on s'est dit, on s'est uniquement donné des objectifs, c'est encore théorique, c'est dans le comment on va réussir à les atteindre et, à ce niveau-là, les discussions sont encore à faire parce que beaucoup d'idées ont été échangées. Mais il faudra, un de ces jours, finir par terminer les discussions.

Quatrièmement: Le ministère prévoit-il développer des programmes de formation pour les professionnels et les intervenants du réseau afin d'améliorer leur connaissance, leur compréhension et leur approche des populations défavorisées, non pas seulement pour leur livrer nos messages santé mais pour trouver avec elles des solutions à leurs difficiles conditions de vie? Je dois vous dire que mon étonnement, en arrivant au ministère, c'est qu'au niveau du gouvernement du Québec, sur le plan de la formation, il y a le tiers-monde, puis le tiers-monde, c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux vis-à-vis de son monde par rapport à l'Éducation. Lorsque vous comparez les deux là, c'est une véritable catastrophe pour le réseau de la Santé et des Services sociaux. Et ça, définitivement, il y a des réajustements extrêmement importants à faire alors qu'il y a 250 000 personnes qui travaillent dans le réseau et qu'il y a des cadres supérieurs, des cadres intermédiaires qui ne demandent pas mieux que d'être formés. Et ça, je pense que ça m'apparaît une condition sine qua non, la réussite du virage qu'on tente de faire. Donc, dans mon livre à moi, la question ne se pose même pas, il faudra le faire.

Cinquièmement: Le ministère entend-il soutenir l'organisation communautaire qui apparaît comme une pratique pivot pour promouvoir des programmes de santé communautaire visant les groupes défavorisés ou pour aider ces groupes à prendre en main leur santé? Il y a eu des efforts de faits au cours des dernières années. On se rend compte, à entendre les groupes communautaires, que ce n'est pas suffisant. Je pense qu'il faudra faire des efforts additionnels. Évidemment, ça tranche un peu avec ce qu'on a entendu ce matin de la part d'un grand syndicat vis-à-vis des groupes communautaires. Ils ont leur place, ils doivent occuper leur place en complémentarité avec le réseau et eux aussi devront... Parce qu'ils ont le choix de choisir leur action et on aura le

choix, quant à nous aussi, de subventionner ou de ne pas subventionner en fonction des objectifs. Et, si on se donne des objectifs de santé, ce n'est pas pour qu'une partie de ceux qui vont bénéficier de l'argent du gouvernement y échappe. Et ça **m'apparaît** très évident et ça devra être en parfaite harmonie avec ce que nous faisons, en tenant compte parfaitement de l'autonomie des groupes communautaires et de leur capacité de répondre à des besoins qui autrement, s'ils étaient comblés par l'institutionnel, coûteraient une fortune. Je ne sais pas si ça répond à la question là.

(21 heures)

Sixièmement: Lors de l'attribution des ressources humaines et financières pour le développement des services d'intervention en promotion de santé ou de programmes de recherche pour le soutien aux organismes communautaires, le ministère se **dotera-t-il** de mécanismes permettant de prioriser les personnes défavorisées? Je pense que oui, non pas seulement je pense mais on doit. Quand on **parle** de défavorisés, ça m'interpelle dans deux sortes de défavorisés. D'abord, les régions les plus pauvres. Quand on parle de défavorisés, ça peut être des individus, mais ça peut être aussi des régions, sur le plan **budgétaire**, défavorisées de médecins spécialistes, défavorisées de médecins généraux, défavorisées sur le plan des enveloppes budgétaires, et ça aussi, c'est extrêmement important quand on parle de défavorisés. Par le fait même, ça a une répercussion au niveau des bénéficiaires dans chacune de ces régions. Mais je sais que votre question est encore plus spécifique que ça au niveau des défavorisés eux-mêmes comme individus. Je pense que c'est un objectif qu'on doit envisager lorsqu'on reverra nos structures et nos programmes au niveau des services communautaires. Ça me paraît être un angle très intéressant. Si on se questionne de la manière dont on se questionne aujourd'hui, si l'enquête Santé-Québec nous dit qu'effectivement il y a un lien direct et bien identifié, au niveau du Québec, quant aux revenus des individus et leur santé, bien, en tout cas, je pense que l'action devra suivre la photographie qu'on a prise à un moment X qui, elle, continue d'évoluer. Il faudra se donner le moyen d'être capables de suivre cette évolution et aussi, finalement, si on veut être capables de diminuer ces écarts, reconnaître que, sur le plan des organismes communautaires, il y a des choses à faire de ce côté-là.

Septièmement: Le ministère **développera-t-il** des mécanismes d'action à l'intérieur de sa propre organisation et à l'extérieur avec d'autres partenaires gouvernementaux, tels le ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, le ministère des Affaires municipales et bien d'autres, afin d'atteindre une plus grande équité? Quand on parle de vieillissement, en particulier, avec tous les problèmes que ça suppose, quand on parle de pauvreté, ça n'interpelle pas unique-

ment le ministère de la Santé et des Services sociaux, ça interpelle le gouvernement. Au **premier** titre, le ministère de la Santé et des Services sociaux mais, à des titres tout aussi importants, les ministères que vous évoquez là. Quand on parle d'une politique et d'un objectif de vieillissement, on ne la fera pas en cercle clos avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres ministères impliqués au niveau du gouvernement devront être des partenaires. À ce moment-là, ça deviendra une politique non pas du ministère de la Santé et des Services sociaux mais une politique gouvernementale, et ce sera **peut-être** davantage plus rassurant. Je ne sais pas si ça répond à vos questions.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Je pense que vous vouliez ajouter un petit quelque chose, monsieur.

M. O'Neill: Peut-être un dernier commentaire. On vous remercie beaucoup d'avoir pris la peine de répondre à nos questions. Ça nous fait bien plaisir. Et je pense que vous pouvez compter sur l'appui de l'Association pour la santé publique qui, depuis déjà presque 50 ans, comme plate-forme neutre, travaille à essayer de promouvoir ces choses. Dans toute la mesure de nos maigres moyens, nous aussi, notre collaboration peut vous être assurée dans ces domaines. Merci beaucoup.

M. Côté (Charlesbourg): Une minute, M. le Président. J'en aurais une autre parce que... À la page 5 de votre mémoire...

M. Chevette: Je voudrais remercier mes collègues, avant, de nous avoir permis de répondre à vos questions.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): À la page 5, premier paragraphe, dernière phrase, vous dites: "De plus, plusieurs travaux de recherche nous ont appris que les attitudes et les perceptions des professionnels de la santé à l'égard des milieux défavorisés s'avèrent très déterminantes dans le succès ou l'échec des interventions développées." Évidemment, c'est très **conséquentiel** comme phrase. J'aimerais en savoir un petit peu plus parce que, dit comme ça, c'est lourd. J'aimerais **peut-être** que vous m'expliquiez davantage cette phrase.

Mme Colin: On a voulu dire par là, si vous voulez... Ça fait état de constatations qu'on a faites au cours d'enquêtes ou de recherches qu'on a faites avec les professionnels ou les personnes du réseau. Il ne s'agit pas **évidemment** de mettre le blâme sur les intervenants eux-mêmes qui font souvent tout ce qu'ils peuvent et

même plus qu'ils ne peuvent auprès des personnes défavorisées. Mais ce qu'on a remarqué, c'est que, pour que des interventions soient vraiment efficaces, pour qu'elles fassent leurs preuves en milieu défavorisé, il faut, d'abord et avant tout, qu'il y ait une relation de confiance qui s'établisse entre les gens démunis et les intervenants. C'est-à-dire que les gens démunis sachent qu'ils ont en face d'eux quelqu'un qui veut les accompagner dans leur démarche par rapport à la santé et qui n'est pas d'abord là pour les blâmer ou pour donner des conseils qu'ils ne sont pas capables de mettre en pratique.

Par exemple, si on prend l'alimentation pendant la grossesse, c'est sûr qu'un intervenant qui est peu averti des conditions de vie des gens défavorisés peut donner des conseils facilement comme boire plus de lait, plus de légumes ou d'autres aliments, arrêter de fumer, etc. S'il n'y a pas une connaissance du milieu défavorisé, s'il n'y a pas une connaissance des contraintes de vie qui font que c'est difficile d'arrêter et que ça ne peut pas se faire seulement sur la base d'un conseil transmis, ça ne donne rien. Même, au contraire, ça pénalise encore les gens parce que ça les culpabilise. Ils sont comme tout le monde, ils reçoivent avec beaucoup de culpabilité les conseils qu'ils ne peuvent pas appliquer. Ce qu'on a remarqué, c'est que dans le cas contraire, dans le cas où les intervenants ont été formés à l'approche en milieu défavorisé, ont été formés à réviser un peu leurs valeurs, à réfléchir sur leurs préjugés et à voir d'un oeil peut-être nouveau ou neutre les personnes qui sont en face d'elles, dans ces cas-là, on a vraiment des succès très très impressionnants et, en plus, on a une satisfaction des intervenants au travail, c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir des intervenants qui sont souvent démotivés... C'est très difficile de travailler auprès des milieux défavorisés et ça conduit, s'il n'y a pas un soutien de l'institution et aussi du groupe, s'il n'y a pas un travail en équipe **multidisciplinaire**, ça conduit à deux extrêmes qui sont soit l'indifférence, où on dit: Dans le fond, on ne peut rien pour eux, et puis on n'est pas capables, ou ça conduit, au contraire, au "burnout". Pour éviter cela, je crois qu'un travail en équipe, avec une formation continue de base et une formation à l'approche de ces milieux-là, est absolument indispensable.

Le Président (M. Joly): Merci, Dr Colin.

M. O'Neill: Peut-être un complément à la...

Le Président (M. Joly): Très brièvement, nous avons déjà dépassé.

M. O'Neill: ...pas l'air à s'ennuyer trop trop.

Le Président (M. Joly): Un dernier commentaire, **peut-être**.

M. O'Neill: O.K.

Le Président (M. Joly): Si c'est bref.

M. O'Neill: Oui, c'est très bref. Je prendrai peut-être ma chaise d'universitaire scientifique. Ce que Christine vient d'évoquer, il y a d'autres personnes qui sont en train de le démontrer encore très précisément dans une recherche où Christine est impliquée à l'heure actuelle, ainsi que des gens du département de santé communautaire de Sacré-Coeur, où on a vraiment - et c'est exceptionnellement difficile et rare - été capables d'identifier, de travailler de très près avec des femmes enceintes de milieux très défavorisés. C'est un exploit méthodologique, ce qu'ils ont fait là. À l'heure actuelle, c'est très clair. En tout cas, je suis sociologue de formation et de déformation et ce qu'on a vraiment vu, c'est qu'il ne faut pas juste... Ce n'est pas rien que souhaiter aller travailler avec les milieux défavorisés ou les gens défavorisés, il y a bien des bonnes intentions et des bonnes ondes **là-dedans**, mais si on n'apprend pas... La différence culturelle est tellement grande que, si on n'apprend pas comment faire ça, on tombe facilement dans ce que Robert évoquait tantôt, la stigmatisation. On n'avance pas, finalement, on recule, et on crée un problème supplémentaire.

Le Président (M. Joly): Merci, M. O'Neill. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Au nom des membres de cette commission, merci beaucoup. Je demanderais aux représentants de la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Bonsoir, messieurs, bienvenue à cette commission. Vous connaissez la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire et, par après, les parlementaires se réservent le privilège de vous poser quelques questions. J'apprécierai si le porte-parole du groupe pouvait s'identifier et aussi identifier les gens qui l'accompagnent.

Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec

M. Bureau (Michel): Merci, M. le Président. M. le ministre, mesdames, messieurs de la commission parlementaire, mon nom est Michel Bureau, je suis doyen de la Faculté de médecine de Sherbrooke et président de la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec. La délégation des facultés de médecine est composée du Dr Serge Carrière, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal; le Dr Cruess, doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill; le Dr Potvin, doyen de la

Faculté de médecine de l'Université Laval; le Dr Jacques Des Marchais, vice-doyen de la Faculté de médecine de Sherbrooke; le Dr Monaghan, vice-doyen à l'Université McGill; M. Yvon Poirier, vice-doyen à l'Université de Montréal et M. Pérusse, de la Conférence des recteurs des universités du Québec.

M. le Président, les doyens des quatre facultés de médecine du Québec remercient le ministère de son invitation à présenter la réaction des facultés de médecine à l'avant-projet de loi du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les doyens des facultés de médecine ont étudié l'avant-projet de loi et ils présentent la position commune des quatre facultés de médecine du Québec. Dans la présentation de ce mémoire, nous ne traiterons que brièvement des principes généraux qui ont déjà fait l'objet de longs débats de la commission parlementaire. Nous traiterons plus spécifiquement des recommandations des facultés de médecine et de leurs justifications. Nous laisserons amplement de temps aux discussions.

D'abord, les facultés de médecine appuient fermement le principe de la réforme proposée par le réseau de la santé et des services sociaux. Les diverses philosophies présentées par le rapport Rochon, surtout par le document "Orientations" du ministère et par l'avant-projet de loi, reçoivent, dans l'ensemble, l'appui des quatre facultés de médecine. Nous appuyons sans réserve le principe de régionalisation des services de santé et des services sociaux. Cette décentralisation vise l'autosuffisance des régions. Les doyens appuient également le principe de la concertation entre les établissements de la santé où la complémentarité entre les institutions permettra d'améliorer la qualité des services offerts à la population. Par ailleurs, les doyens pensent qu'il faut réviser le projet de loi, de façon à permettre aux professionnels de la santé de participer au conseil d'administration de leurs institutions.

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, Dr Bureau, est-ce que le mémoire que vous êtes en train de présenter est celui que vous nous avez laissé, que vous nous avez donné?

M. Bureau: C'est une introduction au mémoire.

Le Président (M. Joly): Ah, bon! Parfait, merci.

M. Bureau: Avant de discuter des recommandations spécifiques des facultés de médecine, quelques commentaires préalables nous semblent nécessaires. D'abord, quelle est la finalité des facultés de médecine? Ensuite, quelle est la place occupée par les facultés de médecine dans le réseau des services de santé et des services sociaux? Enfin, quelques considérations sur les rôles complémentaires du ministère de l'Enseignement

supérieur et de la Science et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il nous semble utile de rappeler que la finalité des facultés de médecine, c'est le maintien de la santé et le recouvrement de la santé des bénéficiaires. Les facultés de médecine ont deux moyens pour atteindre cet objectif, soit l'enseignement et la recherche; un troisième s'ajoute, les soins ultra-spécialisés. La première mission est de former les professionnels de la santé sans lesquels le ministère de la Santé et des Services sociaux ne saurait atteindre les propres objectifs qu'il s'est fixés. La deuxième mission est la recherche qui fait avancer les connaissances, permettant aux bénéficiaires de profiter des nouvelles technologies médicales.

Les facultés de médecine dispensent la majorité de leur enseignement dans les centres hospitaliers universitaires, dans les instituts universitaires et dans les centres affiliés. Ces centres et instituts deviennent de véritables campus d'enseignement. Dans les hôpitaux d'enseignement, les professeurs médecins ou autres professeurs soignent les malades en enseignant aux jeunes médecins ou aux autres étudiants des sciences de la santé. C'est un troisième moyen par lequel les facultés de médecine sont au service des bénéficiaires.

La présence des missions d'enseignement est très importante dans le secteur de la santé. Il y a, dans le réseau des établissements de la santé, plus de 2000 médecins professeurs, à temps complet ou à temps partiel, qui oeuvrent dans 30 établissements universitaires et dans un bon nombre d'autres centres affiliés sans statut universitaire, et cela, jusqu'en région éloignée. L'impact est majeur. Les recommandations spécifiques des facultés de médecine s'inscrivent dans cette perspective où le réseau de santé et de services sociaux est aussi un réseau de campus universitaires en sciences de la santé où sont formés les professionnels de la santé de demain.

L'avant-projet de loi ignore largement ce rôle du réseau des services de santé. Dans les quelques commentaires qui vont suivre, nous allons reprendre chacune des huit recommandations des facultés de médecine et les situer dans leur contexte. Mais je ne veux pas lire le mémoire que nous avons fait parvenir.

La première recommandation touche la révision de la mission du réseau des services de santé et des services sociaux en matière d'éducation et de recherche. L'article 3, onglet 6, du ministère de la Santé et des Services sociaux élabore les diverses missions des services sociaux et des services de santé. La Conférence des doyens recommande que cet article soit révisé; il pourrait se lire: "En concertation avec les universités et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population." Dans les faits, le

réseau de santé a ce réseau intégré d'enseignement et de recherche et le ministère de la Santé et des Services sociaux - les doyens le recommandent - devrait faire siennes et mettre de l'emphase sur ces deux missions que sont l'enseignement et la recherche, sans lesquelles la qualité de notre système de santé ne serait pas maintenue et ne progresserait pas.

(21 h 15)

La deuxième recommandation des doyens concerne la participation universitaire aux conseils d'administration du réseau des services de santé et des services sociaux. L'avant-projet de loi exclut largement la participation des professionnels de la santé. La Conférence des doyens recommande que, partout où il y a des CH, ou des établissements affiliés, ou des établissements liés par lettre d'entente avec une université avec l'approbation du ministre, la loi prévoie que les conseils d'administration incluent des membres désignés par les universités concernées, pour permettre aux universités de bien jouer leur rôle. Nous recommandons donc qu'on prévoie inclure un partenaire venant des universités. Il en va de même pour la participation aux conseils d'administration des régies régionales et aux conseils d'administration des CHU. La Conférence des doyens recommande donc la révision de la composition des conseils d'administration de la régie régionale pour y inclure un universitaire, de même qu'une consultation appropriée avec l'université dans le processus de nomination des directeurs généraux des CHU, des instituts universitaires et des CH affiliés, de façon à favoriser la participation et la concertation avec l'université.

La recommandation suivante concerne les budgets des centres hospitaliers universitaires et des instituts universitaires. Les doyens réaffirment le principe que l'allocation des budgets des CHU vienne directement du ministère. Les régies régionales ne sont pas responsables de ces missions d'enseignement et de recherche et sauraient mal défendre les intérêts du ministère et des universités dans ce domaine. Le contexte de cette recommandation est que la connaissance des régies régionales ne serait jamais suffisante pour assurer adéquatement cet objectif qui fait partie des objectifs du ministère. Elles ne sont pas non plus responsables du maintien de la qualité de l'enseignement et de la qualité de la recherche dans le réseau des affaires sociales. Il serait donc difficile de prétendre leur donner la capacité d'allouer le budget si elles ne sont pas responsables de la qualité des services rendus en cette matière d'enseignement et de recherche.

Enfin, la cinquième recommandation des doyens est celle-ci: réviser les articles 34 et 153, qui traitent de la désignation des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers affiliés ou des centres hospitaliers par lettre d'entente, pour inclure la participation du ministère de l'Enseignement supérieur et de la

Science et de l'université concernée dans la désignation du CHU et la désignation de l'établissement affilié ou de l'établissement lié par lettre d'entente.

La recommandation suivante a trait à l'éligibilité aux divers conseils d'administration. L'article 57 exclut, à toutes fins pratiques, des conseils d'administration de tout établissement, non seulement les médecins actifs, mais tout professionnel de la santé qui oeuvre dans le réseau. Les doyens trouvent que le ministère se prive d'expertises très utiles et recommandent que l'article 57 de la loi soit assoupli, stipulant qu'un universitaire désigné pour participer au conseil d'administration demeure **éligible** même s'il touche des revenus de la RAMQ, à condition que sa source principale de revenus ne soit pas dérivée de la Régie de l'assurance-maladie. Ceci s'applique aussi aux autres professionnels de la santé. En pratique, presque tous les universitaires, à l'exception des quatre doyens des facultés de médecine, tous les universitaires médecins ont quelques revenus qui sont dérivés de la RAMQ. La disposition de la loi telle qu'écrite élimine, à toutes fins pratiques, tout le monde de la participation et nous croyons que le ministère se **prive** ainsi d'une expertise qui pourrait lui être utile.

Enfin, notre septième recommandation touche la rationalisation des services spécialisés. L'article 155 stipule que le ministre peut rationaliser les services spécialisés et qu'à cet effet il prendra sa décision après avoir consulté la régie régionale. La Conférence des doyens recommande que l'article 155 soit révisé pour inclure les consultations avec les universités appropriées.

La dernière recommandation de la Conférence des doyens touche les dons, les legs et les subventions. Il s'agit des articles 169 à 173. La Conférence des doyens recommande un assouplissement de ces articles de la loi de façon à permettre aux institutions le développement de l'"**entrepreneurship**" requis pour mobiliser les fonds privés qui, par les retombées sur la recherche et l'enseignement, profiteront à l'ensemble du réseau des services de santé et des services sociaux. Ce que les doyens veulent souligner ici, c'est l'"**entrepreneurship**" et la capacité de mobiliser, du secteur privé, un financement qui profitera aux missions universitaires, en particulier celles de l'enseignement et de la recherche, et qui, bien sûr, aura toutes sortes de retombées sur les services de santé directement donnés dans les centres universitaires.

Ce sont là les huit recommandations communes des facultés de médecine. Faute de temps, les quatre mémoires spécifiques qu'ont envoyés les quatre facultés de médecine ne seront pas discutés ici, sauf lors de la période de question.

En conclusion, les facultés de sciences de la santé rappellent au ministre qu'il joue un rôle

majeur dans presque tout le réseau de la santé et que ces facultés doivent être perçues par le ministère comme des partenaires majeurs à la disposition du ministère dans la recherche de solutions appropriées aux multiples problèmes du réseau. Je vous remercie.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je pense que c'est probablement peu dire que de mentionner que la présence des doyens des facultés de médecine à cette commission parlementaire est un moment très attendu, compte tenu des discussions que nous avons eues jusqu'à maintenant avec les 110 intervenants qui vous ont précédés et compte tenu aussi de la nature des échanges que nous avons eus avec les recteurs la semaine dernière qui, possiblement, à un certain moment donné, s'ennuyaient de ne pas avoir leurs doyens des facultés de médecine. Il est clair dans mon esprit qu'il faut renforcer le partenariat et la complémentarité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les doyens des facultés de médecine, compte tenu des problèmes que nous éprouvons maintenant à solutionner plusieurs problèmes que notre réseau de système de santé a et qui sont davantage reliés au niveau des médecins, médecins en région. Il m'apparaît donc très évident que nous devrons, au cours des prochaines semaines, des prochains mois, resserrer, tel qu'on se l'est dit dans des rencontres privées, les liens et être complémentaires, davantage complémentaires en ce qui concerne votre mission et la nôtre, et dans les deux sens; ça va à la fois pour le ministère dont j'ai la responsabilité et aussi pour l'Enseignement supérieur et la Science, chapeau sous lequel vous êtes. Évidemment, je pourrais facilement reprendre chacune des recommandations que vous avez incluses dans votre mémoire quant à la participation sur des comités et à une présence. Et, lorsqu'on parle d'être complémentaires et partenaires, je pense qu'on devra revoir un certain nombre de choses à ce niveau-là pour s'ajuster.

Mais, je préfère profiter de l'occasion qu'on a pour échanger, pour aborder des points chauds: les CHU et les instituts universitaires. À l'intérieur du document d'orientation, le ministère avait senti le besoin d'identifier quatre critères pouvant mener à la sélection d'un centre hospitalier universitaire ou d'un institut. Il y avait les services ultra-spécialisés, la formation, la recherche et l'évaluation des technologies. Je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de vous pencher sur ces quatre critères, mais est-ce qu'ils vous apparaissent complets ou suffisamment élaborés pour permettre de faire ce choix que nous devrons éventuellement faire quant aux centres universitaires et aux instituts et, si c'était

possible, savoir, de votre point de vue à vous, quel est l'ordre de priorité dans lequel nous devons ranger les quatre critères, si vous acceptez les quatre critères, me laissant, bien sûr, le soin, vous le **disant** tout de suite, de vous dire qu'au niveau de la santé et des services sociaux le un, le deux, le trois ou le quatre peut être différent de ce que vous avez, et je comprendrai pourquoi, parce que vous avez davantage une mission de formation?

M. Bureau: Bien sûr que notre première mission, à la faculté de médecine, c'est l'enseignement, la recherche, les soins ultra-spécialisés et, après cela, l'évaluation des technologies. Ce sont quatre critères bien identifiés et que nous acceptons tous. Je laisserai mes confrères doyens commenter là-dessus.

M. Carrière (Serge): Je pense qu'il est difficile de dissocier les quatre critères les uns des autres à cause des interrelations très étroites qui existent entre l'un et l'autre. Il est évident que, si nous voulons donner la meilleure formation dans un milieu, nous avons besoin des chercheurs pour appuyer cette formation, pour rompre les gens que nous formons à l'esprit critique qu'apporte la recherche dans un milieu et, également, parce que ces gens, qui ont une formation de recherche et qui donnent la formation, sont ceux qui sont rompus aux techniques ultra-spécialisées, qui peuvent rendre des services ultra-spécialisés et qui, en même temps, sont les mieux qualifiés pour évaluer la technologie.

Partant de là, je pense que, si on définit un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire, eh bien, les quatre critères sont très bien choisis. Évidemment, ceci restreint le nombre d'institutions qui peuvent répondre à ces critères. Il y a d'autres institutions qui peuvent répondre en partie à ces critères, ceux qu'on peut appeler les centres hospitaliers affiliés qui peuvent rendre certains services parce qu'ils ont des services de pointe, peut-être, dans certains services, même ils répondent moins complètement à tous ces critères. Ces milieux, par contre, sont extrêmement importants aussi pour la formation, puisque nous ne formons pas uniquement des médecins qui seront appelés à rendre des services ultra-spécialisés et que nous ne formons pas uniquement des médecins qui devront être des chercheurs, mais que nous devons former également des médecins qui devront répondre aux besoins quotidiens de la médecine et aux services que l'on doit rendre à la population, soit des services davantage généraux.

Donc, un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire, oui, doit répondre à ces quatre critères, mais également d'autres institutions sont nettement nécessaires à la formation de nos étudiants dans un contexte, encore une fois, moins global que celui que l'on réserve à un

centre hospitalier ou à un institut universitaire.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que j'avais compris, c'est que, dans le cas des quatre critères, c'était essentiel à la reconnaissance d'un CHU. Mais, si un établissement répondait à un, deux ou trois critères, il pouvait être reconnu comme institut, si j'ai bien saisi l'essence du message qui était dans les orientations. Est-ce que vous diriez aujourd'hui que, sur le plan des centres hospitaliers universitaires aussi bien que des instituts, on en a trop et qu'on devrait rationaliser, à partir de ces critères?

M. Bureau: Dr Carrière? Dr Cruess?

M. Cruess (Richard L.): Maintenant, il y a juste une classe d'hôpitaux universitaires, du point de vue du ministère. Ça ne correspond pas à la réalité. Nous avons, dans les quatre réseaux, des hôpitaux universitaires qui correspondent aux quatre critères, et je suis certain que les quatre doyens sont d'accord avec cette définition. Mais, comme l'a dit le Dr Carrière, nous avons besoin, nous ne pouvons pas fonctionner - pas les hôpitaux communautaires, parce qu'ils sont plus que ça - sans les hôpitaux qui, pour nous, correspondent à la réalité de la pratique de la médecine dans le champ, qui ne sont pas des hôpitaux ultra-spécialisés. Nous, nous formons les médecins et les autres professionnels pour la réalité et nous ne pouvons pas fonctionner sans ces institutions.
(21 h 30)

Dans la plupart des cas, ils satisfont juste à un des critères. Elles sont d'excellentes institutions pour l'enseignement médical, de tout le domaine médical. Pour beaucoup de ces institutions, c'est une nouvelle fonction, depuis 15 ou 20 ans. Quand les facultés de médecine ont augmenté le nombre d'étudiants, nous avons eu besoin d'autres facilités. Les institutions ont travaillé très fort pour répondre à ces demandes, les institutions elles-mêmes sont meilleures à cause de ces efforts et nous devons reconnaître cette fonction. Votre première question était, si je l'ai bien comprise: Est-ce qu'on peut donner une priorité parmi les quatre critères? Je suis certain que, pour tous, l'enseignement c'est la fonction primaire, mais, dans les années quatre-vingt-dix, si on veut enseigner la médecine ultra-spécialisée, probablement que c'est nécessaire d'être capable de répondre aux quatre critères.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais aborder la question que vous évoquez dans votre mémoire et que d'autres ont évoquée aussi: le financement des CHU directement par le ministère, dans la mesure où on va aller vers des régies régionales, avec plus de pouvoir. Évidemment, dans les CHU, il y a une certaine inquiétude, certaines appréhensions à l'effet qu'éventuellement leur budget

pourrait dépendre des régies régionales. Je vais prendre l'exemple de Montréal. Comment **va-t-on** faire la régionalisation avec plus de pouvoirs décentralisés, si, demain matin, on devait soustraire les CHU et faire en sorte qu'ils dépendent directement du ministère? On se retrouverait dans la situation où 40 % des lits de la ville de Montréal ne seraient pas assujettis à la régie régionale, 50 % du budget, 60 % des médecins, sachant que les CHU donnent des services, pour 85 %, à des résidents de la ville de Montréal. **Est-ce** que, dans ces **conditions-là**, on peut véritablement penser que les CHU puissent dépendre, sur le plan financier, du ministère? Et est-ce que ce n'est pas voué à l'échec, demain, une régie régionale qui aurait à s'occuper de la ville de Montréal?

M. Bureau: Dr Carrière.

M. Carrière: Il faut peut-être distinguer. Je pense que vous avez raison, en ce qui concerne les soins régionaux rendus par les CHU. Il peut sûrement y avoir une dépendance régionale. Par contre, les CHU rendent des services qui dépassent nettement leur région, ils rendent des soins ultra-spécialisés qui dépassent nettement leur région et, également, ils peuvent être impliqués dans l'évaluation des nouvelles technologies, des nouvelles techniques, et ceci dépasse nettement les régions. Cette composante pourrait sûrement être identifiée et dépendre d'une régie qui dépasse la régie régionale - qu'on l'appelle soit la régie provinciale ou directement du ministère - et ne pas dépendre de la régie régionale. Parce qu'on le mentionne, par exemple, dans le cas de certains hôpitaux pédiatriques; les hôpitaux pédiatriques de Montréal, les soins qu'ils rendent à la population régionale sont plus près de l'ordre de 40 % et plus près de l'ordre de 50 % à 60 % pour les soins extrarégionaux. C'est dans ce sens qu'une dynamique doit sûrement être trouvée pour prendre soin des deux composantes.

J'aimerais **peut-être** également revenir un petit peu en arrière, à la question précédente, dans le cas des CHU. Eh bien, sûrement que la concentration des CHU, si on regarde la situation actuelle, si on demandait, dans la situation actuelle, de concentrer davantage les enseignements et les quatre vocations qui se font dans les CHU, avec le système de financement actuel, je pense que nous aurions de sérieux problèmes. Les CHU répondent à leur mission, actuellement, souvent en fermant des lits, en diminuant le ratio, par exemple, personnel-patient et en faisant certaines concessions ou compressions sur les soins qu'ils rendent. Si on demandait de concentrer davantage, sans, également, revoir la formule de financement de ces CHU, je pense qu'on vouerait le système à l'échec. Je pense que c'est une constatation que l'on doit faire et que l'un ne va pas sans l'autre. Il faut repenser le

système de financement en repensant le système de concentration.

Quand on parle de concentration, il y a les CHU et il y a également le rôle des autres institutions. Les facultés de médecine, il faut s'enlever de l'idée qu'elles ne répondent qu'aux besoins des étudiants en médecine, à la formation des futurs médecins. Les facultés de médecine sont également responsables, par exemple, des soins de réadaptation et de la formation des étudiants en réadaptation. À l'Université de Montréal, nous devons faire affaire avec environ 90 institutions où envoyer des stagiaires en réadaptation. Si vous nous demandez s'il y a possibilité de concentrer et de mieux rationaliser nos ressources, certainement qu'il y a moyen de le faire, mais on est loin de concentrer, en même temps, également, les CHU. Il y a différentes opérations à faire. Il y a sûrement une opération de rationalisation, mais celle-ci devra passer, également, par une meilleure rationalisation des ressources disponibles au milieu.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que la distinction est bonne. J'apprécie la réponse très franche sur la question quant à Montréal et à l'ouverture d'esprit au niveau d'une région. L'extrarégional, bien sûr, pose un problème particulier qu'il faudra regarder.

Abordons le problème de la formation. Dans la rencontre privée que j'ai eue avec vous tous, il y a un élément qui m'a frappé. Vous nous avez mis en garde contre le danger qui nous guettait au sujet du vieillissement du corps professoral et des chercheurs. C'est un élément assez important et il nous faut être capable de garder une certaine masse extrêmement importante pour les fonctions de recherche, les fonctions d'enseignement qui vous préoccupent et on doit en tenir compte dans les allocations ou dans le nombre de médecins qu'on doit former chaque année, compte tenu du temps que ça prend entre le moment où ils entrent à l'université et le moment où ils sortent gradués et spécialisés.

Je vous pose la question parce que, s'il y a une question qui a dominé nos travaux jusqu'à maintenant, une préoccupation constante de toutes les régions du Québec, c'est celle des effectifs médicaux. Ça, c'est extrêmement important comme questionnement, à un point tel qu'il semble y avoir presque un consensus, maintenant, à savoir qu'on devra décentraliser l'enveloppe de la RAMQ au niveau régional comme étant un des moyens d'avoir, dans les régions du Québec, des médecins généralistes et des spécialistes, pour être capables de donner les services à ces populations.

Je vous pose la question: Est-ce qu'aujourd'hui on forme suffisamment de médecins pour être capables de faire face à nos besoins de demain, tant en ce qui concerne les **omnis** que les spécialistes? Je reviendrai tantôt sur des questions un peu plus pointues parce qu'au

niveau de l'ultraspecialité ça apparaît un des problèmes de notre réseau, actuellement, mais on y reviendra tantôt. Forme-t-on suffisamment de médecins **aujourd'hui** pour être capables de faire face aux défis de demain, compte tenu des objectifs qu'on se donne au niveau de la santé?

M. Bureau: La réponse à votre question est nécessairement très complexe parce que toutes sortes de variables arrivent en même temps. Les médecins de demain seront probablement, pour plus de la moitié, de sexe féminin. La façon de pratiquer la médecine, le nombre d'heures au travail, la vie sera différente. Il y a le vieillissement de la profession médicale elle-même et il y a aussi l'émergence de nouvelles spécialités, comme la génétique médicale qui aura une place prépondérante au tournant du siècle, pour lesquelles des effectifs médicaux seront drainés dans de nouvelles disciplines. Quand nous regardons l'ensemble du nombre de médecins formés, compte tenu de toutes ces variations, on forme, selon l'avis des doyens, à peine le nombre pour satisfaire les besoins actuels. Est-ce que ce nombre est suffisant pour assurer qu'il y ait des médecins **omnipraticiens** et spécialistes qui s'installent en région? À ce stade, risquons une réponse, on dirait oui, on dirait qu'on devrait être capable d'avoir suffisamment de médecins pour équiper les régions, mais pas d'excès, je suis sûr. C'est une réponse prudente que vous avez, on ne peut pas vous donner autre chose, et vous le comprenez.

Comment envoyer nos médecins en région? C'est un problème que nous partageons tous ensemble et nous n'avons pas trouvé la solution. Je sais qu'il y a une rencontre prévue entre le ministre de la Santé, le ministre Ryan et les quatre doyens pour essayer d'élaborer des solutions à cette difficulté qu'on n'a pas encore réussi à résoudre. Les finissants des facultés de médecine, quel que soit le moyen pris jusqu'à maintenant, un peu coercitif, un peu incitatif, on réussit à peine à assurer un approvisionnement de spécialistes en région. Pour les **omnipraticiens**, une bonne partie du problème est déjà résolu si les statistiques sont correctes.

M. Côté (Charlesbourg): Je me permettrais... Oui.

M. Bureau: Or Potvin.

M. Potvin (Pierre): M. le ministre, je voudrais ajouter un commentaire. Les facultés de médecine ont été sensibles à cette question de répartition des effectifs médicaux. En particulier, des efforts ont été faits pour développer de la formation en région. À Laval, il y a eu... Il y a cette unité de médecine familiale à Rimouski et il y a des stages en région. Je pense que les autres doyens, aussi, pourraient en faire état.

Il y a d'autres initiatives qui n'ont pas

abouti mais pas par la faute des facultés de médecine. Je compte que nous aurons l'occasion d'examiner ces divers moyens avec vous et avec le ministre Ryan, mais je ne voulais pas laisser l'impression que rien ne s'était fait.

M. Côté (Charlesbourg): Nous non plus, d'ailleurs, ce n'est pas l'impression qu'on veut... Il y a eu beaucoup d'efforts de la part du gouvernement, avec des mesures incitatives, de la part des facultés de médecine et de la part des régions, aussi, pour sensibiliser les médecins en formation à s'implanter en région avec toutes sortes de techniques. Il reste qu'on est devant un cul-de-sac et qu'effectivement on ne réussit pas à remplir les effectifs médicaux reconnus au niveau de chacune des régions du Québec. On a des problèmes assez importants.

Est-ce que... Vous avez probablement vu la déclaration du Dr Roy qui date de quelques jours où lui nous annonçait une pénurie de chirurgiens généraux...

Une voix: Pas Augustin Roy.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, pas Augustin Roy, celui qui est le président de l'Association. Il nous prédisait un problème assez important: les chirurgiens généraux. Le problème de Mont-Laurier, c'est un problème de chirurgiens généraux. Le problème de **Rivière-du-Loup**, c'est la même chose. Le problème de toutes les régions du Québec, c'est ce problème-là.

Est-ce qu'on constate qu'il y a suffisamment d'efforts pour former des chirurgiens généraux ou si on ne met pas trop d'efforts dans l'ultraspécialisation? Je pense qu'on a, au cours des dernières années, formé davantage d'ultraspécialistes dans le domaine de la chirurgie qui, effectivement, n'iront pas pratiquer en région parce que l'attrait des grands centres, avec des équipements beaucoup plus sophistiqués, fait en sorte qu'ils vont davantage dans les grands centres.

Est-ce qu'il n'y a pas un questionnement très important à faire sur l'attribution des postes par spécialité et sur le fait de revenir à la formation d'un plus grand nombre d'internes, de chirurgiens généraux, ou si je me trompe?

M. Cruess: M. le ministre, c'est une question bien bien compliquée. Je suis conscient que toutes les quatre facultés ont essayé d'établir les programmes pour former des chirurgiens généraux pour les régions éloignées. Je peux poser une question ou peut-être faire un commentaire. Il y a à peu près assez d'omnis dans les régions éloignées. Nous n'avons pas soulevé ce problème puisque le point est qu'on a formé probablement plus d'omnis qu'il n'y a de besoins au Québec. (21 h 45)

Maintenant, c'est clair que nous ne formons pas assez de spécialistes et de chirurgiens

généraux pour les besoins du Québec. Je ne suis pas certain que ce sera possible de convaincre les jeunes qu'ils doivent pratiquer dans les régions éloignées parce que les grandes villes sont pleines. Un autre point, à cause du décret, il y a beaucoup de spécialités ciblées. On ne peut pas transférer les postes d'une spécialité vers une autre. La chirurgie générale, ce n'est pas une spécialité ciblée. Il y a beaucoup de spécialités ciblées et la marge de manœuvre des facultés est très très petite. Nous n'avons que très peu d'entrées en spécialités et nous devons remplir les spécialités ciblées. Si la chirurgie générale... Si nous sommes en **pénurie**, ciblez la chirurgie générale. Mais c'est clair qu'on ne peut pas transférer les postes d'une spécialité; médecine interne, obstétrique, anesthésie, psychiatrie, pédiatrie, toutes sont ciblées. C'est la plupart de nos postes. On perd la marge de manœuvre de répondre aux besoins. C'est clair depuis beaucoup d'années, la chirurgie générale est la plus vieille des spécialités et on aura un grand problème.

M. Côté (Charlesbourg): On m'indique que mon temps est terminé. On aura certainement l'occasion d'en discuter dans notre rencontre avec M. Ryan. On fera certainement un bon bout de chemin lorsqu'on en parlera. Merci bien.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition officielle.

M. Chevette: Merci, M. le Président. Je voudrais émettre un commentaire et vous poser une question de fond, en ce sens que la profession médicale étant la seule où il y a une liberté totale de s'installer où ils veulent... Un médecin sort de l'université, il peut s'en aller à Montréal, même s'il y a un surplus de médecins à Montréal. Et vous le savez fort bien, on a essayé avec 20 mesures incitatives, je crois, avec un décret punitif en plus à Montréal, et ça n'a pas donné les résultats escomptés. Est-ce que vous croyez fondamentalement qu'on peut régler ce problème sans y aller par des moyens coercitifs, entre guillemets, mais où les universités pourraient, par exemple, assurer des postes d'étudiants à ceux qui veulent véritablement aller oeuvrer en région? Est-ce que ça pourrait être une solution, en espérant qu'on pourra, sur une période de sept, huit à neuf ans, dépendant qu'on est en médecine générale ou en spécialité, régler les problèmes sur une période à moyen terme?

M. Bureau: Vous parlez d'une condition à l'admission des étudiants en médecine...

M. Chevette: Oui.

M. Bureau: ...disant: Vous êtes admis conditionnellement...

M. Chevette: Étant donné qu'on ne peut

pas forcer, nous dit-on, celui qui est entré dans le système en toute connaissance des critères existants à ce moment-là, donc, on change les critères pour ceux qui viendront. Mais ils sauront les critères en rentrant, à savoir que, s'ils viennent en médecine, ils ne pourront plus s'installer dans des endroits où il y a surabondance de médecins par rapport aux endroits où il en manque.

Je vais vous expliquer, Dr Bureau, pourquoi je dis ça. C'est: Est-ce qu'on peut continuer, comme société, à se payer un corps médical qui veut se concentrer là où il veut bien se concentrer alors que la population du Québec, elle, est en droit - en payant les mêmes impôts, où que tu sois au Québec - de s'attendre à une équité dans les services médicaux?

M. Bureau: Je comprends et nous partageons tous cette inquiétude. Est-ce qu'on peut imposer aux conditions d'admission en médecine un contrat qui oblige nos étudiants en médecine, différemment des étudiants de droit ou d'autres disciplines, d'aller professer leur profession dans un endroit désigné? Jusqu'à maintenant, les facultés de médecine n'ont pas fait cela.

M. Chevette: Non, non.

M. Bureau: Nous savons très bien que des étudiants en médecine viennent de tous les coins de la province et qu'à la fin de leur formation ils ne retournent pas dans la région d'où ils viennent. Je ne sais pas si ce ne serait pas une mesure très drastique que de prendre celle-là. Le résultat...

M. Chevette: Mais si on ne réussit pas, docteur...

M. Bureau: Le résultat serait connu dans dix ans, parce que nos étudiants qui rentreraient en médecine à la prochaine série d'admission, par exemple, sortiraient dans dix ans. Est-ce qu'on n'a pas de chance de trouver de nouvelles solutions entre-temps? J'espère que oui.

M. Chevette: Je vous repose la question: Est-ce qu'on pourra tolérer...

M. Cruess: Un commentaire: Vous avez dit, M. Chevette, que les médecins ont la liberté complète. Ce n'est pas vrai maintenant. Il y a des plans d'effectifs, des effectifs, le quota pour les régions universitaires, il y a des limites et ces limites sont relativement nouvelles. Peut-être qu'il est préférable d'attendre les résultats des nouvelles politiques qui sont en force depuis seulement deux ans maintenant. Ça change lentement, le système médical.

M. Chevette: Oui, très lentement, vous avez raison.

M. Cruess: Oui.

M. Chevette: Mais j'en reviens au principe de base. S'il y a une concentration d'avocats sur un territoire, ils peuvent vivre plus maigrement à cause du nombre de causes qu'il peut y avoir. Mais, au niveau de la médecine comme telle, il y a des régions qui se ramassent avec un médecin par 400 à 500 personnes et, d'autres régions, par 1000 personnes. Je n'ai pas les preuves, il faudrait demander à la RAMQ de nous fournir les données, mais à ce qu'on nous dit, ça ne change pas la masse salariale individuelle. Quand on fait la compilation, la moyenne salariale est tout aussi forte dans les endroits où il y a un médecin par 400 ou 500 âmes, par rapport à un médecin par 2000. C'est donc dire qu'il y a un problème, il y a un malaise et, si on ne le corrige pas, si on n'équilibre pas ça au niveau de notre société, est-ce qu'on ne constitue pas nous-mêmes, est-ce qu'on ne cautionne pas une iniquité au niveau de nos contribuables qui, eux, paient les mêmes impôts? C'est ça la question. Dans le fond, c'est une question de fond, une question de principe, ce n'est pas une question de tomber à bras raccourcis, parce que c'est la seule profession qui est payée à l'acte au Québec, vous le savez comme nous.

M. Bureau: Dr Carrière.

M. Carrière: Je pense que le problème que vous soulevez, les facultés de médecine en sont aussi conscientes que vous, puis nous avons une responsabilité évidemment de former des médecins pour répondre à l'ensemble des besoins de la population. Il y a beaucoup d'autres intervenants également dans ce dossier et je me demande si la seule façon de trouver une solution à ce problème ne serait pas une vraie concertation entre les intervenants. Au niveau des facultés, on a souvent l'impression que les décisions sont prises, qu'on nous les impose et qu'on nous dit: Vous faites ceci. Au niveau gouvernemental, si nous restreignons, par exemple, l'entrée dans certaines spécialités de certains candidats, parce que nous les considérons moins qualifiés et incapables de répondre aux demandes d'une spécialité, vous avez peut-être l'impression que l'on bloque de notre côté et qu'on a un manque de bonne volonté pour essayer de former des médecins pour aller en région, mais, d'aucune manière, nous ne voulons former des médecins de deuxième catégorie, non plus pour aller en région. Je pense, et je pense que c'est partagé par mes collègues, les doyens, que la réponse se trouvera dans une véritable concertation où on pourra vraiment se pencher sur le problème réel et tâcher de trouver des solutions qui peuvent être acceptables et réalisables par les deux parties, parce que ce problème, on veut le régler autant que vous avez à cœur de le régler.

M. Chevette: Il y a un vieux proverbe qui dit en droit que tu ne fais pas indirectement ce que tu n'as pas le courage de faire directement ou que tu n'as pas le droit de faire directement. La décentralisation de l'enveloppe de la RAMQ pourrait avoir, à moins que je ne comprenne rien au système, exactement le même effet, parce que, en disant: Vous avez tant d'argent au niveau de telle région, et c'est un *per capita* en tenant compte des distances et d'une série de facteurs... À ce moment-là, si on dit à Montréal: Il y a 2 000 000 000 \$ ou 1 000 000 000 \$ dans l'enveloppe, après, quand il n'y en a **plus** dans l'enveloppe, qu'est-ce qui arrive? Nécessairement, ça deviendrait un incitatif très grand pour les médecins de sortir de **Montréal** pour aller là où il y a l'argent. À mon point de vue, il y a des façons indirectes de faire, mais il y a aussi des façons directes. Moi, je pense que quelqu'un qui est entré dans le système en connaissance de cause, il savait où il pouvait aller en entrant, c'est difficile de lui imposer quelque chose. Mais, celui qui entre dans un système où on a changé les règles du jeu, il sait au moment où il entre. On ne lui crée pas de préjudice, on ne lui crée pas d'injustice. On lui dit purement et simplement: Voici les nouvelles règles du jeu.

Est-ce que la Conférence des doyens est prête à envisager ou à discuter sur une base du genre qui permettrait peut-être d'en arriver à un consensus assez large au niveau de notre collectivité? Parce que, au niveau des spécialités, vous savez très bien qu'il y a un manque à gagner par rapport aux plans des effectifs médicaux qui ont été faits à la grandeur des CRSSS. Il y a énormément de manque de spécialistes encore en région. Il manque quelques **omnipraticiens**, mais il manque beaucoup de spécialistes, puis on ne réussit pas, on ne réussit pas.

M. Carrière: Je pense que toutes les solutions sont envisageables. Mais le danger d'une telle solution si on... Le plus grand problème, je crois, qui se poserait, c'est que, lors de l'entrée à une faculté de médecine, les étudiants sont à peu près tous égaux et il est difficile de prévoir celui qui deviendra vraiment meilleur que les autres. Et je pense que ceci serait vraiment une position contre l'**élitisme**, dans le sens que l'étudiant qui se sera engagé, dès le départ, à retourner dans une région désignée X, Y ou Z, si cet étudiant-là a un potentiel tout à fait exceptionnel, je pense qu'on se priverait du développement d'un étudiant d'une qualité exceptionnelle pour devenir celui qui peut dispenser des soins ultraspécialisés, qui peut être un enseignant de première classe et qui peut vraiment être à la **fine** pointe de la technologie.

Alors, je pense qu'un tel système, avant de l'adopter, mérite sûrement d'être pensé. Peut-être que le système pourrait être raffiné et pensé et que les étudiants qui sont vraiment plus méritants que les autres ou qui ont plus de potentiel

pourraient avoir un meilleur choix que ceux qui ont moins de potentiel. Cela dit, je pense qu'il y a plusieurs alternatives qui doivent être considérées. Mais je mettrais sûrement en garde qui que ce soit de prendre une solution drastique, sans regarder toutes les facettes du problème.

M. Chevette: Au niveau de l'ultraspécialisation, vous **semblez** très inquiet du fait que les budgets pourraient être régionaux ou qu'ils pourraient dépendre des régies. Mais est-ce que vous ne croyez pas qu'il pourrait y avoir des contrats de services, par exemple? On sait très bien qu'on ne pourra pas avoir un institut de cardiologie dans l'ensemble des régions du Québec. Je ne pense pas qu'on puisse penser qu'il y **ait** un centre de grands brûlés dans chacune des régions du Québec. Est-ce qu'il ne pourrait pas y avoir des contrats de services avec les centres hospitaliers ultraspécialisés ou universitaires puis que ce soient des contrats de services directement négociés avec les régies, si on veut véritablement une décentralisation complète?

M. Bureau: Ceci existe déjà en grande partie et continuera d'exister sous des régies ou sous une autre gestion. L'inquiétude des doyens vis-à-vis les budgets des CHU, c'est que dans les CHU une partie du budget est consacrée à l'enseignement et à la recherche, et les régies régionales répondent devant qui de cette mission de l'enseignement et de la recherche? Les facultés de médecine répondent, elles, au ministère de l'Enseignement supérieur puis aux sociétés accréditrices des facultés de médecine, puis ont des comptes à rendre.

S'ils n'ont rien à dire sur les ressources qui sont mises à leur disposition et si c'est géré par une régie régionale qui, elle, n'a aucune **imputabilité** ou responsabilité à cet égard, on **voit** mal comment ça pourrait bien fonctionner. C'est le plaidoyer des doyens. Ce n'est pas que nous sommes opposés à ce que ça transite par les régies régionales, mais nous voyons mal comment ça marcherait.

M. Chevette: Oui. Si j'ai bien compris, il y a 45 centres de formation ou instituts spécialisés. À Montréal, ça doit gober plus que la moitié du budget à ce moment-là. Comment pourrait-on envisager une décentralisation réelle sur l'île de Montréal s'il n'y a pas, au moins, des budgets de base reconnus pour les soins généraux ou normaux? Les compléments, pour ce qui est de l'enseignement ou pour ce qui est de l'**ultraspécialisation**, pourraient venir soit du ministère ou soit de la régie qui reçoit de la RAMQ la portion pour l'ultraspécialisation ou pour l'enseignement. Je ne vois pas comment on pourrait avoir véritablement, sur l'île de Montréal, par exemple, une véritable **décentralisation** si plus de la moitié des centres relèvent du ministère et qu'à l'inté-

rieur d'une même régie quelques centres relèveraient de la régie. Comment voyez-vous ça concrètement dans un fonctionnement un peu cohérent? Est-ce que vous ne verriez pas plutôt une confrontation directe entre les divers types d'institutions?

M. Cruess: C'est clair que les problèmes sur l'île de Montréal sont différents.

M. Chevette: Peut-être même un petit peu à Québec, monsieur.

M. Cruess: ...oui, beaucoup plus compliqués. Je peux répéter les idées du Dr Carrière, que nous nous inquiétons beaucoup quand nous pensons à la capacité des conseils régionaux de comprendre le rôle complexe et les interrelations entre l'enseignement, la recherche et les soins. Je ne suis pas certain moi-même qu'on puisse avoir un système qui soit adéquat pour toute la province et aussi qui puisse régler les problèmes sur l'île de Montréal. Peut-être qu'on devrait établir un système un peu différent parce que la société est bien complexe avec les petites communautés, les groupes, les liens avec les hôpitaux. Ce n'est pas une réponse, mais ça identifie peut-être le problème.

M. Chevette: Je vous remercie beaucoup. Ça, c'est un des graves problèmes, je pense, qu'on aura à résoudre dans le cadre d'une décentralisation, c'est évident. Autant pour l'ultrasécialisation que pour l'enseignement, je considère, comme vous, que ce n'est pas une chose facile. Sur le plan théorique, on peut bien décider des enveloppes...

M. Cruess: Oui, à mon avis, la décentralisation, pour la plupart des régions de la province, c'est une bonne idée parce qu'elles sont plus homogènes et les institutions ont déjà établi des relations très étroites, mais c'est différent sur l'île de Montréal.

M. Chevette: Mais dans ce contexte-là, par exemple, est-ce qu'on pourrait envisager, si on conserve des CHU - on n'a pas raison de les voir disparaître - une plus grande spécialisation par centre hospitalier, à ce moment-là?

M. Cruess: Oui.

M. Chevette: Par exemple, spécialiser un centre en gynécologie, en spécialiser un autre en cardiologie, un autre, je ne sais pas, en médecine familiale comme vous l'avez dit, plutôt que de garder plusieurs spécialités dans certains centres hospitaliers; est-ce que ça ne pourrait pas simplifier la formule?

M. Cruess: Oui, c'est une approche intéressante...

M. Chevette: Mais vous n'êtes pas...

M. Cruess: ...mais on doit avoir un incitatif pour aider le réseau à vraiment rationaliser les services. C'est difficile de l'imposer sans quelque chose comme ça.

M. Chevette: C'est sûr qu'il y a de l'autonomie, dans certains centres, qui est très forte. C'est une autonomie même légale. On l'a vu avec le Reddy Memorial et une couple d'autres. Vous vouliez parler, Dr Bureau?

M. Bureau: On doit vivre avec la réalité et être capables de la modifier lentement. Si on effaçait, aujourd'hui, tout le réseau de la santé et si on le construisait selon des principes rationnels, il serait bâti bien différemment. Il y a des spécialisations d'instituts qui ont développé des réseaux d'expertises sur l'île de Montréal. Ils sont concentrés là, l'histoire l'a fait ainsi et c'est une réalité avec laquelle on doit vivre. Je pense à une plus jeune faculté, celle de Sherbrooke, qui a pu planifier le développement de son réseau puisqu'elle est plus jeune et qu'elle n'a pas dû vivre avec une histoire. Elle a rationalisé différemment, mais ça, c'est complètement les jeux de l'histoire sur lesquels on ne peut rien.

M. Chevette: Je vous remercie de votre mémoire.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. C'est une deuxième étape dans un processus de plusieurs étapes. La troisième sera notre rencontre avec M. Ryan, que je souhaite au mois de mai comme on s'est entendus. Merci beaucoup.

M. Bureau: Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Joly): Merci. Nous allons ajourner nos travaux à demain, 21 mars, 10 heures. Merci.

(Fin de la séance à 22 h 5)