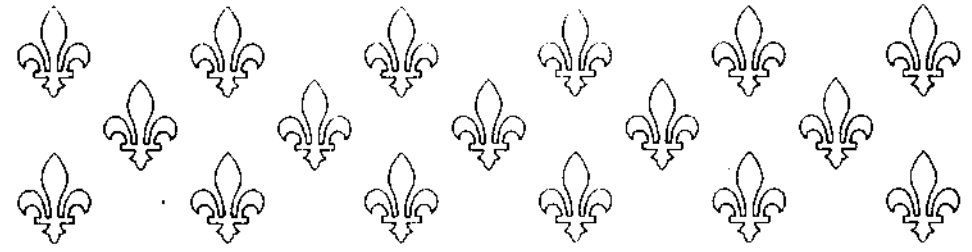

# ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION — TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

# Journal des débats

## Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Consultation générale dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux (19)

Le jeudi 22 mars 1990 — No 29

**Président : M. Jean-Pierre Saintonge**

QUÉBEC

**Débats de l'Assemblée nationale**

**Table des matières**


| | |
|---|---|
| Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais | CAS-1783 |
| Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais | CAS-1792 |
| Résidence de l'île | CAS-1797 |
| Centre hospitalier Pierre-Janet | CAS-1804 |
| Centrale de l'enseignement du Québec | CAS-1809 |
| Université Laval | CAS-1820 |
| Comité mixte pour l'établissement d'une instance régionale de la santé et des services sociaux dans la région 11 (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) | CAS-1826 |
| Centraide Montréal | CAS-1829 |
| Réseau d'action pour une santé intégrale (RAPSI) | CAS-1834 |
| Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec | CAS-1841 |


**Intervenants**

M. Jean A. Joly, président
M. Michel Tremblay, président suppléant
M. Serge Marcil, président suppléant

M. Marc-Yvan Côté
M. Guy Chevrette
M. Rémy Trudel
Mme Cécile Vermette
Mme Huguette Boucher Bacon

* M. Bernard Guindon, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
* Mme Géraldine Hutton, idem
* M. Marc Sénéchal, idem
* M. Benoit Tolszczuk, Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais
* M. Brian Leclerc, idem
* Mme Johanne Mercure, idem
* M. Yves Daigle, Résidence de l'île
* Mme Johanne Blais, idem
* Mme Hélène Daigle, idem
* M. Marcel D'Amour, centre hospitalier Pierre-Janet
* M. Roger Paquet, idem
* Mme Lorraine Pagé, Centrale de l'enseignement du Québec
* M. Laurier Caron, idem
* Mme Béatrice Chiasson, idem
* Mme Michèle Savard, idem
* M. Jean-Claude Méthot, Université Laval
* M. Pierre Potvin, idem
* Mme Line Grisé, idem
* M. Jean-Guy Poirier, Comité mixte pour l'établissement d'une instance régionale de la santé et des services sociaux dans la région 11
* M. Arthur Bélanger, idem
* M. Jean Lessard, Centraide Montréal
* M. Michel Giroux, idem
* Mme Michelle Joanette, RAPSI
* M. Claude Guilbeault, idem
* Mme Lucette Leclerc, idem
* Mme Jacinthe Lévesque, Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec
* M. Daniel Letendre, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission


Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

**Le jeudi 22 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 dix minutes)

**Le Président (M. Joly):** Bonjour tout le monde. Bienvenue à cette commission. La commission est réunie, afin de procéder à une consultation générale et à 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?

**Le Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Marois (Taillon) sera remplacée par Mme Blackburn (Chicoutimi).

**Le Président (M. Joly):** Merci beaucoup. Aujourd'hui, nous entendrons le Conseil régional de la santé et des services sociaux de L'Outaouais, le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais, la Résidence de l'île, le centre hospitalier Pierre-Janet, la Centrale de l'enseignement du Québec, l'Université Laval, le Comité mixte pour l'établissement d'une instance régionale de la santé et des services sociaux dans la région 11, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Centraide Montréal, le Réseau d'action pour une santé intégrale et, finalement, l'Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec.

Je demanderais au premier groupe, les représentants du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, de bien vouloir s'avancer et prendre place, s'il vous plaît.

Bonjour mesdames, bonjour messieurs. Je vous rappelle brièvement les règles du jeu, si on peut me permettre l'expression. C'est que vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire et, par après, les membres des deux formations se réservent le privilège de vous poser quelques questions. J'apprécierais si la personne responsable du groupe pouvait se présenter et aussi les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

**Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais**

**M. Guindon (Bernard):** Bonjour, M. le Président. Mon nom est Bernard Guindon. Je suis premier vice-président du conseil d'administration du Conseil régional des services de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Je suis membre élu par le collège électoral des maires de l'Outaouais. J'excuse M. André Dupont qui ne peut être présent aujourd'hui avec nous. J'aimerais, préalablement à mon allocation, vous présenter les personnes représentant le Conseil régional et les établissements de la région. D'abord, M. Lucien Beaumont, qui est deuxième vice-président du conseil d'administration, Mme Géraldine Hutton, qui est directrice générale du Conseil régional, Mme Sylvie Maltais, qui est représentante des présidentes et présidents des conseils d'administration des établissements de l'Outaouais, M. Marc Sénéchal, représentant des directrices générales et directeurs généraux des établissements de l'Outaouais.

Il me fait plaisir aujourd'hui de vous exposer la position et les commentaires du CRSSS de l'Outaouais et de l'ensemble des établissements de la région de l'Outaouais. D'ailleurs, dans les prochaines heures, vous aurez l'occasion d'entendre parler de l'Outaouais et de ses réflexions.

La région de l'Outaouais comprend principalement une concentration urbaine, régions de Hull, Gatineau, Aylmer, et les MRC de Pontiac, Haute-Gatineau et Papineau dans l'Ouest du Québec. On y retrouve beaucoup de lacs magnifiques, dont un a un nom assez particulier, c'est Meech, mais on n'a pas l'intention, ce matin, d'aborder les particularités de ce lac.

Dans notre région, on retrouve 37 établissements de santé et de services sociaux, 250 organismes bénévoles, pour desservir une population de près de 260 000 personnes. Dans la présente allocution, le Conseil régional désire mettre l'accent sur l'un des objectifs visés par l'avant-projet de loi et les orientations gouvernementales qui le précédaient, soit le principe de la régionalisation ou décentralisation vers les régions.

Pour nous, la régionalisation équivaut à la sous-régionalisation. En effet, le Conseil régional de l'Outaouais et les établissements de la région vivent déjà, depuis quelques années, le principe de la régionalisation et de la sous-régionalisation. Quelques exemples démontrent cette réalité. La planification des services en santé mentale dans la région de l'Outaouais, la Conférence des directeurs généraux et le Regroupement des présidents et présidentes, le projet de rapatriement des clientèles outaouaises qui consomment des services de santé en Ontario, les tables sous-régionales. Dans l'Outaouais, on se concerte, on se parle et ça marche.

Quelques mots sur la planification en santé mentale. Dans ses orientations en matière de santé et de bien-être au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux préconise que les services soient centrés d'abord sur la personne, sur la communauté, et soient offerts

selon un partenariat élargi où l'on retrouve les établissements et les organismes du milieu qui se concertent dans l'action. Le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a démontré, par le biais de l'organisation des services en santé mentale sur son territoire, qu'il était possible d'actualiser ses orientations quand une région obtient la marge de manoeuvre nécessaire et quand elle s'appuie sur une approche communautaire sous-régionalisée et lorsqu'elle préconise l'intégration des services à partir d'une concertation multisectorielle.

Dans le cadre de la planification en santé mentale, des contrats de services entre le conseil régional, les établissements et les organismes communautaires ont été conclus soit pour le financement ou le contrôle des services, soit pour la prestation de services dans un territoire donné ou relativement à un service quelconque. Depuis le début de l'actualisation de cette planification, le conseil régional procède à l'évaluation annuelle globale de l'implantation des services en santé mentale prévus dans la planification. Une copie de chaque évaluation est transmise au ministère.

Abordons maintenant la question du rapatriement des résidents de l'Outaouais qui vont se faire soigner en Ontario. Selon les termes mêmes du gouvernement du Québec, régionaliser le réseau de la santé et des services sociaux, c'est permettre au palier régional d'agir comme véritable maître d'oeuvre du développement et de la gestion de services de santé et des services sociaux de sa région. Le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, par son projet de rapatriement des résidents de l'Outaouais qui vont se faire soigner en Ontario, a démontré que cette régionalisation était non seulement avantageuse, mais rentable, tant pour la région que pour le gouvernement du Québec. Ce projet permettait de compléter le développement des services dans la région de l'Outaouais, d'augmenter l'utilisation des ressources en place et de faire réaliser des économies nettes substantielles au gouvernement du Québec.

En termes budgétaires, le CRSSS de l'Outaouais proposait donc au gouvernement du Québec des économies brutes de l'ordre de 35 000 000 $ par année, en deux phases. Les économies nettes, c'est-à-dire après tous les investissements inscrits à la phase 1, en tenant compte également du budget de fonctionnement du centre hospitalier de Gatineau ouvert en 1983, s'établissent, pour le gouvernement du Québec, à plus de 8 700 000 $, en 1987-1988 et en 1988-1989. Et pour la phase 2, les prévisions sont des économies nettes de 12 000 000 $ par année, jusqu'en 1993.

De plus, le CRSSS de l'Outaouais a négocié avec le gouvernement de l'Ontario, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la RAMQ, des ententes visant au remboursement des frais médicaux reçus par des Québécois en Ontario. Le CRSSS de l'Outaouais, avec tous ses partenaires régionaux, a prouvé que la régionalisation favorise l'optimalisation des ressources disponibles et fait réaliser des économies énormes tout en permettant une meilleure distribution des ressources.

Les deux exemples que je viens de décrire brièvement ne visent qu'à démontrer aux membres de la commission que la régionalisation et la sous-régionalisation sont fonctionnelles et efficaces dans l'Outaouais.

À la suite de la publication de l'avant-projet de loi en juin 1989, le Conseil régional s'est penché sur les dispositions qui y sont contenues et, principalement, sur la structure d'organisation proposée pour les établissements et les régies régionales. Le mémoire soumis contient les détails relatifs à la mise sur pied d'un comité de travail régional, à la préparation de réactions et de recommandations, à la tenue d'un colloque régional et à la tournée de consultation qui s'ensuivit.

Dans le mémoire que nous avons déposé auprès de la commission, nous avons tenté de vous démontrer que le Conseil régional, avec ses partenaires de la région de l'Outaouais, a déjà adopté en 1984 des mécanismes de consultation et de coordination qui constituent, certes, la base essentielle au principe de régionalisation et de sous-régionalisation. C'est principalement en raison de ce mode de fonctionnement sous-régional que l'on identifie comme la sous-régionalisation que le CRSSS de l'Outaouais a soumis une proposition reprenant son modèle régional de fonctionnement et prévoyant plus de pouvoirs et fonctions aux instances sous-régionales pour que celles-ci remplissent leur rôle adéquatement.

En terminant, le CRSSS de l'Outaouais tient à remercier la commission d'avoir accepté de l'entendre ce matin pour qu'il puisse exposer ses réalisations et sa vision sur la régionalisation et la sous-régionalisation. Nous sommes maintenant disponibles pour les questions. Merci.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** Très bien, M. le président. Je vais maintenant reconnaître le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Côté. M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Très heureux de recevoir les gens de l'Outaouais qui vivent certaines expériences particulières qu'on ne retrouve pas dans d'autres régions du Québec. Je pense que c'est peut-être l'occasion, ce matin, de tenter d'aller un petit peu plus loin que nous ne l'avons fait avec d'autres CRSSS, compte tenu de la nature même de votre organisation et de vos structures, là-bas, en particulier au niveau des sous-régions par rapport à la grosse région, et, deuxièmement, quant à vos expériences de gérer une enveloppe pour les médecins, puisqu'on a discuté beaucoup

en commission parlementaire de transférer l'enveloppe de la RAMQ, pas la transférer comme la régionaliser, à tout le moins, pour permettre de régler un certain problème de pénurie de médecins.

Il y a dans votre mémoire d'autres points qui sont soulevés et qui sont aussi communs à ce que d'autres CRSSS ont pu soulevé, que ce soit: conseil d'administration, manière de nomination. Si on a le temps, on les abordera, mais je préfère qu'on mette un petit peu plus de temps dans les expériences qui vous sont propres et qui pourraient éclairer la commission ou le gouvernement quant aux choix définitifs que nous aurons à prendre.

Commençons par les sous-régions. Je l'ai dit à plusieurs reprises, je ne changerai pas d'idée demain matin même si je reste à Québec depuis quelques années. Les années les plus marquantes de ta vie, c'est probablement les premières années et je les ai passées en région, en Gaspésie, avec un phénomène où, en 1965, le gouvernement a décidé de créer des régions au niveau du Québec et de désigner des capitales régionales. Les grandes perdantes de cette décentralisation-là ont été les sous-régions à l'intérieur d'une région, alors que les grandes gagnantes on été les capitales régionales.

Il y a certaines appréhensions aujourd'hui face à un réaménagement de nos structures, en décentralisant et en donnant du pouvoir, un pouvoir beaucoup plus important aux régions - on va le faire, on va trouver le moyen de le faire - ce qui cause quand même certaines inquiétudes. Est-ce qu'on part d'un pouvoir qui est à Québec? Est-ce qu'on remet le pouvoir entre les mains d'une capitale régionale où à peu près tout va se passer là et que, finalement, les sous-régions des régions vont être les parents pauvres de cette... On sait que, si vous voulez décentraliser un fonctionnaire, vous direz à un fonctionnaire de Québec: Demain matin, on te paie un beau billet, on te paie ton déménagement et tu vas aller dans une région, il va tomber malade. Bonne chance! Deuxièmement, il va dire: Oui, je suis prêt à déménager, mais pour autant que j'aille dans la capitale. Prenons l'exemple du Bas-Saint-Laurent–Gaspésie. Il va dire: Si vous m'envoyez à Rimouski, il n'y a pas de problème, si vous m'envoyez à Gaspé, envoyez-moi donc en Afrique, ça va être bien mieux. Et on l'a vécu dans le domaine de la décentralisation des pêches, sous le gouvernement précédent, où ça a été un problème extrêmement important.

Pourquoi c'est différent chez vous? Parce que, me dit-on, il y a effectivement une concertation plus efficace avec les sous-régions et Dieu sait que vous avez un territoire qui est assez vaste aussi et assez diversifié. J'aimerais vous entendre davantage là-dessus. Comment est-ce qu'on pourrait, dans la définition du fonctionnement ou des structures des régies régionales, s'assurer que, véritablement, les sous-régions aient leur mot à dire dans les décisions qui se prendront et dans les revendications pour qu'on puisse faire équitablement ce partage des ressources qui seront transférées éventuellement au niveau des régies?

**M. Guindon:** Avant de donner la parole à Mme Hutton, je voudrais souligner effectivement l'importance de la sous-régionalisation dans un phénomène de régionalisation. Centraliser à un endroit qui est Québec ou recentraliser à un autre endroit qui pourrait être, dans notre région, Hull, c'est de la centralisation. Évidemment, on est un petit peu moins long. Je demeure dans une sous-région, la vallée de la Lièvre et Petite-Nation, je veux souligner l'importance de la nécessité de la sous-régionalisation dans notre région. Mme Hutton peut nous présenter les mécanismes et le vécu et les éléments importants de ce phénomène.

**Mme Hutton (Géraldine):** Je vais peut-être expliquer un petit peu le dossier au niveau du plan de services en santé mentale. Lorsque nous avons reçu un montant d'argent, en ce qui concerne les 4 300 000 $ pour la première phase d'actualisation de la santé mentale, nous avons fait une répartition par sous-région à ce moment-là. DÛ au fait que nous avons fait la planification, naturellement, les règles du jeu étaient très claires, autant au niveau des régions centrales que des régions périphériques. Nous avons fait une allocation à ce moment-là par population, également au niveau des questions qui peuvent toucher les distances. On avait une pondération qui touchait la distance et également une pondération au niveau des inégalités en ce qui concerne certaines des sous-régions. Par après, chacune des sous-régions a fait des suggestions sur la manière d'organiser des services à l'intérieur de ces sous-régions et, à la suite de ça, nous avons donné vie à un comité régional et l'acceptation d'avancer au niveau de la mise en marche de ces services. De plus, au niveau de certaines sous-régions, nous avons même décentralisé des budgets, c'est-à-dire un montant d'argent en fiducie dans un établissement et naturellement, en consultation avec les autres établissements, les services ont été mis en marche. C'est un exemple.

Si vous parlez également des effectifs médicaux - je sais que ça vous intéresse beaucoup - dans notre région, quand nous avons fait les démarches en ce qui concerne le dossier du rapatriement et également au niveau de notre région, il y a un problème d'effectif qui existait au niveau de certaines de nos sous-régions. À ce moment-là, il y a deux de nos sous-régions qui avaient des mesures incitatives plus grandes que les autres sous-régions en ce qui concerne les effectifs médicaux. Ça, ce sont deux exemples qu'on peut vous donner comme ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Il y a le Saguenay-Lac-Saint-Jean qui est est venu présenter son mémoire et je pense que ça a été un des éléments forts de la commission jusqu'à maintenant, quant à l'articulation de l'organisation d'une régie régionale éventuelle et quant à la relation entre les différents territoires de CLSC ou de MRC par rapport à leur importance et à la définition de leurs besoins, s'articulant tantôt autour d'un centre hospitalier ou d'un CLSC complémentaire à un centre d'accueil et d'hébergement, et d'une série d'autres mesures. Ils nous ont proposé, pour chacune des sous-régions, qu'il y ait un comité de créé dans la loi, qui réunirait obligatoirement le D.G. et le président du conseil d'administration de l'établissement - que ce soit un centre d'accueil et d'hébergement, un centre hospitalier, un CLSC ou d'autres services - qui, eux, feraient une planification au niveau de leur sous-région et, par la suite, donc, deviendraient imputables à leur sous-région sur le plan des choix qu'ils feraient. Par la suite, la réunion de l'ensemble des sous-régions ferait en sorte qu'on ait une meilleure articulation et que chacun puisse effectivement occuper la place qu'il doit occuper à l'intérieur de la grande région. Je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de vous pencher sur cet élément-là, mais il m'apparaissait intéressant. Je ne sais pas si ce serait viable dans une région comme la vôtre.

(10 h 30)

**M. Sénéchal (Marc):** Si Saguenay-Lac-Saint-Jean a utilisé ce modèle-là, peut-être qu'il l'a pris chez nous. C'est essentiellement le modèle que nous proposons. Les tables sous-régionales dans l'Outaouais existent déjà depuis 1983 à peu près, et ce sont les directeurs généraux qui, depuis 1983, se rencontrent et se concertent par sous-région, de telle sorte qu'une fois que les plans en santé mentale ou d'autres plans issus du conseil régional sont envoyés dans ces sous-régions il y a là une concertation, où la table des directeurs généraux avec leurs conseils d'administration individuels, comme actuellement, décident des priorités de la sous-région.

Ce qu'on propose, c'est d'aller un peu plus loin pour donner véritablement un pouvoir à ces tables de concertation où seraient réunis, bien sûr, avec le directeur général au niveau opérationnel... Mais on voulait ajouter un pouvoir politique par le biais du président du conseil d'administration de tous les établissements réunis en sous-régions. Avec le directeur général, le président du conseil d'administration deviendrait un peu plus politique. C'est ce groupe-là, par les mandats que nous voulons donner à ce groupe-là, qui aurait un pouvoir décisionnel sur l'organisation des services et les priorités de la sous-région. Et c'est, je pense, comme vous l'avez dit, l'ensemble de ce mécanisme de concertation qui aurait une certaine relation avec la régie, où on est probablement plus sur que les réalités sous-régionales auraient, au niveau de la régie, une reconnaissance. C'est-à-dire que la régie pourrait faire les plans régionaux; ça, c'est bien sûr. Mais la régie pourrait laisser ce pouvoir-là de décision d'organisation des sous-régions.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, ce que je comprends de votre proposition, c'est que ce n'est pas uniquement au niveau des recommandations, mais c'est aussi un pouvoir décisionnel. Donc, on crée un autre palier décisionnel. Est-ce que j'ai bien compris?

**M. Sénéchal:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça ne vous fait pas peur? Parce que les gens se plaignent qu'il y en a trop de paliers.

**M. Sénéchal:** Non, on ne pense pas parce que c'est voulu, en tout cas, par tous les établissements de la région, parmi lesquels on compte aussi les organismes communautaires ou les organismes bénévoles. On ne croit pas, nous... Actuellement, les tables sous-régionales ont un pouvoir de recommandation et sont bien perçues par le conseil régional. Mais il s'agit là d'une décision d'organisation des services.

**M. Côté (Charlesbourg):** En tout cas, il y a, évidemment... Ce que j'ai compris de votre intervention tantôt, c'est que Saguenay-Lac-Saint-Jean, ils ont pris votre idée, mais ils ne l'ont pas prise jusqu'au bout. Le fait de la rendre plus décisionnelle, c'est probablement le moyen que vous avez de nous exprimer que vous êtes rendus encore plus loin qu'eux autres. Il y a une particularité au niveau de l'Outaouais, qui est aussi intéressante par rapport à certaines décisions que nous aurons à prendre. On sait que sur le territoire de l'île de Montréal il y a plusieurs phénomènes dont on doit tenir compte: le phénomène linguistique, le phénomène religieux, le phénomène de langues et ça devient bien compliqué, à un moment donné, de prendre des décisions uniformes pour tout le Québec. Si je ne m'abuse, vous avez, dans l'Outaouais, 12 % à 15 % d'anglophones?

M. **Guindon:** Environ.

**Mme Hutton:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** 12 % à 15 % d'anglophones. Comment est-ce que les services à la communauté anglophone se traitent chez vous? C'est peut-être plus évident dans le cas de Pontiac parce qu'il y a une **concentration** plus importante d'anglophones, mais dans le reste?

**Mme Hutton:** Pour ces aspects-là, Il y a également dans la vallée do la Gatineau, une

concentration assez accrue et des services assez bien organisés au niveau de cette population. Donc, il y a une grande partie d'anglophones également. Quant au reste, dans plusieurs établissements, en ce qui concerne les services spécialisés et les médecins qui travaillent à l'intérieur des établissements et des CLSC, il existe des services très actifs et positifs pour la population anglophone. C'est certain que nous avons un problème, je dirais, plutôt opposé, celui du rapatriement en ce qui concerne les francophones qui vont aller se faire soigner à Ottawa parce qu'il n'y a pas toujours des services bilingues à Ottawa.

Donc, je pense qu'à ce moment-ci, au niveau de la communauté anglophone, il y a beaucoup de services. Je peux vous dire, moi aussi, que depuis quelques années j'ai visité certains de nos centres hospitaliers avec une partie de ma famille, et que les services aux anglophones y sont assez adéquats.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ma question ne visait pas nécessairement les services à la communauté, mais davantage l'intégration des préoccupations anglophones à l'intérieur des structures et, en particulier, dans les sous-régions ou dans la grande région de l'Outaouais.

**Mme Hutton:** O.K. Dans les sous-régions, c'est certain qu'au niveau de l'implication des anglophones au sein des conseils d'administration dans le comté de Pontiac, dans la vallée de la Gatineau et également au niveau de la vallée de La Lièvre, il y a des personnes issues de la communauté anglophone qui siègent aux conseils d'administration. Ce n'est pas tout à fait vrai pour les établissements dits régionaux. Il y en a certains qui se présentent effectivement ou qui sont nommés au niveau socio-économique également.

**M. Côté (Charlesbourg):** Abordons la question de la gérance de l'enveloppe que vous avez au niveau des effectifs médicaux. Un des points qui a évolué très rapidement depuis un an et demi, c'est définitivement la volonté très largement exprimée que les enveloppes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec soient régionalisées, en pensant qu'en les régionalisant on va régler un problème extrêmement important de médecins en région. Donc, on va dire: L'argent est là. Si tu veux faire 100 000 $ ou 150 000 $ et plus, tu vas devoir aller travailler en région, parce que ton "pot", au niveau de l'île de Montréal ou au niveau de la région de Québec, à un moment donné, s'il est divisé par un plus grand nombre, il va être plus petit. Donc, tu n'auras pas le choix éventuellement.

Tous les efforts qui ont été faits jusqu'à maintenant de prendre des mesures incitatives ou coercitives, ça a donné des résultats, mais définitivement pas ce qu'on attendait. Et il s'agit de voir les plans d'effectifs régionaux pour s'apercevoir s'il y a des surplus à Montréal et à Québec et qu'on est en situation presque désespérante dans certaines régions et pas tout à fait en équilibre dans d'autres.

J'aimerais ça entendre parler de votre expérience de gérer une enveloppe pour les effectifs médicaux - parce que vous êtes, je pense, la seule région au niveau du Québec à vivre cette expérience-là - savoir ce que ça donne et, d'après vous, quels seraient les résultats d'une enveloppe de la RAMQ régionalisée. On ne va pas jusqu'à dire que c'est la régie régionale qui va gérer l'enveloppe de la RAMQ, mais on dit davantage au niveau de la RAMQ: Il y a 16 régions au niveau du Québec, il y a 16 budgets qui font le grand budget et pas de transférabilité entre les régions, parce que ce serait facile à ce moment-là de tomber dans le même panneau où on est aujourd'hui.

**Mme Hutton:** Effectivement, au niveau de l'Outaouais, naturellement, ça peut être beaucoup plus facile, parce qu'à ce moment-ci le budget de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, en 1988-1989, était de l'ordre de 50 000 000 $ pour la région de l'Outaouais. Donc, 37 500 000 $ pour les médecins dans l'Outaouais, 12 000 000 $ pour payer des médecins en Ontario. De plus, au niveau du Conseil régional, nous avons un budget de 2 000 000 $ pour payer la différence de tarification. Donc, on ajoute 2 000 000 $ à 52 000 000 $ à ce moment-ci.

C'est certain que si on parle de la régionalisation au niveau du budget de la Régie, personnellement, je trouve que nous avons eu des aspects très positifs. On a 50 nouveaux médecins qui sont arrivés depuis trois ou quatre ans. Et, en plus de ça, j'aimerais vous dire que si vous me laissez avoir les 12 000 000 $ en Ontario, nous allons également faire des économies d'échelle et je peux vous expliquer exactement ce qui se passe avec le budget de 2 000 000 $ à ce moment-ci.

Nous avons mis en marche un petit système de contrôle - je dis un petit système de contrôle - et, lorsque les médecins décident, soit les omnipraticiens ou les spécialistes de l'Outaouais, de transférer des cas en Ontario parce que nous n'avons pas de services disponibles dans l'Outaouais, il y a un numéro de référence qui est décrété, à ce moment-là, et le client part avec son numéro et sa carte d'assurance-maladie, naturellement, en Ontario.

Le budget de 2 000 000 $. Depuis un an et demi, on a le budget à ce moment-ci, et je peux vous dire que les 2 000 000 $, l'année dernière, dû au fait que... Je pense qu'on peut dire qu'on a eu une petite "délinquance" au niveau du Conseil du trésor. On avait eu une acceptation par le Conseil du trésor, à savoir que si on ne dépensait pas totalement les 2 000 000 $, et si on était capables de sauver, par exemple,

500 000 $, on serait capables de donner cet argent-là à nos médecins dans notre région, comme un boni pour avoir pratiqué leur profession dans notre région et pour faire le ressourcement. Je peux vous dire que ça fonctionne assez bien, merci!

**M. Côté (Charlesbourg):** Je comprends que ce sont des mesures de performance. C'est un signal au réseau, à savoir que, quand on parle de performance, à ce moment-là, on est capables de performer et quand on parle de dépenser, on est capables de dépenser. C'est ça que ça veut dire, en termes clairs.

**Mme Hutton:** Effectivement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous êtes en train de nous dire que le corps médical a compris ça.

**Mme Hutton:** Le corps médical embarque complètement là-dedans.

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce qu'ils sont plus raisonnables chez vous qu'ailleurs?

**Mme Hutton:** Je ne le sais pas. Les deux associations médicales suivent le dossier de très près. Je pense que ça crée également une meilleure consultation entre les différents corps médicaux à l'intérieur de notre région.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** M. le ministre, le temps qui vous était imparti, malheureusement, est terminé. Est-ce qu'on peut passer...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je trouve plate, c'est que quand c'est intéressant, le président nous coupe toujours.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** Je comprends.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais je suis convaincu, pour avoir entendu les questions de mon collègue de Joliette, que ça pourra continuer dans la même veine, sur les mêmes pistes. Merci.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** M. le ministre, je m'excuse du rôle ingrat que j'ai à assumer, mais je dois maintenant reconnaître le critique de l'Opposition officielle, M. le député de Joliette.

**M. Chevrette:** Merci, M. le Président. Vous apprenez assez vite, si ça peut vous flatter dans votre rôle Ingrat.

Ma question va s'adresser à Mme Hutton. La dernière fois que vous êtes passée devant nous, je vous avais félicitée pour la façon sans détour avec laquelle vous répondiez aux questions. Vous devez vous rappeler, vous étiez avec la Conférence des CRSSS. Je vais vous demander la même chose ce matin. J'ai trois ou quatre questions à vous poser.

Mes premiers propos, étant donné que vous êtes dans une région frontalière, vont aller sur le rapatriement des sommes qui sont dépensées par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans la province voisine. Les informations du ministère sont à l'effet qu'il se dépense au-delà de quelque 60 000 000 $ en remboursement dans les institutions de santé en Ontario, alors que, pour des sommes moindres, si on avait l'allure et le bon sens de s'équiper au Québec, on pourrait donner des services aux Québécois à moindre coût et chez nous. Est-ce vrai? Si oui, combien? Qu'est-ce que vous êtes prêts à faire comme CRSSS là-dessus? Quelles sont vos démarches auprès du MSSS? Êtes-vous prêts à assumer ces responsabilités totales et entières, et qu'est-ce qu'on vous répond au ministère?

**Mme Hutton:** Pour commencer, nous sommes très prêts, pas juste le conseil régional, mais toute la région de l'Outaouais. Je peux vous dire, comme on l'a indiqué au niveau des médecins, à savoir qu'ils embarquent dans le dossier, dû au fait que les ententes ont été négociées sur une base régionale, si on parle des établissements de notre réseau et si on parle des politiciens, également. Je parle des politiciens locaux et provinciaux. Au niveau de ce dossier, effectivement, c'est 64 000 000 $ au niveau de l'Ontario. Quelle est la différence? Oui, nous pouvons faire, à moindre coût, dans l'Outaouais, parce que nous payons, selon des ententes négociées, intergouvernementales, entre l'Ontario et le Québec, le coût, presque le double per diem au niveau des hôpitaux. La moyenne, c'est 707 $ par jour que ça coûte à un client qui est soigné en Ontario et, chez nous, c'est 385 $. C'est certain qu'au niveau de...

**M. Chevrette:** Dans des centres hospitaliers comparables.

**Mme Hutton:** Dans des centres hospitaliers assez comparables, oui. Je parle des moyennes. Je peux vous donner la totalité.

**M. Chevrette:** Pour des soins de courte durée, madame?

**Mme Hutton:** Des soins de courte durée.

**M. Chevrette:** Dans ce cas-là, je vais vous arrêter tout de suite pour clarifier ce point-là.

**Mme Hutton:** Oui.

**(10 h 45)**

**M. Chevrette:** Pour des soins de longue durée, est-ce que les per diem sont du simple au double aussi?

**Mme Hutton:** C'est plus que ça. C'est quatre fois plus parce qu'au niveau des soins de longue durée, c'est à peu près 125 $ par jour, dans la région, chez nous, et en Ontario il n'y a pas de soins de longue durée pour nos clients; ils ne sont pas décrétés "longue durée".

**M. Chevrette:** 707 $.

**Mme Hutton:** Aussi longtemps qu'ils sont dans les hôpitaux, en Ontario, ils sont considérés comme de courte durée et on paie le prix intergouvernemental, à ce moment-là.

**M. Chevrette:** 707 $ par jour.

**Mme Hutton:** Oui.

**M. Chevrette:** Alouette!

**Mme Hutton:** Donc, nous sommes prêts, effectivement, avec le ministère. De toute façon, au niveau de la phase 1, le dossier est presque terminé. Nous avons eu la collaboration du ministère et également celle du Conseil du trésor en ce qui concerne la situation. Nous avons présenté une deuxième phase répartie sur trois ans pour continuer la situation. Nous pouvons continuer à mettre plus de services à l'intérieur de notre région avec, naturellement, une économie au niveau des dépenses de la Régie de l'assurance-maladie. Au niveau du ministère, je pense que nous avons eu la capacité de très bien collaborer avec eux. Au niveau de l'imputabilité, si on parle de ça, si on peut continuer les discussions et le suivi de ces dossiers de la même manière qu'on l'avait fait au niveau du ministère, soit l'assistance de la région de la part du ministère et également des décisions au niveau du Conseil du trésor, je pense que nous pouvons continuer.

**M. Chevrette:** La phase 1 s'est avérée très rentable.

**Mme Hutton:** La phase 1 a été rentable pour 8 300 000 $.

M. **Chevrette:** Bon! La phase 2...

**Mme Hutton:** Oui.

**M. Chevrette:** ...les médecins disaient, au mois de novembre - ce n'est pas si loin que ça. L'inaction du Québec démotive les médecins. J'ai ça en toutes lettres. Est-ce que l'inaction de Québec est passée à l'action, depuis?

**Mme Hutton:** Au niveau des médecins, c'est certain que nous sommes présentement en attente d'une deuxième phase. C'est une roue qui tourne très vite. C'est certain qu'au niveau du taux d'occupation de nos centres hospitaliers, à ce moment-ci, c'est assez accru. Il y a certaines listes d'attente qui se sont développées comme telles. Donc, on attend également, rapidement, des décisions au niveau de la deuxième phase.

**M. Chevrette:** C'est marqué dans **l'Information professionnelle, L'Actualité médicale,** du 22 novembre 1989: "Pourquoi le Québec prend-il tant de temps à investir dans quelque chose d'aussi rentable?" On fait référence au Dr André Gagnon. "On vient de perdre six mois, ce qui représente 18 000 000 $ que Québec doit verser à l'Ontario plutôt qu'à sa propre économie." À ce moment-là, c'étaient six mois, au mois de novembre - décembre, janvier, février, mars - ça va se ramasser au niveau d'un an, donc, presque 36 000 000 $. Est-ce qu'on vous a donné les motifs pour lesquels ça a retardé?

**Mme Hutton:** Au niveau de ces aspects-là, c'est certain, autant pour vous que pour M. Côté, qu'il y a eu une période d'élections où certaines éléments comme le dossier du rapatriement n'ont pas été suivis. En ces matières, effectivement, je pense qu'il faut prouver que nous faisons des économies comme telles et, avant que les écritures ne se fassent officiellement au niveau du Conseil du trésor, ça peut prendre un peu de temps.

**M. Chevrette:** Donc, si je résume, il pourrait y avoir une économie de l'ordre d'à peu près 10 000 000 $, si le Québec dotait en équipements, en construction et en immobilisations... S'il dotait l'Outaouais québécois des structures nécessaires, on sauverait 10 000 000 $ par année pour desservir chez nous l'ensemble des citoyens de l'Outaouais québécois.

**Mme Hutton:** Oui.

**M. Chevrette:** Donc, c'est une question de volonté politique.

M. Côté **(Charlesbourg):** De tous les temps. Si vous aviez fait la première phase sous votre régime, on aurait pu faire la deuxième.

**M. Chevrette:** On n'était pas dans une période de prospérité économique. Vous vous êtes targués d'avoir les remèdes à tous les maux...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non. mais c'était payant...

**M. Chevrette:** ...et, une fois au pouvoir, c'est toujours la faute du PQ.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais...

**M. Chevrette:** Vous devez avoir hâte de gouverner un petit peu, vous autres.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** À l'ordre, s'il vous plaît!

**M. Côté (Charlesbourg):**... ce n'est pas ça. Si c'est payant aujourd'hui, c'était payant dans le temps aussi.

**M. Chevrette:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Si votre principe de base, c'est payant, donc, c'était payant.

**M. Chevrette:** Mais pour votre information, j'avais commencé personnellement à négocier avec le ministre de la Santé, là-bas, pour le passage graduel. Le sort a voulu que ça change de bord. Il s'est présenté une équipe qui avait les remèdes à tous les maux et qui s'assoit sur son steak après qu'elle a les remèdes et ne fait rien.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, la phase 1 est complétée.

**M. Chevrette:** La phase 1 est complétée et très rentable, ça fait un an, et la phase 2 ne marche pas.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est ça Mais quant aux médecins qui se prononcent, là...

**M. Chevrette:** Ah! ils ont le droit de parole!

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui...

**M. Chevrette:** Il faut respecter ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'accord, ils ont le droit de parole, mais vous comme moi, vous savez que...

**M. Chevrette:** Et voyez-vous, je ne vous ai pas dérangé 30 secondes dans votre questionnaire et vous êtes en train d'empiéter sur mon temps.

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous avez parfaitement raison.

**M. Chevrette:** Merci, monsieur. En résumé, je conclus donc qu'avec une phase 2 qui serait intéressante on pourrait en arriver à avoir au Québec, sur notre propre territoire, une rentabilité sur le plan de la santé et des services sociaux plutôt que de voir notre monde traverser la rivière, aller chercher ça et payer le gros prix. Et, en particulier, pour une population très vulnérable parce que je croyais que c'était... Je savais que c'était du simple au double pour ce qui est de la courte durée, mais je ne croyais pas que nos patients, cependant, qui occupent des lits en Ontario et qui pourraient être hospitalisés, ici, dans des CHLD, coûtent quatre fois plus et même plus que quatre fois. Parce qu'à 125 $ par jour, quatre fois, ça ferait 650 $; donc, c'est plus que quatre fois le prix. C'est quasi une urgence nationale que de penser à faire quelque chose dans ce secteur-là.

**Mme Hutton:** Oui. Dans le dossier du rapatriement, phase 2, nous avons **proposé** la transformation de 60 lits dans les centres d'accueil et d'hébergement en lits de soins prolongés, selon les orientations ministérielles qui existent à ce moment-ci. C'est certain que ça va aider beaucoup à rapatrier les clientèles qui sont à Ottawa, en ce qui concerne les clientèles à plus long terme.

**M. Chevrette:** Le 22 février 1990, vous parliez des difficultés que vous avez avec les personnes âgées du milieu. Je lis un paragraphe d'un... Je pense que c'est un communiqué de presse. Ça a l'air de ça. La source: Jean-Maurice Lafond, conseiller en communications; donc, c'est un communiqué de presse. Vous dites au deuxième paragraphe de la page 1: "On trouve en effet une gamme de ressources de santé et de services sociaux qui vont du maintien à domicile jusqu'à l'hébergement et aux soins de longue durée en centre d'accueil. Mais l'ensemble de ces ressources n'arrive plus à suffire à la demande d'admission en soins de longue durée en CH et aux besoins de soins et d'assistance en CA. " Vous vivez ce problème-là en fonction de la clientèle qui est chez vous. Mais si on ajoutait à ça la clientèle qui n'est pas chez vous, qui est en Ontario, le problème serait-il encore pire? Ou, est-ce que vous affirmez ça en tenant compte à la fois de la clientèle qui va à l'extérieur du Québec et de celle qui est chez vous?

**Mme Hutton:** C'est pour toute la clientèle qui est chez nous, incluant ceux qui sont à l'extérieur du Québec à ce moment-ci. Je pense que le phénomène, M. Chevrette, est un phénomène qui est le même partout au niveau du vieillissement de la population et, certainement, au niveau de... Le fait que les conseils régionaux, depuis quelques années, via le contrôle des admissions au niveau des centres d'accueil et d'hébergement et également au niveau des centres hospitaliers de longue durée... Les clientèles qu'on admet dans ces établissements ne sont plus les clientèles qu'on avait admises dans les années soixante-dix ou même de bonne heure en quatre-vingt. C'est certain que nous n'avons pas eu la chance, et c'est un petit peu ça qu'il faut rattraper... Je pense qu'avec les orientations gouvernementales et, plus particulièrement au niveau de M. Côté, en indiquant que les personnes âgées sont une de ses priorités, **nous allons** probablement avoir la chance de faire le rattrapage nécessaire. C'est...

**M. Chevrette:** L'urgence serait aux lits de soins de longue durée, si je comprends bien...

**Mme Hutton:** Oui.

**M. Chevrette:**... à la fois pour sortir des **Centres** d'accueildes personnes qui commandent des soins à des coûts astronomiques, là.

**Mme Hutton:** Au niveau de notre région, c'est certain que nous pourrons proposer prochainement au ministère des solutions face à ça. Il y en a pour notre région... Nous avons assez de lits. C'est une question de transformation de certains lits qui sont des lits pour les centres d'accueil et les personnes hébergées en soins prolongés. Ça veut dire des budgets aux établissements pour qu'ils puissent donner des services, certains équipements et également certaines rénovations à l'intérieur de ces établissements pour qu'on puisse donner des services accrus et éviter que ces clients, effectivement, restent dans des centres hospitaliers ou, lorsqu'ils sont plus malades ou qu'ils ont besoin de plus de services, que ça ne soit pas nécessaire de les transférer dans des centres hospitaliers comme tels.

**M. Chevrette:** Mais, actuellement, si vous aviez à définir le nombre de lits de soins de longue durée qui devraient répondre à vos besoins, ce serait combien?

**Mme Hutton:** Présentement, nous avons à peu près 450 lits de soins de longue durée. Pour notre région, on peut estimer - et je n'ai pas les informations précises - à peu près 600 lits. Présentement, il y a à peu près 1100 lits de centres d'accueil et d'hébergement et on parle de faire progressivement des transferts vers des lits de soins prolongés.

**M. Chevrette:** Mais si vous transformiez des lits de CA en soins de longue durée, vous auriez un manque à gagner au niveau des CA. L'enchaînement va se faire automatiquement.

**Mme Hutton:** À ce moment-là, vous savez, M. Chevrette, depuis que nous avons commencé nos systèmes régionaux d'admission, les personnes âgées préfèrent rester à domicile ou ailleurs que dans un centre d'accueil et d'hébergement, à ce moment-ci. C'est certain qu'avec les services intensifs de maintien à domicile que nous avons mis sur pied dans notre région et, également, les services de maintien à domicile au niveau des CLSC, ainsi que certains services d'achats, un petit peu comme on le fait avec l'Office des personnes handicapées du Québec, l'achat de services, les personnes sont beaucoup plus prêtes à rester à domicile qu'à entrer dans un centre d'accueil et d'hébergement.

**M. Chevrette:** J'aurais une question... Je vous l'aurais posée si vous aviez... J'aurais préféré que vous veniez après, mais dans l'ordre, ce matin, il y a un groupe qui *ya* passer tantôt, qui s'appelle la Résidence de l'île, qui présehte un mémoire dont l'objectif est de travailler en partenariat avec le milieu; c'est une ressource du milieu. Est-ce que vous avez été appelés à vous pencher sur ce dossier?

**Mme Hutton:** Oui, depuis six mois, dans la région de Hull, nous travaillons avec certains établissements dans notre région et l'industrie privée - ça comprend la Résidence de l'île - afin de voir à des solutions à des problèmes spécifiques de certaines clientèles qui sont à l'intérieur de cette résidence. C'est une résidence presque autonome, mais il y a certains bénéficiaires qui ont besoin de plus de services, de soins, que ce que la résidence, à ce moment-ci, peut donner. Il y a deux façons de regarder ça. C'est, soit par une allocation directe à des bénéficiaires pour qu'ils puissent acheter des services ou leur donner un support en particulier au niveau des résidences comme telles.

Au niveau de la région, c'est un petit peu la même chose que nous avons eu dans d'autres dossiers en ce qui concerne la planification en santé mentale et, également, d'autres ressources pour lesquelles on a essaye de faire des projets pilotes, entre autres, Maison Morin et Plouffe. Ce dossier est une maison de convalescence et nous avons essayé, en collaboration avec un organisme sans but lucratif, de faire un projet pilote qui, présentement, est en marche depuis trois ans. Si on avance plus loin, c'est certain qu'on peut parler d'un partenariat entre le privé et le public. Mais il y a aussi du "give-and-take" là-dedans; donc il faut qu'il y en ait, je ne dis pas au niveau de cette résidence en particulier, mais des résidences en général. Si on travaille avec elles, il faut effectivement qu'elles soient prêtes à accepter certaines règles du jeu au niveau de la région et, également, au niveau du gouvernement, si on parle d'argent, au niveau des bénéficiaires.

**M. Chevrette:** Advenant que cette ressource disparaisse du milieu, est-ce que ça créerait un problème au CRSSS? Si ça se transforme en une autre vocation, est-ce que ça créerait un problème pour le CRSSS?

**Mme Hutton:** Au niveau de la petite région de Hull, certains de ces clients seraient probablement admis en centre d'accueil et d'hébergement parce que, dans cette résidence comme dans d'autres... De toute façon, dans la région, nous avons d'autres résidences similaires. Plusieurs de ces clients sont seuls, souvent des femmes qui n'ont pas de support au niveau des aidants naturels, soit au niveau des familles. Donc, c'est certain qu'on parle de placement en centre d'accueil à ce moment-ci.

**M. Chevrette:** Moi, je voudrais vous remercier de la clarté de vos réponses. Je ne vous ai pas questionnée sur la régionalisation parce que je savais qu'on le prenait pour acquis chez vous en particulier, et dans le Saguenay-Lac-Saint-Jean, dans l'Estrie, où il y a une volonté plus ferme du milieu et des preuves de concertation dans le milieu sur le plan régional.

(11 heures)

Il y a peut-être une dernière question. Le ministre vous disait tantôt: Vous n'avez pas peur d'un palier additionnel de décision? Mon point de vue dans une décentralisation, ce n'est pas d'ajouter un palier, c'est de changer l'autorité de place. C'est très différent dans une approche de décentralisation. Tu ne multiplies pas les paliers de décision, tu ne fais que déplacer les centres de décision. Et, à mon point de vue, à ce moment-là, un milieu qui veut le faire, c'est fantastique. Ne lâchez pas et battez-vous pour la deuxième phase, ça urge!

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** M. le ministre, est-ce que vous voulez conclure?

**M. Côté (Charlesbourg):** Définitivement, M. le Président. Évidemment, je m'excuse auprès du député de Joliette d'être intervenu parce que, moi, mes questions avaient porté sur la réforme. J'aurais pu en faire porter sur la phase 2 parce que, effectivement, on a eu des rencontres. Je me souviens avec quel brio vous nous avez présenté, en compagnie du caucus des députés de l'Outaouais, le bilan de la première et de l'espérance de la deuxième. Évidemment, on aurait pu en discuter ce matin en long et en large. J'espère que, pour nous tous, ce sont des choses qui viendront très prochainement parce qu'il y a effectivement des économies pour le gouvernement du Québec, mais ce n'est pas ça qui est important, c'est davantage que les gens de l'Outaouais puissent être desservis sur leur propre territoire par des services auxquels ils ont droit.

Merci de votre présentation et continuez d'être des innovateurs sur le plan des solutions. C'est très rafraîchissant quand ça vient des régions, ç'a peut-être davantage de chances que ça colle à la réalité. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** Très bien, messieurs et mesdames les représentants. Oui, Mme Hutton.

**Mme Hutton:** Est-ce que je peux faire une intervention particulière?

**Une voix:** Oui.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** Une demi-minute?

**Mme Hutton:** Est-ce que je peux faire une intervention particulière?

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** Oui, oui, allez.

**Mme Hutton:** Une demi-minute. Quand on parle de décentralisation de la Régie à la suite de certains dossiers que nous avons eus au niveau de la régionalisation, je voulais juste vous dire, M. Côté et M. Chevrette également, peut-être si on parle de vos orientations et aussi au niveau de l'avant-projet de loi, que j'aimerais, si c'était possible, et peut-être qu'il n'y a pas un autre groupe qui a parlé de ça avant, que vous regardiez également la possibilité de plus de décentralisation de la Corporation d'hébergement du Québec, premièrement. Deuxièmement, regarder la situation en ce qui concerne les résistances que nous avons au niveau de certaines réglementations en ce qui concerne les constructions et les rénovations fonctionnelles, etc. Présentement, les conseils régionaux ont, pour le réseau hospitalier, un maximum de 1 000 000 $ que nous pouvons accorder au niveau de la région en ce qui concerne les rénovations et 250 000 $ pour le réseau social. Les mêmes montants existent depuis quinze ans. Peut-être qu'il serait bon, lorsque vous ferez...

**M. Côté (Charlesbourg):** Que ce soit au moins actualisé.

**Mme Hutton:** C'est ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Au moins actualisé.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** Très bien. Alors, nous vous remercions, mesdames et messieurs du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, de la présentation de votre mémoire. Nous invitons maintenant le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais à prendre place.

**Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais**

Alors, mesdames, messieurs, M. le président ou Mme la présidente, voulez-vous vous identifier, s'il vous plaît, et présenter les membres que vous représentez?

**M. Tolszczuk (Benoit):** Oui, bonjour M. le Président. Mon nom est Benoit Tolszczuk. Je suis président du conseil d'administration du Centre d'aide 24/7 qui est un centre d'intervention en situation de crise.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** Est-ce que vous voulez nous présenter les membres qui vous accompagnent, s'il vous plaît?

**M. Tolszczuk:** Oui. Mme Monique Cormier-

Gagnon qui représente les parents, Mme Johanne Mercure, qui est présidente de ROCSMO, et M. Brian Leclerc, directeur du Centre d'aide 24/7.

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski):** Avant que vous ne débutiez la présentation de votre mémoire, je voudrais vous rappeler que vous avez 30 minutes: 10 minutes pour présenter votre mémoire et chacun des partis, de l'Opposition et ministériel, aura 10 minutes.

**M. Tolszczuk: Merci.**

**Le Président (M. Tremblay, Rimouski): Ça va.**

**M. Tolszczuk:** Nous aimerions d'abord remercier la commission de nous avoir invités dans le cadre de ses travaux afin que nous puissions exprimer notre point de vue. Veuillez, s'il vous plaît, accepter ces remerciements comme venant de l'ensemble des organismes communautaires que nous représentons ici ce matin.

Le 18 janvier dernier, le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais vous faisait parvenir ses propositions à la suite de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. À cette occasion, les propositions du Regroupement s'articulaient autour de cinq axes: la reconnaissance de la pratique communautaire dans ce qu'elle est et dans ce qu'elle fait; le partenariat interservices dans le respect des acquis de chacun et un esprit de collaboration réciproque; une évaluation des niveaux d'implantation des services avec critères établis au préalable; un financement plus adéquat lorsque cela est nécessaire et, finalement, une division de travail par territoire, région et programme pour une meilleure efficacité.

L'articulation de nos demandes et de nos recommandations tablait alors sur l'expérience outaouaise telle que vécue dans la foulée de l'implantation des services en santé mentale. Nous voulons ce matin, avec vous, poursuivre et préciser notre réflexion en analysant ou en approfondissant certains aspects mentionnés dans notre mémoire ou d'autres que nous avons cru bon de souligner ici.

Six points retiennent plus particulièrement notre attention: l'organisation par programme; les programmes communs et mécanismes conjoints avec les autres ressources du réseau; la collaboration avec les établissements; notre redevabilité; notre imputabilité ou "amputabilité", et la promotion et la défense des droits. Force nous est et vous sera de constater que les réflexions que nous vous soumettons ce matin sont teintées d'un optimisme et d'un positivisme quelquefois évidents. Il ne faudrait pas cependant juger cet état de fait comme de la naïveté, mais bien plutôt comme l'aboutissement mûri d'une expérience vécue et intégrée depuis plusieurs années, mais toujours en questionnement et en devenir.

L'Outaouais, en santé mentale, par le leadership du CRSSS, a, depuis quelques années déjà, pris le parti pris du partenariat et c'est dans cette foulée que nous assumons que s'inscrivent notre action et notre intervention. Dans cette optique plus large, l'organisation par programme a favorisé pour nous une connaissance directe de nos partenaires et des services existants, ce qui a permis d'éviter les dédoublements des services et de cibler les lacunes existantes. Cet exercice n'a été possible que par une volonté commune de se concerter entre organismes communautaires et établissements du réseau, chacun ayant à cerner, définir et concentrer son action vers sa spécificité. Ce travail a résulté, en définitive, à une meilleure accessibilité dos services contres sur les besoins des personnes par la responsabilisation de tous dans une démarche de complémentarité et de continuité qui a obligé la concertation en suscitant une redéfinition de l'action en termes de qualité et de quantité.

En ce qui concerne l'actualisation de programmes ou de mécanismes communs avec les autres ressources du réseau, cette démarche a été plus ardue et s'est déroulée en quatre temps. À la suite de la planification régionale des services en santé mentale, une période marquée par la peur, le déséquilibre des structures, l'insécurité, l'incertitude, la lutte des pouvoirs et le manque de reconnaissance des compétences s'est fait jour entre les organismes communautaires et les établissements, chacun voulant protéger ses acquis, son champ de compétence, réel ou imaginaire, et son territoire. Cette période mouvementée a été suivie par une période de retrait où s'est effectuée la consolidation des structures à la suite de remises en question ainsi qu'une affirmation commune des compétences et une acceptation de celles-ci. C'est alors que le dépôt de la politique en santé mentale est venu renforcer la démarche entreprise et consolider la reconnaissance des acquis individuels et collectifs.

À la suite de cette démarche, les programmes et mécanismes conjoints s'articulent aujourd'hui autour de protocoles d'entente fermes avec certains partenaires du réseau, la mise sur pied de comités de coordination administratifs et bientôt cliniques, la libre circulation de l'information vers tous et la même information, et le partage des connaissances, expertises et expériences par le biais de formation et de colloques dans la philosophie de la planification régionale.

Pour ce qui est de la collaboration avec les établissements, il est essentiel ici de préciser que c'est à l'instigation du CRSSS, toujours dans la foulée de la planification régionale, aidé de partenaires d'établissements sympathiques, que s'est établi initialement un processus de collaboration. Cette collaboration s'est faite d'une

manière prudente et progressive et se poursuit toujours, soutenue par une volonté commune axée vers la reconnaissance des organismes communautaires comme partenaire égal. Concrètement, aujourd'hui, cette collaboration se manifeste par une représentativité des organismes communautaires à la table des directeurs généraux d'établissements et le soutien du CRSSS par son leadership au niveau de la formation et de l'évaluation des services.

Ce leadership du CRSSS promeut les dialogues vrais et la transparence dans l'action pour une meilleure communication centrée sur un système ouvert et véridique. Il convient ici de repréciser que toute cette démarche n'a été rendue possible que par le leadership et la congruence dans l'action et la politique du CRSSS vis-à-vis de son orientation de fond et ses objectifs à long terme. Ce processus est actualisé en tenant compte de la volonté de rendre la communauté outaouaise principale actrice dans la prise en charge de sa santé. Au travers toute notre action, nous rendons compte de celle-ci à tous les partenaires par le biais de l'évaluation annuelle.

Nous poser la question de notre pertinence dans le réseau, de notre pertinence d'exister ou, en d'autres termes, de notre "amputabilité", c'est d'abord nous poser la question de notre spécificité: Pourquoi sommes-nous importants? Nous le sommes parce que nous sommes petits, flexibles, souples et compétents. Nous répondons aux besoins spécifiques des personnes dans leur individualité, dans un rapport d'égal à égal et dans une approche humaniste et valorisante. Nous sommes efficaces dans l'action directe, finalement, de par notre taille, notre proximité, notre originalité, notre accessibilité, notre globalité dans l'approche de la personne en besoin.

Nous sommes différents et nécessaires parce que nous servons une cause et non l'inverse. Ce qui nous distingue, c'est aussi ce qui nous rapproche des gens que nous desservons. Souvent, nos employés bénévoles directeurs sont ceux-là mêmes qui, un jour, ont eu recours à des services similaires. Ce qui nous caractérise et nous spécifie, c'est de se reconnaître individuellement et collectivement, interdépendants dans une même cause: celle de la personne humaine en besoin.

En terminant, je voudrais souligner que, comme regroupement des organismes communautaires, nous faisons individuellement et collectivement la défense et la promotion des droits, d'abord dans nos milieux respectifs, puis par des mécanismes que nous nous sommes donnés comme ROCSMO. Merci beaucoup de votre attention.

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

M. **Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Je n'étais pas capable de vous suivre dans votre texte, dans votre mémoire, mais ça n'en demeurait pas moins très intéressant sur la description des phases par lesquelles vous êtes passés. Ma réaction a été de me dire: Eux autres sont passés à travers alors que ce que j'ai compris de tous ceux qui sont venus du communautaire, il en reste un paquet à passer à travers. Ce que j'ai compris de votre message, c'est que chez vous c'est possible, et vous en êtes, et vous n'en avez pas peur, des partenaires à part entière. Mais, pour être partenaires, il faut être complémentaires.

En tout cas, c'est ce qui me frappe de votre présentation par rapport à tout ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant du communautaire ou à peu près, c'est que vous n'avez pas peur, vous, d'être absorbés par le CRSSS ou par les établissements. Ce que j'ai compris de votre expérience, puis dites-moi si je me trompe, c'est que ça se fait en parfaite harmonie avec les établissements au niveau du milieu et avec le CRSSS aussi et que c'est une expérience qui est quand même profitable. Est-ce que j'ai bien compris?

(11 h 15)

M. **Tolszczuk:** Oui. Disons que je pourrais demander à quelqu'un d'autre de préciser, mais ce que nous avons fait ici, c'est un court texte reprenant globalement des années de travail. Dire que tout a été facile et que ça s'est fait dans un climat de bonne entente et de cordialité, ce serait tiré par les cheveux un peu. Disons que c'est par un processus de consensus où chacun, à un moment donné, a dû faire des concessions, qu'on en est arrivé aujourd'hui à un fonctionnement agréable où le CRSSS a été maître-d'oeuvre à plusieurs reprises. Donc, ce serait un préambule à la réponse.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais vous nous avez quand même dit, au départ, que vous n'étiez pas naïfs puis que c'était un message optimiste. Vous avez pris soin de le dire au départ.

M. Tolszczuk: Oui, absolument.

**M. Leclerc (Brian):** En fait, la démarche, c'est sûr qu'on a rencontré des difficultés en cours de route avec certains partenaires, certains acteurs du réseau. Au point de départ, il y a eu une question de bonne volonté de la part des organismes communautaires de vouloir s'impliquer dans la démarche et puis la reconnaissance de la planification des services en santé mentale, on reconnaissait déjà là, à partir de cette planification, la participation des organismes communautaires.

Alors, cette participation-là a amené à ce que les organismes communautaires soient partie prenante aux mécanismes de décision concernant les priorités d'action. Alors, ça, ç'a commencé par l'invitation des organismes communautaires à faire partie du comité de santé mentale de chacune des sous-régions. À partir de cette

première concertation-là, on a pu réussir à commencer à se parler entre établissements et organismes communautaires.

Au point de départ, il y a eu, comme on vient de le mentionner, des difficultés concernant à qui appartient le terrain. C'est mon mandat, c'est ton mandat, etc. Mais, en cours de route, il y a eu... La planification et la politique en santé mentale ont forcé les mentalités à vouloir passer vers l'action, donc, forcer les établissements, dans une certaine mesure, à vouloir inclure une ressource essentielle de la collectivité: les organismes communautaires.

Alors, en termes d'action concrète, le Regroupement des organismes communautaires, pour être sage dans sa démarche au sein de cette planification-là, s'est dit: Il faut qu'on se regroupe en organisme communautaire et puis qu'on soit solidaires pour être en mesure de systématiser l'information véhiculée dans le réseau. Donc, on pouvait avoir la même information. Donc, à ce moment-là, au niveau des tables, on pouvait dire notre opinion, opinion qui était partagée, mais qui a amené une certaine progression dans sa participation au sein de plusieurs comités. J'ai parlé tantôt du comité de santé mentale. On peut parler aussi de comités avec le centre hospitalier Pierre-Janet, où on travaille en étroite collaboration avec les praticiens et les services de support psychiatrique à la communauté, les comités avec le Centre des services sociaux de l'Outaouais où on travaille en étroite collaboration également avec le CHPJ, à savoir qui fait quoi en fonction des mandats qui ont été déterminés.

Donc, il y a eu cette volonté-là de la part des établissements, et puis certains alliés qui reconnaissaient la pertinence de ces organismes communautaires là, les alliés provenant des établissements. A ce moment-là, ça a facilité cette démarche-là. Et puis quand on parle d'alliés, on parle d'alliés au niveau du CRSSS, puis on parle d'alliés au niveau des établissements, puis on parle d'alliés au niveau du public, de la communauté elle-même.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, si je comprends, vous avez passé des phases extrêmement difficiles de questionnement, à savoir où est le champ de l'un et de l'autre, comme vous l'avez si bien décrit tantôt, et de conflits de personnalités, j'imagine aussi, mais c'est véritablement la politique de santé mentale qui a rassemblé tout le monde, parce qu'il y avait une politique.

**M. Leclerc (Brian):** La politique est venue par la suite. Disons que la planification régionale des services en santé mentale de l'Outaouais a nourri la politique.

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors, ce que je comprends, c'est que ce n'est pas juste dans ce que j'ai entendu tantôt que vous avez été les précurseurs, mais aussi en santé mentale au niveau de l'Outaouais. C'est ça que vous me dites.

**M. Leclerc (Brian):** J'ai mal compris, là.

**Une voix:** ...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je comprends, mais ça me paraît un élément très important parce qu'on n'a pu le faire avec personne, jusqu'à maintenant. Le faire avec vous autres, qui avez traversé des périodes difficiles, et de savoir véritablement où est l'étincelle qui manque pour bien s'assurer que le communautaire puisse garder son autonomie... Parce que ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant c'est: Le communautaire tient à son autonomie et ça, c'est sacré.

**M. Leclerc (Brian):** Ce n'est pas en termes d'autonomie, mais beaucoup plus en termes d'identification des ressources essentielles dans une collectivité. L'autonomie comme telle, on n'y tient pas, pas comme les établissements vont y tenir, en ce sens que la planification, à l'intérieur de sa première phase d'implantation des services et dans sa deuxième phase, présentement, on se rend compte, on peut observer une interdépendance. Donc, les acteurs en place, au début, avaient l'attitude d'agir en vase clos, donc indépendants du restant. Avec la planification, ç'a permis d'agir de façon interdépendante. Donc, nous avons besoin de cet établissement-là et de cet organisme communautaire là pour pouvoir se concerter dans l'action qui nous concerne, qui est la personne qui vit ces difficultés-là ou qui est dans le besoin.

M. **Côté (Charlesbourg):** Et vice versa.

**M. Leclerc (Brian):** Et vice versa.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est intéressant. C'est très intéressant parce qu'on n'a pas réussi, jusqu'à maintenant, avec les groupes communautaires, à avoir ce lien-là. On est cantonné dans un discours où les groupes communautaires nous disent: Nous devons avoir l'autonomie, ce qui signifie que nous devons déterminer nous-mêmes ce que nous faisons, alors que le gouvernement dit: Oui, on va le mettre dans la loi de manière plus claire que ça ne l'était dans l'avant-projet de loi. Et on disait: Vous devez aussi reconnaître au gouvernement son autonomie de subventionner ou de supporter sur le plan financier ou pas. Donc, ce sont deux obligations. Comment fait-on pour les harmoniser? J'ai l'impression que vous nous donnez un exemple intéressant et qu'il faudra peut-être aller voir encore plus avant pour être capables de solutionner ce qui reste à solutionner au niveau du communautaire.

Une dernière petite question... Oui?

**M. Tolszczuk:** Il faut dire aussi qu'il y a un travail au niveau de chaque organisme en soi pour acquérir son autonomie et spécifier son identité. C'est une chose de vouloir être reconnu dans un réseau qui est plus large, qui comporte des établissements, mais c'est un autre travail aussi de se connaître dans le quotidien en ce qui nous spécifie et où on peut apporter notre pierre. Au niveau de la complémentarité dont vous parliez tout à l'heure, dans laquelle on s'insère, c'est important de dire aussi que ça s'est effectué dans les démarches quotidiennes, avec ce que ça comporte de stratégies, de stratèges, de pourparlers, pour éventuellement arriver quelque part en étant soutenus, si on veut, sans nécessairement que la majorité l'ait décidé. Mais une fois là, il faut prouver ensuite. Il y a un travail qui va s'effectuer des deux bords, il y a une acceptation, mais il y a aussi un autre côté.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** On a fouillé seulement un point, mais il était suffisamment intéressant, compte tenu de toutes les discussions qu'on a eues jusqu'à maintenant. Dites-vous que c'est un témoignage marquant sur le plan de l'expérience par rapport à ce qu'on devra faire.

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

**M. Chevrette:** Moi aussi, je serai bref, parce que je vous ai entendu lors de la discussion sur le rapport Harnois, et votre fonctionnement avait été gratté encore plus au niveau de votre implication dans le milieu comme tel.

Ce que je remarque, c'est que la clé de cette concertation, c'est que le milieu reconnaisse le communautaire comme tel. Si tu veux rayonner véritablement, si tu veux avoir un rôle important et si tu veux fonctionner en partenariat, il faut que le réseau t'accepte. Et je pense que, dans le milieu, le réseau l'accepte. C'est peut-être ça qui vous permet, justement, cette concertation régionale. Il n'y a pas beaucoup de régions, au Québec - j'ai vu ça dans deux régions d'une façon plus évidente - où le communautaire, véritablement, est accepté comme partenaire. Dans d'autres endroits, il y a effectivement des craintes et c'est ce qui explique, à mon point de vue, qu'il y ait beaucoup de groupes communautaires qui ont peur du puissant lobby, par exemple, de la santé curative et qui demandent au ministre, au Parlement: De grâce, protégez nos enveloppes parce qu'on n'aura rien et qu'on ne pourra pas fonctionner.

Je pense que la reconnaissance devra se faire, à mon point de vue, dans les faits, par une accréditation quelconque. On ne peut pas - là-dessus, j'étais d'accord avec le ministre depuis le début - reconnaître n'importe quel organisme qui, du jour au lendemain, se crée et, par divergence - ça peut être un petit schisme à l'intérieur d'une de vos structures - voilà un autre organisme parti et qui se plaint qu'il n'est pas subventionné. Je pense qu'il y en a qui ont fait des preuves. Il s'agit de les confirmer dans leur statut, d'avoir des politiques de financement adéquates basées sur des critères bien précis. A ce moment-là, c'est une façon de reconnaître officiellement le rôle du communautaire tout en gardant leur autonomie. Moi, j'ai cru tantôt que je ne vous comprenais pas, mais ce que vous avez ajouté, ç'a clarifié - vous m'avez volé ma question - en ce sens que tu peux être très autonome dans ta structure, dans ta façon de faire, dans ce que tu as à faire et vouloir travailler en partenariat et en complémentarité avec d'autres structures très autonomes. Et c'est peut-être ce qui a manqué dans le passé, le fait qu'il y en ait qui s'imaginent, parce qu'ils voulaient conserver leur propre autonomie, qu'il ne fallait pas qu'ils parlent à d'autres de peur de perdre une partie de leur autonomie, ce qui est fou comme un balai. Moi, j'analyse ça à l'inverse: c'est souvent parce que tu es convaincu de ton autonomie, dans ta façon d'agir et de penser, que tu peux facilement travailler en complémentarité. Les peuples font ça comme démarche, ordinairement; c'est après ça qu'ils parlent le plus aux autres, quand ils sont maîtres de toutes leurs décisions. Donc, je ne vois pas ça comme une contradiction et vous me l'avez démontré.

Il y a une seule question que je veux vous poser, par exemple. Étant donné qu'on s'en va sur le plan régional, que vous avez une expérience, mais que, dorénavant, on va mettre beaucoup de ressources financières au niveau de la région, il va se faire des arbitrages. Est-ce qu'au niveau de la représentativité aux conseils des régies vous auriez quelques remarques? Il se peut... On ne sait pas encore quel type de régie, quel pourcentage de représentativité sera octroyé, par exemple, aux décideurs du monde municipal, aux professionnels ou aux différentes catégories de personnels, mais comment voyez-vous ça, la représentativité? Parce que la régie, si on s'en va vers une véritable décentralisation, aura des pouvoirs de décision sur comment on partage les ressources entre le curatif, le préventif et le communautaire. Ça va être un véritable rôle de décision; au lieu de se prendre à Québec, ça se prend en région. Comment voyez-vous votre rôle, c'est-à-dire votre proportionnalité de représentativité si vous permettez ça, le communautaire?

**M. Leclerc (Brian):** Dans cette démarche-là, au niveau de l'organisation des structures et des services régionaux, nous appuyons la démarche de la proposition du CRSSS qui vous a été soumise,

tout simplement parce que le CRSSS nous a inclus dans cette démarche-là en venant chercher nos opinions, à savoir comment, nous autres, on voyait ça, à l'intérieur d'un colloque qui a été organisé dernièrement par le CRSSS, qui invitait non seulement les établissements, mais également tous les organismes communautaires qui étaient concernés. Ce colloque-là a permis de constater qu'il y avait une volonté de la part des établissements que les organismes communautaires prennent part à tous les niveaux d'influence en ce qui concerne les décisions. Donc, c'est sûr que les organismes communautaires ont fait des recommandations en fonction du fait qu'on veut avoir une participation qui soit proportionnelle par rapport à l'ensemble des comités et ça, jusqu'à l'instance régionale où on retrouve une représentation d'un organisme communautaire. Alors, si on veut adopter, mettre en application une approche communautaire véritable, il est nécessaire, à ce moment-là, de reconnaître la participation d'un ensemble d'acteurs, dont les organismes communautaires. Et quand je parle d'un ensemble d'acteurs, ce ne sont pas seulement les organismes communautaires et les établissements, mais également les autres secteurs d'activité. Donc, on nous a entendus, on a tenu compte de ces recommandations-là qui ont été soumises par le communautaire et puis on les a retrouvées dans ce que le CRSSS vous a déposé au niveau de son mémoire. Alors, à tous les niveaux de décision, à tous les paliers de décision, on retrouve la présence d'organismes communautaires dans cette structure-là.

(11 h 30)

**M. Tolszczuk:** Est-ce que je peux faire aussi du pouce un peu sur votre question parce que j'ai cru comprendre que vous aviez, à quelques reprises, effleuré la notion du financement. Alors, moi, j'aimerais apporter aussi un petit développement. Je trouve ça important qu'on tienne compte, dans l'attribution de l'argent, du développement des organismes communautaires dans l'orientation qu'ils prennent. Il se peut qu'une année les orientations choisies et définies ne demandent pas un financement absolument hors de proportion et qu'une autre année, ça soit la même chose. J'ai l'impression parfois qu'on situe un organisme communautaire, qu'on lui donne une enveloppe budgétaire, qu'on est capable de lui donner un supplément d'année en année pour tenir compte du coût de la vie, mais qu'à partir du moment où l'organisme prend un développement, parce que le développement est appelé par la communauté, là on demeure toujours avec la même structure financière, mais qu'on n'est pas capable de voir que c'est simplement un développement normal qui amène des besoins nouveaux.

**M. Chevrette:** Rochon propose des choses intéressantes là-dessus. Il parle de politiques de financement révisables à tous les deux ou trois ans, si ma mémoire est fidèle, ou quelque chose du genre. Je pense que c'est aux trois ans. Vous vouliez ajouter quelque chose, Mme Mercure?

**Mme Mercure (Johanne):** Oui.

**M. Chevrette:** Vous avez un très beau nom, Mme Mercure.

**Mme Mercure:** Je voulais revenir sur la régie régionale. Ce qu'on proposait dans le mémoire, c'est qu'étant donné qu'il y a une population où il y a des femmes, où il y a des personnes âgées, où il y a des gens qui ont des problèmes de santé mentale, on pense qu'au niveau de la régie régionale il devrait y avoir des gens qui devraient pouvoir représenter toutes ces personnes-là. Qu'ils viennent soit des organismes communautaires ou des établissements, ça n'a pas d'importance; ce qui est important, c'est que les gens qui offrent des services puissent représenter ces personnes.

**M. Chevrette:** Je voudrais vous remercier et vous inciter à continuer votre bon travail dans l'Outaouais québécois.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, j'aimerais vous remercier. Je n'ai pas eu l'occasion, comme mon collègue de Joliette, d'être un membre attentif do tout ce qui a pu so dire pour le rapport Harnois. En tout cas, à tout le moins, c'était, aujourd'hui, très intéressant et soyez sûrs que je me servirai très certainement de ce que vous nous avez dit pour influencer d'autres groupes communautaires. Merci beaucoup.

**Mme Mercure:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Au nom des membres de cette commission, merci beaucoup. Je vais maintenant demander aux représentants de la Résidence de l'île de bien vouloir s'avancer, s'il vous plait.

Bonjour et bienvenue à cette commission. Vous connaissez la procédure. Vous avez une dizaine de minutes pour présenter votre mémoire de la façon la plus succincte possible et, par après, le temps qu'il nous reste est dévolu aux formations, afin de vous poser des questions. Alors, que la personne responsable veuille bien s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

### Résidence de l'île

**M. Daigle (Yves):** M. le Président, M. le ministre, messieurs et mesdames de la commission, je me présente, Yves Daigle, je suis président général de GroupAction et gestionnaire de la Résidence de l'île à Hull qui est une

pionnière en matière de résidence privée destinée aux personnes âgées autonomes de Hull et de la région de l'Outaouais. Je tiens à remercier les membres de la commission qui nous permettent aujourd'hui de faire la démonstration que le partenariat privé, public et communautaire est chez nous plus qu'un voeu, mais une réalité.

Ma compagne va faire la présentation et répondre à vos questions. Je suis accompagné de Johanne Blais, Gisèle Parisien, consultante en gestion de développement, André Lacroix, qui est consultant, et Hélène Daigle, qui est la directrice générale de la Résidence de l'île. Pour faire notre présentation, je cède maintenant la parole à Johanne Blais.

**Mme Blais (Johanne):** Bonjour. La Résidence n'a pas l'intention ici de vous parler de ce que devraient être les structures d'organisation régionales. On laisse ça aux spécialistes. Par contre, le constat qu'on peut faire au niveau de l'entreprise privée, c'est qu'en Outaouais le partenariat établissements, organismes communautaires, entreprises privées est déjà en action et que, si l'on en mesure les acquis, principalement par le biais du dossier santé mentale, au niveau du plan de rapatriement de la clientèle québécoise qui consomme des services de santé en Ontario, on doit admettre que le modèle dont s'est doté l'Outaouais en est un qui répond aux besoins de sa clientèle.

Le gouvernement se doit donc de reconnaître l'importance pour les régions d'acquérir de nouveau leur pouvoir décisionnel et leurs budgets afin de leur permettre d'actualiser une concertation et une collaboration qui assureront une utilisation rationnelle et une répartition équitable des ressources, qui tiennent compte de la complémentarité des services offerts par les établissements, les organismes et les entreprises privées.

Les membres de la commission ont déjà en main la copie du mémoire où, évidemment, la Résidence fait état de toutes ses orientations philosophiques concernant le vieillissement. Ce qu'on veut rappeler, c'est que, dans les **Orientations, Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec,** le ministère écrivait que ces derniers n'ont pas la seule responsabilité du système de services et que la plupart des secteurs de la vie collective sont aussi concernés. Le ministère indiquait que la coopération multisectorielle doit s'exercer au niveau gouvernemental, régional, local autant dans l'organisation des services que dans l'intervention. Il ajoutait que le réseau public serait donc appelé à collaborer avec ses partenaires des secteurs public, privé et communautaire et que l'importance de la contribution des autres secteurs dépendra notamment de la volonté du système de services d'examiner avec eux les mesures à prendre.

Aujourd'hui, la Résidence de l'île vient vous confirmer son intention de s'associer au gouvernement du Québec et au Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour relever le défi de ce nouveau partenariat. La Résidence de l'île est présente et prête. Nous croyons que c'est en développant une relation permanente, novatrice et efficiente avec le ministère et le Conseil régional, tout en préservant un environnement qui transpire l'autonomie, le bien-être et la santé, que les programmes et les services de la Résidence de l'île pourront être orientés vers le maintien, l'amélioration et même la récupération de l'autonomie des personnes qui viendront y vivre en permanence en leur offrant les soutiens et les ressources humaines et environnementales nécessaires au respect de leur goût, de leurs habitudes ainsi qu'à l'amélioration de leur qualité de vie.

La Résidence de l'île estime que ce nouvel environnement santé autonomie contribuera à éliminer les problèmes de déracinement, d'isolement, de solitude, de marginalisation et de comportement associé à la maladie qui accompagne trop souvent le vieillissement des personnes.

Nous voudrions que l'adoption d'une nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux contribue principalement à bonifier la qualité et à élargir l'éventail des services offerts aux personnes âgées. C'est dans cette optique que la Résidence de l'île est heureuse de s'associer au Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour répéter, en matière de services intégrés à être offerts aux personnes préretraitées et retraitées de l'Outaouais, l'éclatant succès politico-administratif réalisé depuis 1986 en matière de rapatriement des clientèles outaouaises concernant des services de santé en Ontario, en matière de services en santé mentale et en matière de services de convalescence.

Comme nous avons le privilège et le plaisir d'avoir un échange direct avec les législateurs et les législatrices qui adoptent ou amendent les lois qui régissent le quotidien de la population du Québec et même si les observations sommaires qui suivent ne relèvent pas directement de l'actuelle ou future Loi sur les services de santé et les services sociaux, nous voudrions en profiter pour vous inviter à considérer quelques préoccupations connexes susceptibles d'avoir une influence déterminante sur les services que les secteurs privés et communautaires veulent offrir aux personnes âgées.

Nous voudrions vous inciter à considérer que la Société d'habitation du Québec puisse compter sur des ressources supplémentaires qui lui permettraient d'encourager les Offices municipaux d'habitation à développer un plus grand nombre de programmes de supplément au loyer destinés aux personnes âgées désireuses de devenir locataires d'une résidence du style de la nôtre.

Nous croyons que vous devriez aussi, par le

biais de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, prévoir un encadrement législatif qui encourage les corporations municipales à assouplir les réglementations locales relatives à l'urbanisme et au zonage, afin de leur permettre de répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées et/ou des entreprises privées voulant offrir une gamme intrégrée de services de logement, de services de santé et de services sociaux à ces personnes âgées.

Pour conclure cet aparté, nous voudrions inciter l'Assemblée nationale à réviser le cadre législatif par lequel la Régie du logement est amenée à prendre des décisions relatives aux édifices destinés au logement des personnes âgées.

En conclusion, pionnière et leader des résidences pour personnes âgées autonomes de Hull et de la région de l'Outaouais, la Résidence de l'île tient à vous répéter qu'elle souhaite que l'adoption d'une nouvelle loi sur les services de santé et services sociaux favorise l'émergence d'un nouveau partenariat privé communautaire public en matière de services à rendre aux personnes âgées. En offrant au gouvernement du Québec et au Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais de nous associer à eux pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, nous vous proposons de recourir aux résidences privées comme la nôtre pour y développer un environnement de vieillissement global fait de logements adéquats, de santé, d'autonomie et de vie en investissant avec nous et avec vous dans la dignité de nos personnes âgées.

Somme toute, nous espérons que notre intervention devant vous aura établi sans l'ombre d'un doute que nous favorisons l'adoption d'une nouvelle loi et le développement de nouvelles attitudes qui puissent inciter le secteur privé à jouxter ses ressources à celles des divers gouvernements pour lutter contre les quatre "i" qui menacent les personnes âgées: l'isolement, l'insécurité, l'inactivité et l'inutilité.

En terminant, la Résidence de l'île tient à remercier la commission d'avoir accepté de l'entendre ce matin pour qu'elle puisse exposer ses préoccupations concernant les personnes âgées. Nous serions maintenant heureux de pouvoir répondre aux questions des membres de la commission.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Lorsque j'ai vu la liste des gens qui avaient été invités à témoigner devant nous et que j'ai vu Résidence de l'île, ça m'a rappelé certaines lettres que j'ai écrites il n'y a pas tellement longtemps. Je me suis dit, dans un premier temps: Ils sont chanceux d'être entendus, compte tenu du cas très spécifique de la Résidence de l'île. Mais je pense que c'est peut-être une occasion très importante d'avoir l'opinion du privé face à la situation du vieillissement et aux moyens de faire face à nos défis de l'avenir.

Quant à moi, je ne suis pas une personne qui, automatiquement, a un préjugé défavorable à l'entreprise privée. Je suis de ceux qui croient que l'entreprise privée a sa place et possiblement, parce que je fais la nuance, dans le domaine du vieillissement de la population, pour être capable de donner des services. Il y a un moratoire, depuis un certain nombre d'années, sur le nombre de permis à émettre - un an - au niveau du privé autofinancé, puisqu'il y a, me dit-on, une soixante de permis pour à peu près 4500 à 5000 places au niveau du privé, ce qui est quand même assez important.

Lorsqu'on fait des campagnes électorales et qu'on se promène un peu partout, il y a toutes sortes de niveaux du privé sur le plan des services à dispenser aux personnes âgées et qui, à l'occasion, sont aussi des personnes vulnérables.

Donc, ma volonté à moi, ce matin, ce n'est pas de régler le cas de la Résidence de l'île, parce que ça, je pense ça peut se régler sous d'autres formes dans la mesure où on en discutera, mais peut-être davantage d'aborder la place que doit occuper le privé dans ce champ-là qui est extrêmement important. Qu'est-ce que le privé peut offrir de plus que le public, évidemment, lorsqu'on s'adresse à des clientèles qui sont en perte d'autonomie? On a vu, hier soir, et on a entendu des privés conventionnés et le député de Joliette a pris position de manière très claire quant à la capacité de réaliser beaucoup plus rapidement des choses avec un encadrement moindre, mais avec les mêmes bénéfices aux bénéficiaires. Qu'est-ce que le privé autofinancé peut faire de plus dans cette situation-là, peut-être à partir de votre expérience?

**Mme Blais:** J'aimerais, premièrement, replacer la situation. Vous faites référence au dossier même de la Résidence de l'île. La Résidence de l'île ne s'est pas présentée en commission pour parler du dossier de la Résidence de l'île, mais bien pour parler de l'apport de l'entreprise privée à une nouvelle forme de partenariat. Par contre, permettez-moi de vous spécifier qu'il n'a jamais été dans l'intention de la Résidence de l'Ile de faire une demande de permis d'accréditation pour devenir un centre d'accueil.

(11 h 45)

Ce dont on veut vous parler ce matin, c'est de services à rendre aux personnes âgées, de la possibilité pour ces personnes-là de recevoir les services auxquels elles ont droit à l'intérieur de résidences privées. C'est ce dont on veut vous parler ce matin et, à ce titre, ce qu'on vous dit, c'est que, ce faisant, on permet aux gens de

conserver leur lieu d'habitation, de ne pas avoir à subir le placement en centre d'accueil quand, des fois, ce n'est pas toujours nécessaire, mais que c'est la seule ressource disponible à cause de l'isolement, de la solitude ou de l'absence d'un milieu naturel.

Ce qu'on propose, ce qu'on dit, c'est que les résidences privées pourraient devenir, dans les régions, des partenaires actifs à la conservation de la santé, à l'amélioration de la santé des personnes âgées et, dans certains cas, à la "réacquisition" de la santé. C'est ce dont on veut parler ce matin. Par contre, comme on est aussi une entreprise privée, ce qu'on peut vous dire, c'est que la démonstration est simple aussi à faire. Les gens qui restent en résidence privée et qui bénéficient des services dont ils ont besoin coûtent moins cher à l'État que ceux qu'on est obligé d'admettre en centre d'accueil.

M. Côté **(Charlesbourg):** Définitivement.

**Mme Blais:** Donc, ce qu'on propose, c'est une solution pour améliorer la qualité des services et pour compléter les éventails de services auxquels les personnes âgées ont droit, à un coût moindre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que vous nous dites, c'est qu'il y a de la place, actuellement, pour que l'entreprise privée puisse s'occuper de l'hébergement - et la personne paierait son hébergement - et qu'il faudrait considérer ces lieux-là comme la résidence privée d'une per. sonne qui serait chez elle et qui recevrait, par l'entremise des SIMAD, un service à domicile pour la maintenir à domicile.

**Mme Blais:** C'est ça. Si vous soulevez le problème des SIMAD, les Services intensifs de maintien à domicile, on connaît la difficulté d'accessibilité à l'argent des SIMAD parce qu'il faut avoir été hospitalisé, etc. Ce qu'on dit, c'est qu'il y a peut-être un moyen de simplifier, de répondre aux besoins et que ça coûte moins cher.

**M.** Côté **(Charlesbourg):** Évidemment, les SIMAD ont été implantés pour désengorger les hôpitaux, dans un premier temps, donc pour des cas beaucoup plus lourds.

**Mme Blais:** On parle de régionalisation aussi de services. On parle aussi des moyens que la région va se donner pour exercer ce contrôle-là et les résidences privées, de l'île ou autres, ne prétendent pas passer à côté de cette forme de contrôle, d'évaluation et de contrainte.

M. Côté **(Charlesbourg):** Est-ce que la cheville ouvrière ou l'endroit par lequel devraient passer ces évaluations vous parait toujours être le CLSC?

**Mme Blais:** Ha, ha, ha! Bon, comme on l'a dit tantôt, on ne veut pas faire de débat au niveau des structures régionales. Pour le moment, dans l'expérience vécue au niveau de la Résidence, la réponse qu'on donnerait ne serait pas nécessairement par le CLSC, mais les mécanismes sont à être établis au niveau de chaque région et de chaque sous-région. Je crois que l'Outaouais s'est dotée, entre autres avec le pian de services en santé mentale, d'une bonne structure et que, pour l'Outaouais, ce serait peut-être idéal de faire exactement la même chose.

**M.** Côté **(Charlesbourg):** Mais, au moment où on se parle, la responsabilité la plus évidente, quant au vieillissement de la population, est assumée par le CLSC et, tantôt, par les CSS quant aux familles d'accueil. Ce qu'on a dit depuis le début, c'est que le vieillissement était une de nos priorités - en tout cas, quant à nous, et je ne pense pas que ce soit différent pour l'Opposition -- la jeunesse, et que le CLSC devait être la porte d'entrée du réseau. C'est pour ça que je fouille, parce que ce sont des choses qui sont à peu près, quant à moi, immuables, quant à l'endroit ou l'établissement qui devra répondre à ces besoins et être le meilleur juge parce qu'il est lui-même déjà dans des sous-régions ou il représente des sous-régions. Ça m'apparaissait évident que le CSLC deviendrait toujours l'endroit de référence et peut-être là où on doit mettre encore plus d'efforts sur le plan du vieillissement.

Mais ce que vous nous dites, c'est que le privé est prêt à créer des conditions d'hébergement très acceptables à des coûts que les personnes âgées peuvent se payer, parce que ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui sont capables de payer des montants assez importants. Il y a des succès, il y a des échecs assez retentissants aussi, dans ce domaine-là, par le privé. On en a ici à Cap-Rouge, un dossier que vous connaissez très bien, parce que c'est hors de prix pour les personnes âgées et ça, à ce moment-là, on risque de faire deux catégories de citoyens: ceux qui ont le moyen et ceux qui n'ont pas le moyen.

Donc, ce que vous nous dites comme message, c'est que le privé est prêt à en faire un bon bout, à partir du moment où il y aura certains réajustements qui peuvent impliquer aussi le monde municipal quant à certaines facilités d'accès au permis, mais que le gouvernement devrait mettre davantage l'emphase sur les services à domicile et ne pas exclure que ça puisse se donner dans des établissements comme le vôtre, compte tenu de la perte de fonctionnalité des personnes âgées qui habiteraient dans ces endroits-là, mais que la partie clinique relève du gouvernement.

**Mme Blais:** Et voilà qu'on replace les choses: à chacun sa part du marché. Que le privé

s'occupe des immobilisations, c'est sa vocation. Pourquoi le gouvernement continuerait-il à investir des sommes disproportionnées quand l'entreprise privée, c'est sa vocation d'investir dans l'immobilier?

**M. Côté (Charlesbourg):** Jusqu'à combien d'heures de soins par jour le gouvernement peut-il, dans des projets comme les vôtres ou similaires, par rapport à l'entreprise privée, doit-il s'engager? Parce qu'on sait qu'il y a, au fil des années, une plus grande perte d'autonomie. On sait que le privé - je vous l'ai dit tantôt que j'étais un de ceux qui étaient favorables au privé - vient occuper le champ de ceux qui ont de l'argent et de ceux qui sont autonomes et, peut-être, laisse au public le soin de ceux qui sont moins autonomes. À partir du moment où on les prend et on les accepte dans des établissements privés, ceux qui n'ont pas de perte d'autonomie et qui deviennent en perte d'autonomie au fur et à mesure que ça progresse, évidemment, s'il n'y a pas de support de l'État, c'est moins intéressant pour le privé. Je pense qu'il faut quand même se dire ça, ce matin, aussi. Ça me paraît être une évidence.

Jusqu'où le gouvernement doit-il aller dans la reconnaissance de ce partenariat-là, en termes d'heures de soins par patient par jour au niveau du privé?

**Mme Blais:** M. le ministre, vous me parlez d'heures de soins par patient? Je vous parle de personnes qui restent dans des résidences. Je vous parie de services. Moi, je ne peux pas et personne ici ne peut vous parler d'heures de soins par jour. On ne parle pas de centres d'accueil. On ne parle pas d'hôpitaux. Je vous parle d'une résidence de personnes âgées qui ont besoin de services adaptés. Dans la mesure où la part du gouvernement va leur permettre de mieux conserver leur santé, de garder leur autonomie le plus longtemps possible, de leur permettre de se sentir encore valorisées...

**M. Côté (Charlesbourg):** Écoutez là, je pense qu'il y a quelque chose qui ne marche pas quelque part. C'est de l'incompréhension de ma part ou de votre part, mais de l'incompréhension quelque part, parce que si le privé ne veut prendre que le crémage, que les personnes qui sont autonomes et parfaitement autonomes, évidemment, il peut le faire sans l'aide de l'État, pour ça, il n'y a pas de problème. Mais, si le privé vient nous demander comme gouvernement d'ajouter des services pour être capable de maintenir dans des centres privés des personnes, à ce moment-là, on fait appel à des fonctions cliniques. Et lorsqu'on parle des fonctions cliniques, ce n'est pas d'aujourd'hui que cela est inventé, d'être capable d'évaluer ce dont le patient a besoin. Si le privé ne s'en préoccupe pas, ça me préoccupe pour la simple et bonne raison qu'il y a quelqu'un, tantôt, qui va devoir s'en préoccuper.

Lorsqu'on parie de services aux bénéficiaires, au niveau du privé, c'est le bénéficiaire auquel on doit d'abord davantage s'adresser. Et quand on s'adresse davantage aux bénéficiaires: ils vont aujourd'hui entrer dans le privé à 65 ans autonomes, dans deux ans, dans trois ans, ils vont nécessiter une heure de soins par jour. L'année suivante, ça va être deux heures de soins par jour. Si le privé ne s'en occupe pas, c'est nous autres qui allons être pris avec et, à ce moment-là, on va parler de déracinement des personnes, sans avoir tenu compte d'un phénomène sous-régional de besoins, et le privé, lui, disparaîtra dans le champ et le gouvernement restera pris avec les problèmes. C'est ça qu'il faut tenter d'éviter.

**Mme Blais:** Je pense que ce qu'on dit, nous, ce n'est pas dire qu'on ne s'en préoccupe pas. Pas du tout. Au contraire. Si on ne s'en préoccupait pas, on ne serait pas ici ce matin. Les résidences n'auraient qu'à dire: Voici notre vocation. À partir du moment où les gens exigent des soins spécialisés et qu'ils ne peuvent pas se les payer, bon, ils peuvent s'en aller ailleurs. Ce qu'on dit, c'est qu'il y a toujours la possibilité d'établir un partenariat. Ce qu'on dit, c'est le mandat du gouvernement de répondre à ces besoins-là. Ce qu'on dit, c'est comment on va donner les meilleurs services à un meilleur coût justement en évitant le phénomène de déracinement dont on pariait tantôt.

Les heures de soins, c'est évalué, comme vous l'avez dit, par... Il y a déjà des structures d'évaluation. Ce n'est pas au public non plus de les réinventer, mais d'utiliser celles qui existent déjà et de dire: Voici, après tant d'heures de soins par jour, ce sont des personnes qui ont besoin de services de longue durée ou de centres d'accueil. Donc, c'est là... Oui, le gouvernement les a mises, les règles du jeu. C'est pour ça que nous, on vous dit: Ce n'est pas à nous à les changer, ces règles du jeu. On est prêts à fonctionner avec. Ce que l'entreprise privée doit faire, c'est de permettre aux personnes d'avoir accès à ces services-là et d'avoir une réponse adéquate à leurs besoins.

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

**M. Chevrette:** Moi, ce sont des perceptions, puis des commentaires, puis j'aurai une question, parce que ce n'est pas unique à la région de l'Outaouais, les maisons où on donne de très bons services aux personnes âgées autonomes. Ça arrive dans quelques milieux. Moi, j'en ai une d'envergure à peu près similaire à la vôtre. Le dilemme est le suivant: si on veut charger un prix raisonnable à des clients qui rentrent d'une façon autonome dans ces maisons, on sait qu'une

personnne âgée, sa santé peut se détériorer assez rapidement merci. Elle rentre très autonome dans une maison et, trois mois après, elle a besoin justement de 20 minutes par jour de soins infirmiers, par exemple. Le mois d'ensuite, c'est peut-être passé de la demi-heure à une heure.

Donc, à mon point de vue, un des malaises profonds dans notre société actuellement, c'est que l'individu ne peut plus se payer ça. Les CLSC refusent d'aller donner des services dans les résidences. Ils n'acceptent que d'aller dans les maisons privées, de sorte que tu te retrouves avec une personne en résidence qui n'a pas de services de qualité puis, si c'est offert par le propriétaire de la résidence, il faudrait qu'il lui charge 1000 $ au lieu de 700 $ par mois, par exemple.

Donc, tu as un dilemme. C'est que la personne âgée qui a besoin de services ne peut pas les avoir de la structure publique. Le CLSC refuse d'y aller. Et puis le propriétaire dit: Je peux te les donner, mais si je te les donne, ça va être tant par mois. Là, la personne n'a plus le choix. Elle s'en va sur une liste d'attente du public pour faire une évaluation.

C'est ce que j'avais compris, moi, du dossier... Ça ressemblait, en tout cas, à quelqu'un de chez nous. Si c'est ça, il y a un problème, c'est un problème, une responsabilité publique et non pas une responsabilité privée, parce quo le pense que faire de l'hébergement et do l'hôtellerie, ce n'est pas se substituer au centre d'accueil. C'est de permettre purement et simplement de garder le plus longuement possible la personne autonome.

Il n'y a pas d'hérésie dans l'affirmation d'une telle chose. Au contraire, je trouve ça sain. C'est pour ça que j'ai questionné Mme Hutton tantôt, parce que je savais que vous veniez après. Mais quel serait... Dans l'idée où vous changez d'orientation complètement, combien de personnes - je m'adresse à Mme la directrice - sur 108 qui sont présentement en hébergement ont besoin de soins quotidiens et qui seraient à peu près placées dans une situation où ce seraient des gens qui seraient en centre d'accueil à deux, trois ou quatre par chambre, je ne sais pas...

**Mme Daigle (Hélène):** Moi, je dirais qu'il y a à peu près 45 personnes, si je vais vite, qui nécessitent des soins, de l'aide, à tous les jours, puis que si on allait vers une vocation de personnes autonomes et strictement autonomes où on n'offrirait plus les services de santé, c'est officiel que j'en ai 45 qu'il faudrait que j'envoie dans le réseau demain matin.

**M. Chevrette:** 45 personnes. Si vous envoyez 45 personnes sur 108 dans le réseau, 45 personnes à 30 000 $, 1 200 000 $. Votre projet est de quel ordre?

**Mme Daigle:** Mon projet est de l'ordre d'à peu près entre 250 000 $ et 300 000 $ pour l'année.

(12 heures)

M. **Chevrette:** Ce sont des choix sociaux. Je comprends que la responsabilité demeure publique, mais je suis toujours très sensible au problème suivant. Si on ne veut pas que les centres d'accueil privés... Ce n'est pas un centre d'accueil, je trouve importante la distinction que vous nous faites, parce qu'il ne faut pas se ramasser avec des centres d'accueil clandestins et privés. A ce moment-là, vous proposez, à toutes fins pratiques, au gouvernement, un projet-pilote, mais jusqu'où? C'est là une de mes questions. Mme Hutton dit: Oui, ça pourrait être une ressource importante; cependant, il faudrait qu'en retour... C'est du "give-and-take", comme disent les Anglais. Vous ne pouvez pas espérer recevoir une somme d'argent pour donner des soins à la place d'un CLSC sans offrir des possibilités additionnelles pour le milieu. Quelles sont les possibilités additionnelles ou complémentaires que vous pourriez offrir au milieu? Et là, ma question s'adresse à celui ou celle d'entre vous qui peut répondre. Ce projet-pilote pourrait aller jusqu'où? Est-ce que c'est seulement dans le fait d'assurer des services aux personnes qui, normalement, seraient dispensés, en tout cas, sur une base temporaire, par un CLSC, mais ça le serait sous la supervision d'un CRSSS ou je ne sais quoi? Est ce qu'il y aurait des services additionnels à la communauté, puisque vous parlez de partenariat de l'entreprise privée?

**Mme Blais:** Évidemment, on parle de partenariat, et ça peut s'actualiser. Ce que je voulais vous dire, quand on parle de besoins de personnes, c'est, entre autres, qu'au niveau de la Résidence de l'île il y a dix heures-semaine par personne de services personnalisés qui sont déjà donnés. Si on parle de projet-pilote et qu'on parle de financement, on parle pour tout ce qui dépasse dix heures-semaine. Donc, l'entreprise privée, les personnes assument déjà une grande part.

Au niveau du partenariat et de la gamme de services que la Résidence pourrait offrir à la communauté, je pense que la directrice générale est très bien placée pour en parler.

**Mme Daigle:** On a des locaux disponibles qu'on pourrait fournir au CLSC dans le but d'entreposer des équipements, matériaux, ces choses-là. On a des espaces de loisirs et de services qu'on pourrait rendre disponibles, aussi, à la communauté. Ça pourrait être des lits de dépannage, par exemple, dans le cas de personnes âgées qui seraient en transition, ou quelque chose comme ça. Je pense qu'il y a une gamme de services qu'on pourrait s'échanger comme ça.

**M. Chevrette:** Actuellement, avez-vous des

professionnels...

**Mme Daigle: Si** *on* a des...

**M. Chevrette:** ...qui assurent des soins aux personnes âgées à l'intérieur?

**Mme Daigle:** Oui. On a des infirmières, on a des infirmières auxiliaires, on a des préposés, présentement, qui sont là 24 heures sur 24 pour assurer les services.

**M. Chevrette:** Et vous n'êtes qu'une résidence.

**Mme Daigle:** On est une résidence privée. Ce qui arrive, c'est qu'il faut bien comprendre que la moyenne d'âge est de 78,8, et quand les gens sont entrés, évidemment, ils n'avalent pas tous été des candidats idéaux, si on peut dire, pour une résidence de personnes âgées autonomes. Quand on est arrivé sur les lieux, évidemment, cette clientèle-là , était déjà établie. Alors, il fallait aussi l'assumer. Donc, c'est pour ça qu'à la Résidence de l'île, on offre dix heures de services par semaine à chaque personne, mais c'est ce qui dépasse ça qui devient très lourd pour nous.

**M. Chevrette:** Je formule un voeu, qui est le suivant: si on n'accepte pas que des foyers deviennent clandestins... Par la force des choses, vous allez devenir clandestin, si le CLSC... On a une responsabilité. Je sais que ce n'est pas facile à régler dans la conjoncture économique qu'on peut avoir, mais si on n'offre pas de places en public, si on ne bâtit pas de places pour les personnes âgées, si on ne va pas vers les conventionnés et si on ne tolère pas le privé, on va se ramasser où?

Quelle est votre alternative quand une personne ne peut plus avoir de soins chez vous? Allez-vous la "domper" à l'urgence?

**Mme Daigle:** C'est ça, définitivement, la personne est envoyée à l'urgence. À partir de là, il y a une évaluation qui est faite de la part du centre de services sociaux, et elle est référée dans le réseau, automatiquement, elle devient une candidate possible, sur une liste d'attente, pour un centre d'accueil.

**M. Chevrette:** Dans votre région, si je comprends bien... J'avais un communiqué de presse tantôt, je lisais ça à Mme Hutton: L'ensemble de ces ressources n'arrive même plus à suffire à la demande d'admission en soins de longue durée. Les centres d'accueil débordent, les soins de longue durée débordent, il en manque, et on se retrouve avec des résidences sans permis, en 1978. Donc, 45 personnes pourraient être admises en centre d'accueil et on n'a pas les ressources du milieu.

**Une voix:** Oui.

**M. Chevrette:** Ça va être beau tantôt! Donc, je m'aperçois que, oui, ça va prendre quelque chose pour répondre aux besoins des personnes âgées, c'est clair. Est-ce que vous êtes au courant - oui, je les ai eus, c'est correct - des chiffres sur le vieillissement de la population dans l'Outaouais. Je les ai lus: 26 000, en l'an 2000, de plus de 65 ans. Donc, il va y avoir des besoins criants, urgents et extrêmement lourds dans votre milieu.

Sur une base expérimentale, est-ce que vous accepteriez la supervision totale du CRSSS et même d'un CLSC qui pourrait être mandaté?

**Mme Daigle:** Officiel!

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

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

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, je pense qu'après avoir entendu ce que j'ai entendu il y a quand même, en conclusion - je le ferai en conclusion - des choses à dire, aussi. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'existe un bilan lits qui était très imparfait et qui, au mois d'avril, sera un bilan qui peut difficilement être contestable, par région et par sous-région. Évidemment, ça va être le canevas du ministère. Ce que j'ai maintenant, un bilan théorique, nous dit que, dans cette sous-région, on est en surplus, même en l'an 2001. Donc, comme gouvernement, on va devoir se poser la question demain matin: Où est-ce qu'on donne les priorités? Est-ce que c'est dans des sous-régions qui ont des problèmes et qui sont en carence ou si c'est dans des sous-régions qui sont en surplus? Est-ce qu'on va drainer les sous-régions pour concentrer dans des régions plus capitales? Ça aussi, fondamentalement, ce sont des questions qu'il faut se poser. Et quand on parle de déracinement de personnes, les sous-régions sont peut-être davantage des endroits où les gens doivent vivre dans leur milieu que de centraliser dans une sous-région qui est déjà au-dessus de...

Donc, ce sont des chiffres dont on avait un bilan théorique. C'est là-dessus que les réponses ont été faites jusqu'à maintenant. Au mois d'avril, on aura un bilan très clair, en courte durée et en longue durée, pour être capable de faire face au virage qu'on doit faire de bonne manière, dans des endroits où on est en carence. Et d'après moi, s'il y a des projets-pilotes, ils devront être davantage dans des régions, dans des sous-régions qui sont en carence et non pas dans des sous-régions qui sont en surplus. C'est là qu'est la problématique extrêmement importante.

**M. Chevrette:** Le ministre peut bien dire ça,

mais le jour où on a laissé instaurer dans des milieux - et ce n'est pas seulement Hull-Outaouais - des immenses maisons d'hébergement et qu'il y a un vieillissement, quand ça passe... Ça a commencé en 1965, 1966, 1967 et tu en arrives, à 68, 70, 80 ans, et ça fait dix, douze ans que ces personnes-là vivent dans un milieu, mais qu'elles n'ont plus la ressource parce que les CLSC... Il va falloir que ce soit un tout à envisager. Si les CLSC refusent d'aller dans les maisons donner les soins, et si la personne n'a pas les moyens d'assumer la facture que lui charge le propriétaire... Et même si c'était prouvé noir sur blanc qu'il change quatre trente-sous pour un dollar, il va falloir qu'on fasse pour ces personnes-là... Parce qu'elles seraient abandonnées par le CLSC; elles auraient les services professionnels où? Moi, ça m'inquiète. Et ce n'est pas seulement dans Hull-Outaouais. On a des maisons...

**Le Président (M. Joly):** M. le leader, j'apprécierais beaucoup...

**M. Chevrette:** Bien, vous allez apprécier, s'il vous plaît, vous allez permettre les deux choses égales. Merci.

**Le Président (M. Joly):** C'est le même temps, M. le leader. Vous avez eu exactement le même temps.

**M. Chevrette:** Je réponds tout simplement à l'argumentation que le ministre a annoncée. Je dis carrément que, partout où on va vivre ces problèmes concrets, si c'est la personne avant toute chose qu'on marque dans les projets de loi, dans les documents d'orientation qu'on fait circuler partout, il va falloir s'occuper de la personne avant toute chose.

**M. Côté (Charlesbourg):** Bien sûr!

**M. Chevrette:** Et ces personnes-là, ce sont des personnes âgées de 78 ans, imaginez-vous, et qui requièrent des soins. Moi, personnellement, je pense qu'il va falloir qu'on coordonne les actions à partir, à la fois des CLSC, à partir de ces maisons-là. Et si on ne peut pas avoir les ressources fondamentales au niveau du milieu, il va falloir qu'on pense à des projets-pilotes pour permettre à ces gens-là de recevoir une qualité de soins minimale au moins. C'est juste ça que je dis.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je suis d'accord avec le député de Joliette qu'il n'y a peut-être pas eu toute la surveillance qu'il fallait au niveau du privé. Mais le privé est très grand, il a besoin de bien, bien du monde pour être capable de partir des projets et d'aller chercher des personnes âgées et, quand il est mal pris, de venir demander au gouvernement de le dépren-dre.

Au niveau de la personne avant toute chose, oui; intégrer, oui et, évidemment, les expériences, on va les limiter un peu.

**M. Chevrette:** Mais la personne avant toute chose, M. le ministre... Il faut connaître ce que c'est, une personne âgée. Une personne âgée peut être très en forme à 68 ans, au moment où elle pénètre dans une maison d'hébergement et, six mois après, elle est prise d'un cancer - bon Dieu! - dans l'espace de trois mois. Vous irez voir dans les centres d'accueil, M. le ministre. Dans l'espace de trois mois, ce qui était très bon est devenu extrêmement malade. Il y a des personnes qui étaient très lucides qui deviennent séniles.

**M. Côté (Charlesbourg):** Il y a 25 % de rotation par année.

**M. Chevrette:** A partir de là, je vous dis...

**Le Président (M. Joly):** J'apprécie toutes ces belles statistiques, mais je me dois de trancher car, malheureusement, c'est toujours trop court quand c'est intéressant et important. Alors... Je remercie aussi, au nom des gens de cette commission, les représentants de la Résidence de l'île. Merci beaucoup pour votre participation. Vous vouliez ajouter le mot de la fin, Mme...

**Mme Blais:** Oui...

**Le Président (M. Joly):**... parce que je n'aimerais pas que vous partiez comme ça...

**Mme Blais:** Moi non plus.

**Le Président (M. Joly):**.. parce que ça me ferait de la peine de voir quelqu'un...

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

**Le Président (M. Joly):** Brièvement, Mme...

**Mme Blais:** Je comprends et j'approuve les préoccupations du ministre. Pour ramener les choses très simplement, regardons les coûts, ce que ça coûte pour maintenir une personne en résidence privée, ce que ça coûte pour maintenir une personne en centre d'accueil avec une qualité de services qui pourrait peut-être mieux être en mesure de répondre aux vrais besoins des personnes.

**Le Président (M. Joly):** Merci, madame. Mesdames, messieurs, merci beaucoup.

**Centre hospitalier Pierre-Janet**

Je vais maintenant demander aux représen-

tants du centre hospitalier Pierre-Janet de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. Bonjour messieurs, bienvenue à cette commission. Vous avez une dizaine de minutes pour nous présenter votre mémoire et, par après, nécessairement on va essayer de vous poser les bonnes questions. Je présume, M. D'Amour?

**M. D'Amour (Marcel):** C'est ça.

**Le Président (M. Joly):** C'est ça. Et M. Roger Paquet. C'est bien ça?

**M. Paquet (Roger):** C'est ça.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Alors, que la personne responsable veuille bien nous présenter son mémoire.

**M. D'Amour:** M. le Président, comme mes prédécesseurs, mon collègue et moi désirons vous remercier de l'opportunité qui nous est fournie de commenter le mémoire que nous vous avons fait parvenir. Mon rôle, en tant que président du conseil d'administration, sera uniquement de faire un préambule. L'aspect un peu plus élaboré et technique, mon D.G. le fera par la suite.

Pour vous situer très rapidement, Pierre-Janet est un centre hospitalier régional situé à Hull. J'allais vous décrire la région, mais les gens du CRSSS l'ont fait. Alors, notre région étant la même, vous savez de quoi il s'agit.

En 1989, Pierre-Janet a dispensé des services à environ 2000 personnes dans nos divers programmes, soit des services extérieurs, des cliniques internes ou en hospitalisation. Pierre-Janet a 114 lits et nous avons deux résidences qui, entre parenthèses, messieurs, fonctionnent admirablement bien.

La raison de notre présence ici, c'est que nous pensons que nous avons une expérience à partager avec vous qui pourrait être utile, car depuis plusieurs années, le conseil d'administration de Pierre-Janet a eu une seule préoccupation qui était le bénéficiaire. Toutes nos délibérations et nos décisions sont orientées en vue d'un seul et unique but, soit d'améliorer la qualité de santé, la qualité de services, dis-je, à nos bénéficiaires.

M. le ministre, vous avez mentionné tantôt... Vous posiez la question, à savoir quelle était l'étincelle qui faisait que, dans la région, il semblait y avoir peut-être une plus grande collaboration. Je pense que - pour moi, en tout cas, peut-être que je me trompe – la réponse est justement dans cet aspect du bénéficiaire. Je pense que tant et aussi longtemps que tous les partenaires parleront d'améliorer la qualité des services aux bénéficiaires, à ce moment-là, il deviendra, par la force des choses, nécessaire qu'il y ait une plus grande collaboration. Je pense qu'il faut arrêter, tous et chacun, de parler de lutte de pouvoir, de budget ou de besoin de personnel. Autant le personnel de nos institutions - c'est vrai à Pierre-Janet - est essentiel, tant le personnel syndiqué que nos cadres, autant ni l'un ni l'autre n'existerait sans la présence des bénéficiaires. Le conseil d'administration, chez nous, a mis l'emphase sur l'intégration et la coordination des services. Nous avons expérimenté tout récemment une nouvelle réorganisation qui vous sera expliquée plus en détail par notre directeur général, basée sur les programmes. À date, nous pouvons dire, messieurs, que nos programmes se sont avérés profitables. D'ailleurs, si vous avez écouté les gens qui nous ont précédés, tous, je pense, vous ont dit que le programme de santé mentale avait fait des progrès énormes dans notre région.

Nous croyons que la formule qui vous sera présentée plus en détail pourrait être applicable à l'ensemble du réseau, mais ceci, à trois conditions. La première, c'est de permettre aux régions de faire des choix en fonction des besoins de la population; la deuxième, c'est que nous travaillions en système et non plus isolément, et, troisièmement, que nous associions tous les partenaires du secteur dans un même objectif.

(12 h 15)

Si tous les établissements sont tenus responsables de relever ce défi, nous pensons que l'objectif que tout le monde recherche - et je suis certain que le ministère, en particulier - soit celui d'améliorer la qualité des services, sera atteint. Je cède maintenant la parole à notre directeur général, Roger Paquet, qui est bien connu de votre ministère puisque, comme vous le savez, il est président du Comité provincial de la santé mentale et il a siégé à la commission Harnois et à plusieurs autres. En définitive, M. le ministre, nous vous le prêtons souvent. C'est avec plaisir que je lui cède la parole.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et encore dernièrement.

**Le Président (M. Joly):** M. Paquet.

**M. Paquet:** Rapidement et dans le prolongement de ce qui s'est dit ce matin, nos propos vont s'inspirer fondamentalement de l'expérience en santé mentale, qui est une expérience régionale, mais aussi provinciale par la démarche d'élaboration de la politique.

Si on est sérieux pour dire que les personnes doivent être au centre de nos préoccupations et si on est sérieux pour dire que le pouvoir doit se rapprocher d'elles parce qu'elles sont concernées, il est évident, pour nous, que la régionalisation s'impose. Elle est non seulement souhaitable, elle est obligatoire; elle est une condition absolument essentielle dans la recherche des objectifs qu'on s'est fixés. L'intégration et la coordination des services, pour nous, c'est un problème majeur dans le système, auquel il faut

s'attaquer globalement.

Le projet de loi propose une façon qui était de s'inspirer d'un regroupement territorial. C'est une façon qui nous apparaît intéressante, mais nous, on pense qu'il y en a d'autres et on pense que celle d'un aménagement en programmes est peut-être plus riche et plus prometteuse de résultat par rapport à ces objectifs-là.

Essentiellement, un programme, pour nous, c'est un ensemble d'activités, un ensemble d'interventions qui s'adressent à une clientèle spécifique. Dans un programme, on poursuit toujours deux objectifs. Il y en a un qui est de desservir les personnes, c'est-à-dire de leur donner les services dont elles ont besoin; l'autre, c'est d'aider la population à maintenir et à développer sa santé et son bien-être. Dans tous les programmes, on se doit de mettre des efforts à ces deux niveaux.

Dans la dispensation des services aux personnes, il est bien évident que le partenariat s'actualise principalement à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, donc entre les établissements et les organismes communautaires principalement. Lorsqu'on parle du développement de la santé des populations, c'est un partenariat qui s'articule entre les grands secteurs de l'activité gouvernementale et c'est l'une des choses que l'on déplore qui n'apparaît pas dans le projet de loi, qui n'apparaît pas surtout au niveau de la mise en relation des grands secteurs d'activité et des grandes politiques gouvernementales, parce qu'elles ont énormément d'influence sur la santé et le bien-être des populations, spécialement lorsqu'on parle d'éducation, de travail et qu'on parle entre autres de politique de revenus.

Maintenant, si on veut plus spécifiquement progresser au niveau de la coordination des services, on recommande dans un premier temps que l'ensemble des activités du ministère soit aménagé en programmes, le programme santé mentale étant un exemple d'illustration de ce que ça pourrait être. Que le ministère précise par la suite dans chaque programme, dans le cadre d'une politique ministérielle, ses orientations et ses objectifs. Au fur et à mesure qu'on bâtira les politiques de chaque programme, on se rapprochera de l'objectif ultime qui est la politique de santé et de bien-être pour le Québec. On peut faire tout en même temps, on peut le faire en séquences, c'est la capacité et les ressources dont on dispose qui peuvent nous indiquer le rythme à suivre pour l'élaboration des politiques sectorielles.

Une fois les politiques sectorielles élaborées, il est bien évident que les régions doivent, à leur tour, s'attaquer à la planification régionale et faire en sorte qu'elles prévoient l'"opérationalisation" de la politique ministérielle dans le programme au sein de leur région. Ça, c'est fondamental pour faire en sorte que l'équité dont on a parlé ce matin soit absolument assurée entre les régions et les sous-régions. Si le ministère est en mesure d'assumer une équité entre les régions, il est aussi en mesure d'indiquer et d'imposer aux régions des normes d'équité à respecter entre les sous-régions de sa région. Ça, ça me semble être la planification régionale qui peut nous en donner les garanties.

Il deviendrait dès lors fort intéressant d'avoir cet aménagement en programmes pour s'attaquer à une question qu'on a complètement oubliée depuis plusieurs années dans le réseau. C'est toute la question de l'évaluation des services qui est absolument négligée. À partir du moment où un programme a des objectifs connus, identifiés, on est en mesure de s'adresser à l'évaluation. C'est bien sûr, pour nous, le canal à suivre en ce qui concerne la décentralisation pour faire en sorte qu'il n'y ait pas qu'une simple décentralisation administrative, mais qu'il y ait aussi une décentralisation des responsabilités.

Le dernier point que j'aimerais aborder et qui, à la lumière de l'expérience de l'Outaouais, est fondamental, c'est qu'une fois qu'on a décentralisé il faut être très clair sur les obligations de coordination imposées à une région. Pour nous, il y a bien sûr des questions de volonté là-dedans, mais il y a des conditions de réussite et des conditions de succès qu'on connaît déjà et qu'il faudrait absolument respecter. Pour nous, la participation essentielle et obligatoire des personnes concernées dans les mécanismes de coordination est un élément fondamental. Tant et aussi longtemps qu'on n'assoira pas avec les gestionnaires, qu'ils soient du réseau public ou du réseau communautaire, les personnes qui vivent *ou* qui ont vécu les problèmes auxquels on fait face, on restera relativement administratifs et théoriques dans nos modes de coordination. La présence des personnes concernées et des proches est à ce point importante que c'est l'élément de garantie dont on a besoin pour faire en sorte que la coordination devienne réelle pour les personnes. J'arrête là-dessus. Je pense que notre temps est déjà largement expiré.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. Paquet et M. D'Amour. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, s'il vous plaît.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Très brièvement, je voudrais dire à M. le président du conseil d'administration qu'effectivement on emprunte souvent ses compétences pour les mettre au profit de l'ensemble du Québec, donc des bénéficiaires. J'imagine que c'est tout à votre honneur de voir que vos gens rayonnent un peu partout à travers le **Québec,** et c'est le cas de M. Paquet.

**M. D'Amour:** Nous devons nous féliciter de notre choix.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Je pense que c'est très, très clair. Évidemment, je suis pressé parce que je m'en vais travailler à un dossier auquel vous avez travaillé il n'y a pas tellement longtemps.

C'est une expérience qui est intéressante. Plusieurs groupes sont passés ici pour nous dire: Objectif de résultat, politique de santé, c'est extrêmement important. Mais avec des objectifs de résultat, je pense qu'on peut améliorer bien des choses, et là, on fait abstraction de qui est le D.G. qui mène, quel établissement a telle ou telle responsabilité.

Vous nous dites que la politique de santé, ça peut être fait tout en même temps ou graduellement. Tout en même temps, j'aurais peur, je vous le dis très honnêtement. Si on en arrivait au large consensus de 20 objectifs qui seraient les éléments essentiels de la politique de santé, ça me ferait peur un petit peu. Évidemment, on a eu l'expérience de la politique en santé mentale qui va relativement bien, qui peut nous servir de test, mais j'aime particulièrement votre approche au niveau des programmes. On l'a fait en santé mentale, mais comment est-ce qu'on le fait dans le reste? C'est davantage sur le plan pratique; demain matin, on peut bien décider, nous autres, au central, que c'est ça, et donner les lignes en disant: Bon, parfait, demain matin, c'est le vieillissement, le surlendemain, c'est la jeunesse. Comment est-ce qu'on fait pour articuler tout ça, pour être capables, effectivement, d'en arriver à ces objectifs-là?

**M. Paquet:** Pour répondre à votre question, M. le ministre, il faut entrer dans toute une série de considérations techniques, et je pense que ce n'est pas la place et qu'on n'a pas le temps pour ça. Mais, partons de choses simples que les gens vont comprendre. Il y a dans notre population trois grands secteurs naturellement découpés que les gens comprennent les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Fondamentalement, ces trois grands secteurs de population là ont besoin du même niveau et du même type de services. Ce qui varie d'une population à l'autre, c'est l'intensité ou la forme des services qu'on leur donne. Tout le monde a besoin des services de santé physique, que ce soit une personne âgée ou un enfant.

À partir de chaque grand groupe de population, on peut bâtir des programmes. Si on maintient une logique qui est toujours la même, c'est-à-dire les personnes concernées en populations spécifiques, à l'intérieur de chacun des grands groupes, ça, M. le ministre, je pense qu'avec quelques mois de travail d'une équipe au ministère et de gens dans le réseau on peut très rapidement régler ce problème-là et donner un encadrement simple que les gens vont comprendre et qui fera en sorte qu'on ne se promènera plus d'un programme qui se réfère à la structure de l'établissement, comme un programme de longue durée, à un autre qui se réfère à la fonction qu'on fait, comme la planification, à un autre qui se réfère au genre de personnes à qui on s'adresse, comme les personnes âgées, et c'est ça qui fait qu'actuellement on ne se comprend pas. Mais ça a beaucoup d'implications, la notion de programme, à l'intérieur même du ministère. Si on travaille par programme, on ne peut plus travailler en planification d'un bord, en évaluation de l'autre et en liaison de l'autre. On travaille ensemble autour d'un objectif, qui est la population qu'on dessert. Ce sont des changements assez importants.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'ailleurs, plus on avance, plus on se questionne, plus on dit qu'on va aller dans telle direction, plus on se rend compte qu'il y a des changements majeurs à faire au niveau du ministère. Alors, ça va commencer par là aussi.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Il ne faut pas se faire d'illusion. Si on pense qu'au ministère il n'y aura pas un brasse-camarades, il va y en avoir tout un. Juste une petite anecdote. C'est qu'on a déjà eu des demandes de régions pour avoir du personnel du ministère. Ce qu'ils nous disent, c'est qu'on n'en aura plus besoin. Donc...

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Ceci mis de côté et ce qui est très intéressant parce que, effectivement, c'est très profond comme changement, je veux aborder juste la régie régionale qui va devenir le pouvoir central de la région. Il va y avoir un pouvoir très centralisé ou il va y avoir un pouvoir décentralisé là-bas aussi. Si on est pour centraliser en région ce qu'on décentralise de Québec, on aura fait un bout de chemin. On va avoir fait 300 kilomètres, 400 kilomètres, rapproché un peu plus, mais ça ne veut pas dire qu'on aura pour autant réglé nos problèmes, parce que les vices du central vont vite se retrouver dans la capitale.

Qu'est-ce que c'est qu'il faut éviter? Parce que, des solutions, tout le monde en a. Qu'est-ce que c'est qu'il ne faut pas faire pour qu'on réussisse?

**M. Paquet:** Il ne faut surtout pas se limiter à donner du pouvoir. La pire erreur qu'on pourrait faire, ce serait de donner du pouvoir aux régions seulement. Il faut rendre les régions imputables des services à dispenser. Ce n'est pas du tout la même logique. Et c'est ça, la grande différence entre être autonome et responsable et être insouciant et impérialiste. C'est aussi opposé

que ça.

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

**M. Paquet:** Si on est sérieux dans la décentralisation, il faut que les régions s'engagent à des quantités et à des qualités de services à dispenser à leur population. Je vais vous donner un exemple concret, M. le ministre. Nous, on a comme un objectif qu'on travaille depuis quatre ans dans le système, c'est de faire en sorte que toute personne qui a besoin d'une intervention d'urgence en santé mentale l'obtienne dans un délai de 24 heures.

On est partis, il y a quatre ans, de situations où les gens attendaient 23 jours. On est à une journée et demie ou deux jours, aujourd'hui. Puis dans un an, on va sûrement être à 24 heures. Mais on se sent imputables de ça. Ça n'a rien à voir avec le pouvoir. Ça regarde les responsabilités qu'on assume et c'est de ça qu'il faut être fiers. Et si on veut que le monde fasse ça, puis si on veut que les régions fassent ça, il faut leur coller au derrière un Instrument d'évaluation. C'est le seul que ça prend.

**M. Côté (Charlesbourg):** Une évaluation qui, elle, serait la responsabilité du central.

**M. Paquet:** Je ne pense pas que l'évaluation soit la responsabilité du central. Pour moi, la responsabilité du central est d'exiger l'évaluation, non pas de faire l'évaluation. Les gens doivent, dans les régions, mettre leur propre mécanisme. Il ne devrait pas y avoir un crédit de développement octroyé sans que cette garantie-là, cette règle du jeu soit inscrite dans le système avant de commencer. Si on regarde l'expérience de l'Outaouais en santé mentale pour ce qui est de l'évaluation, quand le rapport d'évaluation qui touche 38 organismes et établissements sort et qu'on a le portrait de tout le monde, c'est passablement intéressant, mais c'est aussi passablement responsabilisant.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je m'informais si on avait votre principe d'évaluation au niveau de l'Outaouais, ça m'intéresse. Si on fouille plus avant, ça m'intéresse.

**Le Président (M. Joly):** Brièvement. Je vous laisse aller, M. le ministre, c'est très intéressant.

**M. Côté (Charlesbourg):** Effectivement, j'ai toujours pensé que le ministère aurait une responsabilité de planification de politique de santé avec des objectifs qu'il transmettait aux régions qui, elles-mêmes, faisaient leur propre planification au niveau de chacune des régions et, bien sûr, l'évaluation, mais que la centrale avait aussi une responsabilité d'évaluation sur l'ensemble. Parce que s'il y a une politique de santé qui est provinciale, il doit aussi nécessairement y avoir une évaluation provinciale, mais une évaluation à partir des évaluations que feront les 16 réglons. Donc, un certain contrôle quant aux objectifs qu'on s'est fixés et l'atteinte de ces objectifs-là.

L'imputabilité. Vous nous évoquez une nuance dans l'imputabilité, c'est d'arriver aux objectifs qu'on se fixe. Est-ce qu'on peut aller encore plus loin dans l'imputabilité?

**M. Paquet:** Je pense que, si on se rendait là, on aurait déjà fait un grand bout de chemin. Peut-être qu'après on va apprendre comment aller plus loin. Si vous me posez la question aujourd'hui, honnêtement, je ne suis pas en mesure de vous répondre de façon sérieuse là-dessus. On fait à peine commencer à se sentir responsables d'un système de santé et de bien-être à offrir à une population. Le jour où on aura maîtrisé ça, je pense qu'on pourra aller plus loin, mais je ne pourrais pas vous dire comment.

**M. Côté (Charlesbourg):** On va avoir à répondre à des questions tantôt quand on va arriver avec le projet sur le plan de l'imputabilité aussi financière. Évidemment, ce sont des questions qui sont très importantes. Il y a des propositions qui ont été faites de recevoir les régies régionales en commission parlementaire, ce qui n'est pas bête du tout, pour les questionner sur l'atteinte des objectifs. Ça en est une forme d'évaluation et d'imputabilité, mais on verra, en cours de route, là où on peut aller.

**M. Paquet:** On se sent un peu comme ça en ce qui concerne l'Outaouais aujourd'hui, M. le ministre.

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

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

**M. Chevrette:** Le ministre a posé des questions; j'en aurai une seule, compte tenu de l'heure. En santé mentale, avec un centre spécialisé en psychiatrie, comment voyez-vous la décentralisation des enveloppes de la RAMQ? Ce ne sont pas toutes les régions qui ont un budget faramineux en santé mentale. Il y a même des régions où tout service en psychiatrie est inexistant ou à peu près. Est-ce que vous avez pensé que la santé mentale devrait relever du national ou du régional? Je ne dis pas du provincial, je dis du national. Depuis hier soir, j'ai le goût de dire deux fois "national".

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

**M. Paquet:** Je pense que la santé mentale doit relever de plusieurs niveaux, y compris le national, comme vous dites, pour certaines choses et le provincial, pour d'autres. Si on regarde ta

possibilité de régionaliser les enveloppes de la RAMQ, c'est, pour moi, non pas une question administrative mais *une* question d'équité à l'égard d'une population. Si on régionalise ces fonds-là, je pense qu'on va être en mesure de faire en sorte que les spécialistes se déplacent là où est une partie de leurs intérêts.

**M. Chevrette:** Êtes-vous médecin?

**M. Paquet:** Non, je ne suis pas médecin. Ça va permettre aussi...

**M. Chevrette:** Dites-vous ça devant vos médecins?

**M. Paquet:** Je dis ça devant mes médecins et avec les médecins qui travaillent chez nous.

M. **Chevrette:** Allez-vous le dire aux médecins de Montréal? Aux psychiatres de Montréal, par exemple, auriez-vous le goût de leur dire?

**M. Paquet:** J'aurais le goût de le dire à tous les médecins qui travaillent dans des régions où, au moins, la quantité de spécialistes est le double de ce qu'il y a dans les autres régions du Québec.

M. **Chevrette:** Donc, en psychiatrie, vous auriez certainement deux places à faire: Québec et Montréal.

**M. Paquet:** C'est ça. La tournée serait assez brève: Québec et Montréal, je pense.

**M. Chevrette:** C'est ça. Vous n'auriez pas trop de difficultés.

**M. Paquet:** L'autre chose qui est intéressante avec la régionalisation des budgets de la RAMQ, c'est si on permet que l'argent qui n'est pas utilisé par des spécialistes puisse être octroyé pour développer d'autres formes de services qui vont venir compenser. Je pense que l'idéal qu'il y a à atteindre, c'est d'avoir un équilibre entre les grands types de spécialistes dont on a besoin pour travailler au niveau des services d'une population.

M. **Chevrette:** Je vous remercié. J'aurais aimé que d'autres sous-centres ou d'autres régions viennent au niveau de la santé mentale également. C'est une lacune ou une carence au niveau de notre commission. Vous êtes, je pense, le seul centre ou il y en aura peut-être un autre en santé mentale qui viendra, mais on a plutôt la version ou la vision des grands centres urbains et des gros problèmes en psychiatrie. C'est comme si le stress n'existait pas ailleurs. C'est comme si, en région... C'est vrai qu'on est plus sains qu'ailleurs, je le reconnais, mais il m'apparaît, par exemple, qu'on doit, qu'on a l'obligation - et c'est ça que je trouve intéressant dans votre mémoire - on a l'obligation de donner une qualité de services. Parce qu'on est égaux devant les impôts, on doit être égaux devant les services. Merci.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, je pense que c'est le dernier groupe de l'Outaouais. Ce que je veux dire en conclusion de la matinée, c'est qu'on a eu une participation de l'Outaouais tout à fait exceptionnelle sur le plan de la qualité, sur le plan de la diversité des expériences aussi. Je pense que je tenais à le souligner parce que chacune des régions a eu, à peu près jusqu'à maintenant, l'opportunité de venir et l'Outaouais, quant à moi, se démarque quant à la variété et la qualité des présentations. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Au nom des membres de cette commission, moi aussi, je vous remercie.

**Une voix:** C'est comme les députés...

**Le Président (M. Joly):** Alors, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 15 h 30.

(Suspension de la séance à 12 h 37)

(Reprise à 15 h 58)

**Le Président (M. Joly):** Bonjour, bienvenue à cette commission. Nous allons maintenant reprendre nos travaux. Je demanderais aux gens représentant la Centrale de l'enseignement du Québec de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Bonjour, vous nous excuserez du léger retard; avec la Chambre, c'est comme ça que ça fonctionne. Mme Pagé, j'apprécierais beaucoup si vous pouviez nous présenter les gens qui vous accompagnent, s'il vous plaît.

**Centrale de l'enseignement du Québec**

**Mme Pagé (Lorraine):** Sûrement, M. le Président. Je suis accompagnée, en commençant à l'extrême gauche, mon extrême gauche, par Mme Michèle Savard, directrice du programme à la CEQ qui traite des questions professionnelles; Mme Béatrice Chiasson, ressource-conseil à la Centrale et l'une des corédactrices du mémoire qui va vous être présenté. À ma droite, M. Laurier Caron, également ressource-conseil à la Centrale et l'autre rédacteur du mémoire que nous allons vous présenter aujourd'hui.

**Le Président (M. Joly):** Brièvement, je vous explique un peu: une vingtaine de minutes ou

moins - je dis bien "ou moins" - parce qu'on est en retard - et puis, nécessairement les membres des deux formations se réservent le privilège de vous poser des questions. Allez, Mme Pagé.

Mme Pagé: Je ne ferai pas une lecture du mémoire, d'une part, parce qu'en vingt minutes, ce serait impossible et, d'autre part, parce que vous l'avez reçu à l'avance...

Le Président (M. Joly): C'est ça.

Mme Pagé: Donc, je vais faire une présentation qui se détache un peu de l'écriture et qui met en évidence certains éléments. Les deux considérations que je désire aborder dans ce temps de présentation concernent la privatisation et le financement de notre réseau public.

Tout d'abord, sur la privatisation, je sais bien qu'on a voulu se faire rassurants, au cours des dernières semaines, et nous dire que c'était là un phénomène tout à fait marginal. Mais nous croyons, quant à nous, qu'il est important de prendre la parole sur cet aspect parce qu'un certain nombre de situations ou d'événements, qui ont pu survenir au cours des dernières semaines ou des derniers mois, sont fort éloquents et, ma foi, peu rassurants.

Il faut se souvenir, tout d'abord, que, dès 1985, le rapport Gobeil avait mis de l'avant un certain nombre d'orientations qui pouvaient être vues comme des pistes ouvrant la porte à la privatisation. Il y avait, entre autres, dans ce rapport, une formule s'inspirant des HMO américains qui ont connu des suites avec le projet des OSIS. En avril 1989, les orientations de la ministre Lavoie-Roux allaient un peu dans la même suite: il y avait des suggestions de nouvelles sources de financement, par exemple. Et ces deux éléments nous montrent bien que, depuis plusieurs années déjà, on jongle avec des possibilités de privatisation.

Il faut aussi constater que, déjà, certaines mesures ou certains services ont commencé à se privatiser: qu'on pense, par exemple, à la physiothérapie, qu'on pense à la désassurance de certains médicaments, voilà aussi des faits que nous devons constater et qui doivent nous amener à être vigilants sur la question de la privatisation. Il faut aussi se rappeler la mise en scène qui a précédé immédiatement l'ouverture de la commission parlementaire, mise en scène consistant dans les déclarations de l'Association des hôpitaux du Québec qui suggérait des modes de financement qui sont des approches de privatisation; la présentation de M. Castonguay, devant la commission parlementaire, qui réclamait un régime à double vitesse. Il y a également certains articles, dans le projet de loi, qui ouvrent la porte à la privatisation. Ils étaient cités dans le mémoire, à la page 5. Je fais référence, plus précisément, aux articles 12, 27, 28, 29, 40, 148, 152 et 173, et je suis assurée que, pendant la période de questions, nous pourrons revenir plus longuement sur ces questions.

Il y a des rappels que nous voulons faire sur la question de la privatisation. Tout d'abord, notre système de santé est un système mixte, où se côtoient déjà des formules privées avec des formules publiques. Il y a beaucoup d'intervenants, dans le milieu, qui se comportent un peu comme des entrepreneurs privés. C'est le cas des médecins qui ont les attitudes d'entrepreneurs privés. C'est aussi, faut-il le rappeler, un système qui subit une grande influence des industries pharmaceutiques ou des entreprises de production de services ou des entreprises plus versées dans les nouvelles technologies, par exemple.

Quand on parle de privatisation, ce sont des impacts qu'il faut mesurer. Le premier de ces impacts, c'est, à notre avis, la naissance d'une médecine à deux vitesses: l'une pour les riches, l'autre pour les pauvres. Un deuxième impact, également, c'est que, quand on a un régime qui repose davantage sur les services privés, nous avons un système où les prix sont moins contrôlés et qui, finalement, finit par coûter plus cher. Et vous avez, à cet égard-là, deux exemples qui sont cités dans le mémoire: à la page 6, quand on parie des services en physiatrie, où on se rend compte que ces coûts, qui étaient facturés au maximum à 16,50 $ par la RAMQ avant juillet, sont maintenant des coûts qui peuvent aller jusqu'à 30 $ la séance. Donc, quand on a un régime privé, on assiste à un moins bon contrôle des prix. L'exemple de la situation américaine, qui est rapporté en page 8, est aussi fort éloquent à cet égard. On voit que les dépenses en santé se sont grandement accrues aux États-Unis, ont connu une croissance plus élevée que notre système au Québec.

Le troisième impact d'un régime de privatisation, c'est que ça affecte davantage les personnes pauvres. Toutes les études récentes confirment pourtant qu'il y a des inégalités, des disparités sociales qui sont encore permanentes dans notre société. Nous avons ces indications à la page 7 du mémoire, où nous citons une étude faite par Mme Ginette Paquette qui montre que c'est dans les groupes économiquement défavorisés que l'espérance de vie est toujours moindre et l'espérance de vie en santé est encore plus courte.

Un quatrième impact qu'il est important de mettre en évidence également, c'est que c'est un système qui laisse, finalement, fort peu de place à la prévention parce que les intérêts des groupes en présence sont bien plus à la consommation qu'à la diminution de consommation de services. On sait pourtant que la prévention est un des éléments essentiels dans rétablissement d'une politique globale de santé et de services sociaux. Je voudrais d'ailleurs vous signaler que nous avons constaté, depuis déjà quelques

années, une diminution dans les services de prévention. J'insisterai plus particulièrement sur les services de prévention en milieu scolaire où les hygiénistes dentaires, par exemple, sont presque complètement disparues et les services alimentaires en milieu scolaire sont, également, fort peu développés.

Je voudrais donc conclure sur la question de la privatisation en rappelant qu'une réduction des investissements publics dans les services de santé amènera nécessairement, à notre avis, une augmentation et une amplification des problèmes de santé et des problèmes sociaux. Nous croyons donc qu'il y a une nette supériorité des systèmes publics de santé et vous avez, à cet effet-là, en pages 8 et 9 de notre mémoire, des citations que je vous invite à relire avec beaucoup d'attention.

Le deuxième élément, c'est sur le financement de nos services publics. On a beaucoup dit que la part des dépenses du gouvernement affectées aux services de santé était trop élevée. Je voudrais rappeler que l'évolution des coûts n'a pas été débridée. Au contraire, quand on enlève l'inflation, on va s'apercevoir qu'on est au même niveau qu'il y a 20 ans. La proportion des dépenses du service de santé par rapport à notre PIB est tout à fait dans la moyenne des pays industrialisés et, malgré tout, nous avons un système qui est plus performant mais surtout qui a permis une meilleure égalité sociale que d'autres régimes; je pensé plus particulièrement au régime américain où 40 000 000 de personnes sont exclues des services de santé. Nous croyons que les deux problèmes majeurs dans le financement des services de santé sont d'un tout autre ordre d'idées. Le premier problème, c'est que depuis - et là, dans les deux cas, je vais parler des années 1977 à 1988 - dans cette séquence de temps, nous avons constaté un désengagement du gouvernement fédéral dans les services de santé. Sa part est passée de 44,7 % à 39,7 %, c'est un premier problème de notre financement. Il faudrait que le gouvernement québécois soit plus dur à l'égard du gouvernement fédéral sur cette question. Le deuxième élément, c'est l'augmentation des dépenses privées dans le financement de notre service de santé: dans la même période de temps, nous sommes passés d'une proportion de 16,8 % à 23 %. Et nous pensons que ce sont les deux problèmes majeurs dans notre financement. Nous croyons qu'il est impensable de maintenir à 7 % du PIB le niveau de financement de notre service public. Nous croyons qu'il faut l'accroître mais nous croyons qu'il y a moyen, en l'accroissant légèrement, de quand même améliorer son rendement, et je donne quelques suggestions: il faudrait agir davantage sur les déterminants de la santé: conditions de travail, conditions de vie, lutte à la pauvreté, à l'appauvrissement; il faudrait vraiment donner plus de place aux médecines alternatives qui sont souvent aussi efficaces et moins dispendieuses, et là, c'est toute la médicalisation des soins de santé qui est en cause; troisièmement, il faudrait vraiment questionner la rémunération à l'acte des médecins, qui s'approprient une part fort Importante du budget de la santé; il faudrait également assurer le contrôle sur la diffusion des nouvelles technologies, parce que les entreprises sont bien plus intéressées à vendre leurs nouveaux appareils qu'à se préoccuper de la nécessité de ces nouveaux appareils, et nous sommes, de toute façon, en avance par rapport aux autres provinces canadiennes et aux États-Unis, par exemple, sur les greffes d'organes; enfin, il faudrait développer des services intégrés pour les personnes âgées. En maintenant ou en développant des services à domicile, particulièrement avec des ressources de CLSC, on éviterait, dans certains cas, les institutionnalisations qui coûtent plus cher. En assurant un soutien matériel à des personnes âgées pour le logement, par exemple, on pourrait aussi éviter de l'institutionnalisation. Enfin, nous croyons que dans les services d'hébergement, parce qu'il y a quand même des personnes âgées qui ont besoin d'hébergement, eh bien, souvent, en coupant dans les ressources, on a plutôt favorisé la médicalisation ou la médication excessive qui a amené une hausse de la consommation de médicaments mais, finalement, ces personnes âgées sont souvent en situation de camisole de force chimique par l'abus de médicaments. Et nous croyons même qu'il faudrait considérer la mise en place d'un système public d'assurance-médicaments parce que, à notre avis, ça permettrait un meilleur contrôle des prix et ça permettrait donc au gouvernement de ne pas payer des médicaments au prix des lois du marché où les entreprises phamaceutiques sont bien plus soucieuses de leur part de profits que d'un coût juste pour les médicaments consommés. Pour la suite de la présentation, nous irons davantage sur les articles du projet de loi sur lesquels nous voulons insister, et c'est M. Caron qui va compléter la présentation pour les quelques minutes qui restent.

**M. Caron (Laurier):** D'abord, sur les objectifs du système de santé et de services sociaux, on constate une certaine dilution dans l'avant-projet de loi, et cela nous inquiète. On ne retrouve pas le sens qui était dans l'article 3, dans les pouvoirs du ministre, où on dit, par exemple, dans l'article 3, que le ministre a le pouvoir, avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, d'améliorer la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'intervenir sur les déterminants de la santé, et que toute personne a accès aux services d'une façon continue pendant toute sa vie. On ne retrouve pas ça dans les objectifs actuels, et cela nous inquiète au plus haut point. Au niveau des droits à l'égard des services de santé et des services sociaux, on doit dire là-dessus que la disparition de l'article 5 de la loi actuelle nous inquiète beaucoup.

Celui-ci stipulait que les services de santé et les services sociaux doivent être accordés sans distinction ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, la langue, l'ascendance nationale... etc. Cela nous inquiète. Dans le chapitre sur la confidentialité, on trouve curieux qu'on n'ait pas fait mention des nouveaux projets qui ont été lancés ces derniers temps, entre autres, celui de la carte à puce, le projet de la carte à puce. Il devra y avoir des mécanismes très sérieux pour protéger la confidentialité, advenant l'implantation de ce projet. Puis, là-dessus, on réclame aussi qu'il y ait un débat public spécifique sur ce projet qui nous questionne à plusieurs niveaux, parce qu'il soulève des problèmes d'éthique, de confidentialité, des problèmes de transmission de l'information, etc. Il faudrait qu'il y ait un débat spécifique là-dessus.

Au niveau du rôle des établissements, on a constaté qu'il pourrait y avoir un certain délestage des services, à la lecture des articles 27, 28, 29 sur le rôle des établissements. CLSC, CSS et CH. Quand on dit, par exemple, qu'un établissement peut transférer ou peut, un instant... Les établissements seront incités à diriger les personnes qui requièrent des services pour elles-mêmes ou pour leur famille vers les centres, les organismes communautaires ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. Nous, on croit qu'il peut y avoir un délestage des services, surtout quand les établissements sont pris avec des budgets qui sont Insuffisants, comme c'est souvent le cas. Au sujet des rôles des établissements, on constate aussi que les CLSC n'ont pas toute l'importance qu'on pourrait leur accorder. On trouve qu'il est important aujourd'hui de redonner aux CLSC toute la place qui leur avait été conférée dans le passé et puis leur accorder les moyens pour qu'ils puissent rendre les services de premières lignes et les services de prévention que la population attend. Les rendre plus accessibles aussi au niveau des heures d'ouverture, au niveau des soins à domicile, et ça nous semble des volets importants à développer.

On a constaté aussi, par l'article 30, qu'il y aurait une fusion des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée. Nous sommes plutôt critiques face à cette fusion parce qu'on craint finalement que ça entraîne la disparition des centres d'accueil d'hébergement et que toutes les personnes âgées qui ont besoin de ces services, ne puissent pas avoir d'autres services, sinon dans le privé.

Au niveau du statut des établissements, on réalise qu'il y aurait un élargissement possible des établissements privés, puis un plus grand soutien aussi accordé aux établissements privés. On retrouve ça à la page 28 de notre mémoire lorsque, par exemple, on dit dans le... Que le ministre pourrait, s'il estime que l'Intérêt public et les besoins d'une région le justifient, conclure avec un établissement privé une convention pour rémunérer les services de santé et les services sociaux qu'il dispense conformément à la convention, etc. Alors, dans l'ensemble du projet, on retrouve ces encouragements très forts aux établissements privés. Cela nous inquiète au plus haut point, surtout quand on constate que, ces dernières années, les centres privés autofinancés, les résidences privées, les résidences clandestines se sont développés très rapidement avec la levée du moratoire sur ces établissements, qui n'a jamais été fait d'une façon officielle mais qui a quand même été réalisé. Quand on constate aussi que les centres publics ont stagné, le nombre de places dans les centres publics a stagné fortement, ces dernières années, c'est ce qui nous inquiète, parce qu'il y a de la demande. Il y a 8000 personnes qui attendent présentement pour avoir une place dans un centre public. Cela devra être considéré, il nous semble, à un premier niveau.

(16 h 15)

Au sujet des conseils d'administration des établissements publics, nous sommes plutôt défavorables à ce qui est apporté concernant les conseils d'administration unifiés et aussi concernant l'éviction, finalement, des personnes travaillant dans les établissements avec l'article 57, par exemple, qui dit que toute personne travaillant dans les établissements ne pourrait pas participer aux conseils d'administration. Cela nous semble inacceptable car ces personnes connaissent mieux que quiconque les problèmes du système de services de santé et de services sociaux. Il nous semble que les travailleuses et les travailleurs de ces établissements doivent avoir un lieu pour s'exprimer sur l'organisation du travail, sur les grandes orientations des établissements et que ce soit un lieu décisionnel aussi, pas seulement des lieux consultatifs comme ce qui est proposé. On constate qu'il y aurait plus de pouvoirs au niveau des conseils consultatifs du personnel clinique, mais on réalise aussi que ces conseils auront seulement un statut consultatif. Il en est de même pour les conseils consultatifs à la direction générale. Et...

**Le Président (M. Joly):** Excusez, M. Caron, il vous reste une petite minute.

**M. Caron:** Une petite minute. Nous ne croyons pas nécessaire la mise en place des comités d'établissements, comité de directeurs généraux d'établissements. Il nous semble que c'est leur accorder un trop grand pouvoir et qu'il y a d'autres façons d'établir des mécanismes de coordination que de mettre en place ces comités d'établissements.

En ce qui a trait, maintenant - on va passer un peu plus vite, on reviendra dans la discussion aux régies régionales - à la régionalisation qui est proposée. On constate, à première vue, que ces orientations favoriseraient une certaine déconcentration administrative au profit

de nouvelles structures régionales, mais nous estimons qu'il serait inopportun d'instaurer ces régies régionales tout en maintenant le gel du niveau de financement des services de santé et des services sociaux. Ainsi, on obligerait les établissements et les organismes communautaires d'une môme région à se partager des budgets insuffisants et à se chicaner entre eux. Le gouvernement semble avoir comme objectif de décentraliser les tensions, les tiraillements et les arbitrages pour masquer le désengagement de l'État actuel quant au financement et à la coordination des services de santé.

Si la décentralisation de la gestion signifie la décentralisation de la décroissance et des arbitrages financiers, nous croyons qu'il ne faut pas aller dans ce sens. Si, par contre, c'est autre chose, il faudrait nous le dire. Merci.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Ça fait tellement longtemps qu'on siège, qu'à l'occasion, on a l'impression de radoter en disant un certain nombre de choses. Mais je comprends les gens qui se présentent devant nous. Eux, ils sont là pour la première fois et nous livrent leur message, et je pense que c'est là, l'exercice, finalement, d'une commission parlementaire comme celle-là. Parce qu'il y a des thèmes que vous abordez: privatisation, désengagement de l'État et, par rapport au contenu du mémoire, je trouve que vous avez eu une présentation plus douce. Évidemment, c'est peut-être le temps qui vous manquait, mais, le mémoire étant celui qui reste et qui est là, je vais tenter d'aborder avec vous, dans un échange, les thèmes principaux de votre présentation, laissant de côté les interrogations que vous pouvez avoir sur le libellé des articles, puisqu'on pourra se référer au mémoire, le temps venu, quant à nous, soit pour renforcer des choses qui apparaissent plus faibles, à ce niveau-là, au niveau du libellé des articles de loi.

Je le répète, privatisation, je pense que le système public a trop donné en termes de résultats positifs, malgré les problèmes que nous avons, pour remettre en cause le caractère public du système. Peu importe ce qu'ont pu dire, à l'époque, le rapport Gobeil, l'expression de l'opinion de M. Castonguay, qui est venu ici, qui a déjà été ministre, et, ça nous apparaissait intéressant, qui a déjà été d'abord à la tête d'un comité, ministre, et qui est retourné dans le secteur privé, donc, une vaste expérience qui pouvait nous conseiller sur un certain nombre de choses, le gouvernement n'est pas obligé de le prendre. C'est à lui de faire son lit sur des orientations très précises. Il n'est donc pas question de privatiser, d'embarquer dans une ère de privatisation au niveau du régime. On l'a déjà eu privé à l'époque, et, évidemment, c'était assez inégal comme résultat au bout de la ligne. Il faut donc faire en sorte que les citoyens soient égaux devant l'accessibilité aux services de santé et qu'on en fasse peut-être davantage vis-à-vis de ceux qui ont des difficultés sur le plan économique et qui ont des conséquences directes vis-à-vis de la santé.

Vous avez raison de dire que ça prend une politique de santé, et c'est la politique de santé qui va faire foi de la réforme. Et, évidemment, vouloir faire la réforme et avoir une politique de santé, ça ne va pas en opposition, ça doit y aller par la force des choses où nous sommes, conjointement vers un objectif qui est celui d'avoir une politique de santé où la réforme d'un certain nombre de structures va permettre d'arriver aux objectifs qu'on se donne dans la politique de santé et qui sera définitivement un régime public. C'est pour ça que privatisation, désengagement de l'État, ce sont des termes assez forts dans votre mémoire, et ce n'est pas particulier à la CEQ. Je pense que chacune des centrales syndicales qui est venue nous a mis en garde contre les risques, et je pense que ces points-là sont très très bien faits. Mais je vais plus loin, moi, parce que privatisation des soins cliniques, c'est impensable. Je pense que ça m'apparaît très clair. Est-ce qu'il n'y a pas certains secteurs où, effectivement, il pourrait y avoir un bénéfice à le faire? J'ai toujours donné les mêmes exemples, je vous les redonne à vous. Sur le plan des services de cafétéria, sur le plan des services de buanderie, s'il y en avait un certain nombre de privatisés demain, ce qui donnerait un secteur témoin par rapport aux coûts, en termes de contrôle, pourquoi ce serait mauvais? D'abord, ça ne touche pas aux bénéficiaires, parce que, inévitablement, la cafétéria va fournir à manger aux gens qui sont bénéficiaires, qui sont dans les établissements. Que le linge soit lavé par le privé ou par le public, je ne pense pas, au bout de la ligne, que ça puisse affecter le bénéficiaire, et il y a peut-être, effectivement, certaines économies à faire là. Ce n'est pas là qu'on va réussir à refinancer le système, j'en conviens - on en parlera tantôt, parce que c'est le deuxième... - mais est-ce qu'il n'y a pas des secteurs où il pourrait y avoir certaines tentatives sans que ça soit étendu à l'ensemble du réseau?

**Le Président (M. Joly):** Allez, Mme Pagé ou M. Caron.

**Mme Pagé:** Parfait, je ne pensais pas que M. le ministre avait déjà terminé sa...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah oui! J'ai déjà été trop long.

**Mme Pagé:** Oui?

**M. Côté (Charlesbourg):** Je veux vous

entendre aussi.

**Mme Pagé:** Je voudrais tout d'abord vous dire, M. le ministre, avant de permettre à d'autres personnes de se joindre à moi dans la réponse, que, quand on est en commission parlementaire comme ministre, c'est un peu la même chose que quand on enseigne. On a souvent l'impression de répéter la même chose, mais pour celui ou celle qui reçoit l'explication pour la première fois...

M. Côté (Charlesbourg): J'ai déjà été dans l'enseignement aussi.

**Mme Pagé:** C'est ça. Vous vous souvenez de ça. C'est pour ça que je fais allusion à ça. Je veux vous dire tout d'abord que je suis bien aise de vous entendre dire que vous ne prévoyez pas ou que vous n'êtes pas d'accord avec de grands éléments de privatisation. Mais vous comprendrez notre prudence, parce qu'il y a quand même des faits qui, au cours des derniers mois, nous ont montré, à notre avis, qu'il y avait une forme de privatisation sur la pointe des pieds qui se faisait. C'est l'exemple que j'ai donné pour la physiothérapie. On pourra détailler davantage si vous le voulez, mais il reste que, maintenant, si on n'a pas 65 ans, si on n'a pas d'assurance, si on n'est pas couvert par l'assurance-auto ou si on n'a pas eu d'accident de travail, finalement, le recours qu'on a, avec certains hôpitaux qui ne dispensent pas de soins de physiothérapie, c'est finalement d'aller dans le privé. Donc, c'est une forme de privatisation sur la pointe des pieds. Ça, ça n'a peut-être pas fait l'objet d'une politique de santé, mais c'est ce qu'on constate et ce qui nous inquiète.

Deuxièmement, il y a tellement de personnes dans notre société qui se sont faites les chantres des avantages de la privatisation que ça en prend tout autant, sinon plus, pour rappeler les impacts négatifs de la privatisation. Vous citez deux exemples sur des formes de privatisation. Je veux insister sur un de ces éléments. Vous pariez des services d'alimentation. Je peux vous dire que dans d'autres réseaux, prenons le réseau scolaire, on a très rapidement constaté que, quand il fallait que les entreprises privées qui dispensaient des services d'alimentation le fassent selon des politiques saines d'alimentation, leurs intérêts étaient pas mal moins affirmés pour aller dispenser ces services, parce que bien nourrir, bien souvent, laisse moins de marge de profit pour les personnes qui dispensent ces services d'alimentation. Je ne suis pas certaine que, si on veut avoir une approche saine dans l'alimentation qu'on fait dans notre réseau de santé, ou qu'on devrait faire dans notre réseau de santé, qu'il y ait véritablement une piste d'avenir de ce côté. Voici pour une première réaction. Soit Laurier ou Béatrice pour compléter.

**Mme Chiaason (Béatrice):** Pour renchérir sur les cafétérias, effectivement, on a vu dans le système scolaire que les cafétérias qui ont une gestion publique peuvent s'offrir des services de diététistes et peuvent offrir des services partiellement subventionnés pour donner, par exemple, sur l'île de Montréal, des services alimentaires de santé à des prix corrects pour les parents. Malheureusement, ce n'est qu'au secondaire. Au primaire, on n'a pas encore ça. On a fait déjà des comparaisons avec des commissions scolaires où les services étaient donnés par des traiteurs privés. La qualité est nettement différente et les conditions de travail de ceux qui y travaillent sont aussi nettement différentes. Alors, les traiteurs font leurs profits quelque part. C'est sur la qualité et la quantité de nourriture et sur le salaire de ceux qui dispensent le service.

Pour ce qui est des buanderies, je pense que le secteur public est parfaitement capable de faire des regroupements de services qui entraîneront les économies qu'il faut, avec des conditions de travail décentes pour ceux qui y travaillent Le secteur privé peut économiser sur le salaire des travailleurs qui y sont; c'est la seule place qui lui reste. Et il n'y a pas beaucoup d'espoir que des innovations, dans le secteur de la buanderie, viennent du secteur privé, si ce n'est pas payant, même si c'était utile, par exemple, pour des questions d'hygiène, comme on l'a vu dans certains endroits du secteur public qui ont fait de très grandes Innovations récemment.

Pour ce qui est de la physiothérapie, M. le ministre, vous avez eu l'air de trouver que, finalement, ce n'est pas tellement important.

**M. Côté (Charlesbourg): Non...**

**Mme Chiasson:** C'est parce que ça n'a **pas** l'air d'être beaucoup... À votre mimique, ça n'avait pas l'air de...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, ne me prêtez pas d'intention...

**Mme Chiasson:**... bien, à votre mimique, disons.

**M. Côté (Charlesbourg):**... à ma mimique. Je pourrais peut-être vous le clarifier très net. Ce n'est pas de la privatisation.

**Mme Chiasson:** De la privatisation des coûts. De la privatisation des coûts dans la mesure où, dans les cliniques privées de physiatrie, depuis le 1er juin de l'année dernière, il y a une certaine partie des gens qui peuvent avoir besoin de ces services et qui sont **obligée** de payer. Et le prix, comme par hasard, **s'est élargi** de 16 $ à 30 $, comme le soulignait... **La RAMQ** remboursait au maximum 16, 50 $ pour une séance; maintenant, dans l'île de Montréal, ça va de 16, 50 $ à... C'est du double, ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Mais si...

**Mme Chiasson:** En plus - juste pour finir - on vient de lire dans les journaux que les même services qui étaient encore financés dans les bureaux d'omnipraticiens ne seront plus financés non plus. Alors, il n'y a que les hôpitaux qui vont continuer à offrir ces services, et ce n'est pas évident qu'ils ne sont pas déjà débordés, les hôpitaux. Alors, là, il y a un problème d'accessibilité.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Il y a une chose qui est certaine, c'est que, lorsqu'on parle de services de santé universels à travers le Québec, on peut, à l'occasion - et je pense que c'est sain de le faire - questionner certains services qui sont dispensés, qui sont assurés. Si on ne peut pas faire ça, on n'en sortira jamais. L'exemple des médicaments - parce que Mme Pagé en a fait état tantôt - c'est moi qui l'ai abordé ici. On a un système de médicaments qui, pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale et les personnes âgées, est rendu, cette année, à 450 000 000 $, et, dans trois ans, il sera tout près de 700 000 000 $. Les pharmaciens eux-mêmes et des spécialistes nous disent que certains médicaments ont des effets thérapeutiques pour une période X, 14 jours, 21 jours - les pharmaciens sont venus nous le dire - puis il y a des gens qui consomment à l'année et on paie à l'année. Donc, il y a un questionnement qu'il faut faire là-dessus.

(16 h 30)

Vous avez parlé de l'habileté des compagnies pharmaceutiques, Dieu sait qu'elles en ont, de l'habileté à faire inscrire et à faire reconnaître un certain nombre de médicaments, à les introduire par des centres hospitaliers; les gens sont venus nous le dire. Ça, ce sont des coûts très, très importants, qu'on ne peut pas allouer à d'autres, parce que la capacité financière, elle est là, sur le plan du financement. Quand on compare ce que le Québec fait par rapport à d'autres, la moyenne canadienne, par rapport à l'Ontario, il fait déjà beaucoup: les 7 % dont vous parliez tantôt. J'ai toujours dit qu'il fallait d'abord tenter de trouver, à l'intérieur du système, des sommes qu'on pourrait réallouer, effectivement, avant de penser pouvoir injecter des sommes supplémentaires. Il y a des messages que vous avez passés au niveau du fédéral, des engagements du fédéral, qui sont très, très bien compris, pour un fédéraliste, c'est sûr. C'était bien placé. Qu'il se questionne lui aussi, évidemment, par les temps qui courent. Mais il y a des messages qui sont très clairs et, là-dessus, je pense que effectivement il y a des choses à faire.

On me signale qu'il ne me reste pas beaucoup de temps. Si je n'aborde pas avec la CEQ une question qui, pour moi, est fondamentale: la formation, je pense que j'aurai manqué une partie de mon devoir. La principale crainte, les principales inquiétudes des régions du Québec, c'est d'être capables d'avoir des gens pour être en mesure de dispenser des services dans chacune des régions du Québec, et le problème est plus particulier au niveau des médecins. Globalement, on s'est rendu compte hier, en interrogeant des représentants des soins infirmiers, qu'il y avait un problème assez important, par exemple, dans la dispensation de la formation au niveau des soins infirmiers; d'un lien entre l'institution qui forme et l'institution qui peut accueillir pour des stages. À votre connaissance, est-ce qu'il y a d'autres domaines, au niveau des professionnels, où ce genre de situation se produit? Et, sur le plan de la formation, est-ce qu'on forme le bon monde par rapport à nos besoins? Ça, je pense que c'est une question... Si on ne la pose pas à la CEQ, on risque de passer à côté de notre commission parlementaire.

**Mme Pagé:** Dans votre question, il y a deux éléments. D'abord, vous posez celle du lien entre les institutions de formation et les lieux de travail, et l'autre question, c'est, finalement, les profils de formation, c'est-à-dire est-ce qu'il y a des besoins ou des formations qui sont inadéquates ou des personnes qui sont formées alors que nous aurions besoin d'autres types de personnes. Je vais m'attarder particulièrement sur la première et je laisserai Laurier et Béatrice compléter.

La situation que vous décrivez à propos du lien qu'il y a entre les institutions de formation et les institutions de travail, c'est un constat que l'on peut faire dans tous les profils de formation professionnelle, c'est-à-dire que l'on parte de formation professionnelle dans l'entreprise privée et dans des secteurs d'activité qui sont plus liés à l'entreprise privée, ou que l'on parle de formation professionnelle pour aller dispenser des services dans le réseau public, il y a, du plus loin que je me souvienne, des difficultés à établir des liens étroits entre les établissements de formation et les lieux de travail. Ça rend très difficile la préparation et la tenue des stages, et, souvent, le stage en milieu de travail devient une façon de faire faire un travail à rabais plutôt qu'une véritable période de formation où les personnes qui dispensent la formation, dans l'établissement de formation, sont mises à contribution dans la supervision et l'accompagnement des personnes qui vont faire ce stage. Je crois qu'il y a là des enseignements qu'il faut tirer dans la planification de notre main-d'oeuvre et, je dirais même, dans la reconnaissance de cette main-d'oeuvre. Quand on est dans un réseau de santé, on est finalement dans un réseau de services dont la première performance repose sur l'implication, l'engagement, la compétence, la motivation du personnel qui y travaille, et c'est vrai même pour les personnes

que l'on forme, de réussir à leur faire faire, par des stages adéquats, cette insertion dans le milieu de travail, il y a également, à ce moment-là, l'expertise qu'il faut mettre en interaction entre tes besoins, l'évolution qui se constate dans les établissements de santé et la formation qui se donne dans les établissements. Malheureusement, dans ce secteur-là comme dans d'autres secteurs professionnels, ce sont les mêmes lacunes que nous constatons depuis fort longtemps et sur lesquelles nous pensons qu'if faudrait agir le plus rapidement possible et de la façon fa plus concertée possible également

Sur les autres aspects, Béatrice ou Laurier?

M. **Caron:** Nous croyons qu'il devrait y avoir une meilleure coordination entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le MEQ. il y a une évidence à ce niveau-là, mais il me semble qu'il y a des écarts qui sont encore maintenus et c'est déplorable.

Nous allons prendre l'exemple du personnel en soins infirmiers. On pourrait aussi parler d'autres catégories de personnel, parce qu'il y en a d'autres dans le secteur de la santé. À la CEQ, on a entrepris une série de recherches, d'ailleurs, sur tes différentes catégories de personnel et le travail qu'elles font, et on constate que toutes et tous ont un rôle important à jouer dan» le réseau de la santé et des services sociaux. Si on prend la situation du personnel en soins infirmiers, on s'aperçoit, en générai, que c'est difficile; il y a une division du travail très hiérarchisée, il y a peu de travail on équipe, les gens se chicanent parfois pour les actes posés et tout ça. Vous connaissez cette situation. Nous croyons qu'N devrait y avoir une révision en profondeur de ce système de délégation des actes et une réflexion aussi en profondeur sur le travail muttidisciplinaire et le travail en équipe dans les établissements de santé. Nous avons actuellement le personnel dans nos établissements pour fare le travail, avec des compétences. Il suffit de redéfinir un but commun et une nouvelle organisation du travail qui le permette; c'est ce qui manque aujourd'hui dans nos établissements. L'organisation du travail est faite en fonction de la hiérarchie, du maintien de la hiérarchie et des pouvoirs établis.

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

M. **Côté (Charlesbourg):** C'est un peu ce que vous évoquez, dans votre mémoire, sur le plan de ['organisation du travail C'est pour ça qu'en parlant de la formation, c'est quand même... la revotarisation de la ressource humaine et de... C'est pour ça que je voulais l'aborder avec vous autres; ça m'apparaissait important.

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

**Mme Chiasson:** Oui, j'allais dire comme Laurier pour la question de la délégation des actes versus la formation, il y a comme un hiatus, la multiplication des corporations. Lorsque la commission Rochon s'est penchée là-dessus, elle a fait des recommandations qui mériteraient d'être réexaminées, parce que la multiplication des corporations et des associations... et il y a certaines corporations, on ne sait pas si elles jouent le rôle d'associations ou de corporations... il y a un... je n'utiliserai pas le mot.

Mais je voudrais revenir sur la question des médicaments. Vous avez souligné l'augmentation des prix des médicaments, et je pense qu'il y a une cause à cette augmentation, qui est souvent occultée et qui est pourtant très Importante. Vous vous rappelez sans doute la loi fédérale qui a rétabli tes brevets pour une durée de dix ans et que, dans l'année qui a suivi, le coût des médicaments a grimpé. Dans les rapports qui ont été rendus publics par la RAAMQ, cet aspect, qui contribuait à l'augmentation des coûts des médicaments, se retrouvait malheureusement à la fin des articles; les titres étaient toujours que c'était les vieux et les assistés sociaux qui faisaient grimper les prix des médicaments. Mais quand on scrutait attentivement, on découvrait que l'augmentation était nettement liée à la nouvelle augmentation de la durée des brevets avec tout ce que... Je ne pense pas que ce soit nécessaire que j'élabore longtemps là-dessus.

**Le Président (M. Joly):** Non. Merci, madame.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je prends des notes sur les choses qui m'intéressent, à l'occasion, pour fouiller. Moi, je trouve que c'est une bonne indication, pas parce qu'elle m'avait échappé mais, à tout le moins, comme vous le dites, même pour un ministre, c'est bon de se le faire répéter.

Le **Président** (M. Joly): Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et aussi critique pour sa formation en affaires sociales.

M. **Trudel:** Merci, M. le Président. Une excellente présentation qui, effectivement, un modèle souvent répété dans l'enseignement, répète la leçon et prie le maître de ne pas oublier un certain nombre de règles fondamentales qui sont établies au début de l'année, au début de la classe. Ça me semble important que vous nous rappeliez l'importance de l'accessibilité, de la gratuité, du caractère public, lorsque vous soulignez par exemple qu'il y a différentes façons d'aller vers la **privatisation.** Vous citez l'article 27 comme exemple qu'il pourrait ouvrir une porte et, à prime abord, on dit qu'il n'y a rien qui indique qu'il y a de la privatisation là, mais, effectivement, le CLSC **est** une installation, n'est pas une installation

publique. Je pense que c'est très important que vous puissiez nous le rappeler à cet égard.

Moi, Je m'attacherai plutôt à une partie de votre mémoire, à la page 6, en ce qui concerne les effectifs médicaux. Vous nous rappelez, là aussi, un certain nombre de réalités très précises quant aux coûts de la main-d'oeuvre médicale dans le système actuel et à l'entière liberté en quelque sorte que les professionnels de la pratique médicale ont en termes de clientèle, de lieux de pratique et de niveaux de revenus. Certains ont suggéré, devant cette commission, que nous puissions, par exemple, décentraliser ou régionaliser les budgets de la RAMQ comme moyen, comme poignée, si vous voulez, pour faire en sorte qu'il y ait une espèce d'équité au niveau des effectifs médicaux en particulier, dans les régions du Québec.

Est-ce que vous pensez qu'il serait acceptable, au Québec, que nous puissions assujettir la pratique médicale à l'obtention d'un permis, d'un permis de pratique, qui nous permettrait de faire respecter, avec des moyens très forts, en fait, toute la question des plans d'effectifs médicaux, qui sont, à toutes fins utiles, jamais comblés dans les régions périphériques, en particulier?

**Mme Pagé:** Vous avez raison de mettre en évidence la part Importante des médecins dans les dépenses de notre système de santé. M. le ministre disait tantôt que, avant de penser à accroître le financement, il fallait se pencher sur l'utilisation des sommes que nous mettons déjà dans notre régime. Je pense que, quand on constate que 13 543 personnes se sont partagé 1 500 000 000 $, il y a certainement quelques questions qu'il faut se poser. Quand on constate, en plus, qu'il y a eu l'accroissement, entre 1986 et 1988, d'un quart de milliard à ce chapitre-là, il y a certainement encore des questions à se poser. Et quand, en plus, on constate que, dans certaines régions, il y a un sous-équipement flagrant de ressources médicales, il y a là un troisième ordre de questionnement.

Mais, quand on l'aborde, on se rend rapidement compte que c'est toute la question des corporations professionnelles qu'on aborde. Corporations professionnelles qui ont un droit d'entrée, finalement, sur la catégorie de professionnels, qui ont des pouvoirs très étendus et qui ont souvent, en mômе temps que beaucoup de pouvoirs, une conscience sociale pas mal plus faible que ce qu'on peut constater, par exemple, des centrales syndicales.

Dans des services publics, je pense que l'État doit jouer son rôle à cet égard-là, en termes de répartition des services, d'accès réel aux services. Présentement, dans les régions éloignées, il faut constater que c'est la misère noire à bien des paliers et une lacune importante en termes de services dispensés. Est-ce que la formule la plus adéquate, c'est le permis de pratiquer pour pouvoir s'assurer une représentation dans toutes les régions? Je ne suis pas prête à vous dire que c'est la formule ou la seule formule qui puisse être regardée, mais il y a certainement lieu de faire un débat pas mal plus approfondi sur toute la situation des médecins dans notre réseau de santé. Malheureusement, ce n'est pas une question qui est abordée facilement, quand on fait le débat sur notre service de santé. Je ne sais pas si Laurier ou Béatrice veulent compléter.

Mme **Chiasson:** Un mot pour rappeler que, dans le cas de la physiothérapie - j'ai l'air de toujours cogner le même clou - ce sont les physiatres qui avaient abusé. À une cinquantaine, ils avaient fait 1 000 000 $ et quelque chose, je ne sais pas, en pas longtemps, en tout cas; et 1 000 000 $, ce n'est pas assez. Les chiffres m'échappent. Quand je dépasse 1 000 000 $, j'ai toujours l'impression que c'est tellement énorme que je n'ose plus mettre de zéro. Ils avaient vraiment abusé. On se retourne de bord et on fait payer les bénéficiaires. Puis eux autres, ils continuent à faire autant d'argent. Alors... et les physiatres sont tous concentrés là où il y a des bénéficiaires potentiels. S'il y a moyen d'en envoyer à salaire en régions éloignées, moi, je ne serais pas fâchée pour les gens de là-bas.

M. Caron: Il faut questionner, je crois, le type de médecine libérale qui se pratique au Québec. Les médecins peuvent choisir leur lieu de pratique, leur niveau de revenus; ils peuvent tout choisir, finalement. Notre système n'est pas suffisamment coercitif. il y a d'autres pays, notamment la Norvège, la Finlande, la Suède, où les médecins sont mieux répartis - il y a une meilleure répartition des médecins dans les pays - où les modes de rémunération sont contrôlés et où ça fonctionne très bien. Le ministère a commandé, l'an dernier, une étude sur ces pays, sur le système de santé dans ces pays. On trouve curieux qu'on n'ait pas davantage mis en pratique certains éléments qui se vivent dans ces pays.

M. Trudel, vous avez bien raison de rappeler qu'il y a différents moyens, différentes façons de privatiser. On ne croit pas être paranoïaques en disant qu'il y a un fort mouvement de privatisation, tant dans l'avant-projet de loi que dans ce qui se passe actuellement dans le système de santé. Que ce soit au niveau des services d'hébergement pour les personnes âgées, que ce soit au niveau des soins à domicile, que ce soit au niveau des établissements, des hôpitaux même, il y a des pans entiers de privatisation qu'on est en train de mettre en place. Il faudrait freiner ce mouvement radicalement, sinon on va perdre beaucoup. C'est la population qui va perdre et c'est le système qui va être délabré dans quelques années.

**(16 h 45)**

Mme **Savard** (Michèle): J'aimerais ajouter

quelque chose. Il faudrait peut-être questionner l'espèce de monopole qu'exerce la Corporation des médecins. On l'a vu dans le débat sur la pratique des sages-femmes; on le voit aussi dans le contrôle qu'ils tentent d'exercer sur certaines médecines alternatives. Et, justement, dans l'étude que M. Caron soulignait tout à l'heure, qui a été faite par le ministère, on constate que, dans les pays où il n'existe pas ce monopole et où les autres professionnels de la santé peuvent exercer avec plus de liberté, ont plus de place dans la pratique de la médecine, on peut beaucoup plus facilement contrôler les coûts tout en assurant une qualité de services assez remarquable. Alors, vous connaissez sûrement votre étude. Je vous demanderais d'aller en relire certains passages; ça m'a surpris qu'on y fasse si peu référence dans le projet actuel.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous savez, ça me tenterait de vous dire - parce que l'occasion est trop bonne, là, évidemment - que, tant du côté des corporations, des fédérations que des syndicats, quand on veut changer des choses, des droits acquis, c'est pas mal difficile, hein, il faut négocier.

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

**Mme Pagé:** Oui, mais disons que...

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

**Mme Pagé:**... dernièrement, dans les négociations dans le secteur public, vous ne vous êtes pas trop trop empêché de toucher à des droits acquis, alors, si c'était au tour des médecins, ma foi...

**M. Côté (Charlesbourg):**... encore avec la CEQ.

**Mme Pagé:**... je ne protesterais pas.

**Le Président (M. Joiy>:** J'apprécierais si on pouvait revenir...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais je ne veux pas que vous preniez ma réponse comme en étant une qui n'a rien à faire. Au contraire, je suis l'un de ceux qui pensent qu'il y a de quoi à faire.

**Le Président (M. Joly>:** *M.* le député.

**M. Trudel:** Alors, si les échanges au niveau des corporations, au niveau des centrales syndicales sont très efficaces, au niveau des corporations professionnelles, ils ont l'air aussi efficaces, mais le ministre résistera-t-il aussi à ces pressions qui s'organisent et qui se font de plus en plus pressantes au niveau des corporations médicales, effectivement? Et c'est une **grosse** question pour le ministre, effectivement, même s'il nous a bien dit qu'il n'est pas un peureux: Est-ce qu'on pourra passer, une fois pour **toutes,** à travers et réviser le cadre de pratique professionnelle de la médecine?

J'aimerais bien, compte tenu du temps qui reste, vous interroger également sur toute la question de la prévention que vous ne trouvez pas suffisamment présente dans notre système de santé et aussi des services sociaux, bien sûr. Je comprends bien que vous avez évalué, vous avez regardé, vous avez observé et vous en **venez** à la conclusion qu'au niveau des CLSC, en particulier, on n'exerce pas le plein champ nécessaire que nous devrions exercer en termes de prévention et qu'il faudrait y ajouter des ressources. Est-ce que vous pensez que le CLSC doit véritablement devenir le pivot de tout le système de **santé** et de services sociaux au Québec?

**Mme Pagé:** Sinon le pivot, à tout le moins le réseau de première ligne, parce **que** nous croyons que c'est à la fois une approche Intégrée, une approche qui ne favorise **pas** la médicalisation de la santé, une approche **qui** permet d'avoir une vision globale **de la réalité** des personnes et qui laisse beaucoup de place à la prévention. Et, quand on regarde ce **qui a** pu se développer dans d'autres pays, particulièrement dans les pays Scandinaves - et je voudrais le répéter pour presque faire suite à ce **que** M. le ministre disait en ouverture - sur la nécessité d'avoir une politique globale de la santé et des services sociaux... Nous devons aujourd'hui débattre d'un projet de loi, mais quelle **est la** politique globale de la santé? Quels sont les objectifs de cette politique globale de la **santé** qui devraient trouver leur articulation dans le projet de loi? Nous ne les connaissons pas, mais nous voulons réaffirmer, quant à nous, qu'il serait nécessaire d'avoir une politique globale et que cette politique devrait faire une part importante à une approche globale de la santé, c'est-à-dire, donc, aborder les questions de lutte contre la pauvreté, de conditions de vie, de conditions de logement, et aussi faire une large place à la prévention. Et, la prévention, il y **a** à la fois les CLSC, qui sont un réseau de première ligne, où on peut en faire, et les établissements scolaires, où on peut en faire. Et il faut constater que dans le milieu scolaire, nous avons retiré des services de prévention. Il n'y a presque plus d'hygiénistes dentaires qui viennent dans les écoles. Les infirmières en milieu scolaire sont une race en voie d'extinction. Les services d'alimentation dans les commissions scolaires qui éduquent à la prévention par une saine alimentation sont également presque inexistants. Nous croyons qu'il y aurait là des effets non seulement d'amélioration de la santé de la population, mais, par le fait même, une incidence sur

l'accroissement des dépenses dans les services de santé et dans les services sociaux. Nous croyons que les établissements sont là, le réseau est là. Il s'agirait de le consolider, de lui donner les moyens d'agir et nous obtiendrions par le fait même toutes sortes d'effets secondaires qui seraient très bénéfiques. L'un des premiers qui vient à l'idée, c'est le désengorgement des urgences où, tout de suite, il y aurait un effet qui se ferait sentir très rapidement par cela. Alors, nous croyons que le réseau des CLSC doit être le réseau de première ligne, une porte d'entrée à utiliser davantage et qu'il y a là une approche qui serait intéressante à développer.

**M. Trudel:** Une toute petite dernière.

**Le Président (M. Joly):** Une toute petite dernière.

**M. Trudel:** Parlant des CLSC, des services complets de première ligne, à la page 26, vous nous soulignez également des problèmes au niveau des CSS, centres de services sociaux. Vous dites qu'on n'est pas capables, on a des ressources insuffisantes pour répondre à la demande. Est-ce que vous pensez que nous pourrions peut-être avoir un problème de structures et que si nous voulons vraiment faire du CLSC la porte d'entrée de services de première ligne, il nous faudrait peut-être réviser cette multiplication de structures qui amène souvent duplication de services, pas pour faire en sorte qu'il y ait moins de ressources aux services, mais qu'elles soient mieux intégrées et mieux placées pour rendre les services de première ligne? Est-ce que vous avez vu un problème là? Est-ce que vous pensez qu'on a un problème de multiplication de structures?

**Mme Pagé:** Sur cette question, c'est M. Caron qui va vous fournir la réponse.

**M. Caron:** Ce n'est pas tellement un problème de multiplication comme un problème d'intégration et de complémentarité entre les établissements. C'est, il nous semble, le problème le plus important. Que les intervenants et les établissements puissent se rencontrer et travailler ensemble, développer des projets ensemble, répondre aux besoins de la population, finalement. Il y a un réseau qui existe, qui a fait ses preuves. Il y a des problèmes dans ce réseau, il y a des lacunes, mais en y injectant les budgets nécessaires et en fournissant l'appui nécessaire, on croit que ce réseau peut très bien répondre aux besoins actuels de la population. On ne croit pas qu'il faille, cependant, ajouter d'autres catégories d'établissements comme le projet des OSIS, par exemple. Consolidons ce que nous avons actuellement et donnons les moyens à ce qui existe et je crois que les gens y trouveront satisfaction. Mais le problème est plus un problème d'intégration et de jonction entre les différentes catégories d'établissements.

**M. Trudel:** Merci de votre participation à cette commission. Oh, pardon.

**Le Président (M. Joly):** Madame, vous vouliez ajouter quelque chose?

**Mme Chiasson:** J'ajouterai que le rapport Brunet sur les CLSC, il y a quelques années, a eu tendance à renforcer davantage le rôle médical des CLSC par rapport à sa vocation communautaire qui, elle, n'a jamais vraiment eu la possibilité de se développer. Alors, c'est sûr que n'ayant pas la jonction avec le social et n'ayant pas développé le communautaire, il y a un problème là, effectivement. Ce n'est pas forcément dans...

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

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est la première fois que j'entends ça: le communautaire. Vous voyez quoi, comme fonctions communautaires dans les CLSC?

**Mme Chiasson:** Le sigle CLSC, ça veut bien dire centres locaux de services communautaires.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, mais ça se change un sigle. Le "c" veut dire "communautaire", ça je le savais. Mais c'est quoi, la fonction communautaire que le CLSC devrait faire?

**Mme Chiasson:** C'est le développement de services dans la communauté; il en existe. Par exemple, faire se rencontrer des femmes qui ont des problèmes de gardiennage, des problèmes d'accès aux études, des problèmes d'accès au travail et les faire s'organiser pour se donner des services. Il y a bien des femmes que ça empêche d'être malade, mon cher monsieur. C'est un exemple parce que la question est... Mais il y a d'autres dimensions de l'aspect communautaire.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je préférerais de beaucoup qu'on change le "c" par un "p" pour prévention et qu'on dise qu'au niveau du CLSC, une des fonctions fondamentales, c'est la prévention. À ce moment-là, je pense qu'on serait peut-être plus dans la ligne d'une politique de santé où, effectivement, il y a une grande convergence... Je suis très proche de ce que vous dites. Quand on parle d'une politique de santé, c'est vrai. Oui, c'est vrai, ça en prend une parce que c'est ça qui va être la base de tout notre système. Quand vous parlez de maintien des personnes dans leur milieu naturel, ça aussi c'est vrai. Et l'État a à y gagner, les bénéficiaires, en premier lieu. La prévention, vous dites qu'on ne

met pas assez d'accent sur la prévention et c'est vrai. Le système, 5 500 000 000 $, va dans le curatif. Ça, c'est clair, au niveau des courtes durées, mais il faut davantage aller sur la prévention. Je ne suis pas sûr que la fonction communautaire des CLSC... moi, Je suis personnellement prêt à m'engager à nouveau dans cette voie-là. Mais prévention, si vous me pariez de prévention au niveau des CLSC et de mieux éviter les dédoublements au niveau des départements de santé communautaire, de CSS par rapport aux CLSC, pour que les champs soient très clairs, je pense qu'on va avoir fait un bon bout de chemin, et c'est le bénéficiaire qui, au bout de la ligne, va en profiter, mais je préférerais prévention que communautaire.

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

M. Côté (Charlesbourg): Mais vous n'êtes pas obligé de partager mon point de vue.

Le Président (M. Joly): Merci.

Mme Pagé: On pourrait faire un débat juste là-dessus.

Le Président (M. Joly): Non, mais moi, je vous arrête...

Mme Pagé: Je voudrais simplement, M. le ministre, que vous ne fassiez pas une équation...

Le Président (M. Joly): Je m'excuse!

Mme Pagé: Courte, courte, courte.

Le Président (M. Joly): Oui. mais c'est toujours ça, là, puis je donne la latitude.

M. Côté (Charlesbourg): Envoyez donc, envoyez donc. J'ai couru après.

Mme Pagé: Je vous promets que ça va être très court.

Le Président (M. Joly): C'est une promesse.

Mme Pagé: Simplement dire à M. le ministre qu'il ne doit pas faire une équation entre le fait que prévention n'égale pas communautaire. Parfois, la fonction communautaire a une fonction de prévention.

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

M. Côté (Charlesbourg): Mais dans tous les cas, le communautaire n'a pas une fonction de prévention...

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup.

M. Côté (Charlesbourg):... mais peut-être une fonction d'animation.

(17 heures)

Le Président (M. Joly): Au nom des membres de cette commission, il me fait plaisir de vous remercier.

Je demanderais maintenant aux gens représentant l'Université Laval de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît. Bonjour, madame et messieurs, bienvenue à cette commission. Vous voyez qu'on est déjà en retard de façon assez prononcée sur notre cédule. Vous avez une dizaine de minutes pour nous donner peut-être le résumé de votre mémoire et, par après, laisser le loisir aux membres de cette commission de vous questionner. Que la personne responsable veuille bien s'Identifier et identifier les personnes qui l'accompagnent s'il vous plaît.

## Université Uval

M. Méthot (Jean-Claude): Merci, M. le Président. Je vous présente les personnes qui m'accompagnent: à ma gauche immédiate, Dr Pierre Potvin, doyen de la Faculté de médecine; à l'extrême gauche, M. Michel Dumas, directeur du bureau de la recherche, à l'Université Laval évidemment; et, à ma droite, Mme Une Grisé, coordormatrice des services de santé. Mon nom est Jean-Claude Méthot, je suis vice-recteur aux études et responsable aussi du secteur des soins de la santé.

M. le Président, M. le ministre, membres de la commission, il m'est très agréable de me retrouver autour de cette table plutôt qu'autour d'une table de négociation. Je voudrais remercier les membres de la commission de nous donner l'occasion de vous présenter verbalement notre mémoire. Comme vous le souhaitez, M. le Président, ma présentation devrait être relativement courte et divisée en deux parties: premièrement, je vais vous parler brièvement de l'Université Laval, très rapidement; ensuite, je vous parlerai des principaux points du mémoire.

Très souvent, je me plais à mentionner ouvertement que l'Université Laval est un milieu de formation. On y forme actuellement 36 000 étudiants au trimestre d'hiver 1990 par des activités d'enseignement et des activités de recherche. Au 1er cycle, nous offrons 186 programmes de formation différents; au niveau des 2e et 3e cycles, 192 programmes différents.

Par les activités de recherche, nous essayons de former des chercheurs dont la société a besoin, évidemment Nous avons un grand nombre d'activités, vous vous en doutez très bien, et ces activités, on pourrait les diviser en deux parties: activités théoriques et activités pratiques. La plupart de nos activités théoriques se déroulent sur le campus de l'Université Laval sous forme de cours; nous avons aussi certains, cours ou programmes qui sont offerts en région par l'opération qu'on appelle "Laval hors cam-

pus". Au sujet des activités pratiques, nous en avons un certain nombre sur le campus également mais aussi en région, en particulier dans les centres hospitaliers.

Tout ceci pour vous dire que notre objectif, à l'université, est évidemment d'offrir une formation de qualité. Nous essayons donc d'avoir un bon contrôle sur les différentes activités dont j'ai parlé, en particulier sur tes activités pratiques qui ont lieu sur le campus et à l'extérieur. Je vais parler, dans ma présentation, très souvent, de l'influence que l'université souhaite avoir dans le milieu hospitalier en particulier, et ceci, dans le but d'offrir la meilleure formation possible à nos étudiants, à nos étudiantes. Dans le domaine des sciences de la santé, je vous souligne que nous offrons un grand nombre de programmes. Ces programmes servent à former des médecins, des dentistes, des pharmaciens, des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des diététistes, des travailleurs sociaux et des psychologues. Quelques exemples de formation pratique, je vous mentionne que des gens de sciences et génie, de foresterie ont des stages de formation pratique dans l'industrie, financés par l'industrie. Même situation en agriculture, en alimentation et en foresterie. Et dans le domaine de la médecine, évidemment, nous offrons une formation pratique à nos étudiants dans les secteurs ou dans le réseau de la science de la santé.

J'aborde maintenant la deuxième partie de la présentation, c'est-à-dire le mémoire de l'université. Ici, j'essaierai d'être très bref en vous commentant certains points les plus importants. Je dirais, au point de départ, que l'Université Laval est d'accord avec l'ensemble des orientations présentées par le gouvernement, il y a quelques temps. Les différents commentaires sur le mémoire que nous avons présenté sont les suivants. Premièrement, sur les désignations de centres hospitaliers universitaires et Instituts universitaires, nous sommes d'accord avec ces mentions, ces désignations. Nous croyons qu'elles sont de nature à renforcer les liens entre l'université et les établissements et, aussi, de nature à favoriser également la formation clinique et de recherche. Alors, nous sommes très heureux, évidemment, de ces désignations dans une bonne mesure. Les liens qui existent entre l'université et le réseau se traduisent généralement par des contrats d'affiliation, nous en avons actuellement six, tous récents, et aussi par des lettres d'entente, nous en avons à peu près 300 au total, et ceci, évidemment, pour l'ensemble des disciplines. Je vous souligne que nos contrats d'affiliation touchent toutes les disciplines que j'ai mentionnées tout à l'heure. Nous souhaiterions que, dans le projet de loi, on tienne compte aussi des autres disciplines comme, par exemple, à l'article 34, il est fait mention des mots suivants: "enseignement médical". Nous souhaiterions que ces termes dans cet article en particulier, peut-être dans quelques autres aussi, soient remplacés par les mots suivants: "formation des professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé ou des services sociaux" de telle sorte que ce soit un peu plus large au point de vue formation. J'ai mentionné tout à l'heure les contrats d'affiliation, les lettres d'entente. À ce sujet, dans le cas des contrats d'affiliation, nous souhaiterions qu'ils soient approuvés ou autorisés par le ministre tandis que, dans le cas des lettres d'entente, nous souhaiterions que ces lettres soient tout simplement déposées à la régie régionale et non pas sous le contrôle direct du ministre, ce serait une procédure peut-être trop lourde. Nous souhaitons aussi que pour les contrats d'affiliation et les lettres d'entente, ces négociations soient amorcées à l'initiative de l'université.

J'ai parlé tout à l'heure de l'influence de l'université dans le réseau. Nous souhaiterions que cette influence se traduise de la façon suivante: sur les conseils d'administration des hôpitaux ou des centres hospitaliers, nous souhaiterions qu'une personne soit nommée de la part de l'université directement sur ces conseils d'administration. À l'article 51, on parte... un représentant du milieu universitaire. Nous souhaiterions que cette personne soit nommée directement par l'université qui a une affiliation avec l'hôpital. En ce qui a trait aux membres du conseil d'administration, nous croyons que l'avant-projet est limitatif quand on mentionne qu'on devrait exclure les personnes recevant une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Nous souhaiterions que le conseil d'administration puisse inclure les membres de l'université qui occupent un poste universitaire à demi-temps ou plus. Autre influence que nous aimerions avoir dans le milieu ou dans le réseau, c'est au sujet des nominations. Alors, on parle ici de nomination de directeur de département de clinique, de services professionnels, nomination des médecins, des dentistes, des pharmaciens et nous souhaiterions que, dans ces cas, l'université soit consultée. Même situation pour la régie régionale, sur le conseil d'administration, nous souhaiterions qu'il y ait un représentant de l'université dans le but d'influencer la formation qui s'offre dans ces milieux.

Un autre point du mémoire concerne la détermination du nombre de postes en spécialités médicales. Nous souhaiterions que cette détermination soit faite à la suite d'une consultation avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, les universités ayant une faculté de médecine, la Corporation professionnelle des médecins du Québec et les régies régionales. Sous cet aspect aussi, détermination, il semble bien que l'avant-projet manque un peu de souplesse, notamment par la conversion automatique de certains postes au détriment des universités et, on croit aussi, directement du ministre.

En ce qui a trait aux départements de santé

communautaire ou. en fait, aux centres d'excellence, nous souhaiterions que ces centres soient mis sur pied à la suite d'une concertation avec les universités ou une université en particulier et que, dans ta création de ces centres d'excellence, il y ait une approche pluridisciplinaire.

En ce qui touche à la recherche en santé et la recherche sociale, nous approuvons entièrement ce qui apparaît dans le projet d'orientation.

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

**M. Méthot:** Il m'en reste pour quinze secondes.

**Le Président (M. Joly):** Merci.

**M. Méthot:** En conclusion, j'ai parlé beaucoup, dans ma présentation, d'influence, tout ceci pour faire en sorte évidemment que la qualité de l'enseignement et des activités de recherche qui se poursuivent dans le réseau soit en conformité avec nos objectifs dans le but d'offrir à nos étudiants, à nos étudiantes la meilleure formation possible mais, par ricochet ou dans un but ultime, si vous voulez, de faire en sorte que ces gens-là offrent à toute la population, aux bénéficiaires, les meilleurs soins possible. Voici, M. le Président.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Je pense que c'est presque un privilège que de recevoir une institution aussi prestigieuse que l'Université Laval, chef de file de tout l'Est du Québec et même au niveau du Québec, pour un député de la région de Québec, bien sûr, on ne se le dit pas nous autres mêmes, on a assez de misère à vanter les Nordiques de ce temps-là, on va au moins vanter ceux qui performent.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est intéressant de vous avoir, ce matin. Ce que je comprends, c'est que vous souscrivez aux orientations qu'il y a dans le projet d'orientation quant aux CHU et quant aux instituts, à tout le moins en termes de désignation et, par le fait même aussi, des critères qu'on a évoqués avec les recteurs, avec les doyens de facultés de médecine. Donc, on ne reprendra pas ça à ce moment-ci.

Quel est votre bilan comme Université Laval, le bilan que vous faites de votre association avec les centres hospitaliers de la région de Québec?

**M. Méthot:** Je laisserais peut-être le soin ici au Dr Potvin de répondre à cette question, lui qui est directement Impliqué dans ce dossier, évidemment.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et je vous avertis tout de suite là, je vais vous poser une question que je vous ai posée dans une rencontre privée, après. Donc, je vous donne un préavis.

**M. Potvin (Pierre):** Si on regarde le réseau hospitalier avec lequel nous faisons affaires, Je mets de côté tout de suite le centre hospitalier Robert-Giffard qui est un établissement, un institut à vocation unique, il y a six **hôpitaux** avec lesquels nous avons un contrat d'affiliation. Et dès le début de mon mandat, en **1966, j'avais** mentionné, j'avais mis dans mon plan d'action la nécessité de concentrer dans un nombre plus limité d'établissements les activités d'enseignement. Le problème est que l'on a effectivement besoin des six hôpitaux mais on n'en a pas besoin pour toute la gamme des activités d'enseignement. Nous avons commencé à concentrer la formation dans certains domaines. Par exemple, on ne fait pas appel aux six hôpitaux pour les stages en chirurgie pour les étudiants **en** médecine. Le problème est de faire une concentration qui soit rationnelle, qui tienne compte d'un certain nombre de principes pédagogiques et il se trouve que, par exemple, les meilleurs endroits de formation en médecine et **en** chirurgie ne sont pas dans les mêmes hôpitaux, et on a un problème pratique de prévoir comment on va faire cette transition. Mais l'opération est très amorcée, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, ce **que** je comprends, c'est qu'on a intérêt, du point de vue formation, à concentrer.

**M. Potvin:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Là, j'arrive avec ma question. J'ai eu l'opportunité d'aller dans un plus petit hôpital de la région de Québec qui a déjà bénéficié de reconnaissance sur le plan de médecine familiale. On ne le nommera pas, ça ne donnerait pas grand-chose, je pense que vous le reconnaissez, et maintenant c'est plus **concentré** dans un autre plus grand hôpital de la région de Québec. L'argumentation qui m'a été servie, moi qui suis néophyte, je trouvais que ça avait **un** petit peu de sens, je vous la pose parce que ça m'apparait extrêmement important. Eux prétendaient, en ayant moins ou l'ayant dans le petit hôpital, que le médecin en formation était plus directement près de l'action que dans **un grand** hôpital où il va être le deuxième, le **troisième ou** peut-être même le quatrième violon du **médecin** principal et que, par conséquent, à la fin **du** stage, le niveau de préparation à l'Intervention immédiate auprès d'un patient était **beaucoup** mieux. Il était plus préparé, celui qui **venait du**

petit hôpital, comme directement dans l'action, avec le médecin concerné, que dans un grand hôpital où il va jouer le troisième ou le quatrième violon. Est-ce que cela a du bon sens?

**M. Potvin:** Pas complètement. D'abord, la formation en médecine familiale elle-même se fait dans un environnement qui est bien déterminé, bien encadré. Qu'il se trouve dans un grand hôpital ou dans un plus petit, la structure d'enseignement est la même, le programme est le même. Le danger que vous mentionnez existe, si on n'est pas assez vigilant pour faire en sorte que le médecin, le résident en médecine familiale soit exposé à un programme et à des stages conformes à son orientation. Ça, c'est une difficulté de nature, je dirais, pédagogique pour laquelle il faut être vigilant. Mais, dans le programme de médecine familiale, quelqu'un dans ses 24 mois de formation en fait six à l'unité de médecine familiale et il en fait 18 dans d'autres stages, en médecine, en chirurgie, en psychiatrie, en obstétrique, en pédiatrie, etc. Il est sûr que les stages, pour les résidents en médecine familiale, ne doivent pas être les mêmes que pour les résidents dans des programmes de spécialisation. Et c'est là qu'il faut être vigilant. À ce moment-là, le résident en médecine familiale n'est pas deuxième ou troisième violon, il est là en fonction des objectifs précis du programme.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et il est tout aussi prêt à réagir lorsqu'il sort. Vous ne me direz pas qu'ils ne sont pas bien préparés quand ils sortent de chez vous, après ce que je vous ai dit tantôt sur l'excellence. Évidemment, mais, ayant été sur le terrain et c'est l'opinion d'un médecin qui m'a été véhiculée au moment où j'y suis allé, ça m'Interpellait. Je trouvais en tout cas que ça avait peut-être un petit peu de bon sens, si tu es troisième ou quatrième violon, mais vous me dites que ce n'est pas le cas. C'est que, par la rotation des stages, on finit par en sortir tout aussi prêt à passer à l'action que si c'était dans un petit hôpital.

**M. Potvin:** Je crois. D'autant plus que, même durant leur période de formation, les résidents en médecine familiale doivent aller aussi en région et être exposés à la pratique générale en région, sous supervision.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci. À la page 5 de votre mémoire, dernier paragraphe, dans l'avant-dernière phrase, vous dites: "Chaque année, et malgré les effets bénéfiques pour un établissement de la présence de stagiaires, nous éprouvons des difficultés à trouver des places de stages pour former adéquatement nos étudiants". Évidemment, ça se relie à ce que vous avez évoqué au niveau de l'article 34 en termes de changement, que ce ne soit pas uniquement au niveau de médecine. Hier soir, on avait des représentants - jusqu'au 13 mars, ai-je compris - des représentants de l'Université Laval responsables de l'enseignement en soins infirmiers. Ce que j'ai compris, c'est qu'elles nous ont dit qu'elles éprouvaient énormément de difficulté à trouver des endroits pour être capables de faire faire les stages. C'est quoi? Qu'est-ce qui fait que vous avez de la difficulté à trouver ces endroits? Si c'est vrai pour les soins infirmiers, j'imagine que c'est vrai pour les autres. Et qu'est-ce que ça changerait que de le mettre dans la loi, mettre au même titre que les médecins? Est-ce que ça changerait ça ou si c'est autre chose?

**M. Méthot:** Je pense que Mme Grisé peut commenter ce point.

**Mme Grisé (Line):** Merci. La formation professionnelle, ça se fait, bien sûr, toujours dans un milieu professionnel et on a besoin d'avoir des établissements où on puisse faire faire des stages et où les étudiants aient accès à la clientèle. On est un petit peu en compétition dans certaines disciplines, notamment en sciences infirmières, avec ce qui se passe avec les cégeps. Les cégeps mettent beaucoup plus d'argent pour l'encadrement et la supervision des stagiaires dans les milieux hospitaliers que ne peut en mettre l'université. Ce sont des modèles de financement différents et ce sont des modèles de supervision différents.

A vrai dire, dans le réseau des universités, on a commencé à avoir de la difficulté, lorsqu'une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé aux établissements de facturer l'université pour les coûts directs de la présence des stagiaires dans leur milieu. Ça ne se faisait pas avant. C'est le cadre de partage, là, MAS-MEQ, le fameux transfert MAS-MEQ, qui a couvert la médecine et qui en même temps s'est répercuté sur d'autres disciplines.

(17 h 15)

**M. Côté (Charlesbourg):** On m'a conté ça, j'en apprends, moi, tous les jours en commission parlementaire, je trouve ça intéressant. Ça, ce sont nos 9 000 000 $, qui sont devenus 14 000 000 $, qui ont été transférés au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science...

**Mme Grisé: Ce...**

**M. Côté (Charlesbourg):** ...et qui doivent servir à la formation. Mais est-ce que, dans ces cas-là, les universités ajoutent leur propre argent au-delà de ces sommes-là? C'est ça qui est important, comme question, sinon, si vous travaillez uniquement avec notre argent, je comprends que vous ayez des difficultés, mais si vous en mettez un petit peu, ça doit probable-

ment améliorer votre sort d'autant.

**Mme Grisé:** Les montants du transfert couvraient principalement l'enseignement en médecine et en médecine dentaire. Il n'y avait pas de financement spécifique pour les autres disciplines. L'Université Laval met cette année 1 200 000 $ pour les stages dans le réseau de la santé et des services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et ça, à autre que médecins et dentistes?

**Mme Grisé:** C'est bien ça.

M. **Côté (Charlesbourg):** 1 200 000 $. Et ça prendrait quoi? Finalement, je comprends que c'est une question d'argent. C'est probablement une question d'encadrement au moment où on est en institution et les institutions qui les reçoivent disent: Bien, on n'a pas d'argent, on a déjà des budgets assez restreints et vous nous imposez une charge d'encadrement qui coûte assez cher. Est-ce que c'est uniquement ça?

**Mme Grisé:** C'est principalement ça dans certains secteurs spécifiques, notamment du côté des sciences infirmières. Par exemple, les modèles de supervision. Les stages ne durent quand môme que 15 semaines dans un programme de formation et, à partir du moment où une infirmière doit être libérée à plein temps pour superviser trois stagiaires, c'est bien sûr qu'on arrive à des coûts qui sont supérieurs à la capacité. Dans d'autres disciplines, on arrive à organiser l'encadrement avec des ratios un peu différents, ce qui fait que les montants mis par l'université, sur la base d'un per diem, peuvent être satisfaisants, mais on n'y arrive pas parce que c'est le mode d'encadrement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vais intervenir auprès de M. Ryan, parce que, moi, j'ai l'impression que c'est davantage de chez lui que ça doit venir, sur le plan de l'argent, que du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce sont des questions dont j'aurai à discuter avec lui très prochainement.

Je veux me permettre une dernière petite question, parce qu'on me signale que mon temps est presque terminé et, si c'est terminé, je ne pourrai pas la poser.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous l'évoquez dans votre mémoire, et vous n'êtes pas les seuls du monde universitaire à souhaiter la participation aux conseils d'administration, que ce soit d'établissements, que ce soit de régies régionales, qu'il y ait cette participation. Compte tenu de l'interrelation de l'enseignement et des établissements, l'inverse pourrait-il être vrai?

**M. Méthot:** C'est une bonne question. Évidemment, il faudrait que je réponde ici au nom du recteur.

Je pense que vous savez que nous avons un projet de conseil d'administration à l'Université Laval aussi, qui n'est pas encore en place, mais il est possible d'avoir au conseil d'administration de l'université, J'imagine, un jour ou l'autre, des représentants du milieu. Ce n'est sûrement pas impossible.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non pas seulement du milieu. Là, on est dans des fonctions plus spécifiques, parce que ce que vous visez par votre présence aux conseils d'administration, c'est qu'on tienne davantage compte de votre rôle de formateur et ça, ça me paraît important comme message. Alors, à l'inverse, est-ce que le réseau, lui, pourrait espérer avoir en retour au conseil d'administration de l'université des représentants qui, eux aussi, pourraient influencer l'université quant aux fonctions spécifiques du réseau?

**M. Méthot:** Très bonne question. Le Dr Potvln va compléter la réponse.

**M. Potvln:** Je ne voudrais pas répondre pour le recteur en ce qui concerne le conseil de l'université, mais je voudrais dire que l'université ne s'est pas tenue à l'écart ou n'a pas tenu à l'écart les personnes... Par exemple, il y a une table de concertation où sont regroupés les directeurs généraux des hôpitaux affiliés et l'université, mais on a demandé aussi au directeur général du CRSSS d'être présent.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais si J'applique votre logique, ce serait peut-être suffisant pour nos établissements aussi et ne pas avoir nécessairement quelqu'un au conseil d'administration.

**M. Potvln:** Mais H y est de plein droit, le directeur général.

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

**M. Potvln:** Moi, j'étais pour ajouter: On l'a impliqué autrement. Il a fait partie du comité de consultation pour la nomination du doyen. Vous voyez qu'on n'a pas peur de l'impliquer dans le fonctionnement universitaire.

**M.** Côté **(Charlesbourg):** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Joly):** Merci. M. le ministre. Maintenant, je reconnais Mme la députée de Marie-Victorin.

**Mme Vermette:** Oui. Alors, votre mémoire

est très intéressant, d'autant plus que vous avez un apport assez important au sujet de la formation et que, actuellement, on essaie d'apporter, en tout cas, un changement au niveau des mentalités en ce qui concerne les comportements en pratique médicale dans notre société québécoise. Comme on n'a pas encore de politique en matière de santé, mais plutôt un avant-projet qui touche plus aux structures, ma question est à l'effet de la formation.

Il faut de plus en plus mettre l'accent sur la prévention. Très souvent, on soulève le fait que nos universitaires ne sont pas nécessairement, ou que les gens qui sortent des différentes facultés, notamment des facultés qui donnent des soins de santé - on fait bien la différence entre formation médicale et soins de santé - ne sont pas nécessairement dirigés vers la prévention et ne reçoivent pas suffisamment de cours en fonction de la prévention. Vous n'en faites pas du tout mention ici dans votre mémoire, mais est-ce que vous y croyez, parce que actuellement, vous demandez beaucoup de représentation à plusieurs CAE justement, alors que cette réalité-là devrait prendre forme au niveau de la formation des gens chez vous, dans vos universités?

**Le Président (M.** Joly): Dr Potvin.

**M. Potvin:** L'enseignement de la prévention, c'est difficile parce que c'est un enseignement d'attitudes et non pas de connaissances. Il est beaucoup plus difficile d'enseigner des attitudes ou des comportements que des connaissances, ça va de soi. Et c'est beaucoup plus les modèles qu'on peut présenter aux étudiants qui ont des chances de modifier leur façon d'agir. Il y a des éléments... Il n'y a donc pas encore d'identifiés des éléments, je dirais, pédagogiques ou de cours intitulés Prévention, mais cette préoccupation est présente. En ce qui concerne la médecine, dans le programme de médecine même, il y a un stage de médecine sociale et préventive où tous les étudiants, de façon obligatoire, sont exposés aux différents aspects de la prévention. On retrouve ça aussi dans les autres programmes des sciences de la santé. Ce n'est pas uniquement en médecine.

**Mme Vermette:** Justement, on dit que l'accent est là de plus en plus. Il faut travailler au niveau des comportements et il y a de nouvelles orientations, notamment il y a différentes... Mais il y a très peu d'heures sur différents besoins de maintenant qui sont de plus en plus Importants dans notre société, notamment au niveau de la formation médicale. En ce qui concerne la toxicomanie, qui s'en vient de plus en plus un fléau, on nous dit qu'il y a en fait très peu de gens qui sont formés pour remédier de plus en plus à ce problème qui est très fort, et que ce soit à tous les niveaux... Ça pourrait être aussi le nursing qui pourrait avoir un rôle très important. Que ce soit au niveau de l'approche gériatrique, que ce soit en médecine du travail, en ergonomie, en fait, ce sont des besoins d'une nouvelle société et, justement, la formation colle très peu aux nouveaux besoins de notre société. Là, j'imagine que vous devez avoir un rôle très important et qu'il devra y avoir au moins - vous vous êtes penchés là-dessus - quelque chose pour faire prévaloir, notamment - je comprends que ça ne s'enseigne pas comme tel la prévention - mais tout de même de développer au niveau de vos universitaires une pensée ou un réflexe de prévention dans tous ces domaines qui sont de plus en plus importants.

D'autre part, vous demandez - parce que ça me le rappelle - d'avoir des centres d'excellence avec les départements de santé communautaire. Vous demandez là-dessus que le milieu universitaire, de plus en plus, en tout cas au niveau de la recherche, participe un petit peu plus à tout ce qui se passe au niveau des départements de santé communautaire. Est-ce qu'il n'y a aucun lien qui existe à l'heure actuelle avec les départements?

M. Potvin: Oh non, non. Il y en a beaucoup.

Mme Vermette: Il y en a?

M. Potvin: Pour la formation des étudiants, pour des travaux de recherche, il y a plusieurs personnes qui ont des engagements à temps partiel dans un DSC et à temps partiel à l'université, principalement au département de médecine sociale et préventive. Il y a une interaction très suivie.

**Mme Vermette:** Alors, ce que vous demandez actuellement, c'est que les centres communautaires relèvent des universités plutôt que de relever des systèmes de santé et des services sociaux?

**Mme** Grisé: J'aurais une intervention là-dessus. Ce n'est pas l'objet de ce commentaire dans le mémoire. C'est qu'à partir du moment où on veut désigner certains départements de santé communautaire comme des centres d'excellence, compte tenu aussi des sujets spécifiques qu'auront à aborder ces départements de santé communautaire et des relations déjà très nombreuses qui existent entre les universités et les départements de santé communautaire, notamment en matière de recherche et de développement, justement, de la contribution au développement de certaines expertises dans les départements de santé communautaire et de l'aspect multi et interdisciplinaire, on souhaite être associés, garder cette association-là et la développer pour les éventuels DSC qui deviendraient des centres

d'excellence. Il y a déjà énormément de collaboration. Il y a plusieurs de nos professeurs qui sont à la fois membres de l'université et membres de certains DSC.

**Mme Vermette:** Vous voulez maintenir vos liens privilégiés et même les développer.

**Mme Grisé:** Et même les développer.

**Mme Vermette:** D'accord. Alors, vous demandez aussi beaucoup plus de représentations aux CA, à plusieurs et à différents niveaux. En fait, je sais que vous êtes déjà aux conseils d'administration des CSS, je veux dire des centres régionaux. Maintenant vous demandez, je pense bien, là-dedans d'être davantage à plusieurs instances. En tout cas, ça commence au niveau de l'institution, si j'ai bien compris, votre représentation, jusqu'aux différents niveaux de paliers après. Est-ce que c'est ça que vous faites comme mention?

**M. Méthot:** Non, principalement aux conseils d'administration, définitivement, mais pas tellement à d'autres niveaux.

M. **Potvin:** Non, c'est dans les structures qui sont en relation avec les activités universitaires d'enseignement et de recherche.

**Mme Vermette:** C'est uniquement dans les hôpitaux universitaires que vous voulez participer au niveau des conseils d'administration, indépendamment des régies régionales. Ce serait en plus?

**M. Potvin:** Oui.

**Mme Vermette:** Merci.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci beaucoup de votre participation. Je n'enlève rien à ce que j'ai dit au début. On le pense et on en est très fier. Continuez votre excellent travail.

**M. Méthot:** Merci de nous avoir reçus.

**Le Président (M. Joly):** Madame, messieurs, merci d'avoir été présents. Je demanderais maintenant aux gens représentant le Comité mixte pour l'établissement d'une instance régionale de la santé et des services sociaux dans la région 11 (Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine) de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Alors bonjour. Bienvenue à cette commission. J'apprécierais si la personne responsable du groupe pouvait s'identifier et nous identifier aussi les gens qui l'accompagnent. J'ai seulement ici deux noms sur la liste de l'enregistrement officiel.

**Comité mixte pour l'établissement d'une instance régionale de la santé et des services sociaux dans la région 11 (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine)**

**M.** Poirier **(Jean-Guy):** Alors à mon extrême gauche, M. Robert Bélanger, président du centre hospitalier de Gaspé, du conseil d'administration. À ma gauche immédiate, M. Arthur Bélanger, directeur général du centre d'accueil de la Baie à New-Carlisle, et à ma droite un autre M. Arthur Bélanger, celui-ci est une personne-ressource qui a travaillé à la rédaction du mémoire. Mon nom est Jean-Guy Poirier. Aujourd'hui je suis ici comme président du Comité mixte pour la mise en place d'une instance régionale dans la région Gaspésie - les Îles.

**Le Président (M. Joly):** Vous connaissez la procédure. On vous donne une dizaine de minutes pour nous faire un résumé, disons, de votre mémoire, et par après, eh bien, les deux formations se réservent le privilège de vous poser quelques questions.

**M. Poirier:** Merci, M. le Président, M. le ministre. Dix minutes vont être amplement suffisantes et j'ai deux bonnes raisons. La première, j'ai une extinction de voix, comme par hasard c'est arrivé hier soir, et M. le ministre connaît très bien notre région ainsi que M. Beaudin qui siège ici à la table.

Alors, le présent mémoire revendique l'établissement d'une instance régionale de la santé et des services sociaux dans la nouvelle région administrative de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, la région 11. Cette revendication s'appuie sur les arguments suivants: Le principe de la décentralisation pour fins d'efficacité administrative a déjà été reconnu de façon assez évidente par le gouvernement du Québec. De nouvelles régions administratives, dont une en Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine ont été décrétées, suite aux revendications des populations concernées. La commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, la commission Rochon, a soulevé l'importance d'un pouvoir réel décentralisé à des instances régionales qui collent à la population. Les orientations ministérielles déposées en avril 1989 par la ministre de la Santé et des Services sociaux favorisent l'attribution de pouvoirs étendus aux instances régionales qui devraient éventuellement équiper toutes les régions administratives du Québec. Le gigantisme du territoire, présentement couvert par l'actuel CSS-01, peut être la source d'importants problèmes, particulièrement pour notre partie du territoire. Par conséquent, nous demandons que soit respectée la division naturelle de celle-ci en deux entités distinctes, pour représenter respectivement les parties ouest et est du territoire dans le domaine très important des services sociaux et de la san-

té.
(17 h 30)

La présente démarche fait suite au projet qui **fut présenté** en 1988 dans le cadre de la conférence socio-économique de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Elle fut amorcée au printemps de 1989 alors que les directeurs généraux des établissements de la santé et des services sociaux de la région décidaient, lors d'un colloque tenu à cet effet, de mandater un comité de travail qui aurait pour tâche de monter le dossier de revendications et de préparer un colloque pour sanctionner ce dossier et lui donner une assise publique. Nous demandons donc aux autorités gouvernementales d'implanter dans notre nouvelle région administrative une instance régionale, éventuellement une régie, dans le domaine de la santé et des services sociaux et nous voulons par cette intervention exposer les motifs qui, à notre avis, Justifient et nécessitent une action dans le sens où nous le demandons, et cela dans les meilleurs délais.

Il nous apparaît nécessaire de noter aussi la distinction importante qu'il faut faire entre la population de la région 11 et celle de la région 01 quant à ses origines. Vous avez à l'intérieur du mémoire des tableaux qui justifient ce paragraphe. Cet aspect statistique de la population distingue bien notre région du reste de la région 01 et il dégage l'existence d'une complexité administrative qu'on ne retrouve pas dans l'autre partie du territoire dont la population est beaucoup plus homogène. De plus, des conditions économiques distinctes ont façonné une population différente de celle de l'autre portion du territoire de la région 01 qui a pris conscience qu'elle peut prendre en main et maîtriser certains leviers de son développement économique et de son mieux-être.

La situation du CSSS après le redécoupage des régions. Il nous apparaît opportun de noter Ici quelques éléments du contexte régional qui sont fondamentalement changés depuis l'adoption des décrets 1153-85 et 2513-85 créant deux nouvelles régions, soit celle de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine et celle du Bas-Saint-Laurent. Ainsi, la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine regroupe six MRC alors que la région du Bas-Saint-Laurent en englobe huit. La création de la région administrative du Bas-Saint-Laurent amène dans le secteur de la santé et des services sociaux quatre nouvelles MRC à savoir Les Basques, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Kamouraska. Ces dernières étaient, avant les décrets 1153-85 et 2513-85, rattachées à la région administrative de Québec, région 03. On y retrouve 23 établissements pour un budget global d'opération d'environ 57 000 000 $ en 1986. Le nouveau découpage territorial signifie pour le CSSS-01 un territoire qui s'étend de Sainte-Anne-de-la-Pocatière aux Îles-de-la-Madeleine sur une longueur de plus de 600 kilomètres. Cela représente 62 établissements et accapare 282 000 000 $ du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces éléments sont, à notre avis, assez significatifs pour qu'on pense qu'il ne soit pas vraiment réaliste qu'un seul conseil régional puisse administrer ces deux régions dont l'étendue du territoire représente presque la moitié du territoire habité du Québec. Les difficultés de communication dues à ce facteur sont de nature, selon nous, à noyer les réels besoins de la population de notre région dans le grand ensemble ainsi constitué. Nous croyons qu'en ce qui concerne la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine l'idée de décentralisation telle que préconisée ne pourra être vraiment efficace ici que si une nouvelle instance régionale Identifiée à la région 11 est mise sur pied.

En conclusion, notre démarche de revendication d'une instance régionale dans le domaine de la santé et des services sociaux s'appuie sur différents arguments. Le principe de la décentralisation, pour fins d'efficacité administrative, a déjà été reconnu de façon assez évidente par le gouvernement du Québec. De nouvelles régions administratives, dont une en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, ont été décrétées suite aux revendications des populations concernées. La commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, la commission Rochon, a soulevé l'importance d'un pouvoir réel décentralisé à des Instances régionales qui collent à la population. Les orientations ministérielles déposées en avril 1989 par la ministre de la Santé et des Services sociaux favorisent l'attribution de pouvoirs étendus aux instances régionales qui devraient éventuellement équiper toutes les réglons administratives du Québec.

En terminant, M. le ministre, nous pensons que, suite à la mise en place de notre nouvelle région, les Gaspésiens ont toujours été fiers de vouloir s'administrer eux-mêmes et je pense que c'est beaucoup plus efficace que les services soient gérés chez nous qu'ils soient gérés par des instances qui ne sont pas de chez nous. Je vous remercie beaucoup.

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

M. **Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Mon président me disait tantôt: Ce sont des gens qui viennent de loin, il faut leur réserver tout le temps qu'il faut pour être capables de s'exprimer. Comme mon président vient de Laval, c'est un gars qui est respectueux des gens des régions. Je lui ai dit: Je les connais très bien pour avoir vécu là-bas, pour avoir échangé avec eux à plusieurs reprises et pour connaître moi-même la distinction fondamentale entre la Gaspésie et le Bas-Saint-Laurent, parce qu'il y en a une. Elle est très claire. Comme

j'ai été celui qui, en décembre 1987, a fait reconnaître des régions distinctes, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, je me verrais très mal, comme ministre de la Santé et des Services sociaux, en train de recommander au gouvernement du Québec autre chose que de doter les seize régions du Québec d'instances propres à chacune de ces seize régions-là.

Ce que je peux vous dire, je n'aurai probablement pas besoin de vous poser de questions, c'est que quant à moi, comme ministre, mon lit est déjà fait. Je ferai donc la recommandation au gouvernement de reconnaître une entité distincte et propre à chacune des seize régions du Québec. Je ne peux pas aujourd'hui m'engager au nom du gouvernement. Je m'engage au nom du ministre, qui a la responsabilité de la réforme, à faire cette recommandation au niveau du gouvernement et à faire en sorte que je puisse faire tout ce qui est humainement possible, quant à l'exploitation des petits talents que le bon Dieu m'a donnés, pour être capable de convaincre le gouvernement que c'est une nécessité, que ça doit être ça.

Donc, oui, ça a du bon sens, votre demande, du point de vue du ministre de la Santé et des Services sociaux et il va travailler dans ce sens. Il va recommander cela au gouvernement et, si jamais il avait besoin de support pour le convaincre, je traînerai très près de moi le mémoire et j'en ferai la distribution à mes collègues du Conseil des ministres qui devront appuyer cette propositon.

M. Poirier: Avant que mes confrères prennent la parole, M. le ministre, je suis très heureux de la réponse que vous me donnez. Et, à moins que M. le ministre ne change sa façon de travailler après qu'on va s'être quittés, je suis très optimiste.

Le **Président** (M. **Joly):** Merci, M. Poirier. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter? Je pense qu'avec une bonne nouvelle comme ça, j'imagine que vous n'êtes pas venus ici pour rien. Est-ce que Mme la députée de Marie-Victorin a des choses à ajouter?

**Mme Vermette:** En fait, si je comprends bien, c'est le temps de sortir les fleurs et les trompettes, mais je pense qu'on est tous d'accord avec vos recommandations à l'effet que vous avez besoin, vous autres aussi, d'avoir cette reconnaissance pour votre région et d'autant plus de voir à votre propre gestion et à l'organisation, surtout au niveau des systèmes de santé et socio-sanitaires aussi. Je pense que c'est très important. Effectivement, c'est très légitime ce que vous demandez à l'heure actuelle. J'en conviens avec le ministre et je trouve ça tout à fait bien de voir que le ministre est d'accord. Je pense qu'on est tout le temps d'accord pour... Tout le monde est vertueux, nous sommes tous pour la vertu. Maintenant, c'est toujours de savoir comment nous allons pratiquer la vertu qui est important et de voir la concrétisation, en fait, de tous ces gestes.

J'ose espérer que, quant à vous, pour votre région, ça sera dans les plus brefs délais. Que ça ne sera pas au terme d'une autre période indéterminée.

**Le Président (M. Joly):** Merci, Mme la députée. Je pense qu'il y a un des monsieurs Bélanger qui avait quelque chose à ajouter.

**M. Bélanger (Arthur, d. g. ): Rapidement,** je voudrais, à mon tour, remercier le ministre. Même si une excellente réponse est déjà donnée, je voulais insister sur la grandeur du territoire, bien sûr - on n'insiste jamais assez - et également sur le fait qu'avec un CRSSS en **Gaspésie** on peut présumer que des Gaspésiens et des Gaspésiennes fort bien formés éprouveront beaucoup de plaisir à travailler pour la population via ce CRSSS. Par ce fait, on **n'assistera** pas aux exodes que nous déplorons si souvent vers les grandes villes. Je donne l'exemple de médecins, sans vouloir entrer dans leur vie mais les faits sont là, qui ont beaucoup de difficulté à troquer la Place Laurier et la Place des Arts contre l'air pur de la Gaspésie.

En terminant, comme vous le dites vous-même, M. Côté, avec beaucoup d'humilité, avec les petits talents dont le Seigneur vous a gratifié, j'émets le voeu que la décision qui **est** déjà prise prendra effet dans les plus brefs délais.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je me souviens du Sommet de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. On parlait de Gaspésiens et de Gaspésiennes, mais on parlait aussi de Madelinots.

**M. Bélanger (Arthur, d. g. ):** Je vous remercie de me rappeler à l'ordre. Vous avez bien fait Je l'ajoute parce que...

**M. Côté (Charlesbourg):** J'ai bien pris ma leçon, hein?

**M. Bélanger (Arthur, d. g. ):** Vous avez bien compris. Alors, J'ajoute les Madelinots, bien **sûr,** c'est un lapsus.

**Le Président (M. Joly):** L'autre M. Bélanger, si vous avez quelque chose à dire, je ne **voudrais** pas que vous partiez sans avoir dit ce **que** vous aviez à dire.

**M. Bélanger (Arthur, personne-ressource):** Alors, je m'adresse aussi à M. le **ministre. Au** nom de mes confrères qui l'ont bien **dit et aussi** au nom des Gaspésiens et Madelinots, **je pense** qu'on peut rendre hommage au **réglonallste que** nous avons comme ministre. Il y a **une autre** remarque que je voudrais ajouter **au dossier.**

Pour nous, on considère qu'il serait Important que ça: se fasse assez vite, parce que c'est sûr, au niveau des structures administratives, que la structure actuelle a tendance à s'enrichir pour desservir l'ensemble de la population. Je crois que, à un moment donné, ça devient un handicap pour décentraliser. C'est le point que je voulais ajouter, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je comprends, c'est que vous voulez qu'on fasse, pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, ce qu'on a fait pour la région Chaudière-Appalaches. Est-ce que c'est ce que vous voulez?

**M. Bélanger (Arthur, personne-ressource):** Je ne suis pas au courant pour Chaudière-Appalaches.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non? O. K.

**M. Bélanger (Arthur, d. g. ):** Ça serait une excellente suggestion, M. le ministre, avec le budget y attaché.

**M. Côté (Charlesbourg):** Bien sûrl Evidemment, on se parle toujours de piastres et de cennes. Il faut que le reste suive, cela m'apparaît très évident. Si vous êtes aussi raisonnables que les gens de Chaudière-Appalaches quant à leur demande financière pour commencer à démarrer un exercice, je ne suis pas nécessairement contre, en autant que - et là, ça s'adresse au préfet - vous laissiez au ministre le soin de dire où ça va s'installer.

**Le Président (M. Joly):** M. Poirier, est-ce que vous avez des choses à dire?

**M. Poirier:** M. le ministre, soyez assuré que vous avez toute ma collaboration. J'ajouterai qu'on est encore dans un litige, écoutez. Alors, on va "briffer" ça.

**M. Bélanger (Arthur, d. g. ): M.** le ministre, moi, je laisse le site au préfet, mais je me permets de vous dire, au nom de mes confrères de la santé et des services sociaux de la Gaspésie, que les mêmes conditions que vous avez bien voulu accorder aux Appalaches, pour leur permettre de travailler à l'implantation d'une instance régionale, nous satisferaient amplement.

**Le Président (M. Joly):** Merci. Moi, je viens de me faire confirmer, encore une fois, qu'avoir un esprit régionaliste, c'est avoir un esprit de justice.

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Définitivement, M. le Président. Je le pense et que ça vienne d'un gars de la grande ville, je trouve ça extraordinaire comme affirmation. C'est la reconnaissance que, effectivement, l'équité peut, à l'occasion, s'appliquer aux régions.

**Mme Vermette:** C'est peut-être parce que vous n'étiez pas au Sommet de la Montérégie. C'est peut-être pour ça qu'on a eu des problèmes.

**M. Côté (Charlesbourg):** Peut-être. Alors, évidemment, on reprendra contact pour la mécanique de reconnaissance. Évidemment, ça doit se faire un peu comme ça s'est fait pour Chaudière-Appalaches avec le CRSSS de la région de Québec, en parfaite collaboration et harmonie avec le CRSSS du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Bon voyage de retour.

**Le Président (M. Joly):** Alors, au nom des membres de cette commission, je vous remercie d'avoir été présents.

**M. Poirier:** Je vous remercie aussi et je vous félicite d'être capables de garder le sourire après tant de jours et avoir écouté tant d'histoires. Je vous félicite.

**Le Président (M. Joly):** Au plaisir. Merci. Je demanderais maintenant aux gens représentant Centraide Montréal de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Bonjour, messieurs, et bienvenue à cette commission. Vous savez que vous avez une dizaine de minutes ou à peu près pour présenter votre mémoire et, par après, les deux formations se réservent le privilège de vous poser quelques questions. J'apprécierais si la personne responsable du groupe pouvait s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent.

**M. Lessard (Jean):** Je vous remercie, M. le Président. Je m'appelle Jean Lessard et je suis le P. -D. G. de Centraide Montréal. A ma droite, Michel Giroux, directeur général adjoint et directeur des services à la communauté; et, à ma gauche, Jean-Guy Bissonnette, directeur de la recherche sociale.

(17 h 45)

**Le Président (M. Joly):** Vous avez le temps qu'il vous faut, M. Lessard.

### Centraide Montréal

**M. Lessard:** Je vous remercie beaucoup, M. le Président, M. le ministre. Nous vous avons fait parvenir un document dans lequel il y a un certain nombre de questions et de recommandations. J'aimerais attirer votre attention sur certains points, à la fois sur ceux qui sont dans le document et sur certains qui ne sont pas dans le document. L'une des questions importantes qui est posée par le projet de loi est l'identification

même des organismes bénévoles et communautaires. Nous sommes satisfaits que le ministre, dans l'avant-projet de loi, reconnaisse l'existence des organismes bénévoles et communautaires et veuille les financer. Je pense qu'il s'agit là d'une décision importante. Cependant, dans les articles 228 à 233, il y a une tentative de vouloir définir d'une façon trop rigide les organismes bénévoles et communautaires. Parler des usagers ou parler du milieu, il y a un certain nombre d'organismes qui n'entrent pas dans ces définitions. Peut-être qu'il serait souhaitable que l'ensemble de ces articles soit remplacé par un seul qui dirait que le ministre peut financer un organisme bénévole et communautaire *ou* que le ministre ou un établissement régional peut financer un organisme bénévole et communautaire, et tout simplement le faire de cette façon.

Au-delà de ça, il y a une question qui nous apparaît fort importante, c'est celle de la régionalisation. Nous avons compris à partir de certaines déclarations que l'on s'en va vers la régionalisation, mais la régionalisation pose une autre question qui est celle de la décentralisation. Est-ce que l'on veut parler de décentralisation à la fois des politiques et de l'application des politiques? Ou est-ce qu'on pense que les politiques doivent être centralisées à Québec et l'application des politiques décentralisée au niveau des régions? Il y a là une question à laquelle on ne répond pas, à notre avis et je pense que, si on répond à cette question, on pose en même temps le problème de la péréquation des ressources entre les diverses régions. Je pense qu'à cet égard, il faut souligner que le monde bénévole et communautaire est quelque peu différent des autres programmes et services ou des autres secteurs d'activité qui sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Je me réfère d'une façon toute particulière à un certain nombre de choses, de facteurs, qui prennent une importance de plus en plus grande au fur et à mesure que l'on part de la province pour se retrouver au centre de Montréal.

Sans vouloir, évidemment, caricaturer, je pense que les sans-abri, on les retrouve à peu près tous à Montréal, quelques-uns à Québec maintenant, enfin... Quand on pense aux personnes âgées, nous avons, toutes proportions gardées, plus de personnes âgées dans la région métropolitaine de Montréal. Si on pense au nombre de chefs de famille monoparentale, c'est-à-dire aux femmes chefs de famille monoparentale, plus on s'approche du centre-ville de Montréal, plus ce nombre est significatif et important. Si on regarde le taux de divorce, le taux de divorce est du double à Montréal par rapport à l'ensemble de la province. Je pourrais évidemment vous énumérer toute une série de facteurs, mais je pense que l'un des éléments les plus importants, au niveau de la répartition des ressources, c'est d'être capable de tenir compte d'une région qui est tout à fait particulière par rapport aux autres.

Le problème de la régionalisation accompagnée d'une décentralisation qui, je pense, devrait être beaucoup plus décentralisée, c'est-à-dire à la fois les politiques et les ressources, l'application des politiques et les ressources, je pense qu'à ce moment-là le problème de la péréquation devient un problème fort important. Il est vrai qu'au niveau des régions, en principe, les gens sont plus près des besoins, sont capables de les évaluer et de trouver les réponses les plus appropriées. Mais, de la façon dont le projet de loi est préparé, cette question n'a pas de réponse. M. le ministre, nous aimerions qu'il y ait réponse à cette question.

Par ailleurs, nous avons indiqué, et c'est dans le document d'une façon tout à fait précise, que nous avons à Centraide Montréal une expertise toute particulière dans le financement des organismes bénévoles et communautaires et nous avons dit que nous étions prêts à discuter avec les instances appropriées de l'ensemble des politiques et des modalités d'application de ces politiques.

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

**M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Je** pense que la réputation de Centraide au niveau des organismes communautaires et bénévoles n'est plus à faire. Elle est très largement connue. Il s'agit d'être député pour recevoir à l'occasion des organismes ou des groupes qui sont supportés par Centraide et pour s'apercevoir du rayonnement qu'il peut avoir et de la complémentarité qu'il peut avoir avec un réseau, le réseau de la santé. Effectivement, la régionalisation va signifier beaucoup de pouvoirs au niveau de la région, beaucoup de devoirs aussi au niveau de la région. L'un des problèmes du système d'aujourd'hui, c'est que les CRSSS ont certains pouvoirs, mais que tous les établissements, tous les intervenants peuvent passer par-dessus le CRSSS et venir faire leur revendication à Québec auprès des hautes Instances, y incluant le ministre quand on parle de hautes instances. J'ai dit y incluant, parce qu'il n'est pas tout seul. Il y en a d'autres dans les hautes instances qui peuvent aussi être sollicités. L'idée est d'arrêter ces pèlerinages et de faire en sorte qu'l puisse y avoir le plus de décisions possible au niveau de la région, donc, de la régie régionale. Le ministère ne s'évacue pas lui-même du champ. Le ministère va demeurer le responsable de la politique de santé avec les objectifs à atteindre sur le plan national et, par conséquent aussi sur le plan régional, laissant à chacune des régions, une fois le budget transféré en tenant compte d'un per capita, bien sûr, laissant aux régies régionales le soin de planifier, d'organiser, de dispenser les services.

Le problème spécifique du communautaire a été abordé, puisqu'à peu près tous les groupes **communautaires** nous ont demandé ou nous **exprimaient leur** crainte quant à un budget de subvention aux organismes communautaires et bénévoles qui serait entre les mains d'une régie régionale et qui pourrait être englouti dans le reste, compte tenu du rapport de forces que pourraient avoir les bénévoles et les organismes communautaires dans une région ou qu'ils pourraient très rapidement disparaître sous le poids des CHU au niveau de la région de Montréal avec tout ce que ça comporte comme problèmes. Donc, ce que nous avons dit en cours de commission, c'est que nous allions, dans la mesure où on le faisait, protéger le budget dédié aux organismes communautaires de telle sorte que, si on devait transférer demain matin pour la région de Montréal 20 000 000 $, disons que ce sont 20 000 000 $, pour les organismes communautaires, on va les transférer, mais en s'assurant que les 20 000 000 $ sont en totalité donnés aux organismes communautaires. Et c'est un peu la mécanique dans laquelle on voulait fonctionner. Ce que je comprends, c'est que vous allez plus loin, vous. Vous nous dites péréquation, compte tenu du plus grand nombre par rapport aux ratios au niveau du Québec, du plus grand nombre, bon, d'itinérants ou d'un vieillissement plus important au niveau de l'île de Montréal, de personnes âgées donc, des problèmes un peu plus importants à solutionner. C'était dans cet esprit-là. Je ne sais pas si ça répond à votre interrogation ou si vous voulez en savoir davantage. Je peux tenter de vous répondre.

**M. Lessard:** Non, je pense, M. le ministre, que c'était une de nos interrogations fort importantes et ce n'est peut-être pas par hasard que Centraide dans la région de Montréal ramasse 21 000 000 $ et quelque chose et que les 16 autres Centraide du Québec ramassent 10 000 000 $. Cela ne traduit pas uniquement un effort de levée de fonds, il traduit aussi des besoins qui sont beaucoup plus significatifs au Fur et à mesure qu'on arrive au centre de la métropole. Non seulement des problèmes qui sont plus importants, plus significatifs, mais aussi certains problèmes qui y apparaissent presque uniquement. Je ne veux pas dire que l'arrivée des communautés culturelles nouvelles est un problème en soi, mais cependant ça représente un défi tout particulier pour une région comme Montréal puisque 95 % des nouvelles communautés culturelles s'y retrouvent. Bon, évidemment, les sans-abri sont une clientèle toute particulière, je pense. Pas besoin de faire de dessin sur cette question.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, c'est un principe d'équité, et ça m'apparaît très Important. On l'entend beaucoup au niveau des régions dans d'autres domaines. Il faut, bien sûr, qu'au niveau des organismes communautaires, compte tenu de la nature même des bénévoles, compte tenu de la nature même de la composante au niveau de l'île de Montréal, qu'il y ait équité. Vous pariez de péréquation, moi je parle d'équité, mais ça peut signifier à peu près la même chose à ce niveau-là, compte tenu qu'il y aura à la base un per capita, mais qu'il faut bien sûr s'assurer qu'il n'y ait pas d'inéquité lorsqu'on fait un per capita qu'il doit nécessairement y avoir... On doit tenir compte des clientèles aussi et du phénomène. Définitivement, ce sera tenu en compte.

Je poserais peut-être une question additionnelle. Est-ce que ça vous fait peur, vous, que cette enveloppe soit décentralisée et remise entre les mains d'une régie régionale, par exemple, pour l'île de Montréal? Est-ce que ça vous fait peur?

**M. Lessard:** Ça nous pose certaines questions. Si on transfère uniquement des sommes avec un processus bureaucratique semblable, de Québec vers chacune des régions, je pense que, là, on pourrait quelque peu s'interroger. Et c'est pour cette raison qu'on propose qu'il y ait un nouveau mécanisme qui ne soit pas un des mécanismes technocratiques ou bureaucratiques normaux, qui puisse être développé au niveau de chacune des régions, mais davantage dans des régions comme celle de Montréal. Et à cet égard, vous avez déjà répondu à une question, l'enveloppe serait séparée. Nous, on croit que ça prend des mécanismes beaucoup plus souples et ça prend aussi des gens qui viennent de la communauté, pas uniquement des fonctionnaires. Et le papier, dans le cas des organismes bénévoles et communautaires, est probablement l'un des derniers éléments les plus importants. Ce n'est pas parce qu'un organisme a rempli d'une façon parfaite un document qu'on peut lui donner de l'argent. Nous-mêmes, on va voir sur place ce que les organismes font réellement et souvent il y a des organismes qui ont beaucoup de difficulté à s'exprimer par écrit, à faire de beaux papiers, mais pourtant ils ont des programmes qui sont absolument remarquables et qui rendent service à la population. Et c'est pour ça qu'on a développé des mécanismes. Alors, nous avons en permanence une quinzaine de comités de bénévoles, aidés uniquement de quelques personnes à plein temps et ce sont ces comités de bénévoles qui font les analyses, qui font les évaluations, qui font les recommandations quant à l'allocation des fonds à faire aux organismes. Et ça, ça se fait d'une façon régulière à chaque année. Et c'est un processus qui fonctionne passablement bien; on a déjà pas mal d'années d'expérience dans l'utilisation de ce processus et je pense qu'il nous permet aussi, fort bien, d'année en année, de tenir compte des besoins qui changent et de tenir compte des priorités qui doivent changer dans l'allocation des fonds.

Pour vous donner un exemple, en 1980, nous financions quelque 140 organismes. Au cours de la dernière décennie, nous en avons perdu à peu près une quarantaine pour des raisons diverses, mais dans bien des cas, soit parce que les clientèles n'étaient plus là ou parce que les programmes n'étaient plus efficaces, et on en a ajouté une centaine. Maintenant, on est rendus à 205 organismes dans la grande région de Montréal. Alors, au fond, je crois qu'on a fait la démonstration de l'efficacité de ce processus.

**M. Côté (Charlesbourg):** Un des problèmes sur lequel on a échangé avec les groupes communautaires.. Eux disaient: On veut notre autonomie. Pour des organismes communautaires, c'est très important. On ne veut pas être récupérés par le réseau - ça aussi je suis d'accord avec ça. Moi, je leur disais qu'il y avait aussi, dans ces conditions-là, l'autonomie du ministère à financer. Donc, c'était... Si vous avez l'autonomie de décider ce que vous voulez faire, il y a aussi l'autonomie du ministère de financer ou de ne pas financer. Est-ce que vous croyez que l'idée du ministère de financer des organismes communautaires qui sont en complémentarité avec la mission même du ministère est une idée qui est trop contraignante?

**M. Lessard:** Je pense qu'il y a là, M. le ministre, à la fois ce que j'appellerais une nécessité et un problème.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ha, ha, ha! Le problème est dans la nécessité.
(18 heures)

**M. Lessard:** Vous me permettrez ces deux expressions. Il y a une nécessité parce qu'il faut dire que ça prend des fonds pour faire fonctionner des organismes bénévoles et communautaires, mais, en même temps, il y a un problème. Il y a un problème qui est significatif. L'État, lorsqu'il intervient, a toujours tendance à vouloir, entre guillemets, normaliser. C'est un terme qui est bien connu. Mais L'État est aussi, en même temps, fort, gros et important et, par rapport aux organismes bénévoles et communautaires, il y a là un danger qui est fort important parce que. si l'on veut utiliser les mêmes processus que ceux que l'État utilise pour les organismes bénévoles et communautaires, je pense qu'on risque, dans plusieurs cas, de leur créer des problèmes plutôt que de les aider.

L'une des choses qu'on a dites dans notre mémoire et qui nous apparaît extrêmement importantes, c'est qu'il faut qu'il y ait plusieurs sources de financement. Il ne faudrait pas que l'État soit la première et la plus importante source de financement. Il est important que l'État finance les organismes parce que ça prend des fonds, selon des modalités qui devraient être trouvées, des modalités différentes. Et je comprends très bien le problème de l'"accouontability" ou de l'Imputabilité de l'État. Dans une vie antérieure, j'ai été du côté des fonctionnaires, je pense que vous le savez. Cependant je pense aussi qu'il est Important de souligner **que** les sommes dont on parle dans le monde bénévole et communautaire ne sont pas aussi importantes que les sommes qui vont dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Par conséquent, je pense que l'on pourrait prendre un peu plus de risques. Nous, on en prend chaque année, avec des projets de démonstration, en acceptant de nouveaux organismes sous forme de probation et on ne peut pas dire que le taux de réussite est de 100 %. Les organismes bénévoles et communautaires viennent du milieu, avec des bénévoles; la bonne volonté est toujours là, mais quelquefois, la réalisation nécessite un suivi. Mais si l'on veut que **se** développe un secteur bénévole et communautaire qui soit responsable, qui soit vraiment mature et autonome, je pense qu'il faut lui laisser un peu de corde. Il faut lui laisser de l'initiative, de l'imagination et lui laisser faire les choses comme on le fait dans d'autres secteurs sur le plan économique: faire des investissements pour permettre à ce secteur de se développer et, dans certains cas, évidemment, assumer que pour certains Investissements, le rendement va être moins significatif, moins élevé que dans d'autres cas. La prochaine décennie va être une décennie extrêmement importante pour le monde bénévole et communautaire. La façon dont l'État va décider de travailler avec le monde bénévole et communautaire va décider, en même temps, de l'avenir de ce secteur.

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, si je vous saisis bien, moins de paperasse, moins de contraintes, mais il peut quand même y avoir une certaine complémentarité.

**M. Lessard:** Certainement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Marie-Victorin.

**Mme Vermette:** Je pense que bon **nombre de** questions ont été posées, à savoir, bon, justement, comment on peut arriver à financer tous ces groupes tout en leur gardant l'autonomie et la possibilité d'avoir aussi de la créativité dans leurs organismes respectifs. Je pense que ça, c'est très Important puisque, justement, si **ces** organismes ont pignon sur rue. c'est **parce** qu'on ne peut pas donner ces services-là **à l'Intérieur** du réseau de la santé et des **services publics.** Donc, il faut leur garder une forme **de** flexibilité pour répondre, justement, à des besoins qui échappent à notre réseau de santé. Est-ce **que,** de la façon dont vous procédez à **l'heure** actuelle, vous validez, en fait, vos **grilles d'éva-**

luatlon et vous les révisez assez périodiquement pour savoir que, bon, à un moment donné, il faut prendre telle approche plutôt que telle autre dans la façon de donner des subventions aux différents groupes bénévoles et communautaires?

**M. Lessard:** Il y a deux choses que j'aimerais souligner. Premièrement, nous procédons d'une façon continue à l'analyse et à l'évaluation des besoins dans la communauté. Nous essayons même d'en faire une prévision. Nous analysons les tendances, nous avons un mécanisme qui s'appelle un comité d'analyse des tendances sociales, nous avons un directeur de la recherche sociale dont la préoccupation est de s'interroger. Nous avons, chaque année, des révisions dans nos processus d'allocation des fonds, la détermination des secteurs d'intervention où il est important de mettre plus de ressources et nous agissons de cette façon, année après année, d'une façon très systématique. C'est la raison pour laquelle je mentionnais, tout à l'heure, que nous sommes passés de 140 à moins 40, puis, à plus 100, et ce n'est pas uniquement le nombre d'organismes, c'est aussi les programmes et les services qui sont dispensés par les organismes. J'utilise l'expression "programmes et services", mais je devrais utiliser une autre expression, parce que ce n'est pas tout à fait approprié. Le monde bénévole et communautaire ne donne pas des services que l'État devrait donner ou que l'État ne donne pas. Les types d'intervention dans le monde bénévole et communautaire sont fort différents; Ils ne viennent pas des services qui doivent être accessibles à tous, dans toutes les régions; ils viennent de la communauté, du milieu, qui décide de trouver des réponses à ses propres problèmes. C'est une dimension qui est tout à fait différente. Au fond, dans une intervention précédente on a parlé quelque peu de la prévention. Lorsqu'on travaille dans des milieux, dans des quartiers, dans des "communities", c'est à ce niveau-là qu'on peut le mieux travailler au niveau de la prévention. Lorsqu'on pense, par exemple, à des organismes comme les Grands frères et les Grandes soeurs, le fait qu'il puisse y avoir quelqu'un, un adulte qui représente, en quelque sorte, un parent par rapport à un enfant, fait que l'enfant est capable de se développer d'une façon beaucoup plus normale et on risque de ne pas le retrouver dans la rue, le lendemain matin, et dans d'autres situations plus difficiles. Au fond, la force du monde bénévole et communautaire va être garante de notre avenir. Il est absolument essentiel pour l'État de donner des services avec une universalité et une accessibilité qui soient tout à fait appropriées. Mais en même temps, il faut laisser à la société le soin de s'organiser de façon à se prendre en charge, à devenir responsable. C'est ça, le monde bénévole et communautaire; c'est ça son avenir et c'est ce dont on parle aujourd'hui.

**Mme Vermette:** Quand vous parlez de se prendre en main, de se responsabiliser, est-ce que vous privilégiez d'autres formules que celle de l'intervention de l'État? Est-ce que Centraide ne pourrait pas devenir le pôle d'attraction pour l'ensemble des groupes bénévoles et communautaires qui pourraient être la courroie de transmission?

**M. Lessard:** Je dirais que les organismes que l'on appelle des Centraide, leur mission est justement d'assurer le développement du secteur bénévole et communautaire. Je ne suis pas sûr de la réponse que nous donnerions si nous étions capables de ramasser 75 000 000 $ dans la région de Montréal. Je pense que M. le ministre m'a compris.

**Mme Vermette:** En fait, il y a un problème qui va arriver tôt ou tard. Plus la demande sera forte, plus il y aura d'organismes qui vont faire appel à vos dons, à vos subventions. Vous allez, de plus en plus, devoir mettre beaucoup plus de structures et de contrôles, parce que, à un moment donné, justement, étant limités au niveau de l'assiette, vous allez être obligés de monter, comme le ministère qui a monté sa grille d'évaluation. Oui?

M. **Giroux (Michel):** Si vous me le permettez, c'est évident que nous recevons le même discours que vous recevez de la part des organismes communautaires. Ils veulent garder leur autonomie. Ils veulent bien être financés par nous, mais ils ne veulent pas qu'on fasse trop de contrôles. Malgré tout ils acceptent - je pense qu'ils sont d'accord avec ça - qu'on ait des mécanismes d'évaluation. Ils acceptent de présenter des rapports d'activité. Ils acceptent de présenter leurs rapports et leurs états financiers. Donc, ils acceptent et ils comprennent qu'on ne peut pas, nous, donner de l'argent n'importe comment, de n'importe quelle façon. Ce qu'ils nous demandent, c'est, de notre côté, d'accepter d'avoir des grilles d'évaluation qui soient souples, qui ne soient pas les mêmes pour tout le monde, pour tous les types d'intervention. C'est pour ça que dans notre mémoire on a une phrase qui dit ceci: La difficulté pour l'État de financer le secteur communautaire... Parce que l'État est différent du secteur communautaire, l'État fonctionne avec des principes d'universalité, d'accessibilité, de gratuité, de grands principes, et le communautaire, par définition, il est très diversifié. Il évolue constamment, il est très différent d'un groupe à l'autre. Ça prend donc des mécanismes très souples pour les rencontrer. C'est un peu le message qu'on voulait donner. On pense qu'il est très important que les organismes communautaires aient diverses sources de financement. Ça leur permet d'avoir une certaine autonomie, et même par rapport à nous. Par ailleurs, on dit à l'État: Il faut que vous par-

ticipiez au financement des groupes communautaires. Maintenant, il va falloir que vous développiez, dans ce financement-là, des mécanismes un peu différents de ceux que vous pouvez utiliser, et des mécanismes d'évaluation et de structure d'évaluation différents de ceux que vous pouvez utiliser pour financer les établissements du réseau. On est dans deux ordres différents et c'est un peu, je pense, la crainte des organismes communautaires.

**Mme Vermette:** Je vous remercie.

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

M. **Côté (Charlesbourg):** Merci beaucoup. Ce que je comprends, c'est qu'on va se référer au mémoire qui peut nous enseigner un certain nombre de choses sur le comment faire. C'est tiré de l'expérience que vous avez vécue et je pense que nul autre que CENTRAIDE ne pouvait mieux nous inspirer à ce niveau-là. Merci beaucoup.

Le **Président** (M. **Joly):** Merci. Au nom des membres de cette commission, merci d'avoir comparu.

M. **Lessard:** Merci beaucoup.

Le **Président** (M. **Joly):** Alors, nous allons maintenant suspendre nos travaux jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 18 h 11)

(Reprise à 20 h 25)

Le **Président** (M. **Joly):** Nous allons reprendre nos travaux. J'apprécierais que les gens qui représentent le Réseau d'action pour une santé intégrale s'avancent, s'il vous plaît. Bonsoir, bienvenue à cette commission. On s'excuse du retard; nous avons eu un contretemps incontrôlable. Je vous explique un peu la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous faire part de votre mémoire. Par après, les deux formations se réservent le privilège de vous poser quelques questions. J'apprécierais que la personne responsable s'identifie et aussi nous présente les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

**Réseau d'action pour** une **santé intégrale**

**Mme Joanette (Michelle):** Bonsoir. Mon nom est Michelle Joanette. Je suis acupuncteur dûment enregistré à la Corporation professionnelle des médecins. Je suis impliquée dans le Réseau d'action pour la santé intégrale depuis un an, dans le comité administratif. Je suis, ce soir, accompagnée de M. le président, Claude Guilbeault, massothérapeute depuis six ans - auparavant, il était bibllothéconome - et de Mme la vice-présidente, Lucette Lecierc, psychologue.

Le Réseau d'action pour une santé intégrale qu'on nomme en abrégé RAPSi est un organisme sans but lucratif. Nous oeuvrons en tant que bénévoles à l'intérieur. Notre Intérêt, c'est notre philosophie, c'est-à-dire promouvoir la **santé** intégrale et favoriser des échanges entre professionnels de médecine alternative et de médecine conventionnelle. Le Réseau d'action pour la santé Intégrale est né d'un besoin provenant d'une diététicienne, du nom de Louise Lambert-Lagacé, qui sentait le besoin de favoriser un pont avec ce nouveau champ qu'on appelle "les médecines douces". Nous sommes environ 200 membres, praticiens et utilisateurs, qui regroupent des chiropraticiens, médecins, dentistes, chirurgiens, cardiologues, physiothérapeutes, psychologues, ainsi que des acupuncteurs, ostéopathes, massothérapeutes.

Le mémoire que nous vous avons présenté a été rédigé principalement par Me Paul Martel qui, malheureusement, ne pouvait être avec nous ce soir. Donc, sans plus tarder, je passe la parole à M. le président.

**M. Guilbeault (Claude):** Bonsoir. À la lecture de l'avant-projet de loi, notre réseau constate qu'il n'y a presque pas de place, sinon pas de place du tout pour les médecines douces. Dans les textes on ne fait aucunement mention de l'approche "médecine douce", bien qu'on fasse mention de toutes les autres approches qui se pratiquent déjà dans le réseau hospitalier, de même que dans les CLSC. On semble oublier très facilement qu'il y a plus de 7000 personnes qui pratiquent au Québec, qu'il y a plus de 30 % de notre population qui consultent ces **gens-là.** On se rend compte qu'avec le temps, de plus en plus les thérapeutes travaillent et il y a de plus en plus de gens qui les consultent. En plus, H faut dire que c'est *un* mouvement international. On en retrouve partout. Ce n'est pas propre au Québec, bien qu'au Québec ça se développe de façon très rapide, mais on les retrouve dans à peu près tous les pays.

II y a eu une pétition, il n'y a pas longtemps et une plate-forme signée par au-delà de 20 organismes qui regroupaient plusieurs centaines de milliers de personnes qui **demandaient** au ministre de la Santé des choses très précises. Je vais laisser à ma collègue, Mme Leclerc, le soin de dire ce qui a été demandé par plusieurs centaines de milliers de personnes.

**Le Président (M. Joly):** Mme Lecierc.

**Mme Lecierc (Lucette):** Nous avons demandé que les médecines douces soient **reconnues** à cause de toutes les conséquences **entraînées par** leur situation illégale. Nous trouvons qu'il y a

des effets néfastes à cette situation. Par exemple, il y a un manque d'homogénéité dans la formation des gens qui pratiquent ces médecines: (es gens vont se former, soit à l'étranger, ou bien ils sont formés ici, mais il n'y a aucun contrôle de leur formation ni de leur pratique, à cause de l'absence de réglementation. Par le fait même, il y a un manque d'information auprès du public. Comment les gens peuvent-ils s'y retrouver lorsqu'ils souhaitent consulter quelqu'un qui pratique une de ces approches si le débat n'est pas ouvert, si la situation n'est pas claire, si les gens ne savent pas à quelle porte frapper? Actuellement, Il y aurait une quarantaine d'approches différentes qui se pratiquent. Comment M. Tout-le-Monde peut-il se retrouver là-dedans?

Il y a aussi différentes écoles. Je pense que l'exemple le plus récent, c'est l'acupuncture. Il y a actuellement 600 acupuncteurs au Québec qui pratiquent, dont 300 sont officiellement reconnus et acceptés, tandis que les 300 autres n'ont pas accepté de se soumettre aux règles qu'on leur proposait. Cela suscite une situation délicate pour M. Tout-le-Monde qui cherche à s'y reconnaître. Un autre élément, ce sont les gens qui travaillent dans l'Illégalité, créent une situation dans laquelle ils travaillent dans la peur et Je me demande souvent s'ils font un rapport d'impôt. Je pense que l'État se prive d'un revenu en laissant durer cette situation-là. Aussi, une autre chose qui nous inquiète, c'est le fait que la recherche ne puisse pas se faire parce que les ressources ne sont pas accessibles pour ces gens-là. Ça nous prive de connaître les effets réels et de les démontrer, s'ils existent, comme semble le croire la population qui utilise ces ressources. Parce que, près de 30 % de la population, ça fait quand même 2 000 000 de personnes au Québec qui semblent vouloir utiliser ces choses-là.

Alors, nous du RAPSI, ce qu'on propose, c'est de régulariser cette situation et c'est ce que la plate-forme demandait, de faire une place significative aux médecines douces et à la philosophie d'une approche globale de la personne. Comme psychologue, quand une personne arrive dans mon bureau, étant donné que j'ai cette approche globale de la personne, je lui pose des questions, à savoir ce qu'elle fait pour sa santé physique et je trouve aberrant que la moitié des personnes me répondent qu'elles consultent quelqu'un d'une approche alternative tout en consultant leur médecin. Elles vont chez le médecin pour des tests, des examens, des analyses et le médecin prescrit ce qu'il doit prescrire à la personne, mais ensuite, celle-ci se retourne, va consulter quelqu'un d'autre, ne prend pas ce que le médecin lui prescrit et retourne quand même, quelque temps après, faire faire d'autres vérifications auprès du médecin. Notre préoccupation et la mienne personnellement - c'est pour ça que je suis ici parce que je n'ai aucune approche à défendre comme telle, je n'en pratique aucune - mais ma préoccupation, c'est de savoir comment la personne est protégée, comment elle peut savoir qui consulter, et surtout, le médecin, comment est-ce qu'il... Parce qu'il ne le sait jamais, semble-t-il. Les gens me disent qu'ils n'en parlent pas, ils ne disent pas au médecin ce qu'ils font; ils retournent simplement pour faire faire des examens de contrôle. Alors nous, ce qu'on voit là-dedans, c'est que, de plus en plus, les gens se sentent responsables de leur santé, de choisir leur thérapeute, mais il y a actuellement au Québec une situation où on ne reconnaît pas cette responsabilité de l'être adulte. Alors, on veut que cette situation-là change et nous avons 25 organismes derrière nous qui nous supportent pour que la pratique de ces choses-là soit reconnue, qu'elle cesse d'être interdite, en quelque sorte; qu'on cesse de faire comme si cette pratique n'existait pas ou de faire la chasse aux sorcières, et que l'enseignement de ces choses-là soit officialisé. Et en prenant cette position-là, nous sommes d'accord avec Mme Thérèse Lavoie-Roux lorsqu'elle recommandait dans son document intitulé "Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec", de tenir un débat public par l'entremise de la commission parlementaire des Affaires sociales sur la reconnaissance des médecines douces, les mécanismes nécessaires à la protection du public et la place des nouveaux praticiens dans le système de santé et des services sociaux. Nous sommes d'accord avec elle et c'est pourquoi nous souhaitons que dans le projet de loi qui se prépare, dans tout le travail que vous faites que soient réintroduits, au paragraphe 2° de l'article 2, les mots "la gamme complète des services" et les mots "y compris la prévention". Ils étaient là dans le rapport de Mme Lavoie-Roux et ils n'y sont plus. On voudrait que ces termes-là soient réintroduits et on voudrait que la loi réserve au ministre ou au gouvernement le pouvoir d'imposer aux établissements l'inclusion de l'une ou l'autre des médecines douces comme services de santé additionnels, la mise sur pied de projets pilotes d'expérimentation et d'intégration de ces médecines, puis, l'admission, pour les fins susmentionnées, de thérapeutes alternatifs avec droit de pratique. En résumé.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. Est-ce que vous avez quelque chose d'autre à rajouter? Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Une chose qui est certaine, vous l'avez dit, il y a de plus en plus de gens qui sentent le besoin ou qui se sentent sécures de recourir à des médecines alternatives ou à des médecines douces. Qu'on veuille l'admettre au niveau de certaines professions ou non, ça devient l'évidence même. Même principe que pour les sages-femmes. On a eu une commission parlementaire sur les sages-femmes, à l'automne;

2000 accouchements par année se font par des sages-femmes et c'est comme si, pour certains, ça n'existait pas. On a donc décidé qu'on allait de l'avant et qu'on déposera très prochainement à l'Assemblée nationale le projet de loi qui va enclencher le processus des expériences pilotes.

C'est vrai aussi pour les médecines douces, ou médecines alternatives, ou thérapies alternatives. On peut peut-être tenter de trouver les mots les plus doux possible pour que ça ne heurte pas un certain nombre de personnes, mais il y a une pratique qui est assez importante, qui est aussi, à la fois, dans certains cas, clandestine, dans le sens que les gens ne veulent pas être poursuivis selon des règles qui, d'après moi, dépendent bien plus du passé que d'une situation réelle d'aujourd'hui ou de l'avenir.

C'est vrai aussi que, d'autre part, on ne peut pas reconnaître n'importe quoi, pratiqué par n'importe qui, puis, surtout, n'Importe comment. Cela étant dit, quant à moi, j'ai dit clairement, à plusieurs reprises, que Mme Lavoie-Roux s'était engagée à tenir une commission parlementaire, un débat ouvert, quoiqu'il pourrait éventuellement être limité; je pense qu'on n'a pas besoin d'entendre 263 mémoires comme on le fait aujourd'hui dans le cadre de cette commission-ci, sinon on n'en sortira jamais. Un débat public, ça ne veut pas nécessairement dire un débat illimité, accessible à tout le monde, mais ça peut être un débat public, sur invitation, de gens qui ont des choses à nous dire relativement à ces pratiques alternatives, surtout en fonction, aussi, de la prévention. C'est un des thèmes que vous développez dans votre mémoire, auquel je souscris.

On va la tenir, la commission parlementaire. Le mandat n'est pas défini.

**Une voix:** Quand?

**M. Côté (Charlesbourg):** Bien, là, j'attendais qu'on termine celle-là...

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

**M. Côté (Charlesbourg):**... parce que, depuis le 23 janvier que nous sommes ici, on en est à quoi, 130 mémoires, je pense, d'entendus jusqu'à maintenant; on a encore quelque 50 mémoires à entendre d'ici Pâques. La commission est donc mobilisée jusqu'à Pâques et, nécessairement, il faut qu'il s'enclenche des choses à la suite de cette commission-là. Je la souhaite à l'automne, sinon au début de 1991, au plus tard. Mais ce ne sera pas une commission où n'Importe qui va venir nous dire n'importe quoi sur n'importe quel sujet, parce qu'on n'en sortira jamais. D'après moi, si on veut que ce soit utile, ça devrait porter sur ceux qu'on reconnaît - parce que c'est ça qui va arriver - comment on le fait et quelle sorte d'encadrement il faut apporter pour offrir à la population toute la sécurité nécessaire, pour qu'il n'y **ait** pas des **charlatans** un peu partout qui exploitent le public. Parce qu'on s'est toujours bien compris: ce n'est **pas du** fait que le gouvernement pourrait reconnaître, effectivement, cette pratique que ça va **être** une pratique assurée. Il y a une différence fondamentale entre reconnaître et dire que ça **va être** assuré, donc payé par la **RAMQ.** Donc, cette commission, d'après moi et c'est pour ça **que** je vous invite à m'en parler, parce que ça va **être** l'essence des prochaines démarches, **est-ce** que je me trompe en disant qu'elle devrait porter sur ce qu'on reconnaît - quel champ on reconnaît - et qu'on parle d'encadrement, qu'on **parle** aussi de formation? Il y a probablement bien **des choses** à ajouter dans une commission comme celle-là, mais, si on ne veut pas se perdre et arriver à des conclusions, ça m'apparaît **être** un **cadre** raisonnable.

**Mme Leclerc:** Est-ce que c'est **une** question?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, **aussi, en même** temps.

**M. Guilbeault:** Pour répondre à votre question, M. le ministre, je **pense que tous les** gens qui sont en médecine douce - **disons qu'on** va l'appeler "médecine douce", sinon ça va être difficile, il y a un paquet de noms **mais je suis** d'accord avec vous qu'il faudrait qu'on change ce nom-là - je pense qu'en médecine douce H y a des groupes qui font vraiment un **genre** de médecine douce et d'autres qui sont **beaucoup** plus au niveau de la prévention. **Je pense que,** comme masseur, je suis beaucoup plus au **niveau** de la prévention, puis quelqu'un qui **est** ostéopathe, ou qui est homéopathe, ou **qui est** acupuncteur peut aider une personne qui **est** malade aussi. Bon. Il faudra voir qu'est-ce qu'on fait avec ça.

Je pense que tous les gens qui sont honnêtes et qui pratiquent à temps complet sont d'accord avec vous pour dire qu'il est Important que l'on reconnaisse d'abord que c'est au **Québec,** un, qu'on en a; deux, qu'on essaie de voir qui est-ce qui pratique. Je suis d'accord avec **vous** qu'il y a au-delà de 40 pratiques et, au fur et à mesure que les choses se développent, on arrive à 60 puis à... Ça va être comme **ça pendant** longtemps. En même temps, on voudrait aussi penser que, dans la commission **parlementaire qui** sera faite, qu'on ouvre une porte à **des bonnes** thérapies qui pourraient venir, dont on ne connaît même pas le nom encore, il ne **faudrait** pas qu'on dise: Nous, on reconnaît de A à M, puis, après M, c'est fini. Donc, on **voudrait aussi** penser et on a proposé, lors de **la commission** Rochon, un genre de troisième voie, **si** vous voulez, entre laissez faire tous les **gens comme** Us veulent ou bien les encadrer **dans des** corporations très strictes - et on sait **que** ça

devient très lourd; on a proposé un office, le même office qu'il y a en Californie. C'est un office souple, mais qui travaille avec plein de fédérations, plein de gens qui sont déjà dans le domaine. Donc, essayez de voir comment on pourrait créer un organisme souple, mais qui encadre et qui réglemente très clairement les gens qui travaillent. Je pense que les gens qui pratiquent et qui sont sérieux sont d'accord avec ça. On n'a jamais pensé que, du jour au lendemain, le gouvernement pourrait dire: Dès que vous avez un chapeau de médecine douce, vous lisez deux ou trois livres, puis ça, ça va. Je pense que les gens qui pratiquent ont une formation et je vous invite aussi, lors des commissions parlementaires, à aller voir quelle formation les gens se donnent. Il y a, malheureusement, dans notre province, des gens qui emploient trop le mot charlatan. Charlatan, c'est quoi? Ça veut presque rien dire et on commence à faire peur au monde. Charlatan, pour moi, c'est quelqu'un qui promet plein de choses, qui n'a pas une formation adéquate et qui fait mal à une personne qui le consulte. Peut-être qu'on pourrait retrouver, dans les corporations telles qu'on les connaît, des gens qui sont aussi charlatans; il ne faudrait pas aller trop loin.

Alors, quel organisme pourrait-on se donner? Ça, on est d'accord pour vous appuyer, pour vous aider à 100 %. Un organisme souple, pour très longtemps, qui accepte ce qui est là, mais qui ouvre la porte à ce qui pourrait venir. Il y a deux ou trois ans, ou il y a vingt ans, Il y a des techniques qu'on emploie maintenant qu'on ne connaissait même pas au Québec. S'il avait fallu, voilà dix ans, qu'on dise: Nous, au niveau du système de santé, on ne reconnaît qu'A, B, C, D, on pourrait manquer peut-être de très, très bons outils, et ça ne donnerait pas le goût à des gens du Québec d'aller se former soit au Japon ou en Californie. Donc, voir une dynamique souple. Je pense que l'office que l'on proposait pourrait être un très bon point de départ Je ne dis pas qu'on a la réponse à tout, mais je pense que c'est une voie possible.

(20 h 45)

**Mme Leclerc:** Bien, c'est que si on se donnait la tâche de faire des corporations... en tout cas, de notre point de vue, au RAPSI, lorsqu'on réfléchit, qu'on discute et qu'on analyse ce problème-là, on se dit que, si chacune de ces approches doit passer par tout le processus d'une incorporation, ce qui peut prendre dix ans - dans le cas des acupuncteurs, ça a pris quinze ans, qu'on se souvienne des chiropraticiens... S'il y a une quarantaine de pratiques, on voit comme une impossibilité de s'en sortir. On se dit que, en Californie, on n'est pas obligés de copier ce qu'ils ont fait, mais on pourrait s'en inspirer, et avoir un office qui, lui, se donnerait des règles du jeu, justement pour vérifier cette formation-là et vérifier la pratique aussi. Lorsqu'il y a une corporation, elle est là pour protéger le public et les membres. Les gens qui pratiquent ces approches, qui les pratiquent sérieusement, j'entends sont d'accord pour ça, en général. Eux non plus ne veulent pas que se glissent à l'intérieur des personnes qui sont moins sérieuses. Je donnerais un exemple: en massothérapie, certaines personnes ont 300 heures de formation, d'autres en ont 1000. Chez les acupuncteurs, c'est la même chose: certains ont une accréditation... je ne sais pas comment ils l'appellent, mais après 300 heures de formation, d'autres parlent de 4000 heures. Alors, ces différences-là, il faudrait un peu les connaître, d'abord, les régulariser, ensuite, et on se demande comment l'Office des corporations pourrait y arriver. C'est comme si les choses allaient trop vite. C'est pourquoi on a pensé de proposer un office avec des règles du jeu.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, on propose un parapluie, parce qu'on est dans une situation où c'est devenu très difficile de passer à travers tout le système pour avoir une corporation. Ce n'est quand même pas normal que ça prenne dix ou quinze ans pour y arriver. Je suis absolument convaincu que si ça prenait moins de temps, ce n'est probablement pas le parapluie qui serait proposé, mais une identité propre pour chacun. Évidemment, ça ce sont des questions qui peuvent être abordées dans cette commission-là, très largement, en souhaitant que mon collègue qui est responsable des corporations puisse être présent pour fouiller plus à fond cet aspect-là. Je vous réitère qu'il va y avoir la commission parlementaire, définitivement, et qu'une action devrait normalement suivre après la commission parlementaire.

Dans votre présentation, vous dites avoir 200 membres: médecins, infirmières, diététistes, chiropraticiens. Pour mon information personnelle, combien y a-t-il de médecins sur les 200? Je n'ai pas besoin d'un chiffre précis. L'idée n'est pas d'avoir...

**Mme Leclerc:** Une douzaine.

**M. Côté (Charlesbourg):** Une douzaine. Et ce sont des médecins qui proviennent de quels milieux de pratique?

**M. Guilbeault:** D'à peu près tous les milieux.

**Mme Leclerc:** Général.

**M. Guilbeault:** Oui, d'à peu près tous les milieux.

**Mme Joanette:** Ou des spécialités?

**M. Côté (Charlesbourg):** Toutes les spécialités?

**Mme Joanette:** Ou des spécialités.

**Mme Leclerc:** Oui. Cardiologues...

M. **Guilbeautt:** Des gens qui sont dans tes CLSC aussi.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et ce sont des gens qui se sentent à l'aise chez vous? Ils partent librement de médecines douces, alternatives...

**Mme Joanette:** Il faut faire attention. Dans le Réseau d'action pour une santé intégrale, les gens appuient ou ont comme priorité une approche globale de leurs patients, si on parie de praticiens. C'est donc une priorité, c'est personnel, c'est-à-dire que quand on a un patient, on considère comme prioritaire son bien-être à la fois physique, émotif et mental. Donc, si c'est un cardiologue, *un* généraliste, ces gens-là, qui veulent bien apprendre - à chaque mois, on a des conférences - ils s'ouvrent à ces dimensions-là, donc ils sont à l'écoute de leurs patients, pas juste au niveau bobos ou verrues. C'est pourquoi... Il y a une théorie d'ensemble autour.

**Mme Leclerc:** Je pense que ces médecins sont venus au RAPSI parce qu'ils constataient la limite de leur discipline, qui est une approche biochimique, si je *peux* dire, et ils sont très heureux d'entendre des personnes qui ont une approche psychologique de la personne ou une approche, je dirais électro-magnétique - je ne sais pas si les acupuncteurs seraient d'accord avec moi pour que je parle comme ça - mais une approche énergétique. Alors, ces médecins-là sont contents de voir que. là où leur médecine ne leur suffit pas... Ils sont contents de savoir à qui ils peuvent les référer et c'est ce qu'ils font. C'est ce qu'on fait entre nous. Parce que, au départ, moi, quand je vois une personne dans une approche globale, et que je ne sais pas à qui... C'est difficile au départ. Je pense que RAPSI m'a beaucoup aidée là-dedans, à identifier des personnes, à reconnaître la formation qu'elles se sont donné, à évaluer la qualité de la formation, et de la personne et de la pratique. J'y suis arrivée en les fréquentant. Je pense que c'est ce partage-là, cette collaboration-là qui rendrait service à la population du Québec parce que, dans le moment, il y a 2 000 000 de personnes - c'est quelque chose - qui sont un petit peu sur le qui-vive. Parce qu'en 1988 ou 1987, il y a un amendement à la Loi sur les corporations qui a été passé - c'est M. Ryan qui était là à ce moment-là - qui rendait hors la loi, je le dis comme ça, toutes les personnes qui pratiquaient autre chose que la médecine légale, toutes les personnes qui recommandaient à quelqu'un d'utiliser une approche alternative. Donc, moi, comme psychologue, si je dis à quelqu'un: Pour dormir, tu pourrais prendre autre chose que des pilules, tu pourrais prendre une marche ou tu pourrais voir un acupuncteur ou un massothérapeute, ou tu pourrais faire du yoga, quand Je dis ça, je deviens hors la loi. Et ça rendait hors la loi toutes les personnes qui louent un **local** aux gens qui pratiquent ces approches-là, leur secrétaire, tout le personnel de soutien **qui est** autour. C'est aberrant.

**M. Guilbeault:** Et pour aller, peut-être...

**Mme Leclerc:** Et c'est récent ça.

**M.** Côté **(Charlesbourg):** 1987 ou 1988, c'est récent pas mal.

**Mme Leclerc:** C'est en juillet.

**M.** Côté **(Charlesbourg):** Oui.

**Mme Leclerc:** Je m'en souviens...

**M. Guilbeautt:** Et peut-être pour vous donner...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce n'est **pas** un bon mois, ça.

**Mme Leclerc:** Tout le monde était en vacances.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, ce n'est **pas** un bon mois. Mais...

**Des voix:** Ha. ha. ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** Comment? Oui.

**M. Guilbeautt:** Et peut-être pour vous donner un exemple très précis de ce qu'on...

**Une voix:** Aimes-tu mieux septembre?

**M. Guilbeault:** Peut-être pour vous donner un exemple précis de ce qu'on **entend par** le travail d'un médecin là, qui travaille avec **des** gens qui sont en médecine douce, on va **prendre** un exemple très précis. On a un citent qui s'adresse à un médecin de CLSC qui va le voir pour un mai x. Le médecin, après l'avoir **regardé,** lui dit: Bon, écoute, ce qu'on peut faire, on **peut** travailler avec des produits chimiques, pilules ou autres. Si ça te tente, on va traveler **avec** ça. On peut travailler avec des remèdes homéopathiques, on peut travailler avec des **massages** et on peut travailler avec un psychologue. **Qu'est-ce** que tu choisis? La personne dit: Bon, bien, je ne le sais pas; qu'est-ce que tu veux dire au juste? Et au lieu d'aller rencontrer trois **clients, c'est** un médecin qui va s'asseoir avec **cette personne-**là, qui va lui expliquer ce que chaque **sentier** ou chaque chose pourrait faire. À partir **du** moment où le client ou la cliente va dire: **Bien, j'aurais** le goût de travailler avec le **massage,** I va y avoir une concertation entre le **masseur et la**

personne qui est médecin. Ça veut donc dire que le médecin et le masseur, en plus de travailler sur ta personne, vont prendre plusieurs minutes de leur temps par semaine pour s'appeler parce que, là, Il y a un travail de concertation. Alors, il y a beaucoup de médecins, il n'y en a pas 10 000 là, mais il y a de plus en plus de médecins et il y a un groupe de médecins de médecine holistique qui travaillemnt dans ce sens-là. Voilà!

**Le Président (M. Joly):** Merci. Je vais maintenant reconnaître Mme la députée de Marie-VIctorin.

**Mme Vermette:** Oui. C'est très intéressant. Vous parlez, en fait, de complémentarité avec le monde médical, parce que ce sont deux approches complémentaires. Par contre, au niveau des structures, comment est-ce applicable, cet échange-là? Au niveau d'une reconnaissance, vous demandez beaucoup de souplesse à l'intérieur des structures, mais au niveau, finalement, de cette reconnaissance, ça demande beaucoup de consultation de la part des deux parties en présence ou, en tout cas, des diverses parties en présence. Avez-vous envisagé un mode de fonctionnement dans les centres hospitaliers ou au niveau des consultations des bureaux? À quel niveau, à ce moment-là, ça devrait-il se faire?

**M. Gullbeault:** Disons que la première demande, celle qui est la plus large et la plus facile, c'est d'abord, que les gens qui pratiquent en privé soient reconnus par une loi avec un permis et qu'ils pratiquent sans être obligés de vivre toutes les poursuites assez stupides que l'on vit maintenant. Ça, c'est le point un. Ensuite, que le citoyen qui a le goût de se faire traiter par des gens et qui a le goût de payer puisse le faire sans être passible, lui aussi, de poursuites. Que le thérapeute, psychologue, médecin ou autre, qui a le goût d'aller référer un de ses patients à ces gens-là puisse le faire. Ça c'est la première partie. La deuxième partie, qui sera un petit peu plus tard, c'est comment ces pratiques s'intègrent au niveau hospitalier, dans les CLSC. Je pense, et je suis d'accord avec vous, qu'il faudra que l'on s'asseye ensemble et qu'on essaie de voir comment tout ça marche. Parce qu'il faut non pas voir comment le CLSC a envie de travailler dans tout ça, c'est un point, mais il faut aussi savoir, si sa clientèle a le goût de travailler avec un massothérapeute, ostéopathe, homéopathe, acupuncteur. Si le besoin est là... Parce que, dans l'avant-projet de loi, on reconnaît les besoins que la population a. Il faudra s'asseoir et essayer de voir dans la structure que l'on a, comment est-ce que l'on intègre les gens qui pratiquent.

**Mme Leclerc:** La solution pourrait varier d'une région à l'autre. Les gens qui sont sur les lieux pourraient trouver, eux, une façon de le faire qui leur convient, qui ne conviendrait pas nécessairement à une autre région ou à un milieu hospitalier ou à un CLSC ou à Chibougamau ou à Montréal.

**Mme Vermette:** Il nous semblait plus facile dans les régions éloignées d'appliquer de telles pratiques médicales, ou des médecines alternatives, ou des médecines douces, parce qu'il y a un manque d'effectifs médicaux. Mais là où il y a un problème, où c'est plus difficile d'avoir des échanges, c'est là où il y a un fort contingentement de médecins, spécialistes, omnipraticiens où le monopole est très clairement établi.

**Mme Leclerc:** Dites-moi qui on protège à ce moment là? Est-ce qu'on protège la population ou la corporation?

**Mme Vermette:** Non, mais en fait c'est un constat...

**Mme Leclerc:** La profession.

**Mme Vermette:** C'est un constat quand vous me parlez de fonctionner par région. On dit souvent Montréal, la capitale du Québec au niveau métropole, n'est pas la locomotive. C'est difficile de changer des comportements. À ce moment-là est-ce que votre intention est davantage de faire en sorte qu'au niveau de la corporation des médecins et dentistes, au niveau de Montréal, on entame des échanges?

**Mme Leclerc:** Je crois qu'il y a suffisamment de médecins intéressés actuellement - il y en a une douzaine dans notre association - mais il y a un très grand nombre de médecins qui s'adonnent eux-mêmes aux approches alternatives, que ce soit l'ostéopathie, l'homéopathie, et j'en connais qui ne sont pas membres de notre regroupement. Je pense que eux les trouveraient les solutions, là où ils sont, eux, avec les gens qu'ils connaissent déjà, qui ne sont pas médecins et qui pratiquent. Nous avons confiance que ces gens-là trouveraient des solutions et en proposeraient, à partir du moment où ils auraient la liberté de le faire. Ce qui n'est pas le cas.

**Mme Vermette:** Est-ce que vous croyez que votre forme de pratique médicale pourrait servir grandement au niveau des patients en phase terminale? Est-ce que vous pourriez être d'une aide précieuse à ce niveau-là?

**Mme Leclerc:** Absolument.

**Mme Vermette:** Vous pourriez être intégrés dans une équipe médicale, dans les centres hospitaliers ou autres centres.

**Mme Leclerc:** Quels qu'ils soient, absolu-

ment.

**Mme Vermette:** Quels qu'ils soient. Actuellement vous n'avez pas de reconnaissance?

**M. Guilbeault:** Du tout. Il ne faut pas oublier, on insiste beaucoup, que notre travail se fait principalement en prévention. Un citoyen ou une citoyenne qui veut se prendre en main, qui veut prévenir, qui veut faire attention - on parle au niveau de promotion de sa santé - je pense qu'une dynamique très importante de notre métier, c'est de travailler au niveau de la prévention. Par la suite, oui. il y a une concertation possible avec le domaine médical. Mais je pense qu'il y a tout *un* créneau qui n'est pas touché. C'est ce qu'on voulait dire au ministre. On souhaitait vraiment que, dans son avant-projet de loi, on fasse une place importante à la prévention et à la promotion, de garder notre population en santé le plus longtemps possible. Si on fait de la prévention, on risque qu'à 40 ans, à 50 et 60 ans, on ait de moins en moins de gens gravement malades. Les coûts qu'on aurait dans 30 ans avec des millions de personnes malades seraient moindres. C'est pour ça qu'on doit commencer le plus vite possible au niveau de la prévention. Ça, pour nous autres, c'est très important. C'est le message.

**Mme Vermette:** Je vous remercie. Je voudrais juste ajouter que je trouve ça dommage, comme vous, qu'au moment où on s'apprête à changer un peu les structures, à améliorer la qualité de notre sytème de santé, on tient peu compte de ces solutions qui sont les solutions de l'avenir, à mon avis, et que les démarches qu'il faut faire à une commission parlementaire a posteriori pour prendre connaissance des préoccupations, d'une part, des concernés qui produisent ces soins de santé et, d'autre part, au niveau de la population... Parce que si on établit qu'il y a déjà 30 % de la population qui sont habitués, ont le réflexe de vous consulter, je pense que dans peu de temps il y en aura davantage. Il faudra réellement repenser notre système de santé en fonction de cette demande-là plutôt qu'en fonction d'une demande qui nous semble de plus en plus désuète. Je vous remercie.
(21 heures)

**Le Président (M. Joly):** Merci Mme la députée. Je vais maintenant reconnaître Mme la député de Bourget.

**Mme Boucher Bacon:** Ma question s'adresse à Mme Claudette Guilbeault. J'aimerais savoir si vous avez déjà lu les études de Mme Fontaine, Jeannine Fontaine ou enfin si le groupe ou les tenants de votre groupe...

**Mme Leclerc:** Personnellement, j'ai lu deux livres de Jeannine Fontaine.

**Mme Boucher Bacon: D'accord. Et puis, est-**ce que vous rejoignez un petit peu **ses idées** dans le sens que, elle, elle était chirurgienne...

**Mme Leclerc:** Oui.

**Mme Boucher Bacon:** Elle était cardiologue, je crois.

**Mme Leclerc:** Oui.

**Mme Boucher Bacon:** Et pute, finalement, elle s'est lancée vers la médecine **douce parce** qu'elle reconnaissait... Disons que les **médecines** traditionnelles avaient de la difficulté **à soigner** certaines maladies bien spécifiques.

**Mme Leclerc:** C'est ça.

**Mme Boucher Bacon:** Alors, **dans votre** réseau d'action, quelles sont les **autres personnes** qui exercent certaines médecines douces, **quelles** sont les étapes?

**Mme Leclerc:** Vous vouiez dire les disciplines?

**Mme Boucher Bacon:** Les disciplines, oui, c'est ce que je cherchais.

**Mme Leclerc:** J'ai ici acupuncture, **aquamas-**sage, argilothérapie, auriculothérapie, **auto-**guérison, cardiologie, non ce n'est **pas alternatif,** catharsis, kirologie, digitopuncture, **drainage** lymphatique, énergie, alors là, c'est **très spécial,** feldenkais, focusing, ces deux **dernières** sont plutôt des approches en psychologie, **gymnastique** holistique, herboristerie, homéopathie, **héridolo-**gie, kinésithérapie et j'en ai encore **autant à** vous nommer.

**Mme Boucher Bacon:** Est-ce qu'il y en **a** plusieurs qui sont médecins de médecine tradionnelle et qui sont passés dans votre réseau?

**Mme Leclerc:** Actuellement, nous **avons une** douzaine, mais votre question est **intéressante** parce que certaines personnes **adhèrent à notre** association puis... Elles se sont **retrouvées** pour deux ans ou trois ans puis comme nous existons depuis huit ans, c'est intéressant... En tout cas, vous me posez la question mais je **ne sais pas** la réponse combien de médecins sont **venus** voir, combien de médecins se sont **intéressés à** l'approche holistique.

**Mme Boucher Bacon: Il y a plusieurs** infirmières aussi comme les drainages ou...

**Mme Leclerc:** Un très **grand nombre, très** grand nombre d'Infirmières, **peut-être môme que** ce sont les plus nombreuses.

**Le Président (M. Joly):** M. Gullbeault.

**M. Gullbeault:** Oui, je pense, madame, que vous savez que, de plus en plus, il y a des gens qui travaillent avec, comme vous dites, les corps subtils, à peu près tous les gens qui sont en polarité, massage, on travaille... Moi en tout cas, je travaille avec ça. De plus en plus, on parle de massage énergétique. Les gens qui sont en acupuncture travaille aussi avec ça et c'est justement faire une publicité ou dire aux gens que ce n'est pas flaillé ça, c'est très concret et on peut les sentir. Sauf que très souvent, les gens qui pratiquent et ce n'est pas des gens qui ont lu deux ou trois livres, se sont des gens qui ont fait toute une formation. On se rend compte qu'à en parler, on passe un peu pour fou. Et pour moi, en tout cas, pour être passé du domaine universitaire à ce... Comme en ce domaine-là et en ayant fait ça depuis six ans, je peux vous dire que je m'asseois très souvent sur ma maîtrise pour dire aux gens, je peux sentir des corps subtils mais j'ai une maîtrise, je ne suis pas flaillé. Mais si je venais du fond de ma cour, il y aurait des chances qu'on me prenne pour un gars bizarre. Mais c'est pourtant quelque chose de très concret.

**Le Président (M. Joly):** Merci.

**Mme Leclerc:** Être capable de dire j'ai une formation universitaire, scientique et je pratique cette approche.

**Le Président (M. Joly):** Un petit mot, s'il vous plaît, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, excusez, il y a plusieurs choses qui se passent en même temps. Vous remercier de votre présentation et en espérant qu'il y aura suffisamment d'ouverture d'esprit, lorsqu'on tiendra la commission parlementaire, et qu'on pense davantage aux bénéficiaires, et si on pense davantage aux bénéficiaires, je pense qu'on trouvera une solution équitable pour tout le monde et bénéfique aux bénéficiaires. Merci.

**Mme Leclerc:** Merci.

**Le Président (M. Joly):** Au nom des membres de cette commission, je tiens à vous remercier aussi personnellement. Alors je vais demander aux gens qui représentent l'Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec de bien vouloir prendre place s'il vous plaît.

Bonsoir Madame, bonsoir Monsieur. Bienvenue à cette commission, vous savez comment ça fonctionne, j'ai vu que étiez très attentifs tantôt. Donc, vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire de la façon la plus succincte possible et, par après, les membres de cette commission se réservent le plaisir de vous poser quelques questions. Mme Lévesque, j'imagine, et M. Letendre. C'est ça?

**Mme Lévesque (Jacinthe):** C'est bien ça.

**Le Président (M. Joly):** Alors, que la personne responsable prenne la parole.

### Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec

**Mme Lévesque:** Merci beaucoup. M. le Président, M. le ministre et tous les députés ici présents ce soir, c'est vraiment une occasion pour nous de partager notre perception de la réforme de santé qui s'annonce et de venir un petit peu, peut-être, partager toute notre perception qu'on peut avoir du réseau de la santé, mais à travers les pratiques alternatives. Je pense que vous avez reçu une annexe à notre document qui est probablement en train de circuler. Pour les besoins de la cause, en première partie, nous allons peut-être repasser les articles qui considèrent plus le volet administratif, les volets administratifs de la Loi sur les services de santé et, après, nous reviendrons plus à la partie des objectifs fondamentaux du système de santé.

Dans notre document de base, que nous avons déposé, nous allons juste brièvement repasser l'article 95, à partir de l'article 95 jusqu'à la fin, vous expliquer un petit peu comment nous les percevons, à la lumière de notre expertise en santé communautaire et aussi à la lumière de notre expertise dans les pratiques alternatives. L'article 95 du mémoire, en tout et partout, est peut-être, à notre sens, un peu surprenant: que le directeur général d'un établissement ne soit nommé que pour deux mandats uniquement. Ça, nous pensons que cette particularité peut, peut-être, enlever la motivation chez les gens. Comme vous voyez, dans notre réflexion, sans trop s'attarder, nous, on pense qu'une personne qui est compétente et qui a développé une expertise dans le domaine de la santé aurait tout intérêt à rester dans le réseau de la santé, en autant qu'on est capable de mesurer si elle est compétente ou si elle peut apporter quelque chose. Parce que le fait de ne garder les gens que deux mandats, je pense, va enlever beaucoup de motivation au niveau de la participation des gens. Je pense qu'on explique quand même notre position.

L'article 99 qui dit que le conseil d'administration d'un établissement public ne peut destituer un directeur général ou réduire son traitement que par une résolution adoptée par le vote d'au moins les deux tiers de ses membres, nous pensons que, dans une situation où les gens du ministère, nommés par le ministère, évaluent que la compétence de la personne n'est pas un indice favorable au réseau, je pense que, direc-

tement après deux ans, on pourrait destituer le directeur général d'un établissement, en ayant dos critères de compétence.

L'article 102, aussi, qui dit que le directeur des services professionnels d'un centre hospitalier doit être un médecin, nous pensons - et je pense que c'est très clair - que ce poste pourrait facilement être pris par quelqu'un qui a une formation en gestion, Il peut être médecin mais pas nécessairement exclusivement un médecin, et même que, peut-être, idéalement, il faudrait que la personne qui a autorité sur les groupes de professionnels ne le soit pas, justement, pour éviter certains conflits d'Intérêts qu'il peut y avoir au niveau de la gestion du personnel. Aussi, une chose qui n'est pas dites mais qu'on remarque, par tradition, dans le milieu hospitalier, c'est que le poste de directeur des services professionnels est souvent donné comme récompense à un médecin qui a oeuvré soit pour l'hôpital ou qui a pu oeuvrer dans la région. Je pense que cette nuance-là, pour nous, c'était important de la préciser.

On revient à la partie plus spécifique, si on veut, aux objectifs fondamentaux. On est très conscients que vous allez être des personnages décideurs, des gens qui allez Influencer le tournant de la santé qui s'en vient et que votre bonne compréhension du réseau alternatif, je pense, va être importante parce que vous allez être les porte-parole et les gens qui allez poser des gestes concrets pour vraiment prendre un virage qui s'annonce très positif.

Évidemment, dans les articles de base, le premier critère, le premier point, si on veut, le premier article qui dit que le système des services de santé a pour but l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes. Je pense que à ce niveau-là, les pratiques alternatives ont démontré qu'elles ont un rôle à jouer. Elles ont un rôle préventif. Et c'est sur cet aspect-là, particulièrement, qu'on aimerait développer davantage. C'est que, jusqu'à date, les budgets de la santé ont souvent été accordés au niveau curatif A cette étape ci, je pense que c'est important de comprendre que les pratiques alternatives, ce qui peut facilement les distinguer du réseau curatif traditionnel, c'est qu'on ne travaille pas nécessairement sur les mêmes plans. Je pense que le groupe précédent l'a aussi souligné, c'est que la médecine occidentale travaille sur un plan physique, physiologique et cellulaire, alors que le réseau alternatif travaille sur le plan énergétique. Ça, c'est important de le souligner, parce que nos actions se positionnent sur deux plans différents mais qui sont très complémentaires. Dans ce sens, les alternatives sont, pour la plupart, des approches préventives, parce qu'elles travaillent presque exclusivement au niveau énergétique. Ce qui veut dire, dans le concret, que, avant qu'apparaisse un problème physique ou physiologique qui va nécessiter des soins médicaux, il y aura toujours un dérèglement énergétique qu'on peut corriger avant et éviter qu'il y ait. finalement, des services de santé très complexes. C'est peut-être ce qui déroute, finalement, le plus dans les pratiques alternatives, c'est que nos moyens d'intervention sont simples, peu coûteux et souvent efficaces. Il y a une simplicité dans nos outils parce qu'on travaille avec des choses ou des approches qui sont souvent millénaires et qui ont des outils très très simples au niveau de l'exécution.

Dans la pochette qu'on vous a présentée, vous allez voir en annexe que l'Organisation mondiale de la santé a fait un relevé de toutes les pratiques alternatives. Il y a de quoi faire un jeu asez intéressant. Je pense qu'il y a 104 pratiques. Quand on dit "relevé", ça n'a rien à voir avec l'efficacité ou non, ce n'est pas vérifié en termes de... C'est vraiment l'analyse systématique de toutes les pratiques alternatives qui sont pratiquées dans le monde entier, et c'est l'Organisation mondiale de la santé qui en a fait le relevé.

Pour vous dire qu'on est loin de représenter toutes les approches. Par contre, comme il faut commencer avec ce qu'on vit au Québec, parce qu'on est au Québec, nous, on s'est quand même arrêtés à sept pratiques, parce que les sept pratiques, quand même, avaient des critères qui étaient suffisants pour être reconnues comme groupes professionnels.

Je pense que le principal article de l'avant-projet de loi qui peut, en tout cas, nous intégrer et nous donner une place au niveau du réseau de la santé, c'est l'article 6 qui dit: "Avant de consentir à des soins médicaux ou autres, toute personne ou son représentant a le droit d'être informé sur son état de santé, de connaître les différentes options qui s'offrent à elle ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options. " A ce niveau, je pense que les pratiques alternatives de santé peuvent facilement s'intégrer comme une option, que le client a le droit de connaître et que le client a le droit de choisir, dans la mesure de sa connaissance, dans la mesure de son choix. Évidemment, si c'est vrai pour un personnage qui est rendu à nécessiter des soins médicaux, Je pense que c'est aussi vrai dans la période de prévention où un personnage ou un être peut aller chercher des services de santé aussi en alternative.

Je pense que ça résume, en quelques mots, notre position. On sent qu'on a quand même un rôle à jouer au niveau du système de santé. Ce qui est peut-être le plus déroutant dans les alternatives, je pense que la commission Rochon l'a très bien souligné, c'est que même avec tous les outils qu'on a. on n'a même pas réussi à identifier complètement le réseau; il y a une partie du réseau qui est identifiée, mais il y a une partie qui reste souterraine, parce qu'il y a tellement de répression qu'on ne peut pas aller

chercher **les** gens ça, c'est important à souligner. Aussi, au niveau des alternatives, on sent qu'il y a quand même beaucoup de différents **niveaux** d'intervention et différents niveaux de formation. Alors, pour nous, c'est important de mentionner qu'on pense que l'importance de cerner et de vraiment s'assurer que les gens qui les pratiquent ont une compétence qui va vraiment assurer la protection du public. Ce sont les deux précautions qu'on apporte vraiment: d'identifier le réseau et de s'assurer que les gens qui les pratiquent ont une réelle compétence.

**Le Président (M. Joly):** Merci, madame. M. le ministère de la Santé et des Services sociaux.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président. Évidemment, ce n'est pas la première fois qu'on se rencontre dans ce genre d'exercice. À quelques variantes près, je pense qu'on a globalement à peu près la même intervention, le même fond, la même volonté de, c'est bien sûr. Je serais étonné, demain matin, que quelqu'un puisse nous dire, parmi ceux qui contestent l'existence de la pratique de la médecine alternative, combien d'eux ou de leurs proches fréquentent ou font appel aux médecines alternatives? Ça serait peut-être intéressant de le savoir parce que, effectivement, j'ai connaissance d'un certain nombre de personnes qui y vont et sont très très apparentées à ce qui est traditionnel. Traditionnel ne voulant pas dire que ce n'est pas bon.

(21 h 15)

Une chose qui est certaine, c'est que... Je veux le répéter pour être bien sûr qu'on se comprenne bien. Dans mon livre à moi - je peux me tromper - mais il n'y a personne, aujourd'hui, encore mieux que le médecin qui est qualifié pour faire des diagnostics, compte tenu de sa formation, de ses spécialités. Ça demeure un rouage extrêmement, et ça devra demeurer, un rouage extrêmement important de notre système. De là à laisser le champ complètement occupé et exclusivement occupé par les médecins, évidemment, c'est une situation qu'on doit questionner parce que, dans la pratique même - je ne sais pas s'il y a des chiffres - mais il y a beaucoup de personnes qui, d'une manière ou d'une autre, vont vers les médecines douces et les médecines alternatives.

Quand on a reçu les pharmaciens de centres hospitaliers, ils sont venus nous dire qu'il y avait une consommation abusive de médicaments, qu'il y avait un certain nombre de dépenses assez importantes de médicaments coûteux utilisés dans les hôpitaux. Il y avait aussi une phrase sur la consommation de médicaments, qui disait à peu près ceci: - ce n'est pas cité au texte, c'est seulement l'idée qu'il faut retenir - qu'il fallait faire attention parce qu'ils ne se prononçaient pas contre les médecines alternatives ou médecines douces, mais nous mettaient en garde contre le fait que, dans les médecines douces, les aliments naturels, Il y avait aussi une consommation qui pouvait être nocive pour la santé des individus. Est-ce que vous partagez ce point de vue-là?

**Mme Lévesque:** Oui et non. Je prends la première partie de votre intervention, quand vous parlez de diagnostics. Je trouve très important de faire la nuance suivante. C'est que quand le corps médical se dit les meilleurs professionnels pour faire un diagnostic, il faut bien entendre que c'est un diagnostic qui se fait sur le plan cellulaire, sur le plan physiologique. C'est-à-dire que la médecine va aller à la plus petite unité physique de la cellule pour scruter et voir s'il y a une malformation et vraiment porter un diagnostic à partir de la physiologie. Quand nous, on parie de diagnostic en pratique alternative, on parle d'un diagnostic énergétique. Et c'est tout à fait sur un autre plan et ça ne se mesure pas avec les appareils sophistiqués que la médecine a dans les centres hospitaliers. Alors, pour le même mot, qu'on utilise souvent, dans notre jargon - parce que, de part et d'autre, on a un jargon qui est hermétique - on s'accroche souvent sur la sémantique du diagnostic. Quand vous dites que les médecins sont les meilleurs, vous avez raison: sur le plan cellulaire, ce sont les meilleurs. Quand nous, on parle de diagnostic, je pense que nous sommes les meilleurs pour faire un diagnostic sur le plan énergétique. Et à quelque part, il y a sûrement un point de rencontre où on pourrait travailler de façon complémentaire, mais cette complémentarité-là semble être difficile. Évidemment, je parie avec mes lunettes d'acupuncteur, parce que je suis le problème de l'acupuncture, mon collègue aussi. Mais quand on a vu comment le dossier de l'acupuncture a été récupéré, c'est très évident - non seulement évident, mais M. Roy le dit lui-même - et si c'est bon, ils vont récupérer cette pratique-la. Et c'est là que nous, on accroche, parce qu'on pense que l'autonomie de la pratique devrait être préservée. Ça, c'est le premier point que j'aimerais mentionner.

Le deuxième, vous avez probablement raison... Il y a plein de gens qui se disent... peu importe le nom... qui prennent des cours ici par là, soit par des compagnies qui vendent des produits naturels, et qui, tout d'un coup, se mettent à vendre des produits naturels. Finalement, il y a vraiment une question abusive qui se passe à ce niveau-là. Ça, j'en conviens, sauf que j'ai rarement vu des gens devenir malades parce qu'ils avaient trop pris de produits naturels. Mais j'ai vu beaucoup de gens prendre des médicaments et en être malades. À la limite, c'est sûr que la consommation est... Il n'y a pas tant de gens non plus parce que, écoutez, les gens sont quand même éduqués, il y a une éducation populaire qui s'est faite, et je pense de laisser planer qu'il y a beaucoup de charlatanisme, je pense que ça revient encore à, un peu... Parce

que ça semble du charlatanisme quand on dit qu'il y en a trop.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, ce n'est pas ce qui a été dit Je ne voudrais pas que ce soit interprété comme tel. Quand même, les pharmaciens ont une responsabilité, c'était une prestation très intéressante et très courageuse que des pharmaciens et des pharmaciennes de centres hospitaliers viennent nous dire qu'il y a des consommations abusives dans leur propre domaine, avec ceux avec qui ils travaillent, donc en plein curatif. Ils viennent nous dire, leur expérience en témoigne et évidemment, tout le monde a partagé cette idée-là, consommation de médicaments, il y en a une série de personnes qui sont empoisonnées, et ils sont même venus nous dire que, si je ne m'abuse, c'était 20 %?

**Une voix: 10 %.**

**M. Côté (Charlesbourg):** 10 % des lits qui étaient occupés étaient dus directement à la consommation de médicaments. Donc, ce n'est pas une petite affirmation, c'est une affirmation qui était à l'époque très responsable, contestée par certaines personnes mais, à tout le moins, ils ont eu le courage de venir le faire. Ils nous ont dit en même temps, et je me demande même s'ils n'avaient pas une tendance favorable à la reconnaissance de pratiques alternatives, ils nous ont quand même dit: Faites attention, parce que dans la consommation de produits naturels, il y a aussi effectivement des dangers pour la santé des individus. C'est pour ça que je voulais vous poser la question, parce que je sais que depuis déjà un certain temps, vous défendez les pratiques alternatives. Ça m'apparaissait important de vous poser la question, pour notre propre information et pour en être conscients, aussi.

**Mme Lévèsque:** Est-ce que je peux aller un petit peu plus loin dans la réponse, parce qu'il remonte quelque chose qu'il faut que je souligne? C'est que, à tort ou à raison, j'ai excessivement peur de ce genre d'affirmation, parce que si on suit le profil des professions médicales, je pense très bien, et on en discute avec les pharmaciens, on les voit régulièrement, eux aussi ont intérêt à récupérer, notamment l'homéopathie, ils sont en train de le faire. Les pharmaciens ont fait beaucoup de démarches pour empêcher la vente libre des produits naturels sur la tablette pour que ça devienne un produit qui devra passer par le compendium des produits pharmaceutiques. Alors quand ils disent ça, je ne sais pas, à tort ou à raison, s'ils ont raison, puis ils ont probablement raison à quelque part, mais à l'intérieur, il y a une peur qui monte, et pour moi, j'interprète ça comme un vouloir d'être récupéré.

**M. Côté (Charlesbourg):** Il faut se comprendre, ce ne sont pas des pharmaciens qui exploitent leur pharmacie, ce sont des pharmaciens qui sont des salariés et qui travaillent dans des hôpitaux, dans des centres hospitaliers. Il y a une différence très nette entre ça.

**M. Letendre (Daniel):** Moi je pense que aussitôt qu'on va parler de consommation, il y a consommation et il y a surconsommation. C'est certain qu'on pourrait affirmer que tout ce qui va être surconsommation peut porter certains risques. Le chocolat, ça peut être bon pour la santé mais si on en mange deux livres, on risque d'être malade. Les produits naturels, c'est la même chose. Je pense que, utilisés dans une mesure juste et raisonnable, tout comme la médication allopathique qui peut être utilisée dans une mesure juste et raisonnable... C'est certain que le déraisonnable, que ce soit du raisonnable en médecine allopathique, du médicament de prescription, que ce soit le déraisonnable dans la médication naturelle peut comporter un certain risque. À ce moment-là, est-ce que le danger, peut-être, n'est pas totalement comparable, parce qu'une personne qui va faire une intoxication avec des barbituriques, ça peut être différent de quelqu'un qui va consommer peut-être trop de vitamines C ou trop de tisanes. Mais si on fait un profil, pour en revenir au niveau du patient qui consulte, lorsque vous avez parler de diagnostic, les médecins, c'est vrai, au niveau de leur diagnostic, la médecine allopathique, au niveau du diagnostic, c'est très bon, c'est très valable. D'ailleurs, je suis de formation de biologiste médicale, on m'a formé à faire du diagnostic, aussi. Sauf que si on saisit pour une catégorie de patients, souvent les gens... une personne qui a un problème, lorsqu'elle consulte, elle veut être rassurée et elle veut être soulagée.

La loi du marché fait que le patient va consulter, premièrement, son médecin, son médecin de famille - je ne sais pas si la notin de médecin de famille existe encore dans les grands centres, mais moi je viens de la campagne et ça existe encore, la notion de médecin de famille - va consulter son médecin de famille, le médecin de famille va l'examiner, 1 va faire passer des tests, etc. Souvent, il va rassurer le patient en disant: Vous avez ou n'avez pas telle maladie. Il va le rassurer par son diagnostic. Souvent, c'est un diagnostic qui va plutôt confirmer que la personne n'a pas telle maladie, dans le tableau des maladies connues. Parfois, dans bien des cas, ça ne soulage pas le patient, parce qu'on a beau dire: Tu n'as pas de problèmes, on n'a pas trouvé un diagnostic. On peut dire: Tu n'as pas de cancer, tu n'as pas d'ulcère, ton coeur est bon, mais souvent, on sait très bien que la personne va présenter un malaise qui ne sera pas soulagé. Donc U va lui rester peut-être d'engourdir son problème ou d'aller consulter aillours. Souvent, si on fait un portrait type de la clientèle, au niveau des alternatives, ce sont des gens qui ont été voir les médecines

officielles et souvent qui ont consulté un médecin de médecine générale, qui ont consulté des médecins de spécialité et qui n'ont pas trouvé de solution à leur problème. Ensuite ils vont aller consulter de l'autre côté de la clôture. Ils vont aller voir les alternatives, pour trouver un soulagement à leur problème. Mais, ces gens-là, la plupart du temps arrivent avec un diagnostic que j'appelle un diagnostic négatif. C'est qu'on leur dit: Vous n'avez pas telle ou telle maladie, mais on ne sait pas ce que vous avez. Donc, c'est un problème qui se situe ailleurs.

Souvent, dans le profil des patients qui vont consulter au niveau des alternatives, ce sont justement des gens qui ont été investigués par la médecine officielle. Souvent, il faut bien comprendre que, au niveau des alternatives, on n'est pas des anti-médecine. Souvent, bon nombre de praticiens de médecine alternative ont des formations médicales, ont des formations paramédicales qui connaissent l'autre côté de la clôture. On n'est pas des anti-médecine. On est justement contre les abus. On est pour l'ouverture. On est pour la liberté de choix. Si la personne veut choisir une médication allopathique, si une personne veut choisir la médication de son médecin, on n'a rien contre ça. Si la personne veut aller voir au niveau des alternatives pour trouver une solution à son problème, nous on pense qu'elle a le droit. Mais elle a le droit aussi d'avoir accès à des thérapeutes de qualité. La conjoncture fait qu'au niveau des alternatives, c'est en dehors de la ligne officielle, c'est en dehors de ce qui est permis, c'est en dehors des réseaux, c'est "underground". Il n'y a pas de contrôle, quoiqu'on n'entend rarement parler de "malpractice" au niveau des pratiques alternatives.

Il demeure tout de même, si on veut faire une réforme au niveau de la santé, et si on veut vraiment s'en aller vers le niveau préventif... On peut dire que depuis plusieurs années, le réseau de santé a été axé sur le curatif, c'est-à-dire qu'on éteint le feu une fois que le feu est pogné et on recoud une fois que c'est brisé ou on change le morceau. Mais si on veut s'en aller vers le préventif... Parce que c'est beau, on ne pourra pas tous se promener avec un beau coeur Jarvick et la quincaillerie qui va avec et des hanches en silicone. La santé c'est un capital, c'est une notion qu'il faut inculquer au jeune âge. Il faut inculquer ça aux enfants, une saine alimentation. La santé se retrouve, premièrement, dans les habitudes de vie. Si on a un problème de santé, on a toujours le choix de la médecine officielle qui fait ce qu'elle peut et qui, souvent, va donner de bons résultats. Mais pourquoi ne pas permettre aussi aux gens d'avoir le choix à une autre façon de voir l'être humain? Ça c'est très important.

**Le Président (M. Marcil):** Merci M. Letendre. M. le ministre.

M. Côté **(Charlesbourg):** Oui. Je vous ai laissé aller parce que ça vous donne la chance de vous exprimer, et ce n'est pas souvent qu'on a la chance, surtout à micro ouvert, enregistré, d'exprimer notre point de vue de manière aussi claire, selon votre vision.

Je veux quand même revenir pour ne pas qu'on se perde, parce qu'il y a deux questions auxquelles je voudrais m'attaquer. Vous proposez la formation d'un comité - je voulais employer tantôt avec ceux qui précédaient - parapluie. Je me souviens qu'effectivement vous nous en aviez parlé au mois de décembre lorsqu'on s'est rencontré sur la commission parlementaire des sages-femmes. J'aimerais en entendre davantage. Qui serait responsable de cette corporation parapluie? Qui serait maître de jeu? Qui ferait partie de cette... Je pense qu'il y a beaucoup de questionnement à ce niveau-là parce que dans la mesure où, effectivement, on reconnaît et on règle le problème, on ne peut pas reconnaître les 104 qu'il y a là. Bon! En tout cas, il y en a, j'en vois là, et moi, ça me fait sauter en l'air en les voyant. Imaginez-vous! et je ne suis pas médecin. Il y aurait des combats à mener de manière très évidente pour être capables de les reconnaître. Donc, il y aura fondamentalement, si on y va, des choix à faire. Est-ce que ce serait le rôle de la corporation parapluie ou... J'aimerais vous entendre là-dessus.

(21 h 30)

**Mme Lévesque:** Il faut dire qu'on a choisi le titre corporation parce qu'on vit dans un modèle corporatif. Si on avait un modèle plus fonctionnel, on serait heureux de prendre un autre modèle et je pense qu'à ce niveau-là, il va falloir se pencher sur les modèles qu'on vit à l'étranger. Il y a des pays au monde qui ont pu intégrer les pratiques alternatives de façon autonome, je pense que c'est ça le point le plus important, et où les deux pratiques vivent de façon très harmonieuse ensemble. Mais ici au Québec, on a un modèle qui s'appelle corporation, alors pour éviter la duplication qui n'est pas du tout réaliste de créer une corporation pour le nombre de pratiques, on a dit: Bon, on va en faire une. Cette corporation aurait la particularité qu'elle garderait l'autonomie de chacune des pratiques, c'est-à-dire qu'au niveau de la formation, au niveau de l'encadrement professionnel, au niveau de l'application du code de déontologie, chacune des pratiques serait évaluée par les pères. En d'autres mots, la section acupuncture de ce volet parapluie serait exclusivement fait par des acupuncteurs et chacun garderait l'autonomie de sa pratique. L'avantage d'être regroupés, c'est qu'à l'intérieur de chacune de nos pratiques, il y a des gestes qu'on fait de façon commune. Exemple, la massothérapie. La massothérapie est un geste qu'on utilise dans beaucoup de nos pratiques, la massothérapie comme choix, comme moyen préventif. Il y a aussi l'ostéopathie qui utilise la

massothérapie, il y a aussi l'orthothérapie, il y a les acupuncteurs, il peut même y avoir les sages-femmes.

Alors, afin d'éviter tout le problème de définition d'actes professionnels, on s'est dit que si on mettait une structure commune et qu'on définisait les actes à l'intérieur de cette structure-là, tous les gens qui ont la compétence de le faire, pourraient le faire. En d'autres mots, les massothérapeutes qui seraient dans la structure de la corporation professionnelle parapluie et qui pratiquent leur massothérapie, ne pourraient pas nécessairement empêcher un ostéopathe de faire de la massothérapie parce qu'à l'intérieur de toutes ces structures-là, il y a des actes qui seraient définis et qui appartiendraient aux individus, mais pas en fonction de leur titre, en fonction de leur réelle compétence. Si quelqu'un a une compétence pour faire l'homéopathie et qu'il est capable de démontrer qu'il a la compétence, bien il peut aussi être sage femme. Parce qu'on réalise que dans nos pratiques, il y a des champs de pratiques qui se chevauchent énormément et quand on essaie de réglementer par champs exclusifs, ça devient excessivement complexe et ça pose un problème à l'Office des professions.

M. Côté (Charlesbourg): Comment est-ce qu'on fait pour en choisir X parmis les 104...

Mme Lévesque: Nous, c'est très clair la façon, on a choisi les sept pratiques parce que l'Office des professions a cinq critères pour être reconnu comme professionnel. Alors, on a regardé ce qui existe au Québec, on a regardé ce qui est utilisé et ces sept pratiques-là sont les pratiques les plus utilisées, les plus courantes.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, ça exclurait les autres?

Mme Lévesque: Les quoi?

M. Côté (Charlesbourg): Ça exclurait les autres.

Mme Lévesque: Pas nécessairement. On a une huitième catégorie qui est ouverte mais comme on ne peut pas s'attaquer à tout pour le moment...

M. Côté (Charlesbourg): Elle est parapluie elle aussi.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Lévesque: Elle est en dessous, elle est en dessous. Quand la corporation parapluie sera là, on verra à... Parce qu'il y a plein de bonnes pratiques aussi mais il faut dire que les sept pratiques qui sont là, plus particulièrement je dirais l'homéopathie et l'acupuncture, sont des pratiques qui ont leurs moyens diagnostiques particuliers. C'est pour ça que c'est important de vraiment les encadrer. Mais Il y a plein... il y a une notion, évidemment on n'a pas le temps de les définir ici mais, en tout cas, j'ai proposé à l'Office des professions de le faire, de prendre le temps de l'expliquer. Il y a une notion de soins médicaux et il y a une notion de soins de santé et il y a plein de services. Par exemple, on peut penser aux bains flottants, à l'algothérapie. Ce n'est pas nécessairement des choses qu'on fait quand on est malade, ce sont des choses qu'on fait pour prendre soin de son corps et souvent de façon préventive et ça ne demanderait pas nécessairement les mêmes prérequis que si on demande à quelqu'un, par exempte, de faire un diagnostic homéopathique. Et c'est là que le rôle de la corporation parapluie pourra définir qu'une personne avec telle formation, tel prototype ou tel profil de formation et qui a démontré de réelles compétences, pourra tout simplement faire le geste, sans avoir nécessairement le chapeau exclusif d'une pratique ou de l'autre.

M. Côté (Charlesbourg): Ça inclut...

Le Préskient (M. Marcil): Votre dernière minute, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Dans la mesure - on aura l'occasion d'en discuter plus longuement en commission parlementaire, bien sûr, parce que ça portera uniquement là-dessus - où il y aurait reconnaissance d'un certain nombre des exigences quant à la formation, des exigences quant à l'éthique; ça voudrait dire, dans ces conditions-là, que tout ce qui se ferait en dehors de ça devrait être interdit.

Mme Lévesque: Pas du tout. Je pense qu'il faut se laisser une porte ouverte et je pense qu'on devra avoir une structure permanente où, s'il y a une pratique qui est utilisée, que la personne a la compétence pour le faire et qu'on est capable d'assurer la protection du public, on ne peut pas se permettre de se fermer. Parce qu'il y a de nouvelles approches qui vont arriver, *au* fur et à mesure que ça évolue. On vit dans une société universelle, hein, et on communique avec le monde. On ne peut pas dire qu'il y a juste ça, mais, pour tout de suite, il y a ça. On va s'entendre sur ça. Parce que c'est vraiment une question de principe. Quand on viendra faire l'accréditation, je pense que ce ne sera pas plus dur d'en accréditer 25 que d'en faire sept. C'est le même principe.

M. Côté (Charlesbourg): C'est sûr que c'est le même principe, en tout cas, on n'est pas rendu là encore, on va évoluer, on va avoir notre commission parlementaire et on aura très certainement l'occasion de rechanger. Je termine

avec une petite question sur une de vos recommandations: un D.G., deux mandats. Vous dites: Deux mandats, on ne devrait pas l'Inclure dans le projet de loi. Je reprends l'exemple classique. Si on a cru important, au niveau des États-Unis, qui sont la première puissance mondiale, de dire au président des États-Unis: Après deux termes, donne donc la chance à quelqu'un d'autre de venir profiter de l'expérience, pourquoi ce ne serait pas bon pour un centre hospitalier ou un établissement au niveau du Québec?

**Mme Lévesque:** Un premier ministre ou un président a un rôle de prestige et une visibilité qu'un directeur général n'a pas nécessairement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vais vous dire rien qu'une affaire, dans certaines conditions, je changerais bien mon poste à moi comme ministre avec le D.G. d'un CHU, par exemple, avec la visibilité que ça donne et avec tout ce que tu peux mener. J'ai l'impression, à l'occasion, qu'il a pas mal plus de pouvoirs que je peux en avoir. En tout cas, moi, ça me chatouille parce que, à partir du moment où tu as donné huit ans de ton plein régime dans un milieu comme celui-là, je pense que ça fait du bien qu'on ait d'autres visages, avec des pratiques plus modernes. Et huit ans à la môme place, il y a un certain nombre de choses qui s'enracinent autour, qui ne sont pas nécessairement souhaitables. Par contre, si on devait en arriver avec cette formule-là, il faut, bien sûr, s'assurer, si on veut être capable d'attirer les bons candidats, qu'il ne soit pas exclu de pouvoir aller dans un autre centre, qu'il y ait une mobilité de la main-d'oeuvre et non pas une exclusion. À ce moment-là, je pense que c'est la sécurité qu'il faut...

**Mme Lévesque:** Oui. Là, on s'entend, parce que c'est quand même important. C'est juste pour dire que si quelqu'un est Inefficace, ce n'est pas nécessaire de le garder huit ans en place. C'est juste ça, dans le fond, la question, parce que... Il faudrait avoir une mesure pour mesurer l'efficacité d'un directeur générai parce que, dans le moment, c'est le mandat tout simplement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci beaucoup.

**Mme Lévesque:** Merci.

**Le Président (M. Marcil):** Merci beaucoup, M. le ministre. Je vais reconnaître Mme la députée de Marie-Victorin.

**Mme Vermette:** Effectivement, je constate que vous avez tout à fait raison en ce qui concerne l'évaluation d'un directeur général. Même si c'est le conseil d'administration, c'est son autorité de faire l'évaluation. Très peu le font à l'heure actuelle et ils ont même peur de le faire généralement. Alors, je pense que ça aussi, ce serait à regarder au niveau, en tout cas, de nos conseils d'administration, les habiliter, en tout cas, à leur donner des grilles d'évaluation en ce qui concerne leur D.G.. Je pense que ce serait tout à fait important.

En ce qui vous concerne, tantôt j'écoutais M. le ministre qui disait que: Oui, effectivement, les médecins auront toujours leur place, bien sûr. Mais, en fait, j'aimerais vous dire qu'ils n'ont pas la science infuse parce qu'ils portent le nom de docteur et, d'autre part, on a tous écouté le Dr Spock et on a tous fait des erreurs en tant que parents. Pourtant il était supposé avoir la vérité, alors qu'on s'est aperçu qu'il y avait plusieurs vérités en matière d'éducation.

Cela dit, peut-être qu'au niveau aussi des médecines douces, effectivement, il pourrait y avoir d'autres formes des médecines alternatives, d'autres formes.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je ne suis pas un spécialiste de la cuisine, mais je vois ma femme cuisiner puis, bien des fois, elle prend une recette de Serge Bruyère puis elle ne réussit pas de la même manière et ça ne dépend pas de Serge Bruyère.

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

**Mme Vermette:** Pas nécessairement, sauf que je suis convaincue que votre femme ne parle pas au nom de l'ensemble de...

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

**M. Côté (Charlesbourg):** Je n'ai pas dit que ma femme ne faisait pas bien à manger, là. Regardez-moi le gabarit et ça va tout vous dire.

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

**Mme Vermette:** Cela dit, en tout cas, je considère que, de toute façon, il y a plusieurs femmes à la maison qui ont plusieurs recettes, effectivement, mais pour autant ne se gavent pas toutes de leur titre de chef cordon bleu non plus. Tout ça pour dire que c'est important. Surtout quand on regarde l'évolution dans le domaine de la santé au niveau de la demande de la population, mais aussi devant un certain constat d'échec de la médecine traditionnelle dans certaines situations, je pense que de plus en plus vous serez appelés à jouer un rôle important, surtout que les problèmes de notre société font en sorte que ce sont des problèmes de stress qui occasionnent beaucoup d'autres maux, qui engendrent beaucoup d'autres maux. Donc, c'est très important, toutes ces différentes approches qui favorisent un peu la prévention, bien sûr, mais aussi la détente et qui permettent aux personnes de rester en contact avec elles-mêmes, parce que c'est peut-être la seule façon de solutionner bien des problèmes et d'amoindrir, en tout cas, leur

état de santé qui se détériore.

On parlait de prévention. On a toujours constaté que la prévention, c'est assez difficile à mesurer, parce qu'on le fait toujours sur une longue période, mais on ne le fait pas à petite échelle. Ça, ce serait peut-être intéressant, lorsqu'on parle de prévention, de se donner des objectifs à court terme, mesurables et qui pourraient être révisés au fur et à mesure. Je ne sais pas si vous êtes d'accord avec ça...

**Mme Lévesque:** Oui.

**Mme Vermette:**... mais actuellement j'ai toujours l'impression, quand on parle de prévention, qu'il faut que ça soit mesurable.

**Mme Lévesque:** C'est que nous, quand on apporte la notion de prévention, je pense que l'indicateur le plus fiable de notre intervention, c'est la paix intérieure. Et si les gens sont bien, Us sont bien dans leur peau, ils rayonnent la santé, ça paraît. Ça, je pense qu'il y a une mesure évidente, à ce moment-là, quand les gens partent puis qu'ils sont bien. Ça se ressent de l'intérieur. C'est sûr que ça ne se mesure pas toujours avec des indices ou des indicateurs de mortalité ou de morbidité, mais il y a d'autres mesures. Quand on tombe dans des choses aussi... Parce qu'on est vraiment dans le monde du subtil, quand on parle d'énergie. Je pense qu'il n'y a pas de meilleur indicateur que la perception que le patient peut avoir de sa santé et de son état. Ça, c'est le meilleur indicateur.

**Mme Vermette:** Malheureusement, on parle toujours quand on a des problèmes. C'est rare qu'on entend parler des gens qui se sentent bien, qui se sentent heureux, de toute façon. Ce que j'aimerais aussi savoir de votre part, c'est que vous mentionnez... Est-ce que vous avez déjà eu affaire avec des directeurs de services professionnels ou, en tout cas, c'est dans l'éventualité où vous auriez une reconnaissance au niveau des milieux hospitaliers? Vous mentionnez, en tout cas, vous faites une suggestion à l'effet qu'U serait souhaitable que les directeurs des services professionnels ne soient pas nécessairement des médecins, parce que ça pourrait impliquer certaines formes de conflits avec les autres professionnels. Est-ce que vous en faites vraiment une affirmation ou si c'est simplement un souhait?

**Mme Lévesque:** Oui. Ça peut être un médecin comme ça peut ne pas l'être. Ça ne devrait pas être une obligation, parce que chaque cadre professionnel a quand même... Le nursing a sa direction, les médecins pourraient aussi avoir une façon d'être représentés, et la personne qui chapeauterait finalement, tout le volet professionnel, pourrait très bien être un gestionnaire qui n'a pas nécessairement de conflit d'Intérêts avec aucun des professlonels qui sont la. Parce que le rôle du directeur des services professionnels est un rôle très important au niveau d'un centre hospitalier. Mais ça, ce n'est **pas** tellement par rapport à notre intégration, **c'est** plus par rapport à notre expérience, notre vécu, comme professionnels qui ont oeuvré dans le domaine hospitalier avant d'arriver **au réseau** alternatif. C'était plutôt dans ce sens-là qu'on faisait la recommandation.

**Mme Vermette:** Je sais que souvent certains hôpitaux, en tout cas, quand ils n'ont **pas** un DSP qui est un médecin... Très souvent, c'est difficile d'avoir un DSP. Le Conseil des médecins et dentistes ne veut pas fonctionner avec le **DSP** parce qu'il n'est pas nécessairement un médecin. Ça, c'est une lacune, en tout cas, qui **est** relevée dans certains endroits, malheureusement.

En ce qui concerne la reconnaisance, vous avez parlé aussi des différentes... Il en existe sept puis il faudrait rester avec l'esprit ouvert, parce que plus on va avancer, plus I y **aura** différentes formes qui pourront commencer à être pratiquées au Québec, en fait. Quel **est** cet attrait, en fait, actuellement, pour **se développer** autant de pratiques? Est-ce que. dans les différents pays et à différents endroits, actuellement, il y a autant de médecines alternatives douces qui se pratiquent que des médecines traditionnelles? Et comment ces médecines-là **peuvent-elles** cohabiter, en fait? Est-ce qu'il y **a** eu des événements heureux, à certains endroits, ou si c'est toujours le même problème que l'on vit, à savoir le pouvoir médical versus le pouvoir des autres médecines alternatives?

**Mme Lévesque:** En tout cas, pour nous, c'est clair que la collaboration... On **est vraiment** des collègues, on travaille dans **une même** mission de santé et on se voit beaucoup plus comme des confrères. C'est vraiment le principe du centre d'achats. C'est la loi du libre marché. C'est un peu comme les restaurants: H y en **a** une multitude, H y en a différentes sortes et, finalement, les gens sont capables de se parler. C'est une saine compétition. Parce que quand c'est du domaine privé, évidemment, **là, c'est** un peu différent du domaine public, **mais** I y **a une** compétition naturelle qui s'installe et c'est vraiment une saine compétition qui n'empêche pas les gens de se parler, au contraire, c'est même souhaitable pour que les gens puissent arriver. C'est vraiment une question **de liberté de** choix. Les gens peuvent avoir **des affinités avec** certaines pratiques plutôt que **d'autres. C'est** vraiment cette liberté de choix-là **qu'il faut** respecter. Pour un même problème **de santé, les** gens ont différentes alternatives. **C'est comme** quand on choisit un vêtement, **finalement,** on a le choix entre différentes boutiques. **C'est un peu** le même... c'est la liberté de choix à **sa** plus simple expression.

**Mme Vermette:** Mais, à cause de cette liberté de choix, à l'heure actuelle, il y a beaucoup beaucoup de gens, en fait... Moi, je rencontre plein de gens qui me semblent tous être doués pour la pratique d'une forme de médecine, pas une médecine alternative comme telle, mais une médecine douce comme telle. Il y a plein de gens qui vous vendent toutes sortes de produits naturels, de médecine naturelle, qui vous disent: Si tu prends ça de telle façon, et tu prends une autre affaire, tu vas te sentir beaucoup mieux. Il y en a plein, maintenant, il y a toutes sottes de produits, à droite et à gauche, qu'on trouve, il y a toutes sortes de formes d'approches aussi, qu'on cultive, sans savoir vraiment si les personnes qui nous abordent ont une connaissance approfondie, mais qui ont de bonnes intentions pour vraiment permettre à la personne d'être bien dans sa peau et être en équilibre avec elle-même, mais qui n'ont vraiment aucune connaissance du fonctionnement biologique, physiologique ou psychologique de la personne.

**Mme Lévesque:** C'est très vrai ce que vous ressortez parce que, pour nous, le domaine... Parce que nous, on a des naturopathes, et c'est très important pour nous, on a des critères, et les gens naturopathes, chez nous, ont tant d'années de formation. Mais c'est probablement le domaine où il y a le plus d'effervescence parce que les compagnies qui vendent des produits naturels forment des gens et les prérequis ne sont pas nécessairement les mêmes que les écoles sérieuses de formation. Mais, comme il n'y a pas de système qui contrôle, c'est là que l'abus arrive et l'explosion se fait. Ça pousse comme des champignons et on n'a pas le contrôle. Cest là que c'est dommage.

**Mme Vermette:** C'est pour ça que vous demandez une reconnaissance...

**Mme Lévesque:** Le plus vite.

**Mme Vermette:** ...comme votre comité parapluie qui pourrait tout de même avoir ces effets-là au niveau du contrôle.

**Mme Lévesque:** Du contrôle et de la formation. C'est très important.

**M. Letendre:** Ce que l'on dit, par souci de produits de consommation, c'est la même chose que la médecine allopathique. Il y a tout de même des compagnies derrière ça qui mettent de la pression pour que ça se vende aussi. Donc, c'est la loi du marché. Il y a des chevaliers de l'industrie dans ça, aussi. C'est certain qu'au niveau des alternatives étant reconnues avec un critère d'exercice X, probablement que ça va diminuer. Est-ce que ça va disparaître, ce phénomène-là? Dieu le sait, mais ça va sûrement diminuer. C'est certain qu'il y a des compagnies qui vont fabriquer des produits, des suppléments alimentaires... Il y a même des médecins qui favorisent les suppléments alimentaires à tour de bras. Il faut dire aussi que les compagnies qui fabriquent ces produits-là exercent un marketing, une mise en marché, et il faut que ça se vende. Mais, il faut bien distinguer entre les gens qui vont faire de l'automédication et les gens qui vont aller consulter un professionnel.

**Mme Vermette:** Moi, je vous remercie de votre présentation. Ce que je voulais dire c'est que je trouve un petit peu dommage qu'on aura une commission parlementaire après celle-ci pour vérifier comment va se situer la pratique des médecines alternatives dans notre système, alors que le fondement même est à savoir quelle place vous pourrez occuper dans ce système de santé et quelle reconnaissance vous aurez dans le système de santé, puisque tout le monde reconnaît que vous aurez à jouer un rôle de plus en plus prépondérant dans notre système de santé, et que c'est important qu'on vous donne un statut le plus tôt possible pour empêcher, justement, toute forme d'aberration qu'il peut y avoir dans le système, à l'heure actuelle. J'ose espérer que ça va se faire et que, en tout cas, si c'est après, qu'on en tiendra compte au moment de faire la politique et que ça sera aussi une reconnaissance importante qu'on vous donnera, à ce moment-là, qui permettra justement à l'ensemble de la population du Québec d'avoir le choix dans ses approches de soins de santé, tant au niveau préventif que curatif.

**Le Président** (M. **Marcil):** Merci beaucoup, Mme la députée de Marie-Victorin. M. le ministre.

M. **Côté (Charlesbourg):** Moi aussi, je veux vous remercier. C'est la deuxième fois. Il y aura une troisième fois. On dit: Jamais deux sans trois. Ça l'air vrai dans ce cas-là. On va voir ce qu'on peut faire avant dans la réforme globale puisqu'on est interpelé et, quand on est interpelé, il faut donner un certain nombre de réponses. Il y a une partie de la table qui est mise, on ne peut pas dire qu'elle est totalement mise, pour rester avec mes recettes... Mais, évidemment, je suis un de ceux qui sont ouverts à écouter un certain nombre de choses et on verra ce que ça donne. Quant à moi, je ne suis pas très très pessimiste, je suis un optimiste de nature et si on veut faire une réforme, on va en faire une. Donc, on verra en cours de route. Je pense que vous aurez certainement réussi, par vos deux présences en commission parlementaire, à faire progresser le débat. Et que le gouvernement lui-même ait déjà accepté par l'entremise de Mme Lavoie-Roux, de tenir une commission parlementaire sur les médecines douces ou alternatives, c'est déjà un pas assez important

malgré qu'il n'y a pas grand monde qui mange avec ça encore, là Mais éventuellement, ça pourra faire des choses intéressantes. En terminant, mon collègue de droite me dit: N'oublie pas de dire que je suis un humble pharmacien.

**Mme Lévesque:** Je te savais parce que vous aviez fait des interventions, puis...

**De»** voix: Ha, ha, ha!

**Mme Lévesque:**... vous êtes un pharmacien spécial, vous l'avez dit aussi.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Marcil):** Merci beaucoup, M. le ministre. Mme Lévesque, M. Letendre, merci beaucoup de vous être présentés à cet exercice. Nous allons ajourner nos travaux au mardi 27 mars, à 10 heures, à la salle Louis-Joseph-Papineau. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 21 h 52)