



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 (20)

Le mardi 27 mars 1990 — No 30

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Hôpital Sainte-Justine	CAS-1851
Institut conjoint hospitalier de Montréal	CAS-1858
Hôpital Reine Elizabeth	CAS-1863
Centre hospitalier Reddy Memorial	CAS-1868
Centre hospitalier Catherine Booth de l'Armée du salut	CAS-1873
Alliance Québec	CAS-1877
Groupe de travail 06A sur les services de santé et les services sociaux	CAS-1889
Centre hospitalier Grace Dart	CAS-1893
Centre de services sociaux Ville-Marie	CAS-1897
Comité de coordination des établissements publics juifs - Services communautaires juifs de Montréal	CAS-1901
YMCA de Montréal	CAS-1909
Institut canadien-polonais du bien-être inc.	CAS-1913

Intervenants

M. Charles Messier, président

M. Marc-Yvan Côté

M. Guy Chevette

M. Rémy Trudel

M. Richard B. Holden

M. Robert Libman

M. Christos Sirros

M. Russel Williams

Mme Huguette Boucher Bacon

- * Mme Justine Lacoste, hôpital Sainte-Justine
- * M. Richard l'Écuyer, idem
- * M. Pierre Duplessis, idem
- * M. Jacques Letarte, idem
- * M. Alex Paterson, Institut conjoint hospitalier de Montréal
- * M. Craig Gauthier, idem
- * M. Allan Mann, idem
- * M. G. J. Wareham, idem
- * M. Nicolas Steinmetz, idem
- * Mme Christiane Garcia, hôpital Reine Elizabeth
- * M. Donald Smith, idem
- * M. George R. Hendy, centre hospitalier Reddy Memorial
- * M. Réjean Plante, idem
- * M. Lou Miller, centre hospitalier Catherine Booth de l'Armée du salut
- * M. Dave McCann, idem
- * Mme Louise Chevalier, idem
- * Mme Joanne Davison, idem
- * M. Robert Keaton, Alliance Québec
- * Mme Sara Saber, idem
- * M. Frank McGilly, Groupe de travail 06A sur les services de santé et les services sociaux

Tables des matières (suite)

Intervenants

- * M. David Campbell, centre hospitalier Grace Dart
- * M. A. H. van de Ven, idem
- * M. Desmond J. Kelly, idem
- * M. Michael Goldbloom, Centre de services sociaux Ville Marie
- * M. John Walker, idem
- * Mme Miriam Green, idem
- * Mme Maxine Sigman, Comité de coordination des établissements publics juifs - Services communautaires juifs de Montréal
- * M. Avrum Orenstein, idem
- * M. Jacques Hendlisz, idem
- * M. Léon Ouaknine, idem
- * Mme Lucie Fournier, YMCA de Montréal
- * Mme Sheila Laursen, idem
- * M. Georges Rawicz, Institut canadien-polonais du bien-être inc.
- * Mme Anna Brychey, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1.00 \$ - Index: 10 \$
(La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$)

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

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mardi 27 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 onze minutes)

Le Président (M. Messier): Avant de débiter, j'aimerais souhaiter un bon anniversaire à M. le ministre Marc-Yvan Côté, qui fête ses 32 ans ou ses 33 ans, ce matin. En plein ça? Parfait!

M. Côté (Charlesbourg): 33 ans, c'est l'âge du Christ, il paraît, alors...

Une voix:... ?

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

Une voix: Sa vie publique commence.

Le Président (M. Messier): Sa vie publique commence. J'aimerais rappeler le mandat de la commission: La commission est réunie afin de procéder à une consultation générale et tenir des auditions publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux. Est-ce que nous avons des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Atkinson (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Holden (Westmount).

Le Président (M. Messier): Enchanté, M. Holden, député de Westmount. Je voudrais vous lire l'ordre du jour. On va débiter, ce matin, avec quelque dix minutes de retard, avec l'hôpital Sainte-Justine. Par la suite, nous recevrons l'Institut conjoint hospitalier de Montréal, l'hôpital Reine Elizabeth, le centre hospitalier Reddy Memorial, le centre hospitalier Catherine Booth de l'Armée du Salut. Suspension à 12 h 30. Nous allons reprendre nos travaux à 15 h 30 avec Alliance Québec, suivie du Groupe de travail sur les services de santé et les services sociaux en langue anglaise pour la région 06A, le centre hospitalier Grace Dart, le centre des services sociaux Ville-Marie. Suspension à 18 heures.

Reprise des travaux à 20 heures avec le Comité de coordination des établissements publics juifs-Services communautaires juifs de Montréal, le YMCA de Montréal, pour terminer la journée avec l'Institut canadien-polonais du bien-être inc..

Hôpital Sainte-Justine

Les gens de l'hôpital Sainte-Justine, vous êtes assis. Vous avez dix minutes pour faire votre intervention. Par la suite, il va y avoir échange de 20 minutes avec l'Opposition offi-

cielle, avec le ministre ou les autres membres de la commission parlementaire et avec M. le député de Westmount. Je demanderais au porte-parole de l'hôpital Sainte-Justine de s'identifier et d'identifier aussi les autres intervenants.

Mme Lacoste (Justine): Mon nom est Justine Lacoste.

Le Président (M. Messier): Juste un petit instant, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Compte tenu de la nature de certains mémoires, je pense qu'on peut s'entendre. Ça peut être plus de dix minutes. Évidemment, ça nous donne moins de temps pour vous interroger, mais nous savons déjà que, pour plusieurs, c'est plus important de présenter le plus adéquatement possible leur projet que d'être questionnés, sachant qu'on pourra toujours se voir ultérieurement pour des questions. Donc une certaine souplesse là-dessus, en autant que ça ne dépasse pas la demi-heure globalement. Je ne sais pas si mon collègue...

Le Président (M. Messier): Il y a consentement mutuel. On y va. Madame, si vous voulez bien vous identifier et identifier les membres qui vous accompagnent.

Mme Lacoste: Mon nom est Justine Lacoste. Je suis présidente du conseil d'administration de l'hôpital Sainte-Justine. J'aimerais vous présenter Mme Pauline Turpin, directeur des services ambulatoires; Mme Jocelyne Carie, directeur des services hospitaliers; M. Richard l'Écuyer, directeur général; M. Pierre Duplessis, directeur de la santé communautaire et le Dr Jacques Letarte, directeur des services professionnels.

Le Président (M. Messier): Merci.

Mme Lacoste: J'aimerais, d'abord, vous mentionner qu'on a mis devant vous, une petite brochure. On est très heureux de présenter, cette semaine, la Semaine de l'enfant à l'hôpital. Alors, comme vous pouvez le voir, on arbore un petit macaron, et c'est l'occasion d'avoir à Sainte-Justine de nombreuses présentations pour le personnel, les parents et d'impliquer les patients dans plusieurs célébrations.

J'aimerais commencer par vous présenter Sainte-Justine. Sainte-Justine a été fondé comme une oeuvre, pas essentiellement comme un centre hospitalier, mais un objectif de santé pour les enfants du Québec. C'est ma grand-tante qui a fondé Sainte-Justine, en 1907, avec un groupe de

bénévoles, des bonnes dames impliquées, et qui ont fait de Sainte-Justine une institution qui est un leader en soins pédiatriques au Canada.

Sainte-Justine occupe, depuis 1957, les locaux situés sur Côte-Sainte-Catherine. Alors, déjà on commence à voir qu'on est en 1990 et qu'on a peut-être un problème de vétusté. Sainte-Justine a toujours été un hôpital d'avant-garde, une institution où les bénévoles se sont beaucoup impliqués. À ma grand-tante a succédé ma mère à la présidence de l'hôpital Sainte-Justine, qui a fondé la Fondation Justine Lacoste-Beaubien, qui est une des premières fondations hospitalières pour la levée de fonds pour la recherche. Sainte-Justine est non seulement à la fine pointe des services ultraspécialisés à ses patients, mais une institution dynamique du point de vue financier, du point de vue efficacité, du point de vue administratif.

J'aimerais souligner que Sainte-Justine a toujours été très près de sa clientèle, de la famille. On est très impliqués dans l'humanisation des soins. Au moment où, en 1957, l'hôpital a été construit, les patients étaient très isolés. Actuellement, on est à installer des chambres pour que les parents cohabitent avec leurs enfants durant le séjour de ceux-ci à l'hôpital. On travaille énormément avec les associations qui sont impliquées au niveau de la jeunesse, de l'enfance, et on essaie de collaborer et d'assurer une certaine cohérence dans les services sociaux qui sont donnés à l'enfance.

Fondé pour aider à diminuer le taux de mortalité infantile, qui était très élevé en 1907, maintenant Sainte-Justine est très impliqué dans des transplantations, dans des greffes. On est ici pour demander de placer en priorité, au Québec, l'enfance et l'adolescence et que des fonds soient approuvés à cet effet. Je pense que le plus beau cadeau qu'on puisse faire à des **enfants**, c'est une enfance heureuse. Alors, j'aimerais demander à M. l'Écuyer de vous présenter un peu plus notre mémoire.

M. l'Écuyer (Richard): Alors, comme vous le disait Mme Lacoste, nous voulons vous parler de l'enfance et de l'adolescence. Pourquoi? Parce que si on regarde les deux dernières décennies, on se rend compte que c'est peut-être le groupe qui, jusqu'à un certain point, a été oublié dans notre société. Les problèmes économiques qu'on a vécus au cours des années quatre-vingt, entre autres, ont fait en sorte que ceux qu'on a vite compris qu'il fallait laisser de côté, c'étaient nos adolescents qui arrivaient sur le marché du travail. Vous vous souvenez? Le plus haut taux de chômage, c'était chez les **jeunes**. Et tous les adultes ont vite compris qu'il fallait conserver leurs postes; donc, ceux-là, on pouvait les mettre de côté.

Tous les problèmes sociaux qu'on a eu à vivre aussi, les changements de valeurs, que ce soient les familles monoparentales, les divorcés

et toute la kyrielle de problèmes sociaux ont fait en sorte que, jusqu'à un certain point, encore là, nos jeunes ont été oubliés.

On s'en rend compte. Regardez le nombre d'étudiants qui ne réussissent jamais à finir leur université ou leur cégep. 75 % des jeunes de 15-19 ans qui décèdent, c'est par accident ou par suicide. Imaginez-vous! 8000 grossesses chez l'adolescente et de ça, la plupart avorteront; 12 % des enfants sont retirés à leurs parents parce que les parents ne sont pas capables d'en assumer la garde, d'assumer leur éducation. Je pourrais vous donner toutes sortes de statistiques qui nous démontrent que ces situations-là ne sont pas des situations héréditaires, mais des situations **corrigeables**. Si on est rendus à ce point-là, c'est peut-être parce que, au bout de la ligne, ça a été pris pour acquis que les enfants sont là et, en fin de compte, on a d'autres choses à régler et il n'y a personne, de toute façon, qui parie pour les enfants. Vous savez, ce groupe-là, c'est le seul groupe dans la société qui ne peut pas se représenter. Les adultes, le troisième âge - et on pourrait nommer tous les autres groupes - font pression. Le groupe des enfants, à partir du moment où il est capable de se représenter, fait partie d'un autre groupe; il fait partie du groupe des adultes.

Donc, c'est pour ça qu'on a voulu aujourd'hui venir vous entretenir de ce volet-là, de l'importance de reconnaître comme étant une priorité permanente l'enfance et l'adolescence. Non seulement, il n'y a personne qui les défend, mais plus que ça, beaucoup d'adultes voient ça négativement. Nos jeunes sont des bons à rien. Nos jeunes sont des gens qui passent leur temps à prendre de la drogue. Nos jeunes sont des **paresseux**. Et on pourrait trouver toutes sortes de qualificatifs, ce qui fait que, contrairement aux autres problèmes sociaux, ceux-là, habituellement, sont vus **négativement**. Ce sont des bons à rien. Alors, c'est doublement important du fait qu'ils ne pourront jamais se défendre, ces enfants et ces adolescents-là, que personne ne viendra parler pour eux autres, et quand ils en parleront, ils seront rendus dans un autre groupe. C'est important que cette **priorité-là**, au Québec, ait ses lettres de noblesse, et qu'on ne se situe pas, comme on l'a été dans les 20 dernières années, dans un dossier où on réagit. On pense que si c'était une priorité permanente reconnue, bien, on serait plus proactifs.

Donc, ce à quoi on s'attend du ministère, évidemment, après avoir fait ce diagnostic que j'ai voulu très très bref, mais qui est un peu plus élaboré dans notre mémoire, ce à quoi on s'attend, c'est que dans ses lois, ses règlements, ses priorités, ses programmes, le ministère, de toute évidence, fasse ressortir ces priorités-là, reconnaisse que ce **volet-là** est un volet aussi important que les autres volets, même si personne n'en parle, personne ne représente ce **groupe-là**, de l'intérieur. Donc, tout cet apport

du ministère, toute cette visibilité que le **gouvernement pourrait** donner comme **priorité permanente**, évidemment ça donnerait une énergie incroyable à un centre comme le nôtre, de telle sorte que l'expertise qu'on a, que ce soit dans la recherche, dans l'enseignement - on est, vous savez, au niveau du sida chez la mère et l'enfant, le chef de file canadien - que ce soit toute l'expertise qu'on a eue dans nos dossiers famille-enfant-jeunesse, la politique sur la périnatalité qui a été élaborée l'an passé, on a été au cœur de ça...

Évidemment, cette priorité-là dynamise le milieu de la santé, dynamise l'hôpital Sainte-Justine, et lui donne le goût d'aller plus loin. Et le plus loin, bien ce qui serait nouveau pour nous autres, pour ne pas récolter les dernières décades, mais être proactifs, ce serait ce qu'on a un petit peu élaboré dans notre mémoire, la création de la Cité internationale des enfants. Qu'est-ce que ça vient faire, la Cité internationale des enfants? C'est une grande cité, qui aura, comme dans une cité, un maire, des échevins ou des conseillers, selon les nouvelles nomenclatures, qui regroupera du monde à travers la planète. Il y aura des représentants à cette cité-là des gens de toutes les nationalités, de toutes les ethnies. De plus, cette cité-là aura comme mission de nous maintenir, parce que le gouvernement aura retenu comme **priorité permanente** de nous maintenir en haleine et de nous alimenter continuellement sur la dimension, la problématique, ce que vivent les enfants dans notre société, continuellement, au lieu de rétro-agir, continuellement, au cours des années. Que ce soit par les recherches qui seront faites par l'entremise de cette cité-là, que ce soit par la vulgarisation qui sera faite par l'entremise de cette cité-là, que ce soit par la sensibilisation à de **meilleures** habitudes de vie qui sera faite par l'entremise de cette cité-là, continuellement, on aura présents à la connaissance de la population, des gouvernements, la dimension des enfants, le volet enfance-adolescence.

Pendant les deux dernières décennies personne n'était de mauvaise foi, mais qui avait la mission de maintenir en haleine toute la problématique sociale des enfants? Cette cité-là aurait comme mission, justement, la promotion, la prévention, la sensibilisation à toute la dimension de l'enfance et de l'adolescence. Nous pensons qu'avec une démarche comme celle-là, une cité internationale, nous n'aurons pas à réagir à des problématiques, mais nous irons plutôt vers une **proaction**, nous irons plutôt vers un **mieux-être** pour nos enfants parce que, continuellement, nous serons conscients, nous serons au courant, nous serons **éveillés** à la problématique des enfants et des adolescents.

C'est un projet d'**envergure**, un projet qui vise à aménager avec la ville de Montréal, une partie de la montagne où il y aurait une dimension enfantine, donc les signaux, les écriteaux,

de telle sorte que le touriste pourrait venir visiter le territoire de la ville des enfants. Le maire serait un enfant mais, évidemment, le parent serait là; les conseillers seraient des enfants mais, évidemment, les parents seraient là, de telle sorte qu'on associera dans ce grand projet-là, non pas financé à même les fonds du gouvernement, mais financé par d'autres sources, on associera l'ensemble de la population et on sera continuellement mis en état d'éveil, d'écoute pour ne pas oublier le volet des enfants et des adolescents.

Vous savez, il y a eu une étude qui a été faite par Santé et Bien-être Canada qui a fait ressortir que ce que la population attend le plus comme première priorité, c'est la lutte contre les accidents et la deuxième priorité, la santé de nos enfants. Alors, déjà, la population trouve majeure cette préoccupation-là et ça s'inscrit justement dans ce filon-là.

Merci de m'avoir écouté. Nous sommes avec les représentants de l'hôpital qui, eux, connaissent les dossiers beaucoup plus que le directeur général. Alors, s'il y a des questions, ils se feront un plaisir d'y répondre dans le moindre détail.

Le Président (M. Messier): Merci, M. l'Écuyer. Merci, Mme Lacoste. Je vais laisser les membres de la commission s'exprimer. **Peut-être** que le ministre aurait des interventions à faire.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je pense que c'est un honneur pour la commission, ce matin, que de recevoir l'hôpital Sainte-Justine. Moi, qui suis issu d'un milieu qui n'a pas toujours été favorisé, la Gaspésie, je pourrais vous nommer assez facilement des gens qui, dans ma parenté propre, ont eu affaire à l'hôpital Sainte-Justine parce que c'était, au niveau du Québec, l'endroit de référence par excellence pour les enfants qui avaient des maladies. Je pense que c'est tout à l'honneur de Sainte-Justine d'avoir conservé au fil des années, cette réputation d'excellence avec, à l'occasion, peut-être des moyens limités, étant riche parmi le réseau, mais pauvre sur le plan financier pour être capable de réaliser tout ce qu'un hôpital comme le vôtre, dynamique et d'avant-garde peut pouvoir **projeter** dans l'avenir. Et, évidemment, il n'y a pas une famille au Québec qui n'a pas une histoire propre rattachée à la qualité des soins qu'elle peut recevoir à l'hôpital Sainte-Justine. Je pense que c'est tout à votre honneur de continuer cette tradition-là et de voir en avant, bien plus en avant que ce que le ministre peut voir. C'est comme ça qu'on réussit à faire triompher des causes.

C'est très injuste de ne prendre qu'une demi-heure, je pense, pour faire le tour d'un dossier qui, comme celui-là, apparaît presque comme une montagne, puisque vous avez pris cet exemple. Mais, à la lecture du mémoire, il y a

des points de force que vous ressortez et vous me permettrez d'insister davantage sur ces éléments-là parce qu'on est en pleine réflexion sur un système et, je pense, en mutation assez importante d'un système qui a besoin du réajustement. On l'a dit, je le répète, le vieillissement, et l'enfance et la jeunesse devront être les deux premières priorités du gouvernement dans les changements qui s'annoncent.

Il y a quatre thèmes, si je comprends bien, qui ressortent de votre présentation et de votre mémoire. D'abord, susciter le changement qui est une ligne de force, favoriser la participation et la réussite, parce que, **évidemment**, la réussite de la participation, parce que ça peut être une participation passive. On peut se gargariser, demain matin, d'avoir des gens qui participent mais, au bout de la ligne, ils vont participer - point, c'est fini - de corps et non pas d'esprit, ou les structures ne leur permettent pas effectivement d'aller plus loin dans cette participation. Vous parlez d'organiser la complémentarité. Évidemment, vous terminez avec un thème pour accrocher votre département de santé communautaire en parlant de prévention et de promotion de la santé. Ce sont quatre thèmes très importants. Je vais laisser "réussir la participation" parce qu'on l'a abordé largement avec d'autres groupes, mais je veux aborder avec vous "susciter le changement" et "complémentarité" qui **m'apparaissent** deux éléments extrêmement importants à ce moment-ci. Vous dites "susciter le changement." On fait ça comment, susciter le changement? Parce que ce n'est pas nouveau. Il y a toujours eu cet intérêt de changer des choses, donc de susciter le changement. Comment est-ce qu'on fait ça? Et comment est-ce que le projet de cité internationale des enfants pourrait susciter ce changement?

M. L'Écuyer: Je pense, M. le ministre, que l'arrivée d'une dimension qui va continuellement sensibiliser la population, déjà, ça suscite un changement majeur parce que vraiment reconnaître, officialiser que, au niveau provincial, il y a une cité qui va nous faire vivre la dimension de l'enfant, j'ai l'impression que, déjà, c'est un changement majeur. Je demanderais à Pierre qui a été un peu le concepteur du projet de nous en dire un peu plus long sur le changement.
(10 h 30)

M. Duplessis (Pierre): M. le ministre, dans ce sens-là, je pense que nous en sommes rendus au point où nous concevons que la santé ne se fait plus seulement d'une façon professionnelle, **c'est-à-dire** de quelqu'un à quelqu'un d'autre, donc unidirectionnelle. Et, en ce sens-là, Sainte-Justine a vécu plusieurs expériences intéressantes d'associer les parents à part entière dans ce changement dans le processus de guérison. Les parents sont associés au point de vue du traitement. Les enfants même, si on prend, par exemple, les enfants qui sont atteints de cancer,

participent étroitement à leur guérison, voient où ils en sont au niveau de leur maladie et collaborent au traitement. C'était assez révolutionnaire - il faut se placer dans une **perspective** d'il y a 15 ou 20 ans - d'associer les **patients**, les parents à part entière dans le **traitement**. Et, en ce sens-là, oui, susciter le changement **vient** par et avec les bénéficiaires eux-mêmes et **vient** aussi en changeant les mentalités. Je **pense** que c'est ça qui est extrêmement important, **tant** au niveau des bénéficiaires que des professionnels.

On voit la vitalité extraordinaire des fondations au niveau des centres hospitaliers et l'association du **milieu** privé à cette cause de la santé. Aussi, au niveau du changement, on s'aperçoit que, dans le domaine de la santé, si je dépasse un tout petit peu le milieu strictement clinique et hospitalier, il y a de **nouveaux** partenaires, par exemple, dans le domaine de l'éducation ou chez les jeunes, si on **veut** leur faire prendre de bonnes habitudes de vie, si on veut introduire des dimensions de **prévention**, et, encore là, on a besoin d'autres appuis. On a besoin, par exemple, de la Régie de l'assurance automobile du Québec pour passer des messages **préventifs**. On a besoin du milieu de l'éducation pour passer aussi des messages **préventifs**. En ce sens-là, il y a un nouveau partenariat **qui est** à créer et, donc, il faut voir les opportunités qui viennent de l'environnement et les **mettre** à profit. Dans ce sens-là aussi, au **niveau** de la cité de l'enfant et des jeunes, comme on vous l'expliquait tantôt, il s'agit de donner un **point** de référence, un point de visibilité **qui permet** une espèce de creuset à de nouvelles **idées** pour venir au monde, un point de rendez-vous où il y aurait en quelque sorte une **ébullition** et où on essaierait de faire naître de nouvelles idées, d'aller explorer des **filons** et des courants nouveaux. C'est dans ce sens-là **qu'on peut être** proactif vis-à-vis du changement, je pense.

Le Président (M. Messier): Merci, Dr Duplessis. **M. L'Écuyer.**

M. L'Écuyer: Peut-être seulement un exemple. Il y a beaucoup de connaissances **qui** sont actuellement entre les mains **des chercheurs** bien documentés, mais que **la population** en général ne connaît pas. **Sainte-Justine** reçoit des bébés de petit poids de 400 ou 500 **grammes** et réussit à en sauver un bon nombre. **Idéalement**, ce serait de ne pas recevoir des **bébés de petit poids**; donc on ne serait pas obligés **d'en sauver**. Alors, on sait que dans tel secteur, **tel secteur**, tel secteur de la ville, il y a eu de **ces** naissances-là d'une façon **importante**. La **cité internationale vulgarisera** ces informations-là, **verra** à faire en **sorte** que des **changements** soient apportés dans ces milieux-là pour que, **petit à petit**, disparaissent. Donc, cela **fera connaître** l'état de la situation, puis les **gestes** qui **seront** posés. Actuellement, ces connaissances-là ne

sortent peut-être pas suffisamment et n'ont pas de reconnaissance sociale et, en fin de compte, personne n'y pense. Donc, ça en est, un nouveau volet: la cité va nous mettre en haleine, va nous sensibiliser, va continuellement maintenir cette priorité-là par les équipes de recherche qui y seront, par les équipes qui participeront à l'enseignement. Vous savez que dans cette cité-là il y aura un premier étage où, par toutes sortes de moyens techniques, on découvrira de bonnes habitudes de vie, on découvrira de saines habitudes alimentaires. Alors, les enfants, par les touristes, par les cités, viendront. Ce qui va se passer cette année... Il y en a une activité dans toute la ville de Montréal, là, organisée par un office du tourisme où les gens viennent passer une journée et on leur fait un faux plâtre et on leur fait ci et on leur fait ça. Cette maison-là accueillera des visiteurs tout au cours de l'été qui, tout en découvrant de nouvelles technologies, découvriront de nouveaux concepts d'habitudes de vie, d'alimentation, des choses comme ça.

M. Côté (Charlesbourg): Plus je vous écoute me donner des exemples, plus ça me rappelle une autre commission parlementaire que j'ai tenue sur les sages-femmes où on parlait de bébés de petit poids. Est-ce que cette cité serait suffisamment ouverte pour y accueillir des sages-femmes? Ha, ha, ha!

M. l'Écuyer: Ce n'est pas une cité de services.

M. Côté (Charlesbourg): Ha, ha, ha! Je trouvais l'occasion trop belle, je ne pouvais pas la laisser passer. Le temps presse, une dernière question.

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

M. Côté (Charlesbourg): Dans le texte on retrouve: Organiser la complémentarité en système. On y retrouve multidisciplinarité inter-établissements; complémentarité interdirections et interservices; DSC, à la fois une direction et un département clinique; intersectorialité de chaque établissement avec son milieu. En tout cas, on met beaucoup d'insistance sur la complémentarité. Ma question est bien simple. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on parle de complémentarité et qu'on arrive avec cette volonté-là. Pourquoi, aujourd'hui, ça ne fonctionne pas? Pourquoi? Qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui on ne soit pas capable d'arriver à ça? Après 20 ans d'un système plus que public, pourquoi n'arrive-t-on pas à ça? Qu'est-ce qu'il faut faire pour y arriver?

M. l'Écuyer: Écoutez, M. le ministre, je pense que ce serait intéressant de vous raconter peut-être ce qu'on a fait au niveau de la com-

plémentarité et vous démontrer où on est rendus, malgré que le chemin ne soit pas tout parcouru. On n'a qu'à penser avec tout le réseau des CLSC... Sainte-Justine, chaque année, organise une rencontre avec tout son réseau de CLSC du Québec pour faire le point, voir jusqu'à quel point, dans chaque région - parce qu'on transfère nos enfants un peu partout - ça peut s'orchestrer; ça en est, de la complémentarité. Sainte-Justine a aussi développé toutes sortes de programmes avec d'autres hôpitaux, avec l'Hôpital de Montréal pour enfants. Peut-être que Jacques pourrait nous parler un petit peu de quelques dossiers de complémentarité qui ont été élaborés.

Le Président (M. Messier): M. Letarte.

M. Letarte (Jacques): M. le ministre, effectivement, votre remarque est tout à fait vraie, à savoir qu'il y a un certain manque, ou un désir plus grand de collaboration. Mais j'aimerais vous apporter quelques exemples de travaux de collaboration qui ont été faits entre l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'hôpital Sainte-Justine, au cours des dernières années, et qui vont en grandissant actuellement. Il y a peu de gens qui savent que, par exemple, en maladies rénales, les deux institutions échangent de façon importante, à tel point que - et je pense que c'est un exemple assez unique - entre deux hôpitaux de réseaux universitaires différents, on a le même chef de service. Le chef de service de chirurgie urologique est le même et l'équipe médicale est la même dans les deux institutions et les enfants de chacune des institutions sont hospitalisés, opérés dans chacune des institutions, mais par la même équipe médicale. Je pense que c'est un point important au point de vue des échanges. Les échanges aussi au point de vue des médecins spécialisés en chirurgie pour le programme de transplantation hépatique, par exemple. Actuellement, également, en cardiologie, les cardiologues de l'Hôpital de Montréal pour enfants viennent faire leurs cathétérismes à l'hôpital Sainte-Justine. Donc, leurs enfants sont transférés chez nous pendant la période de temps où on est en train de restructurer les laboratoires d'angiologie. Donc, il y a de ce côté énormément de collaboration.

L'autre point qui est important et qui va sûrement vous intéresser, parce que ça touche aussi la néonatalogie: Effectivement, il y a un réseau qui s'est installé grâce à la collaboration de ces deux centres hospitaliers, où on a même un centre de redistribution des enfants nouveaux-nés qui demandent à être transférés dans l'un ou l'autre de ces deux centres hospitaliers, puisque ce sont les seuls qui font de la chirurgie néonatale. Si un des hôpitaux voit ses lits pris ou s'il y a un manque de disponibilité de l'équipement, il y a immédiatement collaboration et échange avec l'autre hôpital qui peut recevoir l'enfant. Nos soins intensifs fonctionnent exactement de la

même façon, avec un contrat de services entre les deux qui est déposé au niveau du CRSS, qui nous permet, par exemple, de recevoir un enfant chez nous qui est très malade, qui vient d'une autre institution qui ne peut pas le recevoir et de le retransférer par la suite. Donc, il y a énormément d'échanges. Au point de vue de la recherche, on en a aussi. J'aimerais peut-être souligner cet échange important, fructueux pour tout le monde que sont les campagnes de levée de fonds il y a deux téléthons actuellement qui sont en cours au Québec pour les enfants, dont un est directement pour la recherche, le Téléthon des étoiles et l'autre, Enfant soleil, dont, d'ailleurs, fait partie le CHUL, pour le secteur pédiatrique. Donc, effectivement, ça existe déjà. Il y a plus de collaboration entre nos deux centres hospitaliers pédiatriques, à mon sens, qu'il n'y en a entre aucun autre centre hospitalier de type adulte. On en a même avec l'hôpital Saint-Luc; on en a avec l'Institut de cardiologie sur des thématiques bien précises.

Le Président (M. Messier): Merci.

M. Côté (Charlesbourg): Vous nous faites la démonstration que c'est possible.

M. l'Écuyer: Absolument. Et j'irais... Vous m'ouvrez la porte, M. le ministre...

Le Président (M. Messier): Brièvement, M. l'Écuyer.

M. l'Écuyer: Oui.

Le Président (M. Messier): Brièvement, on vous laisse répondre mais après ça, on va passer la parole...

M. l'Écuyer: J'irais jusqu'à dire que si le message que vous nous envoyez, c'est: Complémentarité à tout prix, financement pour en faire un succès, imaginez-vous où on irait! Parce qu'on le fait, à même nos fonds, ne l'oubliez pas.

M. Côté (Charlesbourg): Ha, ha, ha!

Le Président (M. Messier): Merci. Je vais passer la parole à M. Rémy Trudel, député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et porte-parole de l'Opposition officielle en matière de services sociaux, d'action communautaire et de politique familiale.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Je veux, rapidement aussi - parce que le temps file assez rapidement - joindre ma voix à celle du ministre pour décrire tout le plaisir qu'on a à vous accueillir, du côté de l'Opposition, ce matin. On a tous un peu l'impression qu'au Québec, de quelque région que l'on soit, une partie de la fierté québécoise est composée de cette institu-

tion, de l'hôpital Sainte-Justine. Qui, effectivement, dans les nombreuses familles des régions du Québec n'a pas eu un jour ou l'autre à traiter, à échanger avec l'hôpital Sainte-Justine? Que je sache, je n'ai jamais entendu de mauvais mot sur votre institution. Pour ma part, comme parent, j'ai été appelé, personnellement, à traiter avec votre institution, et je dois dire que les services que nous y avons reçus pour nos enfants ont été tout à fait extraordinaires: un accueil et une façon de faire les choses qui, il faut le reconnaître, placent l'enfant, l'adolescent au centre de vos préoccupations. Et là-dessus, il y a comme une leçon aussi peut-être pour d'autres établissements au sein du réseau de placer le bénéficiaire, l'usager, l'usagère au centre de leurs préoccupations.

Et de vous entendre décrire aussi - en tout cas, moi ça me touche particulièrement - la façon dont on ne traite peut-être pas notre jeunesse, nos enfants au Québec, c'est aussi une profonde réalité que nous avons à rencontrer chaque jour. Je disais à mon voisin, en vous entendant décrire la situation, par exemple, des adolescents en termes de maladies et d'accidents... Il y a deux causes de décès: les accidents, particulièrement les accidents d'automobile - je reviendrai là-dessus - et le suicide. Hier matin, 18 ans, Rouyn-Noranda, suicide à 50 pas de la maison, sans aucune raison apparente, mais on sait tous qu'il y a une raison profonde à cela et il faut refaire cet examen de conscience, collectivement. Une institution comme la vôtre nous apporte un peu, beaucoup de consolation sur le travail à réaliser, sur les formules à découvrir pour bien réaliser notre travail.

Je reviendrai, quant à moi, sur certaines dimensions pratiques de la complémentarité ou la façon de faire les choses pour améliorer le système. En particulier, à la page 19, sur la composition des conseils d'administration. Comme institution spécialisée, on comprend votre préoccupation. Vous nous dites: Quant aux personnes qui seront appelées à siéger au conseil d'administration, nous voudrions que, par voie législative ou réglementaire, on ait des exigences que doit rencontrer toute personne qui veut occuper un poste au sein du conseil d'administration. La question est bien simple. Ça me semble toujours difficile qu'on puisse, au niveau de l'État, encadrer au niveau de la loi, la compétence. Tout en comprenant très bien le souci qui vous anime, est-ce que vous ne pensez pas qu'avec un assez bon et vigoureux programme de support à la formation pour les personnes, les parents, pour les gens qui sont appelés à siéger au conseil d'administration, on pourrait arriver au même but, c'est-à-dire la compétence? Parce que, souvent, dans un conseil, on le sait, ça prend un an à découvrir les sigles, ça prend un an et demi, deux ans à découvrir le système. Est-ce que la formation ne pourrait pas être le mécanisme qui nous ferait atteindre le même but

plutôt que la voie coercitive?

Le Président (M. Messier): Mme Lacoste.

Mme Lacoste: Je pense que votre préoccupation est partagée par Sainte-Justine, en ce sens que, oui, on veut au conseil d'administration avoir des gens impliqués. Oui, on veut avoir des parents, des gens qui sont près de l'institution et qui ont une grande préoccupation de l'enfance et de la jeunesse. D'autre part, quand on parle de gens qualifiés, on veut souligner que Sainte-Justine, c'est une grande institution. C'est-à-dire que Sainte-Justine compte environ 4000 employés. Le budget de dépenses annuel de Sainte-Justine est de 104 000 000 \$ plus les autres montants qui transitent à travers Sainte-Justine par la recherche, les fonds d'équipement, la fondation. Quand on parle de gens compétents, on veut des gens qui aient la possibilité de comprendre la dimension provinciale de Sainte-Justine. Sainte-Justine, c'est une oeuvre qui, comme le disait le ministre, touche les patients de la Gaspésie, touche les patients à travers le Québec. Sainte-Justine a un rôle canadien de leader en pédiatrie. Alors, ce qu'on veut, c'est principalement des gens intéressés, mais on veut aussi des gens qui soient capables de comprendre la réalité organisationnelle de Sainte-Justine afin d'en faire une organisation efficace et toujours à la fine pointe du changement. Alors, c'est peut-être difficile de rendre ça dans une législation ou une réglementation, mais c'est le but de notre préoccupation.

M. l'Écuyer: En d'autres mots, on voudrait qu'il y ait des textes qui disent à peu près ça: Les meilleurs dirigent les hôpitaux. Ce sont les meilleurs qui doivent venir, on a tellement de problèmes. Au cours des prochaines années, il faut que les meilleurs viennent, trouver un texte qui dirait ça.
(10 h 45)

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: C'est particulièrement difficile au plan législatif, vous allez le reconnaître, de décrire ce qui serait la compétence démocratique, d'être à un conseil d'administration. Je pense qu'on partage tous votre souci, effectivement, votre très large mission québécoise; ce n'est pas un mince rôle d'être au conseil d'administration. Pour avoir dirigé une institution publique, l'université, où, aussi, des membres du public étaient appelés à siéger, je dirais que plusieurs fois, la loi du gros bon sens du citoyen, de la citoyenne ordinaire ne nuit pas non plus au système, même si on n'en connaît pas le fin raffinement de l'organisation, la fine organisation. C'est une grande institution que vous avez. Je pense que, par la formation, par le support aux membres qui sont nommés au conseil d'administration, on pourrait arriver aussi à cet objectif-là, mais, en

tout cas, on partage l'objectif.

Je veux revenir aussi sur votre idée, votre projet; la cité de l'enfant. Est-ce qu'il y a des coûts qui ont été évalués pour la réalisation de cette idée qui me semble tellement attirante, tellement merveilleuse?

M. l'Écuyer: C'est pour ça qu'on était fiers. On avait hâte que le ministre nous invite. À toutes les fois qu'on le rencontre, il nous dit toujours qu'on coûte trop cher.

M. Trudel: Puis maintenant.

M. l'Écuyer: Cette fois-ci, c'est un projet qui ne coûtera rien du tout au ministre. C'est un projet qui va se faire avec les gens de l'entreprise privée, qui va se faire avec la ville de Montréal, qui va se faire avec les organisations des différentes ethnies, des différentes ambassades, de telle sorte qu'on aura des gens qui vont représenter tous ces milieux-là et à même toutes sortes de budgets, que ce soit de l'Organisation mondiale de la santé, des firmes de fondations qui se préoccupent de volets internationaux de cette nature, on financera notre projet. C'est un projet qui ne coûtera rien dans les fonds de l'hôpital Sainte-Justine. L'hôpital Sainte-Justine a des fonds, c'est pour soigner des enfants, ce volet, ce sera un volet qui s'autofinancera et c'est la beauté du dossier.

Actuellement, nous sommes en discussion avec SIMPA, la ville de Montréal. La toile de fond c'est de reloger dans le "Hunt Club" cette cité internationale. Il y a des dossiers qui sont sur la table, en discussion. Et c'est pour ça, quand je vous parlais du territoire, il y a cette partie de la montagne qui pourrait être extrêmement intéressante et qui pourrait permettre, à ce moment-là, d'être une ville dans la ville. Si vous pensez, tout ce volet-là, c'est le volet de la jeunesse, actuellement. L'Université de Montréal est partout dans ce morceau de la montagne. On fait partie des différents pavillons de l'Université de Montréal et, dans ce contexte-là, ce sera même avantageux de, physiquement, transformer l'apparence du territoire. Donc, c'est un projet qui ne se fera pas à même les fonds du ministère de la Santé et des Services sociaux mais plutôt à partir d'autres financements.

Donnons des exemples. Tout ce qui sera fait pour découvrir les habitudes alimentaires, il y a plusieurs firmes de technologie qui seraient contentes de mettre leur équipement en apparence pour que, quand le touriste vient, il puisse le découvrir. Elles financeraient ce projet-là. Il y a mille et une sources possibles.

M. Trudel: C'est une idée créatrice, c'est une idée qui me semble merveilleuse. Il y a quelque chose de fascinant dans ce projet-là. Je ne peux pas m'empêcher d'aller dans un détail, si vous n'êtes pas rendus là, il n'y a pas de

difficultés. Est-ce que, dans cette cité, il y aurait un volet qui serait réservé pour l'accueil des enfants et des familles surtout. Vous savez le problème des nombreuses familles des régions du Québec qui... Je l'ai vécu personnellement, je vous le disais. On doit aller chez vous et passer deux, ou trois, ou quatre jours, et ça devient une charge monumentale sur le plan financier pour des familles à revenus modestes. Est-ce qu'il est prévu des volets d'accueil, d'hébergement, là-dedans?

M. l'Écuyer: Actuellement, voyez-vous, nous avons le Manoir MacDonald qui loge les familles. Quand il manque de place au Manoir MacDonald, nous avons une liste de chambres disponibles pour ceux qui ont de la difficulté. Cette cité-là ne logera pas des gens, sauf qu'elle permettra l'information afin que les parents, qui n'ont pas une réponse, recevront une réponse, à quel endroit je peux aller. Ce service-là, par exemple, actuellement, par la conseillère à la clientèle, nous l'offrons, mais ces services seront transférés dans cette cité internationale.

Le Président (M. Messier): J'aimerais vous remercier, M. l'Écuyer, on manque de temps; peut-être quelques mots, M. le député de..., ça va? M. le ministre.

M. Trudel: Merci beaucoup.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, beaucoup. Évidemment, l'idée est lancée. Elle était connue dans vos murs, elle est lancée publiquement. J'imagine qu'il y a beaucoup de chemin de fait. Bonne chance, surtout que ça me réjouit que vous ayez compris mon message qu'il fallait développer sans nous en demander.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je trouve ça extraordinaire. Merci et bonne chance.

Le Président (M. Messier): Au nom de la commission je vous remercie, et je demanderais à l'Institut conjoint hospitalier de Montréal de joindre les gens, auparavant, qui étaient les gens de l'hôpital Sainte-Justine, à venir s'asseoir en face de nous.

M. l'Écuyer: Merci bien.

Le Président (M. Messier): Bonne fin de journée.

Je vais rappeler aux gens de la commission, les membres de la commission, que l'allocation qui va être prononcée, par l'Institut conjoint hospitalier de Montréal, ils vont en recevoir les textes, 43MA.

Je vous souhaite la bienvenue à cette commission parlementaire. Je demanderais au

porte-parole du groupe de s'identifier et d'identifier les autres membres qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Institut conjoint hospitalier de Montréal

M. Paterson (Alex): Bonjour. Mon nom est Alex Paterson, je suis un membre du conseil d'administration de l'hôpital neurologique de Montréal, et porte-parole ce matin pour l'Institut conjoint hospitalier de Montréal. À mon extrême gauche, M. Craig Gauthier, directeur exécutif de l'Institut. M. Philip Aspinall, président du Royal Victoria, M. Gérald (Gerry) Wareham, président de l'Institut et membre du conseil d'administration de l'hôpital Douglas et anciennement du conseil d'administration de l'hôpital St. Mary's, à ma droite le Dr Nicolas Steinmetz, de l'Hôpital pour enfants de Montréal, et le Dr Allan Mann, psychiatre en chef de l'Hôpital général de Montréal.

On veut souligner quelques sujets, mais on a dix minutes. Je n'essaie pas de trancher toutes les questions qu'on a discutées dans notre mémoire. L'Institut, M. le ministre, regroupe à peu près 22 centres, y inclus 10 centres hospitaliers, affiliés à l'Université McGill. Je veux souligner aussi que nous appuyons les mémoires déjà présentés par l'hôpital St. Mary's et puis l'autre qui va être présenté par l'hôpital Reine-Élizabeth. Ce sont des institutions importantes dans le réseau de McGill. Les raisons pour lesquelles nous pensons qu'ils doivent être inclus dans la liste des hôpitaux universitaires vont être élaborées dans le mémoire et la présentation de Reine-Élizabeth.

Deux questions fondamentales qu'on veut discuter: premièrement c'est les corporations propriétaires. Je sais bien que vous avez reçu plusieurs mémoires jusqu'à date sur le sujet, mais je veux décrire, juste pour les hôpitaux de McGill, pourquoi ils sont importants. Les racines des hôpitaux du réseau McGill se trouvent dans les corporations propriétaires. Et vous avez entendu ce matin, déjà, Mme Lacoste parler de sa tante, de sa mère. Je peux dire que mon arrière-arrière-arrière-grand-père était l'un des fondateurs du Royal Victoria. M. Holden va dire la même chose pour l'Hôpital général. Nous avons tous des racines comme ça dans les hôpitaux et dans les corporations. Les corporations fondatrices ont construit et possèdent, comme vous le savez, ces hôpitaux, de même que les propriétaires sur lesquelles ils ont été érigés. Depuis 1972 les corporations n'administrent plus les hôpitaux et elles demeurent autonomes et ont le droit de tenir des réunions de leurs membres et d'élire un conseil d'administration. Elles ont le droit de décider qui seront leurs membres.

Bien que plusieurs des corporations ne se réunissent pas de façon très active autrement que pour élire leurs représentants au sein du conseil d'administration, elles conservent le droit

de le faire. La communauté locale a des liens historiques avec ces hôpitaux par l'entremise des corporations. Des centaines de membres de corporations à travers le réseau McGill oeuvrent comme bénévoles et mettent ainsi à la disposition du réseau leur temps, leur talent et leur expertise. Ils ont un sentiment d'appartenance à l'égard de ces hôpitaux parce qu'ils sont membres de la corporation et je dois souligner que ça, c'est partout dans le système. Je ne dis pas que c'est juste dans un hôpital, juste dans l'autre, c'est partout dans le système. On a des membres de la corporation, des représentants de la corporation qui travaillent à tous les niveaux. Quand la réforme Castonguay a été mise de l'avant, on a eu quatre membres du conseil d'administration de la corporation. Après un certain nombre d'années, on est arrivé à trois. Maintenant, l'avant-projet de loi parle de deux. Ces membres du conseil fournissent aux institutions, comme je l'ai dit, une expertise mais non seulement comme des expressions. Il y a des expressions, certainement, en dedans, mais également à titre d'architectes, d'ingénieurs, de comptables, d'avocats, d'hommes d'affaires et ils président une série de comités portant sur les finances, la construction, les ressources humaines, etc. Ils apportent encore un énorme actif aux hôpitaux.

Pour les raisons dont nous avons fait état dans notre mémoire, nous sommes d'avis que le rôle des corporations a été sévèrement réduit par les dispositions de l'avant-projet de loi et je parle particulièrement d'avril 1974 parce qu'il y a toutes sortes de jeux dans le reste qui est assez technique, mais 1974, je pense, que c'est le noeud du problème. Je vous ai dit que notre conseil d'administration d'établissements détermine par règlements les conditions d'admission des membres de l'établissement, les droits et obligations ainsi que les critères ou conditions relatives à la démission, la suspension, l'exclusion. Comme ça, ça donne, au centre, le droit de décider les règlements, si vous voulez, des corporations. Comme ça, ça enlève totalement le droit de la corporation de faire l'administration de la corporation et c'est là qu'on tourne tranquillement, lentement peut-être, mais on tourne le but de la corporation et on met la corporation dans les mains du centre, totalement. Priver les corporations du droit de déterminer son "membership" équivaut à exproprier les actifs de la corporation sans compensation, ce qu'on a discuté pendant un an et demi, en 1972-1973, et, enfin, on a décidé de laisser les corporations comme il le faut.

Notre recommandation, et je pense que c'est à peu près la recommandation partout dans la province, c'est de laisser au moins trois membres de la corporation et le représentant de l'université. La suggestion pour mettre quelqu'un à une nomination... une recommandation de la fondation a une certaine réticence pour des

raisons d'impôt et d'autres choses.

Sur le rôle des fondations, depuis la réforme, tous les établissements membres de l'Institut se sont prévalus des dispositions introduites à cette époque pour favoriser la création des fondations. Par l'entremise de ces fondations, le secteur privé a contribué généreusement à l'amélioration des services de santé par l'achat d'équipement de même qu'au développement de l'enseignement et de la recherche. Les fondations ont également permis d'impliquer un nombre important de bénévoles dans des tâches effectuées au nom des hôpitaux. Encore, il y a des centaines d'exemples et les représentants avec moi pourront vous donner toutes sortes d'exemples, l'équipement pour les unités, les soins attentifs, les CAT scanners, les moniteurs néonataux, et ce n'est pas juste ça. Il y a des petites choses. Il y a des familles qui arrivent, après le traitement d'un membre de la famille, et qui veulent donner quelque chose. Elles veulent donner quelque chose tout de suite et elles peuvent le faire, mais si on doit avoir une approbation préalable, si on doit attendre l'approbation du ministre ou du conseil régional qui peut prendre, comme vous le savez, un an, deux ans, même dix ans dans quelques circonstances, qui va donner de l'équipement, des petites choses? Je ne parle pas des grosses affaires, mais quotidiennement des gens arrivent avec. La semaine dernière, c'était des chaises, "reclining chairs", pour un certain genre de patients. Un autre veut donner "just a stand to put the I. V. equipment", alors des petites choses comme ça. On bloque tout ça. On bloque tout ça si on demande une approbation avant, chaque fois qu'on veut faire une démarche comme ça. Pour nous autres, ça bloque le secteur privé des intéressés dans le travail des hôpitaux. (11 heures)

Il y a une autre chose, M. le ministre. On fait des campagnes partout dans la province, partout dans notre pays, pour de l'argent. Des campagnes de financement passent toutes les semaines et on doit avoir la même chance que les autres pour chercher de l'argent. Si on a des handicaps comme ça, on ne va jamais passer notre message. Nous et nos donateurs aussi, d'ailleurs, acceptons l'obligation qui est faite d'obtenir l'approbation du gouvernement au moment de l'utilisation des fonds requis, lorsque celle-ci entraîne des dépenses de fonctionnement pour l'hôpital. Ça, on comprend. Mais l'obligation que le gouvernement s'implique avant que le don soit accepté, sera contre-productive et préjudiciable à la qualité et au volume de services de santé disponibles au Québec.

Je dois signaler aussi que ce ne sont pas juste les hôpitaux de Montréal maintenant. C'est un peu partout. Ma belle-mère a passé des jours à l'hôpital à La Malbaie. Il y a dix ans c'était impossible de faire des donations d'équipement. Aujourd'hui il y a la fondation. Aujourd'hui il y

a une campagne de financement. À Brome-Missisquoi, même chose dans les Cantons de l'Est, il y a les hôpitaux maintenant qui ont une chance de récolter de l'argent. Ce n'est pas juste dans les gros hôpitaux de Montréal.

Dernièrement, les conseils d'administration des centres hospitaliers publics constituent évidemment un élément clé pour nos établissements membres puisqu'ils leur assurent la marge de manoeuvre nécessaire au niveau de la gestion. Compte tenu du rôle de ces conseils, nous ne pouvons être d'accord avec la composition, telle que suggérée à l'article 51 de l'**avant-projet** de loi. On fait le détail de nos recommandations mais on fait ce qu'on a dit, étant donné que la juridiction respective du ministre et la régie régionale disposent de tous les pouvoirs nécessaires pour exercer une influence sur l'orientation, les programmes et les services des centres hospitaliers. Nous estimons que le ministre et la régie régionale devraient désigner un nombre minoritaire de membres. Parmi les sept membres initiaux du conseil, on devrait en retrouver au moins trois provenant de la corporation fondatrice, un de l'université, un nommé par le ministre et deux par la régie régionale. Parmi les quatre membres qui seraient nommés par la suite par les sept premiers membres, on devrait retrouver au moins un représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Et je soulève encore une question que je sais débattue depuis plusieurs semaines ici. Il nous apparaît, en effet, absolument essentiel que le corps médical, qui possède la meilleure connaissance des besoins de la clientèle, de l'évolution des pratiques et des technologies, de même que des conditions cliniques touchant le traitement des patients, puisse participer directement et à part entière au débat et aux prises de décisions au sein du conseil d'administration, particulièrement dans ces centres hospitaliers aussi spécialisés que le sont nos établissements membres.

Dans un même ordre d'idées, nous estimons que le directeur général, de par son expertise et ses responsabilités au niveau de la gestion interne, devrait également siéger à part entière au sein du conseil. Comme un **membre** de la corporation d'un hôpital et des fondations des autres, je ne peux pas comprendre comment on peut avoir une réunion du conseil sans les gens qui sont responsables jour après jour, dans l'hôpital. Si on a des discussions avec des gens intéressés, des gens même avec l'expérience, mais sans les gens qui doivent aller après et faire le travail, ça va être un manque, au moins un manque de **communications**. Et on a toujours un problème de communications, dans ces institutions, les universités, les hôpitaux, les autres. Si on essayait d'avoir un conseil d'administration avec toutes les responsabilités, tous les pouvoirs dans la législation et qu'on mette en dehors les médecins, les directeurs généraux, je pense que

ça va être franchement une affaire de fous. Je ne suis pas le premier pour présenter ces vues sur cette question et on doit le **répéter**, je pense, parce que pour nous autres c'est important. Merci, messieurs.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, M. le président, M. Wareham. Je laisse la parole au ministre responsable.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. Paterson, **messieurs**. Je pourrais facilement reprendre les propos d'introduction pour Sainte-Justine et vous les adresser aussi à vous. Comme je suis issu d'un milieu unilingue francophone, vous aurez compris que la famille chez nous allait **davantage** à Sainte-Justine que dans vos hôpitaux. Pas parce qu'il n'y avait pas la même qualité et la même compétence au niveau de vos hôpitaux. Vous représentez, je pense, à mon point de vue, très bien ce que pense votre communauté et vos établissements dans les différents points que vous avez abordés ce matin, qui ont effectivement fait l'objet de discussions en commission parlementaire puisqu'on en est maintenant à tout près de 130 mémoires entendus et qu'il nous en reste quelques-uns. Mais je pense qu'il est toujours bon de frapper sur le clou de façon à ce qu'il entre bien ou, à tout le moins, pour qu'il soit bien compris sur le plan des choses.

Fondamentalement, tout ce que vous m'avez dit depuis le début, je n'ai pas de problème avec ça. Sur le **plan** des réajustements... Comment?

M. Paterson: On peut retirer.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je n'ai pas de problème avec la corporation. On l'a dit, en particulier, au moment où les communautés religieuses sont venues faire de représentations. J'ai dit que nous allions faire des réajustements qui s'imposaient dans la loi et, évidemment, si ça va pour les communautés religieuses, ça va aussi pour les autres corporations qui sont plus présentes dans le milieu anglophone, évidemment de par toute l'histoire. Lorsque vous avez **tantôt**, en début, remonté dans l'histoire toute la filière parentale, évidemment, c'est toute l'histoire du milieu anglophone et d'une présence très **forte** et supportée par la communauté. Si c'est vrai pour les corporations, c'est aussi vrai pour les fondations, parce que vous nous avez montré comment faire. S'il y en a maintenant davantage dans le monde francophone, c'est qu'on a suivi l'exemple, la voie que vous nous avez tracée et, **globalement**, au niveau des fondations, je n'ai **pas** de problèmes particuliers avec ce que vous nous avez évoqué, sauf au moment où vous m'avez parlé de l'exemple de BMP. Évidemment, si on prend l'exemple particulier d'un scanner à **BMP** payé par une fondation, on ne parle pas de petit,

en autant qu'on fasse la distinction très nette entre les petites choses et les choses importantes, ça m'apparaît... On est en parfaite harmonie sur le plan de la pensée. Je vais tenter d'imager mon propos.

Si, demain matin, une fondation avait les moyens d'acheter, par exemple, une résonance magnétique ou un scanner et disait: On a l'argent pour le payer, vous allez nous payer les frais d'opération, de fonctionnement. Évidemment, ça va prendre notre autorisation. On peut dire oui ou on peut dire non. Donc, on a cette possibilité-là. Mais ce sont quand même des équipements qui sont extrêmement lourds. Donc, il faut se parler là-dessus et il faut qu'il y ait nécessairement les approbations du ministère compte tenu des effets que ça peut avoir.

Sur les autres exemples que vous nous avez fournis. En tout cas, s'il reste encore des problèmes, je pense qu'on va tenter de les éliminer et de les éclaircir de manière très précise pour des petites choses et non pas à prendre six mois, un an, dix ans, qui n'ont, règle générale, pas du tout à être approuvées par le ministère, surtout lorsque les fondations les paient.

Quant au conseil d'administration, je pense que, sur le plan des fondations, il n'y a pas d'inquiétude. Je sais que plusieurs ont soulevé le fait que, par l'unification des conseils d'administration, il y avait un danger pour les fondations parce que le sentiment d'appartenance fait la vitalité de la fondation et sa capacité d'aller chercher des sommes d'argent. Comme les conseils d'administration unifiés sont disparus... Pas encore, semble-t-il que c'est uniquement dans la loi, lorsque ça sera inscrit qu'on pourra croire le ministre, une chose est certaine lorsque le projet de loi sera déposé, les conseils d'administration unifiés ne seront plus là. Ça ne veut pas dire qu'il n'y aura pas des initiatives venant du milieu pour tenter de s'unifier, mais ce sera leur volonté et non pas une volonté imposée. Donc, à ce moment-là, il n'y a plus d'épée de Damoclès suspendue au-dessus de la tête des fondations et ça règle, quant à moi, le problème.

Quant aux conseils d'administration eux-mêmes, il y a peut-être quelques petites divergences d'opinions sur sa composition, en particulier sur la participation des professionnels de la santé au niveau du conseil d'administration. Oui, c'est vrai qu'il n'y a personne de mieux placé qu'un médecin pour être capable de donner la fine information et la bonne information sur le plan clinique. C'est vrai que le directeur général est un personnage extrêmement important sur un conseil d'administration. Là, où nous en sommes aujourd'hui... Je dois vous dire que la commission a évolué. Au début, on disait, c'est non, ils seront exclus, compte tenu des conflits d'intérêts potentiels. La commission a évolué beaucoup en ce sens qu'on doit trouver un moyen de faire participer au conseil d'administration les profes-

sionnels de la santé et le directeur général. Ça paraît maintenant une réalité de tous les jours à laquelle on doit s'attaquer et refaire une place à l'intérieur de notre projet de loi à ces professionnels. Mais est-ce que ce serait des professionnels de l'établissement ou des professionnels du réseau? La question n'est pas tranchée et je vous pose la question parce qu'on me dit déjà que j'ai fini après mon... Comme je répondais à vos questions et à vos interrogations, croyez-vous qu'il est absolument nécessaire que ce soit le professionnel de l'établissement même qui soit membre du conseil d'administration ou s'il n'y avait pas quelqu'un de l'extérieur qui ferait les mêmes fonctions, pourrait faire exactement le même service sans être nécessairement en conflit d'intérêts.

Le Président (M. Messier): Très brièvement, M. Paterson, M. Wareham. Je ne me trompe pas?

M. Wareham (G.J.): M. Steinmetz.

M. Steinmetz (Nicolas): M. le ministre, comme on dit des fois, question de culture locale, culture de réseau université mais surtout les hôpitaux tertiaires et les hôpitaux universitaires ont une mission souvent particulière. Prenons par exemple, si vous êtes l'Institut neurologique de Montréal où il y a des problèmes assez particuliers, qu'un neurologue ou un neuro-chirurgien pourra vraiment donner des conseils valables, soit qu'il vienne peut-être d'un autre réseau universitaire et ça peut poser d'autres problèmes. C'est la même chose pour les hôpitaux pédiatriques. À Montréal, il y en a seulement deux. Il va falloir que le médecin de l'un soit sur le conseil d'administration de l'autre, où il pourra y avoir des problèmes intéressants. Vous pouvez leur passer des possibilités à cet égard. Alors, c'est bien de l'avoir au moins du même réseau où on travaille ensemble que d'un autre où il pourrait y avoir des difficultés.

Le Président (M. Messier): Je vous remercie beaucoup, M. Steinmetz.

Je demanderais au représentant de l'Opposition officielle - je coupe le ministre - le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue...

M. Trudel: Merci, M. le Président. C'est avec aussi beaucoup de fierté que nous vous recevons ce matin parce que nous savons bien la contribution historique des institutions et en particulier des institutions qui sont regroupées au sein de votre institut, la contribution au Québec et au développement scientifique sur l'aspect médical en particulier de l'ensemble de ces institutions. Qui n'a pas à la tête cette espèce d'image et cette reconnaissance que nous devons avoir envers le Dr Penfield par exemple qui nous a un peu tous placés sur la carte scientifique

mondiale au plan neurologique et quelle fierté de voir que tout cela a pu se faire à l'intérieur de notre système et que, comme tous les grands développements scientifiques, il a fallu bien sûr se battre avec les grands conseils **subventionnaires**, avec les institutions, avec les gouvernements pour avoir les fonds nécessaires de façon à conduire à bien ces **recherches-là**. Mais pour avoir oeuvré un peu dans ce milieu-là, je pense qu'on sait tous que c'est aussi partie inhérente à la recherche scientifique et au développement, cette espèce de bataille pour les subventions et pour l'évolution. Il y a peu de pays, il y a peu de groupements qui y échappent.

Je reviendrai quelques instants sur vos opinions sur l'organisation administrative projetée ou que l'on retrouve dans l'**avant-projet** de loi qui sera complètement réécrit tel que le ministre l'a affirmé depuis un bon nombre d'occasions maintenant, en particulier sur les régies régionales. J'aimerais vous entendre sur une remarque que vous nous faites à la page 30 de votre mémoire sur le collège électoral qui serait éventuellement mis sur pied pour voir à la composition des conseils d'administration des futures régies régionales. Vous exigez en quelque sorte qu'il y ait des modifications assez profondes du collège électoral parce que, bien au contraire, de la façon qu'il est composé, il en résultera une trop grande politisation du système.

(11 h 15)

J'aimerais que vous nous expliquiez un peu plus ce que vous voulez dire par "ça politiserait le système", parce que les membres qui vont composer ce collège électoral sont des participants au système, en quelque sorte, sont des personnes, des groupes ou des organismes qui sont de la communauté. J'aimerais bien ça que vous nous définissiez c'est quoi la politisation du système que vous craignez à l'intérieur du collège électoral qui serait mis sur pied.

M. Paterson: Je vais demander à M. Gauthier de répondre.

M. Gauthier (Craig): Ce qu'on voulait surtout souligner, en faisant allusion au collège électoral, c'était sa grande taille, de la même façon que ça a été souligné par d'autres intervenants, tel d'ailleurs le Conseil régional de la région de Montréal, en disant qu'ils ne croyaient pas qu'un organisme de cette taille puisse effectuer un travail valable et qu'on devrait peut-être s'en remettre aux différents collèges électoraux qui existent actuellement. Notre intervention allait dans cette direction.

Le Président (M. Messier): Merci, M. Gauthier.

M. Trudel: Vous voulez dire quoi par "les

collèges électoraux existant **actuellement**?" Il n'y en a pas.

M. Gauthier: Par exemple, sur le Conseil régional actuel, il y a deux représentants des hôpitaux. Les deux représentants sont élus par les 74 hôpitaux de la région de Montréal. Chaque hôpital passe une résolution **désignant** deux représentants. Ceux qui recueillent le plus de votes sont... C'est la même chose pour les représentants des maires, par exemple. Il y a des collèges électoraux sectoriels, avec des règlements appropriés. Jusqu'à présent, ça avait fonctionné.

M. Trudel: Très bien, merci. Une dernière question, compte tenu du temps. Le dernier paragraphe de votre présentation, avant votre conclusion, me laisse à tout le moins un peu **perplexe**. "Bien que certaines dispositions de l'avant-projet de loi viennent préserver les garanties quant à l'accès aux services en anglais, introduites par la loi 142, l'intégrité **même** des établissements dont l'accès est garanti est minée par certaines dispositions de cet **avant-projet** de loi, et particulièrement celles qui ont trait au conseil d'administration, au collège électoral et à la régie régionale." Vous pensez vraiment que les dispositions inscrites actuellement à l'avant-projet de loi menacent l'intégrité des institutions, des établissements?

M. Paterson: Je pense qu'on a **parlé** de l'avant-projet de loi avant que le ministre ait fait ses remarques au sujet du changement dans la politique pour les "umbrella boards".

M. Gauthier: On faisait allusion à la fois aux corporations propriétaires qui perdaient leur intégrité et qui, pour nous, sont des **institutions** fondamentales, et aussi, comme Me **Paterson** vient de le mentionner, aux conseils unifiés qui venaient faire perdre leur identité aux institutions en place actuellement.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, M. Gauthier.

M. Trudel: Très **bien**, merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): Je vais passer la parole au député de Westmount, M. Holden.

M. Holden: Merci, M. le Président.

Sometimes, the staff on the commission refers to the day. On the agenda **today**, it is Paterson Day because Mr. Paterson **seems to appear**. But being one of my **constituents**, I think, Mr. Paterson should, as many times as he can, get down here to give us the **benefit** of his wisdom.

I was wondering if perhaps **Dr Mann** from another point of view, might... The **Minister** said

that when it was a question of a small matter like a reclining chair or something relatively minor, there would be no problem about talking to the Ministry in advance. You would take the gift and have no problem. But for instance, from the point of view of the psychiatric division, in the area of gifts and foundations, would there be a problem with having to go to the Ministry to get permission before being allowed to accept a donation? Could you give us some examples?

M. Mann (Allan): En réponse à la question de M. Holden, I would say that our Department is just like any other. So, what I say does not apply solely to gifts to departments of psychiatry, but it is something that may come to medicine or to surgery for something else. Someone is happy that his son or his daughter has been well treated and wants to buy something to help the patients in the hospital. It might come to, say, 1000 \$. It might be a television set, it might be some chairs, it might be to repaint the place. I would find it very difficult, at the present time, and under the current regulations, to get permission from "le conseil régional" to do that, to accept that and have that done. I do not know how I would do it. It might take months, and many of these small donations are made on the spur of the moment and one has to take them at the time they are made.

It does not happen as frequently as one would like. One would like to see this happening every day. But it does happen in a big hospital like ours or a series of big institutions like ours. It must happen to someone almost everyday, that on a small scale, something like this is offered. And I can only see a tremendous amount of paper work and a tremendous amount of bureaucratic waste of time in asking permission to receive this small gift or this medium sized gift, or this machine. It is not going to increase the operating cost of the hospital at all. And I see no difficulty in going on with the present system and, as long as the running costs of the hospital are not raised by this donation or this gift, we can go ahead and use it.

M. Paterson: I think, Mr. Holden, that the most spectacular example is the considerable amount of money that is received by will. Who is going to make out a will leaving specific donations to a hospital if they do not know five years, ten years, wherever down the pipe if it is going to be acceptable.

Non, je pense qu'il y a un vrai problème. It is not the trigger money, ce qu'on a toujours appelé le "trigger money", quand on donne quelque chose et que tout de suite il y a une dépense pour le gouvernement. Ça, tout le monde est d'accord. On doit avoir un système d'approbation pour ça. Mais ce sont les autres choses.

Le Président (M. Messier): Je vous remercie beaucoup, M. Paterson. Quelques mots juste pour remercier M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. J'imagine qu'on aurait pu parler de beaucoup d'autres choses sur le plan de la réforme. On aura très certainement l'occasion de se revoir et d'en reparler. J'espère que certaines de vos craintes ou appréhensions sont maintenant chose du passé. De toute façon, sur les principaux points, on s'organisera pour que le projet de loi lui-même fasse très clairement en sorte que ce soit du passé, qu'on respecte les fondations, les corporations. Je pense qu'on y parviendra. Merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): Merci, M. le ministre. Merci beaucoup. Au nom de la commission, je vous remercie énormément de votre allocution et je demanderais aux représentants de l'hôpital Reine Elizabeth de se joindre à nous. Merci.

Le groupe est déjà formé. J'ai l'ingrate tâche d'être le gardien du temps. On est déjà en retard. Je demanderais à la directrice générale de l'hôpital Reine Elizabeth de s'identifier et de présenter les autres membres qui le composent.

Mme Garcia (Christiane): D'accord, est-ce que vous m'entendez?

Le Président (M. Messier): Oui. On vous écoute, Mme Garcia.

Hôpital Reine Elizabeth

Mme Garcia: Je m'appelle Christiane Garcia et je suis la directrice générale de l'hôpital Reine Elizabeth. Je dois dire que je n'ai aucun lien parental avec l'hôpital.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Garcia: Ce matin, je semble être un peu la seule. Mais j'ai une bonne expérience dans le secteur de la santé, ayant eu un frère qui a passé deux années dans un hôpital, en tant qu'enfant. Je suis infirmière. Je suis directrice de l'hôpital, alors je crois que j'ai un bon vécu là au niveau des hôpitaux. J'aimerais prendre quelques minutes pour présenter les gens qui sont ici avec moi aujourd'hui. Il y a M. Jean Lapostolle, membre de notre conseil d'administration à l'hôpital Reine Elizabeth. Je crois que vous connaissez M. Alex Paterson. Il est membre de notre Fondation, la Fondation de l'hôpital Reine Elizabeth. À ma gauche, j'ai le Dr Deirdre Gillies, qui est la chef du département d'anesthésie et aussi la présidente du Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens. À mon extrême gauche, j'ai le Dr Smith qui est le chef du département de médecine générale de

l'hôpital Reine Elizabeth; dans cette fonction, il est aussi responsable du service de l'urgence et des cliniques externes de l'hôpital.

Le Président (M. Messier): Vous avez dix minutes, s'il vous plaît, et le ministre et l'Opposition officielle vont réagir.

Mme Garcia: D'accord.

Le Président (M. Messier): Merci.

Mme Garcia: Merci. Bonjour à tous. En quelques minutes, j'aimerais tenter de résumer les points saillants de notre mémoire afin de convaincre les membres de la commission parlementaire et le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'importance de maintenir le statut universitaire de l'hôpital Reine Elizabeth. Je pense que c'est important de vous expliquer ce que nous entendons par statut universitaire. Le statut universitaire, pour nous, implique que l'hôpital Reine Elizabeth remplit les quatre fonctions d'un centre universitaire telles que décrites dans le document "Orientations" qui nous a été présenté. Cela veut dire que l'hôpital fait de l'enseignement, offre des services spécialisés, fait l'évaluation de nouveaux équipements et entreprend aussi des projets de recherche. Mais de façon plus précise, l'hôpital Reine Elizabeth joue un rôle critique dans la formation d'étudiants en médecine, de résidents en médecine familiale et de résidents spécialisés qui deviendront les médecins omnipraticiens et spécialistes des communautés urbaines, rurales et des régions éloignées parce que vraiment, ce que nous faisons à l'hôpital Reine Elizabeth, c'est la formation de ces gens pour ces fonctions.

Trois facteurs clés font de l'hôpital Reine Elizabeth un milieu idéal pour former ces médecins omnipraticiens et spécialistes. Ces trois facteurs sont la structure de ses services, la qualité de ses ressources humaines et la clientèle qu'il dessert.

En termes de structure de ses services, le milieu d'apprentissage de l'hôpital Reine Elizabeth permet l'intégration des services à l'interne. Ce qu'on veut dire par ça, c'est qu'il y a vraiment une intégration qui existe, une façon un peu unique de gérer les services entre les unités de soins, les services des cliniques externes, les services spécialisés et notre urgence. Ceci facilite les communications et les échanges professionnels entre les généralistes et les spécialistes. Donc, pour nous, la structure permet de bien évaluer un cas lorsqu'un patient se présente dans un de nos services. Il permet aussi de référer rapidement un patient d'un milieu à un autre parce que les médecins ont cette chance de pouvoir échanger rapidement. On peut facilement référer un patient à nos services spécialisés. Cela réduit aussi les coûts d'examen, parce que le dossier du patient le suit lorsqu'il

passé d'un médecin à un autre. Alors, nous n'avons pas à répéter souvent les examens pour le patient. Finalement, il permet aussi un travail d'équipe multidisciplinaire.

Un autre point positif du milieu d'apprentissage de l'hôpital Reine Elizabeth, c'est l'esprit de complémentarité qui existe à l'intérieur des services internes et externes. L'hôpital Reine Elizabeth a fait par le passé et fait toujours maintenant beaucoup d'efforts pour essayer de développer des liens avec les ressources qui existent dans notre communauté. Nous parlons ici des CLSC, des centres de réadaptation, des centres d'accueil, des centres de soins de longue durée. Nous essayons de développer un système qui va offrir des services complémentaires et, donc, qui va pouvoir offrir une qualité de services appropriés au besoin de la clientèle. Le point que nous considérons peut-être un peu plus important, c'est vraiment de pouvoir permettre une continuité dans les soins, un suivi. On essaie de ne pas laisser le patient tant qu'il ne sera pas pris en charge par un autre groupe d'individus ou une autre organisation.

Finalement, en termes de structure des services, la structure de l'hôpital offre aux étudiants et aux résidents la possibilité de mettre en pratique leurs connaissances sous la supervision de médecins qui sont déjà spécialisés ou de médecins omnipraticiens qui font partie de l'hôpital. Je pense qu'il y a une chose qui est assez spéciale dans notre hôpital. C'est qu'on a beaucoup de médecins généralistes qui passent énormément de temps à l'hôpital, qui font beaucoup d'enseignement avec nos résidents, et ça, c'est quelque chose qu'on ne retrouve pas souvent dans un hôpital communautaire parce que le médecin vient, voit son patient et retourne à son bureau, tandis qu'avec nous, ces médecins-là participent vraiment à l'enseignement d'une façon très active.

(11 h 30)

En termes de ressources humaines, l'hôpital Reine Elizabeth possède déjà une équipe multidisciplinaire, composée de généralistes et de spécialistes à la fine pointe des connaissances théoriques et de la pratique, car nos médecins pratiquent en milieu clinique, c'est certain, mais aussi ils se tiennent beaucoup à date au niveau des théories, parce qu'ils font de l'enseignement à l'Université McGill. Ils participent au comité de planification des programmes de l'Université McGill et ils participent aussi activement au niveau de la recherche.

En plus, la philosophie de soins de l'hôpital Reine Elizabeth tient compte de l'approche holistique, donc une prise en charge globale ou totale de la personne dans son ensemble. Cette approche offre des services qui tiennent compte de l'importance de la prévention et du suivi dans les soins.

Finalement, le troisième point clé est que l'hôpital Reine Elizabeth offre un milieu idéal,

parce qu'il possède une clientèle variée, et ça, je pense qu'en termes d'hôpital communautaire on a cette chance de pouvoir être situés dans un endroit où il y a vraiment une région spécifique. En plus d'offrir des services à d'autres régions éloignées, nous avons vraiment une communauté. Le type de la clientèle offre des groupes ethniques variés, des pathologies variées qui représentent vraiment ce qu'on retrouverait dans un milieu communautaire, une variété d'âges, et nous devons souligner ici que nous avons aussi une des populations les plus âgées de la région 6A. Aussi, nous avons des statuts familiaux très variés. Alors le type de clientèle, ainsi que les maladies qu'elle représente, reflète celle que les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes auront à rencontrer dans leur fonction de tous les jours lorsqu'ils auront leur pratique éventuelle. Les médecins résidents apprennent donc à prescrire les examens diagnostiques et les traitements pour ces clientèles qui tiennent compte des ressources disponibles dans les centres communautaires, sans mettre l'accent sur les maladies rares et les traitements complexes que l'on retrouve plus fréquemment dans les centres qui offrent des services de troisième ligne.

Enfin, il est important de noter que, historiquement, l'hôpital Reine Elizabeth a démontré qu'au cours des années il a joué un rôle crucial dans le développement de la médecine sur les plans national et international. Nous avons fait une liste, dans notre rapport, des choses pour lesquelles nous avons été les premiers. Je peux peut-être en énumérer quelques-unes. En 1933, l'hôpital Reine Elizabeth a été le premier à utiliser le **cyclopropane** en anesthésie. En 1943, nous avons eu la première salle de réveil postopératoire installée au Canada. En 1950, la première démonstration au Canada de l'utilisation de la télévision pour l'enseignement de la médecine. En 1961, première unité de soins intensifs disponible dans un hôpital général canadien. En 1961, première école d'infirmières auxiliaires dans un hôpital anglais de Montréal. En 1974, premier (avec trois autres hôpitaux de Montréal) à être impliqué dans un projet-pilote d'unité de médecine familiale. Et finalement, en 1980, première clinique de médecine sportive à Montréal. Alors je crois qu'il y a quand même beaucoup de choses que nous avons faites qui démontrent vraiment qu'on est capables de maintenir ce genre de statut.

En conclusion, l'hôpital Reine Elizabeth est un hôpital communautaire qui sert de modèle idéal pour former les futurs **médecins** omnipraticiens et spécialistes. Il possède un lien actuel très fort avec l'Université McGill et un personnel qualifié pour faire de l'enseignement, de la recherche et l'évaluation de nouveaux équipements. Historiquement, l'hôpital Reine Elizabeth s'est tenu à la fine pointe des découvertes, car il a innové plusieurs services, y compris l'anes-

thésie, et tous les autres services que j'ai énumérés tout à l'heure.

Le système de santé doit former des médecins capables d'oeuvrer dans des milieux urbains, ruraux et dans les régions éloignées. Le système doit donc posséder des milieux d'apprentissage qui reflètent le milieu dans lequel ces médecins auront à opérer. L'hôpital Reine Elizabeth offre un tel milieu, et un milieu de qualité avec un lien direct et actif avec l'université. Il doit pouvoir maintenir ces liens, afin d'offrir ses services de qualité et former les médecins et autres professionnels de l'avenir.

La perte de son statut universitaire serait un facteur déterminant qui inciterait les spécialistes à quitter l'hôpital Reine Elizabeth. Ceci changerait la composition de l'équipe médicale et détruirait le caractère unique de ce centre. La qualité de la formation des médecins généralistes, axée vers des soins communautaires dans des centres urbains et dans les régions rurales et éloignées, serait donc mise en péril, selon nous.

Nous sommes ouverts aux questions.

Le Président (M. Messier): Merci, Mme Garcia. Sur ces premières... que vous avez énumérées tout à l'heure, je passe la parole au ministre de la Santé.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Évidemment, c'est une question extrêmement importante pour votre institution, votre établissement, que vous soulevez ce matin. Vous nous faites la démonstration - je devrais dire, vous tentez de nous faire la démonstration, mais vous nous faites la démonstration - qu'à votre point de vue vous répondez aux quatre critères, soit des soins spécialisés et ultraspecialisés, recherche, enseignement et évaluation de technologies, qui sont dans le document d'orientation et qui doivent être les quatre conditions de base pour permettre de reconnaître un centre hospitalier universitaire ou un institut.

Avant même la réforme, on est dans une situation où nous avons 45 centres hospitaliers universitaires et instituts à travers le Québec, dont 30 dans la région métropolitaine de Montréal. Ce que propose la réforme, si on fait exception des trois centres de réadaptation spécialisés qui seraient reconnus ultérieurement, c'est de ramener tout ça à 26. Si je vous posais la question... et je vous la pose, je ne résiste pas à la tentation. Est-ce que vous croyez qu'il doit y avoir rationalisation au niveau des CHU et des instituts? Ce serait ma première question parce qu'à partir du moment où c'est oui, comment est-ce qu'on le fait? Si c'est non, on n'est pas loin d'en ajouter. Donc, on va avoir des problèmes tantôt. Mais est-ce que vous croyez...

M. Chevrete: ...nous.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Chevette: Oui, mais pas nous.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Est-ce que vous croyez qu'il y a une nécessité d'une rationalisation au niveau des CHU et des instituts?

Mme Garcia: Je peux peut-être répondre à cette question. Au niveau de la rationalisation des instituts, je crois que ce qui est important, c'est de vraiment s'assurer que le milieu d'enseignement est approprié aux résultats. Ce que nous essayons de démontrer ici, nous, c'est qu'en termes de formation de médecins en médecine familiale et aussi de médecins spécialisés... Nous ne parlons pas ici de médecins ultraspécialisés dans le sens que nous ne faisons pas d'opération à cœur ouvert, nous ne faisons pas de neurochirurgie, nous n'avons pas de centre de trauma à l'hôpital Reine Elizabeth. Alors, je pense qu'au niveau de la rationalisation ce n'est peut-être pas le mot "**rationalisation**", mais c'est peut-être vraiment de revoir quel est le meilleur endroit pour former les gens selon les différents besoins. Je crois que, si on essaie de former des médecins de médecine familiale ou des médecins qui auront à faire des chirurgies de base comme les appendicectomies ou d'autres choses que nous retrouvons dans des milieux communautaires, des médecins qui auront à rencontrer ce genre de pathologie, le milieu communautaire est un milieu idéal pour faire l'enseignement de ce genre de choses là. Alors, au niveau de la rationalisation, vous, vous parlez de nombre d'hôpitaux. Je pense que c'est peut-être essayer de voir un petit peu au niveau des services.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'était la deuxième question...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...parce qu'à partir du moment où vous alliez me répondre... Pas parce que ça se voulait un piège. Rationalisation quant au nombre, je ne me fais pas d'illusion sur les budgets qu'on va pouvoir récupérer demain matin, si on décide qu'un établissement n'est plus un centre hospitalier universitaire. Je ne suis pas sûr qu'on va recevoir des millions de dollars par la poste le lendemain matin. Ce n'est pas évident, en tout cas, et ce n'est pas nécessairement l'objectif non plus. Mais il y a quatre fonctions fondamentales que le document d'orientation évoquait: formation, recherche, dispensation de soins spécialisés et ultraspécialisés et évaluation des technologies médicales.

Ce n'est pas un reproche que je vous fais, mais vous ne **semblez** pas vouloir vous prononcer sur le nombre. En a-t-on trop ou pas assez?

Mais vous abordez, par le fait même, la rationalisation. Il doit y avoir une rationalisation des centres hospitaliers **universitaires**, à tout le moins dans leur champ de compétence. On est, au moment où on se parle, beaucoup éparpillé un peu partout et je ne suis pas sûr qu'on serve bien la communauté.

Donc, ce que je comprends du message, ce matin, c'est que vous devriez être maintenus, compte tenu du caractère même communautaire et sur le plan familial, en particulier... qui sont vos principales forces, comme champ de formation de ceux qui, demain matin, dispensent des soins. Est-ce que je comprends bien votre message?

Mme Garcia: Je pense qu'il y a plus que ça, parce qu'il y a tout notre lien avec l'université qui existe déjà. Je pense que ce ne serait peut-être pas mauvais qu'un de nos médecins réponde aussi à cet aspect-là. On a **parlé** de l'aspect communautaire qui est vraiment le fait que nous avons une certaine appartenance à une communauté, mais il y a aussi tout l'aspect universitaire que j'ai mentionné qui semble être perdu dans ce que vous dites.

M. Côté (Charlesbourg): Non, ce n'est pas...

Mme Garcia: Mais ce ne serait **peut-être** pas mauvais qu'un de nos médecins réponde à cette question.

Le Président (M. Messier): Brièvement, s'il vous plaît. Dr Smith?

M. Smith (Donald): Oui. Ce qui est intéressant, chez nous, c'est la situation très idéale d'avoir le milieu - je répète un peu - mais le milieu qui est propice à former ces médecins **omnipraticiens** dont on a vraiment besoin et la qualité des enseignants qu'ils ont dans les spécialités. Alors ça, c'est pour répéter. Pour nous, dans notre département, ce n'est pas la question qu'ils ont des modèles très différents des modèles dans d'autres hôpitaux. Par ça je veux dire que nos médecins ont les rôles modèles des médecins qui sont en charge dans toutes ces parties de l'hôpital. C'est très différent de seulement être affilié avec un hôpital et de montrer ce rôle qui est très important dans la formation des médecins omnipraticiens. On sait bien que, dans les grands hôpitaux à soins tertiaires, il y a certainement de la très bonne formation. Mais pour la population et pour les médecins qui travaillent comme omnipraticiens, il y a tellement une différence comme modèle que la personne qui va terminer ses études dans un des grands hôpitaux ou chez nous, ça va être vraiment très différent. Alors ceux qui vont le faire, ça va être exactement ce que la personne qui pratique va faire. S'il fait son entraînement dans un très grand hôpital, ce **qu'il** va faire ne

va pas être du tout ce qu'il va faire dans la pratique dans les CLSC de régions éloignées, dans les bureaux, dans les hôpitaux. Alors, pour nous, c'est vraiment un milieu très différent des autres milieux. C'est aussi une reconnaissance de la corporation et du Collège canadien de médecine familiale; tout ce qu'on a augmenté, c'est un petit programme de médecine familiale, qui arrivera à 43 résidents l'année prochaine.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, Dr Smith.

M. Côté (Charlesbourg): Si vous me permettez, je m'arrêterai tantôt.

Le Président (M. Messier): J'ai de la misère-

M. Côté (Charlesbourg): Oui, juste... Non, parce que ça m'apparaît...

Le Président (M. Messier): Vous me donnez de la misère.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, je le sais. Ça m'apparaît très important et c'est pour ça que je veux poser la deuxième question. Est-ce que vous diriez que les médecins qui seraient formés chez vous, un hôpital de 252 lits, en médecine familiale, risquent d'être mieux préparés face aux défis de demain, lorsqu'ils seront seuls sur le terrain pour être capables d'intervenir, que dans de gros centres hospitaliers universitaires où le contact est moins direct? Vous êtes à nous dire qu'il y a plus d'avantages, pour un médecin de médecine familiale, à être formé chez vous parce qu'il sera davantage prêt que d'être le troisième adjoint du médecin qui enseigne.

M. Smith: Certainement. En plus que les spécialistes qui enseignent dans notre hôpital sont vraiment de très bons spécialistes qui enseignent aussi à Royal Victoria et d'autres hôpitaux, ils ont les "input" des gens qui sont vraiment dans la première ligne de... mais appliqués dans un environnement qui est vraiment de première ligne.

Le Président (M. Messier): Merci, Dr Smith. Je vais passer la parole au député de Joliette, porte-parole officiel en matière de santé. (11 h 45)

M. Chevette: Voici, je n'aurai pas de question mais je vais avoir un commentaire. Pas de question, parce que je pense que c'est une plaidoirie qui conduit à une décision administrative, parce que la loi ne précisera pas tel hôpital, tel hôpital. Je suppose qu'elle va fixer des balises.

Mais je voudrais vous dire une chose, c'est que je souhaite très sincèrement qu'on garde des petits centres de formation, parce que, sur le

plan de l'humanisation de l'acte, je suis convaincu que c'est là qu'on développe des sensibilités beaucoup plus grandes. L'anonymat n'existe pas dans les petits centres hospitaliers. La complémentarité vient rapidement, les équipes multidisciplinaires sont facilement créées. Je souhaite très sincèrement que le ministre, dans son effort de rationalisation, n'oublie pas l'importance des centres comme le vôtre. Je ne crois pas, personnellement, dans certaines spécialités en particulier, qu'on puisse aller exclusivement, dans de gros centres, avec la surspécialisation. Je pense, par exemple... Je sais qu'on n'ira pas vers la reconnaissance d'une spécialité en gériatrie, je ne le pense pas, mais je pense au niveau de médecine familiale, je pense au niveau de certaines spécialités qui demandent un contact humain. On dit que toute la réforme est axée sur la personne avant toute chose, alors j'espère qu'on va garder ça comme objectif fondamental avant de prendre des décisions. Ce n'est pas parce que les "lobbies" sont puissants que c'est nécessairement très intéressant. Les petits "lobbies" efficaces sont aussi bons. Merci. Bonne chance.

Le Président (M. Messier): Merci.

M. Paterson: Est-ce que je peux faire juste un commentaire?

Le Président (M. Messier): Oui, M. Paterson.

M. Paterson: Je pense qu'il est important de savoir que beaucoup de résidents font des rotations il peut y avoir un certain "training" au Reine Elizabeth et un autre au Royal Vie General. Ils sont, par instinct, toujours juste un. Mais il aura appris quelque chose de différent au Reine Elizabeth. C'est ça qui va manquer si vous enlevez ça.

M. Chevette: Ça lui permet d'être bon au Royal Vie.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que j'ai compris...

M. Paterson: Qu'est-ce que vous avez dit?

M. Chevette: J'ai dit: Peut-être que c'est le droit de passage chez vous qui lui permet d'être bon au Royal Vie.

M. Paterson: Il va être bon aux deux.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Il y a un proverbe qui dit: "Qui trop embrasse mal étreint." Je vous conseille de rester à une table. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Messier): M. le député de

Westmount.

M. Holden: M. le Président, je suis, pour une rare fois, entièrement d'accord avec le leader de l'Opposition officielle et député de Joliette.

M. Chevette: Si vous m'écoutiez plus souvent, vous seriez toujours d'accord.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Holden: D'autant plus, M. le Président, que, justement, l'hôpital Reine Elizabeth est dans mon comté et que c'est mon hôpital. J'y ai passé plusieurs semaines très agréables...

M. Chevette: Vous avez l'air bien portant.

M. Holden: ...quand - oui - j'étais moins bien portant que je ne le suis actuellement. Mais le ministre a soulevé une question que, peut-être, dans le contexte du Reine Elizabeth, j'aimerais expliquer un peu. Vous avez dit qu'il y a des instituts qui sont éparpillés un peu partout. Mais au Reine Elizabeth, M. le ministre et M. le Président, dans le contexte de cet endroit et de cette situation-là, dans la ville de Montréal ou la ville de Westmount à Montréal, ce n'est pas tellement éparpillé. Dans le contexte de Montréal, c'est très près l'un de l'autre. Alors, le transfert de gens, le transfert de résidents et la situation de voir un tout avec McGill et le Reine Elizabeth n'est pas du tout difficile, surtout quand on habite le district et quand on appuie si fortement la demande. Je n'ai pas de question, mais c'est mon commentaire, comme celui du leader de l'Opposition officielle...

Le Président (M. Messier): Merci, M. le député de Westmount. Quelques mots, M. le ministre, pour terminer ces allocutions.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Je n'ai pas voulu isoler la formation, mais c'est la deuxième fois que des gens viennent nous signifier que quelqu'un qui fait un stage de formation en médecine familiale dans un hôpital de plus petite taille en sort mieux préparé pour faire face à l'action, parce qu'il est directement dans l'action au moment où il apprend, alors que, dans un grand centre, il est un petit peu plus loin de l'action. Je comprends qu'on veuille faire la tournée de l'éventail des grands établissements, mais ce que je retiens - et on va tenter de fouiller ça davantage au cours des prochaines semaines - à ce moment-ci, comme l'une des hypothèses intéressantes, c'est que les gens qui sont formés dans de plus petits CHU, en médecine familiale, risquent davantage d'être prêts à faire face à l'action que lorsqu'ils sortent de grands CHU. En tout cas, ça me paraît un point très important qui a été fait ce matin publique-

ment et ça interpelle donc les grands CHU ou ceux qui pensent que c'est uniquement dans des hôpitaux de 500 lits qu'on devrait concentrer des CHU ou des instituts. Merci.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Joliette, ça va?

M. Chevette: Oui, ça va. Merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): Parfait, je vous remercie au nom de la commission de vous être déplacés et d'être venus exposer votre mémoire. Je demanderais au centre hospitalier Reddy Memorial de venir en avant, s'il vous plaît.

Bonjour. M. Paterson, va faire la matinée avec nous. Bonjour, M. Paterson. C'est possiblement M. Hendy qui va présenter les gens qui sont avec lui pour le Reddy Memorial.

M. Hendy (George R.): C'est bien ça. Est-ce que j'attends le retour de M. Chevette ou... Je pense qu'il a demandé un "time out" de 30 secondes.

Le Président (M. Messier): Faites les présentations et, avant d'entrer dans le vif du sujet... Vous avez dix minutes et, après ça, il va y avoir échange avec les gens. Alors, vous pouvez faire la présentation de vos gens et, après ça, on va attendre, M. le député de Joliette pour commencer l'allocution.

Centre hospitalier Reddy Memorial

M. Hendy: Merci. Alors, M. le Président, M. le ministre, M. le sous-ministre, membres de la commission, je vous remercie de nous avoir invités à présenter verbalement nos réflexions sur l'avant-projet de loi, contenues dans le mémoire que nous vous avons déjà transmis.

Permettez-moi de me présenter ainsi que ceux qui m'accompagnent. Je suis George Hendy, président du centre hospitalier; à mon extrême droite, M. George Holland, directeur de la corporation de l'hôpital Reddy Memorial; Me Alex Paterson, qui n'a pas besoin d'introduction et qui est gouverneur de la fondation du Reddy Memorial Hospital, et, à ma gauche, M. Réjean Plante, directeur général du centre hospitalier.

Il a semblé important aux citoyens de la communauté desservis par le Reddy, par le biais des membres de la corporation, de la fondation et du conseil d'administration du centre, de présenter individuellement leurs commentaires particuliers même si, par l'entremise de regroupements dont nous faisons partie, tel l'Institut conjoint hospitalier de Montréal et le Regroupement des petits et moyens hôpitaux, plusieurs de nos préoccupations seront communiquées à la commission.

Pour ceux et celles qui ne le connaissent

pas, j'aimerais débiter en mentionnant que le centre hospitalier **Reddy Memorial**, fondé en 1870, **sous** le nom de Woman's Hospital, est **devenu** l'hôpital Reddy Memorial en 1951. C'est un hôpital spécialisé pour soins de courte durée affilié à l'Université McGill et doté de 241 lits dont 77 pour soins de longue durée. Il est situé au sud-ouest de l'île de Montréal, à la périphérie du centre-ville entre le Forum et le Montreal Children's Hospital. Au cours de l'exercice financier 1988-1989, 82 254 visites aux services ambulatoires ont été enregistrées par nos bénéficiaires, tandis que quelque **4300** patients ont été admis.

La majorité de la population desservie, soit 84 %, demeure sur l'île de Montréal et, de ces 84 %, 34 % résident dans le sud-ouest, 18 % au centre-ville et 10 % dans l'est de l'île. L'origine linguistique des bénéficiaires est également divisée ainsi: un tiers francophone, un tiers anglophone et un tiers allophone.

La communauté particulièrement desservie par le Reddy **apprécie** les services plus personnalisés d'un établissement de taille **moyenne**. Lorsque la vocation de l'hôpital était en péril, en 1982, la communauté a eu l'occasion de démontrer son appui. L'incertitude entourant la mission d'hôpital pour soins de courte durée s'est prolongée au-delà de cinq ans. Au cours de cette période, la population a transmis des milliers de lettres et des pétitions aux instances politiques confirmant le rôle essentiel du Reddy dans sa communauté. Elle a elle-même **participé** à une démonstration, soit à une marche de plus de deux milles dans les rues de Montréal pour protester contre un changement de vocation. Il est donc évident que les services dispensés par le Reddy sont essentiels à sa communauté.

Par sa participation à la corporation propriétaire, à la fondation et au conseil d'administration du centre, cette population contribue à une gestion saine et efficace de l'établissement. Tel que mentionné dans notre mémoire, la performance financière du Reddy est clairement démontrée par le fait que le coût par jour-patient et le coût par visite sont les plus bas de tous les hôpitaux de soins de courte durée de la province **ayant** entre 200 et 300 lits, ceci d'après les informations financières obtenues de l'Association des hôpitaux du Québec pour les années fiscales 1986 à 1988. La qualité des soins prodigués, qui semble certainement répondre aux exigences des bénéficiaires, rencontre aussi les normes canadiennes des établissements de santé. Ceci est confirmé régulièrement depuis plus de 30 ans par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

M. le Président, dans le mémoire que nous vous avons présenté, nous avons identifié les raisons justifiant les modifications à l'**avant-projet** de loi, mais, compte tenu du temps qui nous est disponible, nous nous abstenons de les **énumérer**. Par contre, voici quelques commen-

taires. Les membres de la communauté oeuvrant bénévolement au Reddy, soit régulièrement dans le centre hospitalier, soit comme membres et/ou directeurs de la corporation propriétaire et de la fondation ou comme membres du conseil d'administration du centre, le font pour apporter leur contribution à leur communauté et parce qu'ils considèrent que le Reddy joue un rôle important dans le système de la santé et des services sociaux.

La corporation propriétaire, formée en 1951 et composée de gens de la communauté, a administré entièrement les affaires de l'hôpital jusqu'en 1972, soit l'année de la création du conseil d'administration du Centre, pour ensuite continuer à gérer ses biens immobiliers en collaboration avec le centre hospitalier. Par exemple, M. le Président, en 1982, pour créer une unité de 24 lits centralisés pour soins prolongés, la fondation et la corporation finançaient entièrement les coûts de rénovation totalisant 400 000 \$. Plus récemment, en 1986, la corporation propriétaire subventionnait majoritairement le projet biénergie du centre hospitalier, ce qui nous épargne, annuellement, des sommes d'argent considérables. L'investissement de plus de 500 000 \$ permettait de réduire les coûts d'énergie, augmentant ainsi l'efficacité du centre.

Il faut aussi mentionner qu'au cours des années la fondation et la corporation ont permis l'acquisition et le remplacement d'un grand nombre d'équipements spécialisés, et ceci, avec les autorisations nécessaires du conseil régional et du ministère. Vous réaliserez certainement le rôle essentiel des membres de la communauté au fonctionnement du Reddy. Tel que mentionné dans notre mémoire, nous sommes d'avis que certains aspects de l'avant-projet de loi apporteraient un changement radical et néfaste aux services dispensés par le Reddy. Heureusement, avec les propos du ministre aujourd'hui et précédemment, nous sommes rassurés et consolés de voir que certains de ces changements ne seront pas effectués tels que présentés dans l'**avant-projet**.

Nous confirmons notre appui au gouvernement envers l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux. Compte tenu que le système québécois est l'un des meilleurs et des plus généreux au monde, il ne s'agit pas de tout reconstruire, mais plutôt de lui apporter les améliorations qui s'avèrent nécessaires. Nous croyons, M. le Président, que la société québécoise doit identifier ce qu'elle peut se payer et que les objectifs globaux de santé doivent être établis, incluant le préventif et le curatif. Le citoyen habitant Montréal, Québec, Gaspé ou tout autre endroit au Québec n'a-t-il pas le droit à la même qualité de services? Si oui, pourquoi ne pas élaborer un programme obligatoire d'agrément des établissements de santé, utilisant celui du Conseil canadien d'agrément ou ayant un

organisme québécois mandaté pour l'évaluation. Un tel processus assurerait le niveau de qualité des soins désiré par notre société. M. Plante m'informe que, dans la province de Québec, il y a environ 25 % seulement des hôpitaux qui sont assujettis à cette vérification par le Conseil canadien d'agrément.

Du côté financier, il nous semble pour le moins surprenant qu'aucun moyen n'existe pour mesurer l'efficacité et l'efficience des établissements du réseau. La performance de ces derniers est plutôt comparée à leur résultat de l'année antérieure. Nous croyons qu'avant de prétendre que plus ou moins de crédits sont nécessaires au fonctionnement du réseau de santé et des services sociaux, il faudrait évaluer la performance du système tout en le reliant au niveau de la qualité de soins désirée par notre société.

En terminant, nous désirons ajouter deux souhaits. Premièrement, que le ministère et la régie régionale proposée assurent que les services dispensés à toutes les communautés culturelles d'expression française, anglaise ou autres rencontrent leurs besoins. Deuxièmement, nous considérons importante la problématique relative au manque continu d'infirmières et d'infirmiers pour répondre aux besoins de notre centre hospitalier. Nous espérons que la commission saura apporter les recommandations susceptibles d'améliorer cette situation qui semble toucher tout le Québec. M. le ministre, nous reconnaissons que vous avez une tâche difficile et nous n'envions pas votre position, mais nous sommes certains que vous allez prendre en compte toutes les différentes considérations qui ont été exprimées dans cette commission parlementaire et qu'en fin de compte ce que vous allez décider de faire sera de changer pour améliorer le système, plutôt que de changer uniquement pour adopter un nouveau système d'opération.

M. le Président, M. le ministre et membres de la commission, ceci représente les réflexions des gens du Reddy. Nous osons espérer qu'elles vous seront utiles. Au nom de mes collègues et en mon nom personnel, je vous remercie de nous avoir permis, aujourd'hui, de vous faire cette brève présentation.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup. M. Hendy. Je passe la parole au ministre responsable.
(12 heures)

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Évidemment, vous évoquez certains points qui ont déjà été évoqués, sur le plan du conseil d'administration, de la corporation, de la fondation. Je pense qu'on n'a pas besoin d'y revenir, compte tenu du fait qu'on a déjà donné certaines couleurs et que les autres viendront éventuellement, parce qu'il reste du travail à faire sur le plan de tenter de prendre les bonnes décisions avec l'éclairage de la commission. Je me permettrai peut-être d'aborder deux points de

vue, puisque vous avez évoqué le préventif et le curatif.

On fait ça comment, demain matin? Compte tenu du fait qu'il y a 5 500 000 000 \$ dans les centres hospitaliers sur le budget du ministère, on peut supposer que, demain matin, si on met l'accent sur la prévention au lieu du curatif, on devra donc réallouer certaines ressources financières qui viennent de ces établissements-là dans le préventif au lieu du curatif. Alors, si vous étiez ministre, demain matin - puisque vous avez beaucoup de sympathie pour le poste que j'occupe et les décisions que j'ai à prendre - comment feriez-vous ce changement-là et pensez-vous qu'il y a possibilité de réallouer certaines sommes, dévolues aux centres hospitaliers maintenant pour du curatif, dans le préventif?

M. Hendy: N'étant pas en votre position privilégiée, M. le ministre, de connaître tous les chiffres, il est difficile pour moi de répondre précisément quant à la réallocation des sommes d'argent dont votre ministère dispose. Je comprends que c'est un problème difficile, mais il me semble, d'après les connaissances profanes que j'ai en lisant les journaux, qu'on a un grand chemin à faire en essayant de convaincre nos citoyens d'avoir un mode de vie qui va éliminer ou réduire, autant que possible, la nécessité, plus tard dans leur vie, d'être hospitalisés. C'est une question de diète et de bien d'autres choses quant au mode de vie que les gens mènent. Si j'étais ministre, je m'entourerais de spécialistes qui connaissent la matière pour qu'ils me préparent un rapport sur un programme qui pourrait être suivi, non seulement pour éduquer les gens, mais aussi pour peut-être faire un certain suivi, afin de s'assurer que les gens sont conscients de la nécessité d'avoir un train de vie qui va minimiser, autant que possible, les soins hospitaliers.

Je permettrais à M. Réjean Plante de répondre en supposant que lui aussi, un jour, serait ministre.

M. Plante (Réjean): Loin de moi cette pensée. M. le ministre, je suis d'accord avec vous que c'est certainement une "task" qui est excessivement difficile. Je crois que les gens du Reddy, ce qu'on essaie d'exprimer c'est qu'il faut qu'il y ait un choix de société. Dans le passé, on se concentrait sur le curatif et, aujourd'hui, après plusieurs années, on s'aperçoit qu'il y a du travail à faire au point de vue préventif. Donc, il y a un choix de société de déterminer, premièrement, une enveloppe globale de santé relative à, disons, l'économie, pour ensuite déterminer le pourcentage à allouer au préventif et au curatif.

Avant de déterminer une somme d'argent X qui pourrait être supposément transférée et être utilisée pour le préventif, il faudrait peut-être, tel qu'on l'a mentionné, évaluer plus en profondeur l'efficacité du système qui existe présente-

ment. Disons qu'on a eu l'occasion, lors de plusieurs rencontres avec M. Gagnon, de discuter de l'évaluation de la performance des centres hospitaliers. Je pense que la société québécoise a un petit bout de chemin à faire dans ce sens-là. Bon. Si on peut arriver avec des méthodes qui soient basées sur des statistiques relatives, on pourrait, à ce moment-là, être plus en mesure de dire: O.K. parfait, on évalue la performance. Dans certains cas, la performance existe, dans d'autres cas, elle peut être améliorée. Au point de vue global, on espère qu'il y ait, au bout de la ligne, un certain montant qui pourrait être transféré pour être utilisé par des ressources pour le préventif.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière question, avant que je sois interpellé par la présidence pour me dire de me taire. Vous avez parlé du manque d'infirmières. C'est vrai. Moi, j'irais plus loin que ça. Je vous dirais, pour toutes sortes de raisons: démobolisation du personnel. On l'a dit au début, en tout cas, moi, je l'ai dit: On est un peu prisonnier de plusieurs groupes d'intérêt - bon, on l'a dit - soit les médecins et bien d'autre monde, y compris les syndicats aussi. On gère davantage - on le dit de plus en plus - des conventions collectives dans les hôpitaux. Je le comprends parce qu'on en est rendu là aujourd'hui. On a reçu, la semaine dernière, la CSN qui a montré une ouverture très intéressante. Quant à elle, un des moyens de remobiliser les gens pour travailler à l'intérieur des établissements, c'est d'impliquer encore davantage, dans la vie de tous les jours, les établissements. Moi, je leur ai parlé de la mobilité du personnel qui réglerait probablement une partie des problèmes parce que ce n'est pas que blanc ou noir. Qu'est-ce que vous faites dans un hôpital comme le vôtre pour sensibiliser les travailleurs - et là, j'aurais pu le demander à quelqu'un d'autre, mais c'est ce matin que ça arrive - pour faire en sorte que les employés chez vous, syndiqués ou pas, se sentent véritablement des gens à part entière de votre institution? Est-ce que vous faites des choses spéciales? Les informez-vous des projets de votre centre hospitalier, des décisions qui sont prises? Comment tout ça est-il véhiculé à l'intérieur de l'établissement pour être capable de rejoindre les travailleurs qui, effectivement, sont une force aussi de l'établissement?

M. Hendy: Je peux vous dire, M. le ministre, qu'au Reddy les relations entre l'employeur et le syndicat sont très très bien. On a rarement des griefs ou des problèmes. Du tout. Ça se règle à l'amiable avec le syndicat.

Je permettrais à M. Plante, qui est là depuis bien plus longtemps que moi, d'expliquer pourquoi et comment cette situation-là existe.

Le Président (M. Messier): Vous allez faire

ça brièvement, M. Plante?

M. Plante: Oui. Disons que c'est une question qui prendrait un peu de temps, mais je vais me concentrer sur les choses qu'on essaie de faire qui, évidemment, ne représentent pas d'argent ou très peu d'argent parce qu'on n'en a pas. Premièrement, au comité santé et sécurité, disons, qui a été formé en 1983, la participation est égale, disons, entre union, syndicat et employeur. On travaille ensemble pour essayer d'éliminer, d'améliorer la situation du travail. Je crois que c'est un comité qui fonctionne très bien, qui a amené des suggestions qui ne représentent pas de grosses sommes d'argent, mais qui ont remonté, si on peut dire, le moral des troupes.

Deuxièmement, récemment, on a formé un comité qui a créé une politique, qui a été approuvée au niveau du comité de régie, de contrôle du harcèlement sexuel qui, disons, est un problème qui est vécu un peu partout ces jours-ci, malheureusement. C'est quelque chose qui a été véhiculé par les syndicats et c'est quelque chose qu'on a transmis à l'institution. La réponse est excessivement positive et on espère contrôler, possiblement, un problème qui pourrait empirer au fil des années. C'est une autre chose, un autre exemple qui ne coûte presque rien, mais qui, par contre, est bien vu et bien accepté au niveau des employés.

Le dernier point que je vais amener brièvement, M. le Président, concerne le fait que les fonds alloués pour l'éducation des employés sont minimums. Par contre, il y a quelques années, on a créé un comité d'éducation à qui, tous les ans, le conseil d'administration alloue une somme, une grosse somme de 10 000 \$. Il faut se rappeler qu'on a 700 employés chez nous. Bon. C'est sur un budget de 22 000 000 \$. Donc, on dépense 10 000 \$ et on inclut les employés et certains administrateurs pour être au comité et distribuer ce montant-là également parmi les syndiqués, les non-syndiqués, les employés cliniques, les employés non cliniques et ainsi de suite. C'est une autre chose peut-être minime, mais qui aide au moral des troupes. Donc, je vais arrêter mes commentaires, mais ce sont des exemples de programmes qu'on a chez nous.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, M. Plante. Je laisse la parole au député de Joliette, porte-parole officiel.

M. Chevette: Au 131e groupe...

Le Président (M. Messier): Vous nous jouez un tour, M. le député.

M. Chevette: ...vous comprendrez qu'il y a beaucoup d'arguments qui...

Le Président (M. Messier): C'est le 48e

mémoire, mais...

M. Chevette: ...se ressemblent, en particulier, sur les regroupements, la fusion des conseils, etc. On sent très bien qu'il y a une toile de fond unique de la part des autorités et des centres hospitaliers, c'est clair.

Donc, je vais vous poser une seule question. C'est à partir de la décentralisation. Vous êtes sur l'île de Montréal et vous avez affirmé dans votre mémoire que, où que nous soyons au Québec, nous avons droit à des services de qualité identique. J'ai écouté votre **porte-parole** dire ça tantôt.

Une voix: De qualité.

M. Chevette: De qualité identique. Est-ce que vous êtes en accord avec la décentralisation de l'enveloppe de la RAMQ?

M. Plante: C'est une question qu'on a débattue **longtemps**. Malheureusement, dans l'avant-projet de loi ou dans les orientations qui ont été présentées originalement, lorsqu'on parle de financement par programme, c'est très général, ce n'est pas spécifique et on ne sait pas exactement ce que ça représente. Les gens du **Reddy**, ce qu'ils considèrent important, c'est que ce qui est alloué pour un type de programmes, que ce soit, par exemple, en orthopédie... Si un centre hospitalier spécialisé fait des procédures orthopédiques, est-ce que, disons, pour un nombre équivalent de procédures et de type de procédures, un montant ou une enveloppe peut être déterminée? Si oui, à ce moment-là, ça devient la responsabilité du centre hospitalier de le gérer à travers, disons, si on peut dire, un budget global, mais par programme. Si c'est équivalent, si c'est basé sur des statistiques logiques et que ces statistiques et cette méthode-là sont attribuées à tous les centres hospitaliers comme tels, je pense que oui, il n'y aura pas de problème dans ce sens-là. Mais il nous manque de l'information à savoir comment appliquer la budgétisation par programme. Je pense que c'est la meilleure méthode qu'on peut avoir en principe, si le système est attribué sur des statistiques égales pour tout le monde.

M. Chevette: Oui, si on décentralise l'enveloppe de la RAMQ, il est évident qu'il y aura certains critères. On ne peut pas bêtement ou bêtement attribuer des sommes sans avoir des critères, c'est évident. Je prends un exemple dans le milieu forestier, par exemple: pour quelqu'un qui se trouve près de la forêt, il y a là des types d'accidents répétitifs qu'on ne retrouve par nécessairement en usine ou, je ne sais pas, dans une salle de **couture**, par exemple, c'est évident. Dans un milieu où ce sont plutôt des services et non pas la grosse industrie lourde, ce n'est pas le même type d'accidents,

effectivement. Ce ne sera sûrement **pas** facile, mais, au départ, si on reconnaît, par **exemple**, qu'à partir du type d'actes le plus **fréquent**, à partir d'objectifs précis, il y a des sommes appropriées, on pourra en tenir compte et non pas continuellement permettre à des gens d'y avoir accès, mais via le transport ambulancier. Je prends l'**hémodialyse**: dans certains milieux, ça coûte plus cher d'avoir du transport pour l'hémodialyse que de donner l'**hémodialyse** à un centre hospitalier. Chez nous, à Joliette, on a eu l'hémodialyse il y a à peine cinq ans et ça fait longtemps que c'est payé. **Ça s'est payé dès** la première année, ce type d'équipement, parce que si on compte ce qu'il en coûtait aux citoyens et ce qu'il en coûtait au centre hospitalier pour les envoyer à Montréal trois fois par semaine durant quatre heures, souvent par service ambulancier, c'était astronomique comme somme à payer. Et ça, je pense que vous avez raison de dire qu'il n'y a pas d'**automaticité**, en ce sens que ce n'est pas bêtement tant par **tête**, mais qu'il y a le critère d'**éloignement** et tout ça. Comme principe, cependant, vous ne vous objectez pas à ce qu'il y ait une équité dans la **distribution**.

M. Plante: Non, si je peux ajouter, disons que, définitivement, c'est parce qu'on est craintifs un **peu**. Dans le système, présentement, on marche peut-être dans l'autre sens. On dit: Vous avez un budget et que vous fassiez, disons, 100 000 interventions ou 50 000, **vous** avez votre budget, au lieu de dire: Bon, si vous faites 50 000 interventions, vous avez tel budget et, si vous en faites 100 000, vous avez tel budget. À ce moment-là, c'est plus équitable, O.K.? Si le système qu'on propose, par programme, est équitable, je ne crois pas qu'il y ait personne... Tous les gens du Reddy qui sont impliqués depuis nombre d'années, qui représentent la communauté des trois types qu'on a présentés, je ne crois pas qu'il va y avoir aucune plainte dans ce sens-là.

M. Chevette: D'accord. Merci.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, M. le député de Joliette. Pour le **bénéfice** du député de Joliette, le Reddy Memorial **était** le **132^e** groupe à se présenter devant la commission.

M. Chevette: On n'était pas trop loin.

Le Président (M. Messier): M. le ministre, quelques mots.

M. Hendy: Ça peut sembler comme **141**.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Rendu à **132**, oui.

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

remercier, vous dire merci pour la présentation concernant votre centre hospitalier, de vous être prêté de bon gré à jouer au ministre...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Hendy: Merci.

M. Côté (Charlesbourg): ...pour prendre certaines décisions et de nous fournir certaines informations qui doivent être utiles. Merci beaucoup.

M. Hendy: Merci.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup. Vous allez faire des jaloux, mais merci beaucoup.

On demanderait aux représentants du centre hospitalier Catherine Booth de l'Armée du salut de se présenter devant la commission, s'il vous plaît.
(12 h 15)

Bonjour. Au nom de la commission, je vous souhaite la bienvenue, ici, à Québec. Je ne sais pas qui va prendre la parole. Je lui demanderais d'identifier ses gens avec lui. Vous avez une dizaine de minutes pour faire votre intervention et, après ça, il va y avoir échange avec les deux formations politiques.

Centre hospitalier Catherine Booth de l'Armée du salut

M. Miller (Lou): M. le Président, M. le ministre, MM. et Mmes les commissaires, mon nom est Lou Miller. Je suis le vice-président du conseil d'administration du centre hospitalier Catherine Booth. J'aimerais présenter le groupe qui représente le centre hospitalier: à ma gauche, c'est la capitaine Joanne Davison, directrice générale; la colonelle Grace Dockeray, chef de la direction des services de santé de l'Armée du salut, représentante de la corporation au conseil d'administration; le capitaine Dave McCann, membre de la corporation et Dr Louise Chevalier, présidente du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et membre du conseil d'administration. Merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): Colonel, on vous écoute.

M. McCann (Dave): Merci. C'est moi le premier porte-parole. Je veux, tout d'abord, répéter des choses que vous avez déjà entendues, mais dans le désir de, peut-être, souligner un peu le caractère unique de notre corporation propriétaire, comme c'est une corporation très active et bien engagée, bien impliquée dans la vie des centres hospitaliers. Le ministère se doit d'être félicité pour l'approche dynamique adoptée par le département pour continuer d'améliorer les services offerts à sa population. Il est encourageant

de constater que le ministère, dans ses orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, propose d'établir des buts précis et des objectifs mesurables et de les évaluer de façon régulière. Nous sommes heureux, de notre part, de continuer notre association avec vous afin d'offrir une gamme continue de services de la plus haute qualité, accessibles à ceux et à celles qui en ont besoin.

Le centre hospitalier Catherine Booth est un institut de soins de courte durée de 84 lits, spécialisé dans la réadaptation physique. Nous traitons, dans le cours d'une année, environ 600 bénéficiaires dont la majorité ont 75 ans et plus et dont le séjour moyen est de 46 jours. Les bénéficiaires retournent à leur domicile après avoir reçu leur congé. La corporation propriétaire représente l'Armée du salut qui, jusqu'en 1973, dirigeait, dans ce bâtiment, un hôpital de maternité. Même après le changement de vocation du centre, l'Armée du salut reste toujours impliquée dans le développement et la gestion des présents programmes.

À la section II, article 74 de la loi suggérée, la loi donnerait au conseil d'administration du centre hospitalier l'autorité de déterminer les conditions d'admission des membres et les droits et les obligations de la corporation. Si cette loi entrait en vigueur, le gouvernement pourrait effectivement exproprier les biens immobiliers de l'Armée du salut sans avoir à en assumer les coûts. L'Armée du salut n'aurait même pas la certitude que les représentants de la corporation seraient des membres de l'Armée du salut. Notre souci n'est pas uniquement de protéger nos investissements. Nous sommes consentants à utiliser nos biens pour répondre aux besoins de la population du Québec. Cependant, nous tenons à conserver le contrôle sur la façon dont ces biens sont utilisés et nous devons au moins conserver l'option de retirer nos avoirs si nous n'approuvons pas la façon dont on en dispose.

Dans le dernier paragraphe de l'article 50 de cet avant-projet de loi, seulement trois personnes représentant les corporations propriétaires peuvent être élues au conseil d'administration unifié du territoire d'un CLSC. Dans notre cas, comme cinq des six institutions ont leur propre corporation propriétaire, il est bien possible que notre corporation ne soit même pas représentée.

L'Armée du salut offre une multitude de services à la population et désire être partenaire à part entière dans la distribution des services de santé. Nous ne sommes pas intéressés à simplement fournir des fonds et être tenus à distance des décisions qui nous concernent.

Quelles seraient les conséquences si l'Armée du salut se retirait du centre hospitalier Catherine Booth? Il y aurait vraiment, pour la communauté, une perte des services humanitaires, une perte de stabilité parce que l'Armée du salut

est engagée depuis 100 ans à offrir à la communauté **des services de santé** et de services sociaux. Nous sommes engagés à continuer à long terme. Il y aurait aussi la perte des biens immobiliers, perte d'appui financier. Parce que, en effet, nous fournissons les fonds afin d'assurer certains services essentiels qui ne sont pas couverts par le ministère, tels que: services de médecine de garde, gestion de la qualité, programme récréatif, programme de développement des ressources humaines.

Nous avons aussi dans notre centre une approche holistique. L'accent est mis sur la nécessité de traiter les bénéficiaires de façon holistique. L'Armée du salut veille au bien-être physique, social et spirituel de la population du Québec depuis 100 ans.

Il y a aussi un service de consultation. L'Armée du salut a un réseau d'hôpitaux et de centres hospitaliers. À travers le Canada, il y a dix hôpitaux de l'Armée du salut et il y a toute cette expertise qui est disponible.

Il y a aussi l'intégration des services de santé et des services sociaux. Le ministère désire donner priorité à l'intégration et à la complémentarité des services de santé et des services sociaux. L'Armée du salut a déjà établi un vaste réseau de services sociaux à Montréal, dont cinq dans le district Notre-Dame-de-Grâce, et le directeur général de l'hôpital est membre du conseil de coordination qui s'assure de la continuité des services offerts à la population.

En résumé, l'Armée du salut non seulement appuie vos priorités dans ces différents domaines mais a déjà prouvé son leadership en ayant mis ces services en place depuis plusieurs années et en continuant de les développer afin d'offrir des services de la meilleure qualité à la population qu'elle dessert.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, capitaine McCann. Dr Chevalier, vous désirez prendre la parole?

Mme Chevalier (Louise): Oui, je voudrais parler surtout du conseil d'administration distinct et, pour les membres du conseil qui nous écoutent attentivement, nous sommes le 133e groupe, alors on va essayer de...

Le Président (M. Messier): Vous suivez bien les débats, madame.

Mme Chevalier: ...ne pas taxer votre patience. La section 50 de la loi proposée trace les structures d'un nouveau conseil d'administration qui serait responsable pour tous les établissements dans le territoire d'un CLSC. Nous appuyons l'objectif d'avoir des services coordonnés et facilement accessibles aux bénéficiaires, sans duplication de services. Il n'est pas nécessaire que les institutions attachées à un CLSC

aient un conseil unifié pour qu'il y ait collaboration. En ce qui nous concerne, nous collaborons étroitement, présentement, avec cinq des six institutions localisées dans notre territoire. Donc, nous référons les cas de placement et de soins à domicile au CLSC et nous recevons **d'eux des références** pour les cas d'**hébergement** d'appoint. Nous référons au centre Constance Lethbridge les bénéficiaires qui doivent être suivis en **réadaptation** après leur congé. Quant au centre hospitalier Julius Richardson, avec ce centre, **qui a une** vocation similaire à la nôtre, nous **travaillons** au développement de nos services. Par exemple, nous avons mis sur pied un programme d'informatisation des services pharmaceutiques adaptés à leurs besoins et nous leur fournissons des services de radiologie et étudions d'autres projets d'intérêt commun.

Nous travaillons étroitement avec l'hôpital Reine Elizabeth, avec ce centre, en acceptant les bénéficiaires qui nous sont référés pour **réadaptation** et nous partageons les services de **médecins** spécialisés.

À ce point, j'aimerais simplement **rappeler** que nous servons une population de **65 ans** et plus qui a besoin de services **orthopédiques, etc.** Même si nous oeuvrons en **collaboration étroite** avec les autres établissements de santé situés dans notre localité pour assurer **une** continuité dans les services, il serait utile de formaliser nos relations du travail par l'entremise d'un conseil de directeurs généraux et d'un membre de chaque conseil d'administration. Si notre institution ne possédait pas son propre conseil d'administration, elle perdrait en peu de temps son **identité** dans la communauté. Cette perte **d'identité réduirait** l'ardeur des bénévoles et l'appui des organismes communautaires tels que l'Armée du salut.

Nos bénévoles au centre hospitalier Cathérine Booth participent à la réadaptation des bénéficiaires par des visites régulières, **par** l'aide apportée dans les différents services, par la gestion d'un **casse-croûte** et d'une **boutique** de cadeaux et par des dons considérables de fonds nécessaires à l'achat d'équipement **médical**. **Sans** la présence et la générosité des bénévoles, notre budget devrait être augmenté **d'une façon** significative. Certains membres du **conseil ont** mentionné qu'il leur serait difficile de consacrer suffisamment de temps à se familiariser **avec** les rouages de six différentes institutions **et d'être** prêts à répondre promptement aux demandes de disponibilité de **plusieurs** hôpitaux. Les **membres** du conseil ont exprimé leur agrément à **travailler** pour un seul hôpital et voir se **concrétiser** le résultat de leurs efforts. Il serait, en effet, difficile et frustrant de siéger à un **conseil pour** six institutions **et ne pas se sentir directement** impliqués dans aucune d'elles. Notre centre hospitalier a **bosoin** d'un conseil d'**administration** composé de membres qui soient **prêts à se** familiariser avec les ramifications des **centres de** réadaptation et les besoins de **notre population**,

prêts à être responsables des centres offerts à la population et prêts à répondre promptement à ses besoins. Un conseil d'administration distinct qui assume ses responsabilités vis-à-vis de cet hôpital ne peut qu'ajouter au leadership dynamique qui nous est nécessaire, ce qui serait difficile si ses membres sont préoccupés par les problèmes de cinq autres institutions. Nous recommandons donc qu'un hôpital spécialisé soit administré par son propre conseil.

Le conseil d'administration a besoin de membres possédant des compétences professionnelles. L'article 57, paragraphe 2, souligne qu'aucun membre du conseil ne peut être fonctionnaire du ministère de la Santé et des Services sociaux ou de tout autre organisme dispensant des services reliés au domaine de la santé et des services sociaux. Comme le ministre a parlé, lorsque vous écoutiez le Reddy Memorial, je pense, que ce point-ci serait corrigé, je pense que je vais passer brièvement. Alors, nous recommandons donc qu'il y ait, parmi les membres du conseil d'administration, un représentant des médecins, un représentant du personnel clinique et le directeur général.

Le mandat du directeur général devrait être déterminé par le conseil d'administration. L'article 95 du projet de loi ne permet pas à un directeur général de remplir plus de deux mandats de quatre ans. Nous comprenons que ceci permette d'accroître les possibilités d'avancement du personnel cadre, mais la nature arbitraire de ce règlement aura sûrement un effet négatif sur la qualité des gestionnaires dans notre province. Il semble vraisemblable que le personnel hautement qualifié se retirera des services de santé et/ou déménagera dans une autre province au lieu de faire face à ce genre d'insécurité. Les petits hôpitaux seront, de ce fait, désavantagés car leur directeur général profitera de chaque occasion pour se faire nommer dans une institution de plus grande importance, de crainte qu'il n'y ait pas de poste qui réponde à ses aspirations à la fin d'un second mandat. Nous recommandons donc que le mandat du directeur général soit déterminé par le conseil.

L'organisation des ressources médicales. Une des priorités de votre document sur les nouvelles orientations est la distribution uniforme des ressources médicales à travers la province. Nous désirons souligner qu'il existe aussi un besoin pressant de personnel médical dans les petits hôpitaux spécialisés des grandes villes. Les médecins devraient être encouragés de façon tangible à oeuvrer dans ces centres. Nous recommandons donc qu'on encourage de façon tangible les médecins à travailler dans les petits établissements spécialisés des grandes villes.

En résumé, nous sommes reconnaissants de l'occasion que vous nous avez offerte, grâce à ce forum, de vous faire part de nos préoccupations et nous vous remercions, messieurs et mesdames, de votre attention.

Le Président (M. Messier): Dr Chevalier, merci. Capitaine McCann, je m'excuse, tout à l'heure je vous ai appelé "colonel", mais ça ne devrait pas tarder.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Merci.

Mme Chevalier: Il lui manque juste une...

Le Président (M. Messier): Je demande le consentement de l'Assemblée parce qu'on dépasse 12 h 30 et ça prend le consentement. Ça va? O. K. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Évidemment, je suis très heureux que l'on ait l'occasion de recevoir probablement un modèle exemplaire de bénévolat. Je suis toujours très impressionné, en particulier durant la période des fêtes où on se promène dans les centres d'achat pour acheter des cadeaux pour nos enfants ou pour nos parents et où on vous retrouve présents un peu partout à solliciter la générosité des gens, et Dieu sait que ce n'est pas toujours facile de le faire dans les conditions dans lesquelles vous le faites. Je tenais à vous le dire parce que c'est la première fois, la première occasion que j'ai de le faire. Je pense que vous êtes l'exemple. Un exemple parfait, ça n'existe pas. Vous frisez passablement la perfection sur le plan du dévouement à ce niveau-là. Votre témoignage quant à la participation au conseil d'administration est assez éloquent sur les risques d'avoir des conseils d'administration unifiés non souhaités, d'un certain désintéressement de la part de ceux qui font du bénévolat et qui, par le fait même, seraient beaucoup moins intéressés à offrir une certaine humanisation, une certaine qualité dans l'humanisation des soins, et ça, ça m'apparaît très important. Donc, beaucoup de points que vous abordez qui ont déjà eu réponse ou qui sont en voie de recevoir des réponses, je ne veux pas m'attarder là-dessus. Une seule question: D. G., directeur général, deux mandats, ça fait peur à bien des gens, semble-t-il. Évidemment, l'aspect particulier est celui de l'insécurité. Donc, si quelqu'un n'a pas la garantie qu'il peut avoir une certaine sécurité quant à son emploi, il pourrait regarder ailleurs sur le plan du travail. L'idée à la base était que... Bon, le président des États-Unis, on lui dit, au bout de deux termes: Bon, un changement, ça fait du bien. Et ce n'est pas institutionnalisé, au Québec, pour les hommes politiques mais la moyenne est à peu près sept ans, donc à peu près deux mandats. Et on dit: Bon, bien, ça fait du bien de changer de personne. Ça amène des idées nouvelles, une nouvelle dynamique. Est-ce que vous ne croyez pas à cette formule de deux mandats qui amènerait davantage de... peut-être un petit peu plus de dynamique dans le système, dans la

mesure, bien sûr, où il y aurait des mesures de stabilité d'emploi, de garantie d'emploi de telle sorte que les gens puissent effectivement être repêchés pour d'autres hôpitaux ou d'autres établissements à travers le Québec, leur garantissant ainsi une sécurité d'emploi? Est-ce que vous ne voyez pas certains avantages à ce niveau-là?

Mme Davison (Joanne): Ça ne marche pas vraiment dans notre système. On a fait de notre mieux pour être engagés dans l'administration. Mais si vous voulez tourner l'affaire, je ne suis pas prête à aller au Royal Victoria parce que je veux travailler pour l'Armée du salut. Comme ça, ça ne marche pas pour nous. Mais, en général, je pense que, pour les autres que je connais, c'est beaucoup moins "sécure". Il peut y avoir un dynamisme sans avoir des règles qui disent: Après tel et tel jour, il faut changer. On peut avoir des initiatives de dynamisme d'autres façons, je pense.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que vous avez d'autres façons à nous suggérer?

Mme Davison: Non, je n'ai pas de réponse.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Chevalier: M. le ministre, pour répondre à votre question, peut-être que ça n'y répond pas. Les gens qui s'engagent dans l'administration en font une profession de leur vie. Si vous voulez devenir premier ministre... président des États-Unis, ce n'est pas une fonction de votre vie. Si vous allez dans la politique, ce n'est pas une fonction totale de votre vie. Mais ceux qui prennent l'administration pour être avec les hôpitaux, ils le font dans leur vingtaine pour faire ça toute leur vie. Peut-être que s'il y avait un système de repêchage, ça aiderait énormément. Mais qui voudrait être repêché et partir du Royal Vie et s'en aller à Amos ou quelque chose comme ça? C'est ce qui est difficile, pour moi, à comprendre.

M. Côté (Charlesbourg): O. K.

Mme Chevalier: Quoique ce n'est pas mon problème.

M. Côté (Charlesbourg): D'accord, je comprends. Sauf qu'on sait que dans l'entreprise privée, par exemple, non pas parce qu'on veut gérer le système de santé comme dans l'entreprise privée, on sent l'obligation d'apporter du changement, une nouvelle dynamique.

Mme Chevalier: Je suis parfaitement d'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Il me semble qu'il y a quelque chose à faire à ce niveau-là, non pas

parce qu'on est insatisfaits de ce qui se passe maintenant mais dans le but de tenter d'améliorer tout ça. Je comprends certaines réserves. Il y a des causes qui nous tiennent à coeur plus que d'autres et pour lesquelles on s'engage, et je les comprends très bien. Il y a des cas beaucoup plus spécifiques. Je comprends votre point de vue. Merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): Merci, M. le ministre. M. le député de Joliette et porte-parole officiel...

M. Chevette: Je considère que votre cas, c'est vraiment un cas exceptionnel. J'en ai déjà parlé. C'est plus que linguistique. C'est une mission, à toutes fins pratiques. Donc, à partir de ce fait-là, essayer de mettre un complet - c'est le cas de vous le dire, vous avez un complet - le complet ne peut pas faire à tout le monde, c'est évident, et je pense que la mission bien spécifique de réadaptation, ça en fait un hôpital ou un centre hospitalier spécialisé, avec un genre de vocation, un genre de mission. Moi, je serais extrêmement sensible à considérer un centre comme le vôtre comme n'allant pas nécessairement dans le moule traditionnel, dans le moule standard de tout le monde, je pense que j'achète ça. Et, comme membre de l'Opposition ou membre de l'Assemblée nationale, je ne serais pas offusqué qu'on considère le type de centre, comme celui que vous êtes, comme faisant partie d'une mission à être perpétuée ou continuée sans se modeler. Je pense que c'est acquis, d'ailleurs, pour les conseils d'administration. C'est déjà acquis qu'il n'y aura pas de fusion parce que... C'est dénoncé même par ceux qui n'ont pas de mission aussi spécifique que la vôtre. Donc, à plus forte raison, je pense qu'on n'adopterait pas un complet qui ne vous va pas.

Je voudrais vous remercier de l'apport que vous apportez à la commission, en espérant que vous obtiendrez satisfaction. En ce qui nous concerne, on va retenir vos volontés. Et, continuez, ne lâchez pas, votre modèle n'est pas courant et votre engagement est de plus en plus rare. Je veux dire qu'un engagement comme le vôtre est de plus en plus rare dans notre société. Donc... Merci.

Le Président (M. Messier): Merci, M. le député de Joliette. M. le ministre, pour terminer.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, je suis en parfaite harmonie avec l'ex-ministre de la Santé, leader de l'Opposition maintenant, quant au constat qu'il vient de faire sur votre engagement, qui est tout à fait remarquable. Et si ça peut en influencer d'autres et faire en sorte qu'il y en ait d'autres qui voient du même angle l'humanisation des soins à donner à la population, je pense que vous aurez fait déjà beaucoup. Merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): Sur ces bonnes paroles qui devraient se refléter possiblement à la période de questions, cet après-midi...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Messier): ...je suspends les travaux jusqu'à 15 h 30.

(Suspension de la séance à 12 h 37)

(Reprise à 15 h 29)

Le Président (M. Messier): Bienvenue. M. le ministre, êtes-vous disposé? M. le représentant officiel. Vous ne l'êtes pas?

M. Chevette: On n'est pas disposés, mais c'est le devoir.

Le Président (M. Messier): J'aimerais souligner la présence d'une vingtaine de hauts fonctionnaires du fédéral qui sont en période d'immersion française. On vous souhaite la bienvenue dans cette salle. Je vais rappeler le mandat de la commission parlementaire qui est réunie afin de procéder à une consultation générale et tenir des audiences publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

Nous débutons cet après-midi à 15 h 30. On tient le temps.

Nous accueillons maintenant Alliance Québec et je demanderais aux intervenants d'Alliance Québec de s'identifier et de présenter les gens qui accompagnent possiblement M. Keaton, qui est le président. Enchanté, M. Keaton. On est très attentifs à vos propos.

Alliance Québec

M. Keaton (Robert): Bonjour, M. le Président. Merci. Ça marche. Donc, merci de m'avoir donné la possibilité de vous présenter aujourd'hui ce mémoire. Au nom d'Alliance Québec, j'aimerais vous faire part de nos réflexions au sujet de la réorganisation du système de santé et des services sociaux du Québec actuellement envisagée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Le Président (M. Messier): M. Keaton, pouvez-vous identifier les personnes qui sont avec vous?

M. Keaton: Ça s'en vient dans mon texte.

Le Président (M. Messier): Ah! Parfait!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Keaton: L'avant-projet de loi dont vous

êtes saisis aura une grande incidence sur les prestations des services de santé et de services sociaux qui seront faits aux citoyens et citoyennes du Québec. Il y a des répercussions particulières sur les membres de la minorité anglophone du Québec. Gail Campbell, à mon extrême gauche, Elizabeth Kater, à ma droite, les coprésidentes du comité provincial d'Alliance Québec assurent les services de santé et les services sociaux, d'une part, et Sara Saber, la directrice de notre programme des services de santé et des services sociaux se sont jointes à moi aujourd'hui au nom d'Alliance Québec.

Alliance Québec s'intéresse beaucoup aux services de santé et services sociaux depuis sa fondation en 1982. À titre d'organisme provincial, nous nous intéressons non seulement à la métropole montréalaise où résident la plupart des membres de la communauté anglophone du Québec, mais aussi aux résidents de langue anglaise des régions où les citoyens anglophones ne représentent qu'une petite minorité de la population. Dans les régions comme le Saguenay, l'Abitibi, le Témiscamingue, Trois-Rivières et Gaspé, notre communauté ne représente qu'une faible proportion de la population totale.

Les citoyens anglophones de ces régions n'ont pas facilement accès à des établissements traditionnels de langue anglaise où ils pourraient aller plus facilement s'ils habitaient dans la métropole montréalaise. De plus, ils sont désavantagés comparativement à leurs homologues anglophones de la région montréalaise par l'accès en général réduit aux services spécialisés. C'est un problème avec lequel tous les Québécois et toutes les Québécoises, soit de langue anglaise ou de langue française, qui habitent dans des régions semi-urbaines ou isolées doivent composer.

Alliance Québec a accueilli avec satisfaction le rapport de la commission Rochon, car elle s'est engagée à améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour tous les Québécois qui désirent de tels services. La commission a, en effet, recommandé que le gouvernement adopte, quant au système de services de santé, et de services sociaux, des orientations qui favoriseraient "une approche intersectorielle tant aux niveaux local, régional que provincial" et "la participation des citoyens dans les instances décisionnelles, les instances consultatives, et les instances de concertation du système".

Alliance Québec believes firmly that Québec's society will benefit from a health and social service system which is centered on the client - Justement, c'est ça l'importance de cette présentation, c'est que toutes ces questions soient axées sur le client. Ce n'est pas une question de la langue dans le sens politique dans l'ensemble du Québec, mais axé sur la langue des clients - which involves the consumers of services and the management of the institutions

they use and which encourages a collaborative approach between institutions. Now, within this framework, the important measures brought forward by Bill 142 serve as an example of the enrichment which interestablishment coordination and community input can bring to the health and social services delivery system of the province. Bill 142 has required of the regional councils of Québec that they direct their attention specifically to the needs of their English-speaking clients, that they evaluate the entire range of resources available, not only within the region, but outside the region as well, and that they devise a plan of access which will allow English-speaking consumers to know where they may expect access to health and social services in English. The law has not specifically required that the regional councils devise these plans with the consultation of their local English-speaking community. But, where this collaboration has taken place, the quality of the plan and the level of satisfaction of the local community, it has been markedly and demonstrably enhanced. And while not entirely without frustrations, the process by which law 142 has been implemented at the regional level has, we believe, been a source of greater mutual understanding, not only for the community but for the regional councils as well. For these reasons, we welcome an orientation for the entire system which will encourage citizen participation at all levels of the social affairs network.

In addition to Alliance Quebec's obligation to speak for the English-speaking citizens of Quebec's main land, we have a fundamental concern for and commitment to the integrity and autonomy of the institutions which were founded by our community. Seventy-nine of these institutions exist today designated under 142 although many are threatened by the province of changing demographics and financial limitations. It was our commitment to these institutions which let us to react so vociferously to the provisions of the draft bill which contemplate the elimination of the independant boards of directors of the individual institutions and for the replacement with unified boards of directors. It is our belief that any measure which reduces the ability of clients to involve themselves in the management of the institutions they use is contrary to the principles annouciated by the Rochon report, by the orientations of April 1989 and by the draft bill itself. The institutions founded by the English-speaking communities of Québec have historical links with their founding communities which are vital, current and essential to the basic characters. Alliance Québec opposed and will continue to oppose any measure which reduces the ability of these institutions to benefit from the input of their clients since such measures are inconsistent with the goals of the law itself. We therefore welcome the resolution passed at the meeting of the Conseil général of

the Parti québécois... Parti libéral du Québec, pas encore le Parti québécois, mais le **Parti libéral** du Québec...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Keaton:... in favour in **February** 1990... community in the government to specifically...

Une voix:...

M. Keaton: Bien, non, on le souhaite.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Keaton:.. to specifically consider the particular needs of these institutions in any reform and we are pleased that the Minister of Health and Social Services, Mr. Côté, has agreed to withdraw the portions of the law which have eliminated the boards of individual institutions. We will also like to particularly acknowledge the important work of Christos Sirros, ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, who has actively pursued his mandate to ensure the participation of Québec English community and its institutions in the formulation of those portions of the legislation which are concerned.

Après avoir énoncé les grands principes de notre position, passons maintenant aux points de l'avant-projet de loi qui nous intéressent particulièrement. Je souligne aussi maintenant **que** nos propositions sont un peu moins précises que celles faites par d'autres groupes intéressés par les services en langue anglaise comme le Groupe de travail 06A sur la santé et **les** services sociaux qui présentera son mémoire immédiatement après le nôtre. Pour des raisons de convenance, nous avons l'intention d'énoncer maintenant les principes généraux qu'il faut, à notre avis, respecter si l'on veut que la nouvelle loi réponde aux besoins des citoyens du Québec, notamment de ceux dont la langue d'usage est l'anglais. Il se peut que nous n'utilisions pas toute l'heure qui nous a été accordée et nous demandons respectueusement que l'on donne aux représentants du Groupe de travail 06A le temps dont l'Alliance Québec ne se sera pas servi, pour leur permettre de bien faire des recommandations précises sur la nouvelle loi.

De nombreuses années se sont écoulées depuis que le gouvernement s'est **engagé** à évaluer et à réviser la loi actuelle sur les services de santé et les services sociaux. Pendant ces années, beaucoup de temps et **d'énergie** ont été consacrés à faire en sorte que la **nouvelle loi** tienne compte des idées et des besoins **des divers** secteurs du système. Nous voyons **donc d'un bon** oeil le désir du gouvernement de **prendre des** mesures pour que les diverses **modifications** recommandées par les intervenants **soient mises** en oeuvre. Néanmoins, le ministre **de la Santé** et des Services sociaux, ayant déjà **déclaré que**

d'importantes parties du projet de loi actuellement en cours d'examen, seraient retranchées, nous mène à l'inquiétude sur la fin imminente des consultations. Nous craignons, en effet, qu'une nouvelle loi ne soit présentée à l'Assemblée nationale sans que le public ne soit consulté. Nous vous faisons part de cette crainte car nous ne pouvons prédire avec précision par quoi le ministre remplacera les parties de l'actuel avant-projet de loi qui visent à assurer la coordination entre les établissements. Les mesures qu'il a l'intention de remplacer auraient été désastreuses pour le réseau d'établissements anglais et donc pour l'accès des Québécois anglophones à des services dans leur langue. Bien qu'encouragés par les liaisons améliorées entre le ministre, les établissements et la communauté, nous ne pouvons agréer en toute bonne foi que des consultations futures ne soient requises.

Envisager le problème du mandat de l'organisation et de la gestion des établissements à l'échelle du territoire a forcément un effet discriminatoire disproportionné sur les groupes minoritaires. Ce modèle territorial peut être discriminatoire envers les minorités en restreignant l'accès à des établissements de leur choix ou en restreignant l'accès des établissements à la participation et au soutien de leurs usagers. Cette réalité est exacerbée par un contexte démographique de plus en plus mobile et fluide. Dans le Québec d'aujourd'hui et de demain, la population sera de plus en plus diverse et mobile. En conséquence, le gouvernement rendra un mauvais service aux Québécois et à leurs établissements s'il adopte un mode de gestion de ses services sociaux fondé de façon trop rigide sur la petite structure territoriale. Pourquoi l'approche territoriale est-elle si préjudiciable aux clients qui appartiennent aux minorités? Parce que les membres des groupes minoritaires recourent plus que les membres de groupes majoritaires aux établissements pour d'autres raisons que la proximité par rapport à leur résidence. En somme, le CLSC local peut ne pas être le meilleur endroit où un membre d'une minorité puisse obtenir des services, sauf si ce CLSC a du personnel capable de traiter avec les membres de la minorité en question. Certains CLSC de Montréal font de la publicité pour les postes qui exigent une connaissance des langues non officielles, comme le grec, l'italien et d'autres. Toutefois, que se passe-t-il lorsqu'une personne d'origine grecque ou italienne, incapable, notamment dans les moments de crise, de s'exprimer adéquatement en français, quitte le territoire de ces CLSC pour s'installer dans un autre? Est-il normal que le système soit rigide au point d'empêcher ce client d'avoir accès à un service approprié pour lui au point de vue linguistique et culturel simplement parce qu'il n'habite pas dans une zone géographique déterminée, et cela, pour faciliter le financement de nos établissements? Ainsi, le modèle territorial ne respecte pas le

principe de gestion du système axé sur la clientèle. Il faut donc rejeter ce modèle.

Les répercussions d'un modèle territorial sur les établissements chargés de servir les minorités sont particulièrement graves. Le modèle suppose une population locale homogène dont tous les membres sont également disposés à participer au processus décisionnel de leur établissement. L'expérience des établissements fondés par la communauté d'expression anglaise, désignés à l'article 173 de la loi actuelle sur les services de santé et les services sociaux, auquel l'article 355 de l'avant-projet de loi fait allusion, révèle que ces établissements ont traditionnellement bénéficié d'une assez forte participation de leurs usagers à leur administration et d'un grand soutien de bénévoles.

La communauté veut participer au bien-être de ses établissements et elle estime qu'elle en est responsable. Elle s'identifie aux établissements qu'elle utilise de façon traditionnelle. La participation de ces usagers, au niveau du conseil d'administration, est, comme le rapport Rochon le souligne à juste titre, essentielle au maintien des services axés sur les besoins de la communauté. (15 h 45)

The essential principle of a flexible approach to territorial bounds is inherent in the amendments to the Health and Social Services Act affected by Bill 142. The very approach of identifying and indicating which specific institutions are able to make their services available in English implies that English-speaking clients must have recourse to institutions other than those closest to them in order for the right to service in English to have any meaning. These amendments even specifically foresee the necessity for interregional transfers of clients in order for access to English language services to be made available.

Alliance Québec therefore believes that clients must have the unrestricted right to choose the institution from which they receive health and social services.

En effet, juste comme une parenthèse, la décision récente de la Cour supérieure du Québec, je pense, par rapport à l'hôpital de Laval, la Cité de la santé de Laval, a souligné cet aspect de la loi 65, en fait la loi générale du ministère de la Santé et des Services sociaux.

It is for this reason in part that we are so opposed to articles 43 and 44 of the present draft bill. Not only these measures deprive the institutions of the historical links with their founding communities but they would tie the management of the institution to a geographic environment which has absolutely no relationship to the patterns of actual client use, and which is therefore antithetical to the goal of a client centered system. It is a strong belief for Alliance Québec that the membership of the board of directors of an independent institution must be reflective of the actual users of the

institution. This would allow each institution to benefit from the important links that exist between the institution and segments of the community. This requirement precludes any linking of the institution board membership to a territorial criterion.

Les conseils d'administration des établissements jouent un rôle important dans la vie de tout établissement du réseau des services sociaux du Québec. C'est au niveau du conseil d'administration que de nombreuses décisions critiques sont prises en ce qui a trait à la répartition des ressources au plan à long terme, au recrutement de personnel cadre et à la personnalité institutionnelle de l'établissement. Le rôle du conseil d'administration est encore plus important dans le cas de ces établissements qui sont affiliés historiquement aux communautés anglophones du Québec et en tant que ancien président pendant quelques années du Centre de services sociaux Ville-Marie, membre du conseil d'administration pendant 7 ou 8 ans, alors j'ai bien appris cette importance des liens entre la communauté et l'institution. Le droit qu'une minorité a de diriger et de gérer ses établissements est essentiel pour qu'elle se sente à l'aise dans son milieu. Les francophones hors Québec citent souvent l'absence de tels établissements comme étant un obstacle majeur à leur lutte pour préserver leur identité et leurs traditions dans les autres provinces du Canada. Et je viens d'arriver d'Ottawa avec une conférence avec l'ACFO et justement on a soulevé ces questions pour les francophones dans l'Ontario aussi.

La communauté anglophone du Québec s'intéresse donc au plus haut point à toutes les mesures qui pourraient menacer les institutions qu'elle a fondées, qu'elle continue à utiliser et qu'elle soutient financièrement aussi. À cet égard donc, tout conseil d'administration constitue un lien essentiel entre la collectivité des clients et rétablissement qu'il administre. Les établissements désignés par décret en vertu de l'article 173 de la loi actuelle, ont une responsabilité particulière enchâssée dans la loi qui doit les conduire à servir les minorités anglophones du Québec. La composition du conseil d'administration doit être le reflet des usagers de l'établissement et des racines historiques si l'on veut préserver ce lien et donc le caractère de l'établissement.

It is important that the English-speaking community of Québec not be treated as homogeneous, ce qui est souvent le cas. Rather specific and profound bonds exist between certain institutions and the group which founded them. The nature of these links is as obvious as the name of some institutions. The English catholic community of Quebec founded St. Mary's hospital and Father Dowd and St. Margaret's homes. Their community continues to play a rôle in the institutions which is critical to the quality of cares received by the clients of those institu-

tions.

Centre d'accueil Saint-Patrick, The St. Patrick, a facility for English-speaking youth in difficulty, began as the St. Patrick Orphanage Asylum in 1848. Similarly Centre d'accueil Youth Horizons began in 1820 as the Protestant Orphans' Asylum. Well, all of the institutions now carry a mandate to serve the entire English-speaking population of Québec. It would be a mistake to think that the historical origins of the institutions do not continue to play an important role in their operation and management. I am sure you appreciate that, because they have come before you, here.

For article 173, designated institutions as for any institution with an historical link to a particular ethnic, religious or linguistic community, owning corporations - ça veut dire les corporations propriétaires - represent an essential link between the institution and its community. Owning corporations must, therefore, be given a significant voice on the Institutional boards of those institutions where a relationship with an owning corporation exists.

On a dit que les articles 43 et 44 avaient pour but de mettre fin à la "personnalité juridique distincte du conseil d'administration autonome qui n'a pas toujours permis d'atteindre le degré d'intégration souhaité." C'est cité du document d'orientations, page 100. Certes, le ministre a indiqué clairement que les articles 43 et 44 seraient supprimés lors de la nouvelle rédaction du projet, mais on ne sait pas exactement quelles seront les mesures prises pour que les établissements mobilisent les énergies en fonction d'objectifs communs. Il nous semble que la décentralisation au niveau des conseils régionaux qu'on appuie fortement - encore une fois, en tant qu'ancien président, j'apprécie bien les objectifs de ces changements - nous garantit que les établissements collaboreront mieux pour améliorer les services aux clients. En particulier, si on augmente les attributions des conseils régionaux en matière de répartition des budgets et des programmes, on incitera ces établissements à mieux planifier ensemble leurs actions, de façon qu'il y ait le moins possible des services rendus à deux reprises. Il y a maints exemples de ça.

Dans ce contexte, nous pensons que l'on pourrait faciliter la collaboration volontaire entre les établissements par un système - c'est un nouveau mot pour moi - d'imbrication des conseils - j'ai appris cela aujourd'hui - comme celui qui sera indiqué dans le mémoire présenté par le Groupe de travail 06A plus tard.

Le réseau des services en langue anglaise donne déjà un excellent exemple de ce genre de collaboration volontaire entre les établissements. En effet, le comité de planification du réseau jeunesse, qui est un sous-comité du Groupe de travail 06A sur les services de santé et les services sociaux prêtés en langue anglaise, a

beaucoup travaillé, depuis un certain temps, à une planification entre les établissements qui a **fait** appel à la participation active de groupes communautaires, d'établissements et d'administrations municipales.

Nous rejetons l'idée bizarre selon laquelle le système ne peut bénéficier de la participation dans les conseils d'administration des citoyens du Québec qui passent toute leur vie professionnelle à travailler au sein du système. Si nous admettons qu'il est nécessaire d'accroître la participation des clients dans les conseils d'administration, nous rejetons l'idée **sous-jacente à l'avant-projet** de loi selon laquelle ceux qui sont rémunérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par les conseils régionaux ou par les établissements ne sont pas en quelque sorte des citoyens à part entière.

Nous proposons donc que la seule restriction à imposer à ceux qui travaillent dans le système soit de leur interdire d'être membre du conseil d'administration de l'établissement dans lequel ils travaillent, à l'exception, naturellement, du directeur général de cet établissement qui doit en faire partie. Cela permettrait de libérer les conseils d'administration des manoeuvres exercées parfois par le personnel des établissements et par les groupes d'intérêt, tout en permettant au système de recourir à la compétence importante de membres de professions qui exercent dans ces établissements.

Enfin, afin d'assurer la représentation adéquate des groupes clients minoritaires sur les conseils d'administration, nous recommandons que le ministre se prévale de son **autorité** de nommer un ou deux membres socioculturels pour chaque conseil.

The director general of an institution plays an essential role in the life of the institution he or she manages. This role is all the more critical for those institutions affiliated with minority communities, since these directors general must also play a role in preserving the cultural identity of the institution through his or her management of the day-to-day affairs of the facility.

Alliance **Québec** therefore rejects the limitations of two four-year terms for any director general of a given establishment and believes that **the** matter of the tenure of a director general should be **left** to the discretion of the Board of Directors of an establishment as a normal part of their mandate to oversee the functioning of the institution.

Il est probable que l'un des principaux effets de la nouvelle législation sera de donner aux régions régionales de nouveaux pouvoirs importants en matière d'allocation des budgets. Le ministère serait chargé de fixer des priorités dans le cadre de programmes et de veiller au respect de ces priorités au niveau régional. La région régionale déciderait comment répartir les crédits des programmes de façon à assurer des

prestations efficaces de services compte tenu des priorités **fixées**. Ce système aurait des répercussions importantes sur les prestations de services en langue anglaise au Québec.

Sur les 13 régions administratives qui existent, 6 ont une population d'anglophones relativement petite. Ce sont les régions 01, 02, 03, 04, 08 et 09. Deux des 79 établissements anglophones désignés **se** trouvent dans ces régions: Jeffery **Hale**, en région 03, CS Basse-Côte-Nord, en région 09. C'est dans ces six régions que l'accès aux services de base en anglais garantis par les programmes d'accès initiaux en vertu de la loi 142 risque d'être le plus incomplet.

Les limites relatives à la disponibilité des services en langue anglaise découlent en grande partie de la disponibilité généralement réduite des services accordés à tous les résidents de ces régions. Nous supposons que l'une des raisons pour la décentralisation du système au niveau régional consiste à permettre aux régions régionales de répartir efficacement leur budget basé sur la connaissance approfondie des besoins locaux.

For the English-speaking communities of the six regions, making their presence and needs known at the level of the regional councils has traditionally been very difficult. The measures put in place by Bill 142 and reiterated in Article 241 of the current draft Bill have done much to ease that difficulty.

Another significant step in this regard was made when the regional councils hired coordinators to oversee the implementation of access plans. Five of the regions have relatively larger English populations. 75 % of **Québec's** 800 000 anglophones - and we use the figure by language of use - live in regions **06A**, B and C. In the East end of **Montréal** alone, more than 60 000 people identify English as their language of home use. But even in these regions, anglophones have experienced difficulty in impacting **upon** the regional councils. And again, despite dramatic improvement in the community's **ability** to interact with the regional councils, **the** reality for a minority group is that a continuous concerted effort must be made if its needs are to be made known.

Il serait important d'offrir une protection aux communautés dans le contexte d'un pouvoir régional élargi en matière budgétaire. Il faudrait modifier l'article 241 pour qu'il ait désormais le libellé suivant: "Une région régionale doit élaborer, en collaboration avec les établissements et les représentants des personnes visées à l'article 13, de concert avec d'autres régions régionales, le cas échéant, un programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise pour les personnes visées..." Cela confirmerait une situation qui existe dans de nombreuses régions. Ces sous-comités de conseils régionaux sont formés de représentants des

établissements indiqués et désignés de la communauté anglophone et des représentants du conseil régional. Les sous-comités sont chargés de dresser des programmes d'accès régionaux et de les mettre en oeuvre.

La création de pareils organismes consultatifs contribuerait beaucoup à faire en sorte que le processus d'allocation budgétaire tienne compte des besoins de la minorité linguistique. Si des dispositions budgétaires appropriées ne sont pas prises, la loi 142 signifiera seulement que le gouvernement n'aura fait que confirmer légalement que les services disponibles dans les nombreuses régions sont inadéquats. (16 heures)

On ne sait pas exactement comment la nouvelle structure budgétaire permettra de faire une planification interrégionale. Pour le réseau d'établissements anglais, les clients de l'extérieur de la région représentent une charge financière importante. Malgré l'exigence qui figure dans la loi 142 selon laquelle les conseils régionaux doivent collaborer entre eux si cela est nécessaire pour permettre l'accès à des services en langue anglaise, pareille collaboration n'a jamais eu lieu, à notre connaissance. Par ailleurs, nous n'avons aucune preuve que ce genre de collaboration ait existé dans aucun décret du cabinet pris en vertu de la loi 142.

Il nous semble évident que la décentralisation augmentera le besoin de planification interrégionale. Nous demandons donc au ministre d'envisager les mesures qui devront figurer dans la nouvelle loi pour faciliter cette planification.

In the context of a greatly expanded role for the regional authority, the composition of the Board of the Directors of the regional authority becomes extremely important. It is essential that this Board be reflective of the ethnic and linguistic composition of the region, and the Minister should therefore be empowered to assure this. We do not believe that the complicated formula for regional board nomination contained in Tavant-projet de loi" will necessarily assure this. Rather, we feel that the electoral college model adds an unnecessary layer between the regional authority and the clients. Alliance Québec fully supports the position of the 06A task force in regard to the composition of the boards of the regional authority and asks that they be allowed to elaborate later on this position.

The Ministry of Health and Social Services has played an important and crucial role in the implementation of Law 142 through its leadership in the regions. If this leadership is lost, it is possible that some mandated services will simply not be provided or maintained, and that incomplete access plans will not be completed. It is therefore essential that the Government retain its responsibility to approve the access plans as stipulated in Article 241 of the draft

BUL.

Alliance Québec estime que seul un **système** qui fournit des soins adéquats pour tous les Québécois et Québécoises peut permettre de répondre aux besoins des Québécois anglophones en matière de services de santé et de services sociaux. Un système reposant sur le principe de base qu'il faut s'attacher aux besoins du client doit tenir compte des caractéristiques culturelles, ethniques et linguistiques de sa clientèle. Nous pensons que, si l'on respecte les principes d'une approche souple au problème du territoire, d'un rapport au niveau du conseil d'administration entre les établissements, les communautés dont ils font historiquement partie et les clients qu'ils servent, réellement, et d'une voix aux minorités à l'échelon de la régie régionale, on aura réuni les conditions nécessaires pour répondre à ces besoins.

Messieurs et mesdames, je vous remercie de votre attention et de votre temps. Merci.

Le Président (M. Messier): Merci, M. Keaton. Vous avez quelque peu empiété sur la période d'échanges, mais on va raccourcir cette période. Auparavant, j'ai une demande du député de D'Arcy-McGee, M. Libman.

M. Libman: Pour intervenir, je demande le consentement...

Le Président (M. Messier): Non...

M. Libman: ...pour remplacer le député de Westmount à cette commission.

Le Président (M. Messier): Ça prend la règle d'unanimité.

Une voix: Il n'y a pas de problème.

M. Chevette: Écoutez, sûrement!

Le Président (M. Messier): Sûrement? Parfait. J'ai la même proposition qui vient du député de Nelligan. Consentement? Parfait.

M. Chevette: Lui, c'est moins sûr.

Le Président (M. Messier): Moins sûr? Est-ce que...

M. Chevette: Non, non, c'est correct, ce sont des farces.

Le Président (M. Messier): Il y a règle d'unanimité? O.K., parfait. On vous remercie de votre collaboration. M. le ministre.

M. Chevette: Ce sont des farces, c'est lui que je voulais dire.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. À n'en point douter, le témoignage d'Alliance Québec revêt une importance capitale dans le processus de réforme du système de santé et de services sociaux, d'abord parce qu'il représente l'ensemble des anglophones sur tout le territoire du Québec. Vous avez évoqué certaines régions du Québec et ça me rappelait les MRC de Bonaventure, de Côte-de-Gaspé, où il y a une présence d'anglophones, un peu, dans ces territoires, l'Estrie aussi. Je voudrais davantage m'attarder à l'île de Montréal, la grosse région qui est extrêmement importante, très compliquée aussi, beaucoup plus compliquée que le reste du Québec, sur le plan d'une structure décentralisée au niveau de la santé et des services sociaux. Phénomène linguistique, phénomène religieux, phénomène territorial aussi.

Si j'ai bien compris le message très important que vous nous faites, vous nous dites: Il faudrait que dans la loi, à quelque part, on trouve des moyens de bien identifier les responsabilités de chacun sans référence territoriale. Je pense que c'est un message qui est assez important. À ce moment-là, on fait probablement allusion directement à l'expérience vécue au niveau du CSS, le centre de services sociaux, qui, lui, a une certaine référence territoriale et qui fait l'objet de tirage de poignets entre le ministère et les CSS de l'île de Montréal depuis un certain temps.

Donc, on aurait une régie régionale pour l'ensemble de l'île, le CRSSS. Sans porter un jugement de valeur sur le CRSSS actuel, à Montréal, qu'est-ce qu'il faudrait donner de plus, comme pouvoirs, à la régie régionale? Quelle serait l'organisation qui devrait dépendre du CRSSS à Montréal pour qu'on puisse respecter les phénomènes linguistique, religieux et territorial? À la lumière de ce qu'on a vécu comme système actuel, qu'est-ce qu'il faut faire pour...

M. Keaton: Effectivement, pour respecter surtout les caractéristiques ethniques, linguistiques, culturelles de ceux qui habitent à l'intérieur d'un territoire désigné, il faut d'abord s'assurer que sur le conseil d'administration de la région il y ait des représentants des différents groupes culturels. Dans quelle proportion? Ça dépend de la démographie de la région. Mais, sûrement, assurer la représentativité de ces caractéristiques du territoire.

En ce qui concerne le territoire comme tel d'une région, c'est vrai que l'île, c'est très commode, parce que ça définit une géographie du territoire. Mais je peux ajouter peut-être une note personnelle sur cette question parce que j'ai passé par cette question, il y a longtemps. Lorsqu'il y a eu - je ne me souviens plus de l'année - la création des MRC, des municipalités régionales de comté, il y avait eu une discussion sur la possibilité d'organiser les régions administratives pour les services de santé et les

services sociaux pour qu'elles correspondent à ces MRC. Dans un certain sens, même à Toronto, il y a le métro qui est une structure municipale mais qui a énormément de pouvoirs dans les affaires de santé et de services sociaux. Je ne dis pas que c'est le modèle qu'on devrait adopter au Québec, mais c'est certainement quelque chose à prendre en considération. Quand on parle des conseils d'administration de ces régions, on peut être penser à une certaine représentativité des élus des municipalités. Quand on crée un conseil d'administration, ce ne sont pas les élus dans le sens des grands élus, comme les conseils municipaux et les députés. Ce serait peut-être une bonne idée pour, encore une fois, permettre - comment dit-on? - cette représentativité, mais aussi...

M. Côté (Charlesbourg): Imputabilité.

M. Keaton: ...oui, d'avoir des conseillers élus à ce niveau-là. On peut peut-être suivre les municipalités rurales aussi, valoriser un petit peu les MRC qui sont tombées, dans un certain sens, depuis quelques années, en termes de valeurs, augmenter, essayer de coordonner, parce que ces élus ont une bonne idée de ce que sont les besoins de la population. C'est une suggestion, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Dans votre esprit, est-ce que les centres de services sociaux seraient dépendants de la structure régionale? Si oui, à ce moment-là, puisque ce ne serait plus un territoire de référence géographique mais davantage un critère linguistique pour l'attribution des budgets, qu'est-ce que ça changerait par rapport à la situation d'aujourd'hui?

M. Keaton: Oh là! D'abord, c'est une question assez précise qui touche les institutions, les CSS. Je ne sais pas si le Centre de services sociaux Ville-Marie a comparu déjà?

M. Côté (Charlesbourg): Ce soir ou en fin d'après-midi.

M. Keaton: Je ne veux pas vraiment m'engager parce que c'est un domaine plus spécialisé. Mais, franchement, je pense que, quand même, il devrait y avoir ce qui existe déjà dans la loi 65, soit le principe de la liberté de choix. C'est ça le principe, au fond. Et ça veut dire que, même les institutions anglophones, comme le CSS Ville-Marie, doivent avoir la capacité d'offrir, aux francophones, des services en français pour permettre ce libre choix. Il y a le libre choix entre régions aussi. Je ne sais pas, M. le ministre, si ça répond à votre question, mais il faut dire que...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, c'est parce que ça me paraît très très important, compte

tenu que, si on n'a pas un critère de référence territorial, il faudra avoir un critère de référence linguistique.

M. Keaton: Sûrement, oui.

M. Côté (Charlesbourg): À ce moment-là, c'est ça qui va établir le budget pour chacune des institutions, à tout le moins au niveau des CSS, compte tenu du nombre de personnes, puisque ça pourra, éventuellement, être un per capita, pour être capable de l'établir. C'est d'ailleurs ça qui est au centre des échanges avec le ministère depuis de nombreuses années.

Donc, si je comprends, dans le reste du Québec, les territoires de MRC sont des territoires de référence par rapport à l'ensemble de la région.

M. Keaton: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, il y a des sous-régions. Au-delà des territoires municipaux, vous y avez fait référence tantôt, dans quelle structure sous-régionale vous sentiriez-vous à l'aise au niveau de l'île de Montréal? Est-ce qu'il y a des regroupements de municipalités, est-ce qu'on devrait diviser l'île de Montréal par territoires, pour que vous puissiez vous sentir représentés?

M. Keaton: D'abord, c'est la première fois que j'entends parler de sous-structures. Mais je ne peux pas dire qu'Alliance Québec s'est penchée sur cette question. Par contre, si vous me parlez du point de vue de l'expérience, c'est une autre affaire. Franchement, étant quelqu'un qui est impliqué dans la politique municipale depuis longtemps, il y a une certaine tendance vers la décentralisation des structures et on peut dire qu'on favoriserait certainement un regroupement des municipalités autour de modèles qui valoriseraient les municipalités, en autant que les principes soient vraiment respectés, les principes que ces instances reflètent les caractéristiques de la population, que ces instances offrent les services dans la langue, etc. En tout cas, M. le ministre, c'est ce que je peux répondre de mieux.

Le Président (M. Messier): Merci, M. Keaton. Il y a le ministre délégué à la Santé qui aimerait intervenir.

M. Sirros: Moi, j'aurais une couple de questions à vous poser sur le plan de l'accessibilité vis-à-vis de la loi 142. Si je comprends bien votre mémoire, ce que vous dites, finalement, c'est qu'indépendamment des changements qui peuvent avoir lieu à la suite d'une restructuration, une réorganisation du système ce qui est important, c'est de pouvoir s'assurer, pour Alliance Québec et pour la population d'expression anglaise, qu'il y aura toujours, dans le

nouveau projet de loi, les mêmes dispositions, que le gouvernement entérinera des plans d'accès pour chaque région par rapport à des services en langue anglaise.

M. Keaton: Oui.

M. Sirros: Ça, ça vous sécurise, en quelque sorte, par rapport aux changements qui peuvent avoir lieu, indépendamment des rôles de chacun, dans une éventuelle réforme.

M. Keaton: Tant au niveau régional qu'au niveau local des institutions, aux deux niveaux. Qu'il y ait aussi de la représentativité au niveau régional.

Mme Saber (Sara): Peut-être que je peux répondre un peu. Je crois que c'est un principe de base qu'une communauté minoritaire doit avoir recours au gouvernement. C'est toujours un principe que, pour nous, il faut respecter. Selon mon expérience, c'est très important pour nous d'avoir la participation et le leadership du gouvernement dans le processus de l'approbation des plans d'accès dans la loi 142. Donc, dans le modèle où on envisage une décentralisation au niveau régional, nous avons une certaine peur qu'avec les nouvelles responsabilités qui seront accordées aux régies régionales on puisse perdre le leadership du gouvernement en ce qui concerne les programmes d'accès. Alors, c'est tout.
(16 h 15)

M. Sirros: Vous acceptez ce qu'il y avait dans l'avant-projet de loi qui maintenait...

M. Keaton: Exact. C'est ça.

Mme Saber: Oui, avec...

M. Sirros: ...les mêmes dispositions qu'avant, c'est-à-dire que le gouvernement approuve.

Mme Saber: ...la seule exception qu'on suggère, l'addition du mandat spécifique, pour la consultation, avec les communautés locales. Comme vous le savez...

M. Sirros: Vous voulez avoir, à l'intérieur de ça, l'inclusion de la communauté dans la formulation des plans d'accès, c'est-à-dire que vous voulez que ce qui se fait dans les faits soit légalisé en quelque sorte.

Mme Saber: Oui, c'est ça.

Le Président (M. Messier): Merci, M. le ministre délégué. Je vais passer la parole...

M. Sirros: M. le Président, j'aurais une dernière question. Il s'agit d'une clarification plus qu'autre chose. Quand vous parliez, tout à l'heure, de territorialité, est-ce que vous parliez

au nom de tous les établissements, incluant les CLSC, par exemple? Est-ce que vous iriez aussi loin que de dire que même les CLSC ne devraient pas avoir de mandat territorial ou est-ce que vous vous référez surtout aux CSS et aux centres d'accueil, peut-être? Juste une clarification, à savoir si ça englobait tous les établissements où s'il y avait des...

M. Keaton: Oui, c'est une bonne question mais on ne s'est pas vraiment penchés sur cet aspect, au niveau des CLSC, parce qu'à date la controverse était toujours au niveau des CSS et des hôpitaux. Est-ce que ça s'applique au niveau des CLSC? Tout ce que je veux dire, c'est que, si on adopte le modèle de territorialité pour les CLSC, il faut s'assurer que ces CLSC aient la capacité, surtout dans certaines régions où il y a une minorité anglophone, d'offrir un certain minimum de services, selon un plan d'accès, en anglais. Donc, on peut envisager un modèle territorial pour les CLSC.

Mais il faut aussi que j'ajoute - et certainement que le Centre de services sociaux Ville-Marie va le dire aussi - que quand... En tout cas, je laisse ça au CSS Ville-Marie.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, M. Keaton. M. le député de Joliette brûle d'impatience de vous poser des questions; en même temps, il est le porte-parole officiel en matière de santé.

M. Chevette: Merci, M. le Président. Je suis surpris de votre position et je vais vous expliquer pourquoi. Je prends un territoire de CLSC qui couvrirait, en particulier, une très forte majorité d'italophones. Pourquoi, par exemple, plutôt que de se battre sur des notions linguistiques, ne se battrait-on pas plutôt pour l'intégration, au niveau du personnel, des représentants des communautés sur le territoire? On pourrait ainsi avoir, sur un territoire, sur une délimitation territoriale, autant dans un CLSC que dans un CSS... À mon point de vue, je ne vois pas pourquoi vous avez une position sur le CSS et une position différente sur le CLSC. Pourquoi ne se bat-on pas plutôt pour l'intégration des différents groupes de travailleurs afin de pouvoir répondre à la communauté que dessert le territoire?

M. Keaton: D'abord, quand on parle des CSS, le seul CSS anglophone, c'est le CSS Ville-Marie. Vous savez, M. le député Chevette, que le CSS Ville-Marie a été un amalgame de quatre institutions anglophones déjà existantes dans le passé, qui étaient là depuis longtemps, donc avec des racines dans la communauté anglophone.

M. Chevette: Je suis très au courant. Je me rappelle du cadre de partage...

M. Keaton: C'est juste pour le rappeler aux autres membres qui ne sont peut-être pas aussi au courant que vous, parce qu'ils viennent d'autres régions et qu'ils ne savent pas d'où vient le Centre de services sociaux Ville-Marie.

M. Chevette: Non, mais ne croyez-vous pas que, pour une économie d'échelle, M. Keaton, c'est un non-sens d'attribuer à une structure, sur le plan linguistique, un territoire illimité? C'est un non-sens de dire: On va confier un territoire illimité, sur le plan linguistique, alors que, sur ce même territoire, vous touchez majoritairement... MM, par exemple, est obligé d'aller dans certaines municipalités du territoire de VM et l'inverse: VM vient jouer sur le territoire de MM. Plutôt que de dire et de créer, de par la loi, une obligation qui est rattachée à la personne... Vous le dites bien vous-même: L'individu a le droit de recevoir les services dans sa langue. À partir de là, pourquoi la notion de territorialité prend-elle autant d'importance si l'individu, lui, a les services dans sa langue?

Mme Saber: Mais, M. Chevette, il y a beaucoup d'anglophones au Québec qui n'auront pas accès aux services dans leur langue, s'ils sont limités au territoire de l'établissement, au territoire de la région. S'ils sont limités par des limites géographiques, ils n'y auront pas accès. C'est le fait...

M. Chevette: Oui. Êtes-vous d'accord qu'il y a beaucoup d'italophones qui n'ont pas accès à des services de santé, qu'il y a des Portugais qui n'ont pas accès à des services de santé...

Mme Saber: Non, je ne suis pas d'accord avec ça.

M. Chevette: ...qu'il y a beaucoup de grands-parents, en particulier, les plus âgés, dans certaines communautés allophones, qui n'ont pas accès même aux services de première ligne parce que, précisément, on n'a pas, au niveau des CLSC par exemple, les ressources humaines en place pour écouter la personne et la traiter dans sa propre langue? Est-ce que vous ne croyez pas que c'est là une clé plus intelligente que celle de se battre pour des notions de territorialité?

M. Keaton: Sauf que, M. Chevette, vous savez bien qu'en ce qui concerne ceux qu'on appelle souvent les allophones leur langue seconde est toujours, soit la langue française, et de plus en plus la langue française, ou la langue anglaise, parce que ce sont les deux langues officielles du Canada. Alors, idéalement... Même aux États-Unis, il y a énormément de flexibilité dans les centres de services sociaux et dans les hôpitaux. Il y a des gens capables de parler trois ou quatre langues pour offrir aux Portugais...

Vous savez, surtout pour quelqu'un en besoin de soins, en situation critique, qu'on offre, au moins la possibilité d'avoir quelqu'un sur place pour offrir les services en grec, en italien, en portugais et en chinois. Ça serait idéal pour chaque institution, surtout dans une société comme la nôtre, maintenant, qui est de plus en plus mobile, qui compte de plus en plus sur l'immigration, même dans les régions en dehors de Montréal. On voit qu'il y a de plus en plus de minorités vietnamiennes, cambodgiennes à Québec, Sherbrooke ou ailleurs. Ce serait idéal que les différents CLSC et hôpitaux aient le personnel capable de servir dans la langue principale de ces gens-là, mais, pour la plupart des gens, la langue seconde est soit le français ou l'anglais. Donc, il me semble que les institutions anglophones, dans la mesure où elles sont capables d'offrir les services en français, vont couvrir ces gens-là, mais il faut respecter qu'il existe une communauté anglophone au Québec, pas simplement des individus de langue anglaise, mais une communauté avec des institutions historiques. Je sais bien qu'il y en a qui n'acceptent pas cela. Ils ne sont pas tannés des anglophones, ils sont tannés de l'existence d'une communauté anglophone, mais c'est une réalité, ça existe. Alors, il faut que la loi tienne compte de ces réalités.

M. Chevette: Mais est-ce qu'on devrait assister... Si je suivais votre raisonnement de A à Z, M. Keaton, on aurait deux systèmes parallèles, puisque la communauté anglophone, elle, est éparpillée à la grandeur du Québec; il y en a à Sherbrooke, il y en a en Gaspésie. Moi, à mon point de vue, quand le ministre annonce qu'il fait une réforme en santé et en services sociaux et qu'il dit: La santé, ce n'est pas une question de faire le débat linguistique, c'est une question de répondre à la personne avant toute chose, c'est ça qui est l'objectif fondamental de la réforme, la personne. Donc, la personne, quand elle arrive à l'hôpital gravement malade, ce qui est important, c'est qu'elle puisse se faire comprendre et se faire traiter. Si je suis dans le coma, moi, je ne vous demanderai pas si je suis au Royal Vie ou à Maisonneuve-Rosemont. Je vais chercher une compétence pour me traiter instantanément, enfin je suppose que c'est ce que vont faire ceux qui vont m'accompagner.

Ne craignez-vous pas qu'une approche précisément comme celle que vous discutez contribue davantage à créer, à l'intérieur d'un système qui n'a pas les moyens financiers de se le payer, des superstructures sur une base linguistique, plutôt que des budgets qui répondent véritablement aux besoins des personnes? Parce qu'un système de santé là, ce n'est pas une structure politique, c'est une structure de soins qui répond à des besoins. Et des besoins... Qu'il soit italophone, espagnol, portugais, anglophone ou francophone, quand il arrive pour se faire

traiter, parce qu'il est malade, sur un territoire, créons-lui le droit de se faire répondre en fonction des deux communautés principales, française ou anglaise. Je veux bien croire que, dans un hôpital, on ne peut pas avoir 40 interprètes pour les 40 communautés, mais qu'on lui permette, au moins, dans une des deux langues, d'avoir le service. Ne croyez-vous pas que c'est là une façon plus rationnelle, plus intelligente, sur le plan administratif, de gérer un secteur où les besoins sont illimités, mais où les ressources financières sont très limitées?

M. Keaton: Quand j'étais président du centre de services sociaux, on était pris avec ce débat territorial et je pensais peut-être au même modèle. Mais ce que j'ai appris, c'est que le modèle rationnel, juste un système avec la capacité d'offrir les services en anglais et en français, ce n'est pas vraiment. Prenons, par exemple, le Centre de services sociaux Ville-Marie. Depuis qu'il existe, il y a un certain nombre de clients. Alors, si c'était français ou anglais, il existerait quand même et le coût serait le même.

M. Chevette: Ça, je suis moins sûr.

M. Keaton: Bien...

M. Chevette: Allez-y, j'y reviendrai après.

M. Keaton: Ce que je veux dire, c'est que c'est comme si un autre centre de services existait et un autre conseil d'administration. C'est comme si, pour la rationalisation, on devait avoir juste un centre de services sociaux pour tout le Québec, avec un conseil d'administration. Ce serait vraiment rationnel, mais ça ne répondrait pas aux besoins des communautés ni des clients.

Mais, rationnellement, ce serait idéal pour les fonctionnaires au Québec, afin de calculer les choses.

M. Chevette: Vous avez dit tantôt que vous n'étiez pas **trop** compétent pour répondre au nom de VM et vous êtes en train de le faire, en disant que VM, quand il vient à Montréal-Est, il vient répondre à un client dans Montréal-Est, mais que son siège social est dans l'ouest, alors que MM est peut-être à côté, là. Est-ce que ce ne serait pas plus intelligent pour les **groupes** que MM ait la **capacité de répondre à l'individu** qui parle anglais pour recevoir les **services**, plutôt que d'envoyer quelqu'un à l'autre bout de l'île pour venir desservir quelqu'un **dans l'est**? Vous ne trouvez pas ça rationnel?

M. Keaton: Je penso que c'est... Quelle est l'expression en **français**, là? Le cheval avant le char, le char avant le...

M. Chevette: Ah oui! Le boeuf avant la charrue ou la charrue avant les boeufs. Ce n'est pas grave, ça!

M. Keaton: Mais tout ce que je sais, c'est que ce que MM a fait avec VM, c'est qu'il a adopté un système de sous-contrat qui était assez bon: dans les cas où MM ne pouvait pas offrir les services aux anglophones dans l'est, alors H comptait sur VM et inversement, et vice versa.

M. Chevette: Sur un même territoire.

M. Keaton: Oui, l'important, si je peux dire, monsieur... Oui, c'est sur le même territoire. Il y a une certaine fluidité. L'important, c'est qu'il n'y ait pas... surtout dans les hôpitaux, parce que c'est plus coûteux dans les centres de services sociaux en ce qui concerne l'équipement. Un équipement qui coûte 100 000 \$ ici, c'est la même chose dans l'hôpital à côté. Mais c'est la coordination, la collaboration et la rationalisation, au niveau des institutions, qui sont importantes, il me semble.

M. Chevette: La coordination entre les institutions.

M. Keaton: Entre les institutions dans le parapluie de la régie régionale. Si j'étais à la régie régionale, je mettrais certainement sur pied des commissions de travail entre les différents programmes, comme des programmes pour la jeunesse, pour du PR en santé, des comités - pas des commissions, des comités - pour la coordination de l'équipement et des ressources.

M. Chevette: M. le Président, je regrette qu'on n'ait pas plus de temps, parce qu'il y a un bon débat à faire.

M. Keaton: Oui.

M. Chevette: Autant je suis d'accord, par exemple, pour qu'on ne place pas une personne de 80 ans, francophone, qui n'a jamais entendu parler anglais de sa vie dans un centre d'accueil anglophone - je trouve ça stupide à mort - puis l'inverse est aussi vrai, ce n'est pas plus intelligent d'un bord ou de l'autre...

M. Keaton: Oui, on est d'accord avec ça.

M. Chevette: ...je reconnais ça, moi, autant j'ai eu de la difficulté - puis j'en ai encore - à me faire à l'idée qu'une politique de santé qui est axée sur la personne repose sur des structures pour rendre les services. Ça, ça m'a toujours agacé. Et c'est là qu'on perpétue, à mon point de vue, comme société, les divergences, le manque de complémentarité, parce qu'on ne s'imaginer pas que la complémentarité peut

exister sur un territoire, dès qu'il y a un problème de régime linguistique. Et, à mon point de vue, avec les communautés allophones qui sont de plus en plus grandes sur l'île de Montréal et dans certains secteurs de CLSC... Je pense qu'au Parc-Extension, si ma mémoire est fidèle, on parle douze langues dans le CLSC, précisément pour rendre des services à la communauté locale.

Une voix: Il y a un bon D.G.

(16 h 30)

M. Chevette: C'est sans doute pour ça, mais, à mon point de vue, c'est un bel exemple d'un endroit où on est capable de répondre à la personne et c'est là-dessus, moi, que j'ai de la difficulté à comprendre pourquoi on se bat sur des structures à partir d'une base linguistique.

M. Keaton: Mais on peut employer le même raisonnement pour les commissions scolaires. Pourquoi avoir toutes ces commissions scolaires? Mais ce qui a été établi maintenant, je pense, dans la réalité, c'est qu'une communauté, pour son existence - j'apportais cet argument, ce matin, à Ottawa, pour l'ACFO et je vais faire ça en Alberta et ailleurs pour les autres comités francophones - a besoin de ses institutions pour contrôler ses institutions parce que les francophones, en éducation, ne font pas les choses tout à fait comme les anglophones. On peut dire la même chose dans les institutions hospitalières et dans les centres de services sociaux. Pour que la communauté continue à exister, il y a un certain minimum d'institutions nécessaires comme l'éducation, les hôpitaux, les centres de services sociaux et on est capable, à Québec, parce qu'on a fait la preuve qu'on en a la capacité, d'avoir ces deux systèmes ensemble. Ce qu'on cherche, maintenant, comme administrateurs, comme responsables, c'est comment rendre plus efficace, "more bang for the buck", le système des affaires sociales, que j'appelle toujours le ministère du mille-feuille.

M. Chevette: Avec pas beaucoup de crémage.

M. Keaton: C'est incroyable, mais comment rationaliser le système sans enlever les institutions nécessaires pour la communauté existante?

Le Président (M. Messier): Merci, M. Keaton. Je vais passer la parole - votre temps est terminé, M. le député de Joliette, je m'excuse - à M. Libman, député de D'Arcy-McGee...

M. Libman: Juste une petite question.

Le Président (M. Messier): ...pour une courte question avec une courte réponse.

M. Libman: J'aimerais que vous puissiez élaborer sur votre position quant à l'article dans l'avant-projet de loi actuel sur les exceptions. Si ma mémoire est bonne, c'est l'article 47 qui concerne les exceptions, dans la loi actuelle.

M. Keaton: Elle est la spécialiste.

M. Libman: Quelle est votre position là-dessus, si vous voulez élaborer?

Mme Saber: C'est l'article 47.

M. Keaton: C'est l'article 47?

Mme Saber: Les exceptions sur...

M. Libman: Article 47.

Mme Saber: Article 37?

M. Sirros: Je me demande si le député ne se réfère pas aux exceptions pour les conseils d'administration unifiés.

M. Libman: Oui, oui.

M. Sirros: Mais les conseils d'administration ont été... En tout cas.

Le Président (M. Messier): Avez-vous compris la question, madame?

Mme Saber: Vous parlez, M. Libman, de...

M. Keaton: Il ne s'applique plus, maintenant, parce que c'est retiré.

M. Libman: Je voulais juste connaître votre opinion là-dessus...

M. Keaton: On en est contents, on en est très contents.

M. Libman:... parce que nous ne le savons pas vraiment, nous allons voir s'ils vont complètement retirer ce concept.

M. Keaton: J'ai l'impression, maintenant, que tout le monde est content sur cette question.

M. Libman: Alors, juste pour qu'on puisse savoir, pour le futur, parce qu'il pourrait peut-être y avoir une structure similaire.

Mme Saber: Sur la question des exceptions aux conseils d'administration unifiés - et si nous comprenons, ils n'existeraient plus maintenant - c'est juste que nous avons un problème avec l'unification des établissements qui sont désignés à l'article 173. Les CLSC ne sont pas désignés dans cet article parce qu'il y a une différence de mandat. Alors ça, c'était une des

bases de nos préoccupations envers les conseils d'administration unifiés. Cependant, nous comprenons, maintenant, que ces parties de la loi vont être retirées et...

M. Libman: Nous l'espérons, oui.

Le Président (M. Messier): Je vous remercie beaucoup, Mme Saber. Est-ce qu'il y a consentement pour que le député de Nelligan pose une question? Ça va.

M. Chevette: Certainement.

M. Williams: Non, ça va être long, je vais attendre pour les autres.

M. Chevette: Non, non. Nous autres, on n'est pas regardants. Vous ne le serez pas quand on vous le demandera, c'est tout.

M. Williams: Mais c'est quelques clarifications que j'aurais voulu mentionner.

M. Chevette: Vas-y!

M. Williams: Est-ce que nous avons le temps?

Le Président (M. Messier): On va prendre quelques minutes.

M. Chevette: Tu es mieux de commencer parce que, si tu ne commences pas, tu ne l'auras pas.

M. Williams: Nous avons commencé le débat il y a déjà quelques années, mais je pense que, jusqu'à date, je n'ai jamais entendu que la communauté d'expression anglaise ait demandé un CLSC anglophone. Je pense que c'est bien clair et que c'est important de clarifier ça. Deuxièmement, je suis très heureux que M. Chevette ait souligné qu'il est ouvert à l'accessibilité linguistique partout au Québec, pas juste où on en a besoin. Je pense que nous avons eu un débat sur la question de la sous-territorialité, mais, excusez-moi, je voudrais retourner à cette question parce que, jusqu'à date, j'ai entendu... Le plus grand danger, encore une fois, pour les établissements anglophones, sur la question de la qualité des services primordiaux de base, c'est la question de la sous-territorialité, d'un changement de bassin de population.

Ma question c'est: Si nous acceptons le fait que nous avons besoin des établissements d'hébergement, comme les centres d'accueil les CSS qui sont rattachés aux centres d'accueil, si nous avons besoin d'établissements comme ça avec un bassin de population linguistique, comment rattachez-vous ce système territorial d'un CLSC avec ce système linguistique pour les autres établissements? Avez-vous quelques remarques

sur ça?

Le Président (M. Messier): Rapidement, M. Keaton, plus rapidement que le député, s'il vous plaît.

Mme Saber: Vous soulevez une question très intéressante. C'est vrai qu'avec les CSS et les centres d'accueil il y a une base territoriale. C'est vrai aussi qu'il y a une base linguistique à Montréal et c'est vrai, comme vous le savez, que les centres d'accueil anglophones de Montréal desservent une population à l'extérieur du territoire de Montréal, à cause de leur capacité de donner les services dans un milieu de vie, spécifiquement pour les enfants, de langue anglaise, ce qui est très important.

Pour les CLSC, c'est surtout une question de flexibilité. C'est juste d'avoir accès à d'autres CLSC que celui où on habite. C'est la seule chose qu'on dit. On ne dit pas qu'il ne faut pas avoir quelques structures pour avoir la possibilité de gérer les ressources. On dit seulement que les membres d'une minorité linguistique doivent avoir recours à d'autres établissements, sans limites géographiques.

M. Keaton: Je pense que le même principe devrait s'appliquer aux francophones en majorité aussi, si possible. On ne veut pas encourager tout le monde à circuler dans tous les CLSC, mais il s'agit, quand même, de garder une certaine liberté de choix.

M. Williams: Merci pour cette réponse. Je pense que nous allons bientôt continuer cette discussion avec quelques autres groupes.

Le Président (M. Messier): Merc beaucoup. Je voudrais vous remercier, au nom de la commission, de votre présence et de votre témoignage cet après-midi.

Je demanderais au Groupe de travail sur les services de santé et les services sociaux en langue anglaise pour la région 06A de s'avancer en avant, s'il vous plaît.

Je voudrais aviser les membres de la commission qu'il y a un nouveau document qui circule présentement, le 133MA, qui concerne le Groupe de travail 06A.

Messieurs, mesdames, je vous souhaite un bon après-midi. Vous avez une dizaine de minutes pour intervenir sur le mémoire que vous voulez déposer devant la commission et, après ça, il va y avoir en échange.

M. McGilly, je vous demanderais de présenter votre groupe à la commission, s'il vous plaît.

Groupe de travail 06A sur les services de santé et les services sociaux

M. McGilly (Frank): O. K. À ma gauche, Mme Aides Lee, qui, dans notre task force".

représente des organismes communautaires et des clientèles; M. Michael Udy, qui est directeur général du centre d'accueil Mont Saint-Patrick; M. Howard Martin, qui est directeur général du centre d'accueil Youth Horizons, et moi-même, je travaille à l'école de service social de l'Université McGill, je préside le "task force" English Language for Social Services...

Je vais élaborer un peu, dans notre mémoire, sur la composition du "task force". Donc, je vais me lancer immédiatement. M. le Président, au moment où le gouvernement s'adonne à la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, nous vous remercions, au nom du Groupe de travail de la région 06A, de nous avoir invités à vous présenter les questions qui nous préoccupent.

Lorsque nous avons soumis notre mémoire au mois de janvier de cette année, la commission étudiait une proposition concrète conçue pour remplacer la loi actuelle. Depuis ce temps, le gouvernement a retiré son projet de loi en faisant savoir qu'il en présenterait un autre au cours de l'année. Étant donné cette modification du contexte, nous n'avons pas l'intention de consacrer notre exposé oral à la présentation de notre mémoire original. Les commissaires en ont reçu une copie et nous serons heureux de répondre aux questions sur son contenu lors de la période réservée à cette fin. Afin de contribuer à l'élaboration de la nouvelle loi, nous préférons aujourd'hui vous faire connaître certaines de nos préoccupations et de nos propositions touchant le réseau des services de santé et des services sociaux du Québec. Nous développerons ces sujets au cours des semaines à venir avec le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, M. Sirros, répondant ainsi à l'invitation qu'il a lancée au groupe de travail de l'aldor à assurer, selon son mandat, la présence des points de vue et des soucis de la communauté d'expression anglaise dans le processus de rédaction de la nouvelle loi.

Le groupe de travail est composé de huit établissements publics, d'une association d'établissements publics, c'est-à-dire le Joint Hospital Institute qui regroupe les hôpitaux liés à l'Université McGill, et de quatre organismes communautaires, et tous nos membres desservent une population majoritairement d'expression anglophone. Tous ces intervenants contribuent à répondre aux besoins des Montréalais d'expression anglaise, et de certains résidents d'expression anglaise d'autres régions, en matière de services de santé et de services sociaux. En plus d'éprouver un intérêt particulier pour la question des services accessibles aux personnes d'expression anglaise, nous nous préoccupons de questions touchant la nature des services offerts à l'ensemble des Québécois.

De l'avis du Groupe de travail, la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit tenir compte des quatre

éléments suivants: les fonctions du ministère, les fonctions du conseil régional, la composition des conseils régionaux et des conseils d'administration des établissements et, quatrième, la question d'accès de la part des anglophones.

Primo, les fonctions du ministère de la Santé et des Services sociaux. En premier lieu, nous croyons que l'objectif énoncé par Mme Lavoie-Roux, alors qu'elle était ministre, soit la formulation d'une politique de la santé et du bien-être pour la population du Québec, doit être maintenu et qu'il faut le réaliser au moment de refondre la loi. Il ne paraît pas très logique de modifier le système avant d'avoir défini les objectifs globaux.

Une fois cette tâche accomplie, le ministre doit garder le mandat d'évaluer les besoins de la population et de décider des programmes qui lui seront offerts. À ce mandat est associée l'obligation de déterminer les priorités des programmes et les crédits qui leur seront affectés.

Nous pensons que les objectifs concrets exprimés dans le domaine de la santé par le document "Orientations" constituaient une excellente amorce d'orientation des ressources dans le secteur en question et préparaient fort bien le terrain à l'évaluation des programmes. À notre avis, le gouvernement devrait s'attaquer à la tâche difficile d'énoncer, dans le secteur du bien-être social, des objectifs tout aussi concrets et précis. De tels objectifs devraient orienter les ressources du système vers la satisfaction des besoins de la population en matière de nourriture, de logement et de sécurité dans le sens large. Nous sommes tout à fait conscients des difficultés qu'implique une telle approche, mais nous n'en sommes pas moins convaincus de l'importance des enjeux. Il s'agit, en effet, de s'en prendre aux conditions mêmes qui minent le bien-être social des Québécois au lieu de se contenter éternellement de réagir à leurs conséquences. Une telle approche exigerait une collaboration étroite avec d'autres ministères,

(16 h 45)

Si le ministère veut répartir les enveloppes budgétaires régionales en fonction des programmes, comme nous croyons comprendre qu'il en a l'intention, il doit être en mesure de tenir compte des caractéristiques de chaque région: nombre et densité de la population, traits géographiques, degré d'urbanisation, facteurs de vulnérabilité médicale et psychosociale, facteurs d'ethnicité, de culture et de langue. Pour établir les priorités, le ministère doit avoir la possibilité non seulement de tenir compte des priorités régionales, mais aussi de fixer les priorités pour l'ensemble de la population.

En ce qui a trait à l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des programmes, le ministère devrait entreprendre ses activités à l'échelle provinciale et préciser les rôles du conseil régional et de l'établissement ou de

l'organisme particulier. Afin de permettre la réalisation de tous ces objectifs, la loi devrait préciser que le ministère a l'obligation de consulter les régions lors de l'élaboration des programmes et des priorités avant de prendre des décisions en matière d'allocation des crédits. Elle devrait également définir les rôles de chacun en matière d'évaluation des programmes.

Deuxièmement, le rôle du conseil régional. Nous proposons qu'afin d'obtenir des enveloppes budgétaires pour leurs programmes, les conseils régionaux soient obligés d'adapter un plan de services régional correspondant à chacun des programmes définis par le ministère. Les plans de services régionaux, semblables en cela aux initiatives actuelles, par exemple dans le domaine de la santé mentale, dans notre région, préciseraient de quelle façon on atteindra, dans la région, les objectifs des programmes. Les plans devront tenir compte des besoins de la population et de sa diversité culturelle. Entre autres, le plan nommerait les établissements et les organismes communautaires dont on escompterait la participation, répartirait l'enveloppe budgétaire pour le plan ou le programme concerné et préciserait les modalités qui assujétiraient les établissements et les organismes communautaires à un processus de consultation, de planification, de coordination et d'évaluation.

Notre modèle veut mettre en relief le rôle des organismes communautaires. Nous croyons qu'en faisant d'eux des intervenants à part entière à la table régionale on parviendra à mieux définir leur rôle au sein du réseau et à mieux assurer la présence des réalités de la communauté. Nous proposons que le plan de services régional cerne les groupes de population qu'il compte desservir et qu'il définisse au moins un des critères d'admission ou d'admissibilité, par exemple, les établissements et les organismes communautaires responsables des services aux groupes en question. De cette façon, nous croyons que certaines initiatives de notre communauté, par exemple, la table de concertation du réseau jeunesse, et la "planning table for English-speaking elder", la table de concertation pour les aînés de langue anglaise, pourraient trouver leur place au sein des structures de gestion officielle du réseau. Ces deux tables sont parrainées par notre "task force".

Les participants au plan de services régional auraient la responsabilité de plans de services pour tous les bénéficiaires du programme ou du plan par le truchement de mécanismes mis au point dans la région. Les établissements individuels seraient chargés des plans d'intervention auprès des bénéficiaires et de l'évaluation des services fournis. Pour assurer la réalisation de ces objectifs, la loi obligerait le conseil régional à présenter ses plans de services régionaux à l'approbation du ministère. Cette approbation, une fois accordée, aurait l'effet d'un règlement en vertu de la loi. Un tel processus

pourrait être effectué à tous les trois ans au lieu d'annuellement, en tenant **compte** de l'ampleur des décisions à prendre et des conséquences de ces décisions. Lorsqu'un plan de services régional prévoit que certains des besoins de la population devront être satisfaits dans une autre région, le conseil régional doit conclure les ententes de services nécessaires avec la région en question et pour quelques-uns de nos organismes membre, c'est une question d'importance capitale. Lorsqu'une région prévoit desservir la population d'une autre région, cela doit apparaître dans le **plan** de services régional et le ministère doit en tenir compte en octroyant des fonds à la région.

Troisièmement, la composition du conseil régional et des conseils des établissements individuels. Nous sommes favorables à l'idée d'insérer dans la loi une disposition générale obligeant à la fois les conseils régionaux et les conseils d'administration des établissements à refléter la composition socioculturelle de la population desservie. Nous entendons par cela qu'il faut représenter tant les intérêts de la majorité francophone que ceux des groupes minoritaires. À cette fin, nous proposons que le ministre garde le pouvoir de nommer un ou deux membres des conseils régionaux et des conseils des établissements. Ces nominations auraient pour but de compléter la composition d'un conseil de façon à tenir compte des réalités socioculturelles de la communauté telles que le ministre les perçoit.

À l'échelon du conseil **régional**, nous ne sommes pas favorables à l'idée d'un collège électoral dans la région, d'une assemblée de district au plan sous-régional ou de tout autre mention du genre, car nous croyons qu'on créerait ainsi une bureaucratie inutile et qu'on éloignerait davantage le réseau de la population au lieu de l'en rapprocher. Nous proposons la création d'un conseil d'entre 20 et 25 membres, provenant de trois bassins: les conseillers des municipalités de la région, les établissements, les organismes communautaires et les personnes choisies par le ministre selon des critères socioculturels. La représentation des établissements et des organismes communautaires pourrait être répartie selon les programmes et/ou les clientèles.

À l'échelon du personnel, nous recommandons que la loi oblige les conseils régionaux à adopter des politiques **d'embauche** grâce auxquelles ils seraient assurés de refléter la diversité culturelle de la région. À l'échelon des établissements, nous appuyons l'idée que le directeur général doit être le seul membre du personnel qui fasse partie du conseil. Les employés du réseau pourraient participer comme membres de conseils autres que les leurs. Ajoutons que le conseil devrait garder la responsabilité de fixer la durée, en bloc de quatre ans, du mandat du directeur général.

Pour renforcer la représentation du personnel au sein du processus de gestion, on pourrait créer des comités de consultation du personnel comme on le proposait dans l'avant-projet précédent. À notre avis, cependant, ces comités devraient faire rapport à la direction de l'établissement et non au conseil. La composition du conseil devrait refléter les groupes suivants: les communautés socioculturelles desservies par l'établissement, la clientèle de l'établissement, la corporation propriétaire et la fondation de soutien, s'il en est une, les professions présentées au sein de l'établissement, les établissements d'études supérieures associés à l'établissement, les membres des conseils des autres établissements et organismes communautaires qui participent au plan de services régional. Finalement, les personnes nommées par le ministre en fonction de critères socioculturels.

Quatrièmement, garantir l'accès des anglophones aux services. Nous insistons **fermement** sur le fait que toute nouvelle loi doit maintenir les garanties intégrées à la loi existante. De façon plus précise, nous dirons que la loi doit toujours reconnaître les éléments suivants: le droit des anglophones d'avoir accès aux services en anglais, le pouvoir du gouvernement de désigner les établissements qui doivent rendre disponibles en anglais tous les services qu'ils offrent dans une région, l'obligation du conseil régional, après avoir consulté la collectivité anglophone de la région, disposition qui ne fait pas actuellement partie de la loi mais qui s'est révélée judicieuse, et des établissements de présenter au ministre un programme d'accès, nommant les établissements qui offriront une partie de leurs services en anglais, le rôle du gouvernement en matière d'approbation des programmes d'accès et d'évaluation de leur **implan-** tation.

En résumé, nous favorisons la clarification des objectifs du réseau des services sociaux et des services de santé, la décentralisation des pouvoirs au profit des **régions** qui soumettront un plan original à l'approbation du ministre, une plus grande participation des organismes communautaires aux plans régionaux, la constitution de conseils qui soient le reflet des populations desservies, et le maintien des garanties actuellement offertes aux anglophones au chapitre des services.

Nous vous remercions de nous avoir accordé votre attention et la possibilité de contribuer au développement du bien-être des Québécois. Nous serons maintenant heureux de répondre à vos questions sur notre mémoire original et sur l'ajout que nous venons de présenter.

Le Président (M. Messier): Merci, M. McGilly. Compte tenu du temps qu'il nous reste, je vais accorder peut-être **une** question au ministre délégué et une question au représentant de l'Opposition officielle seulement.

M. Sirros: Merci, M. le Président. Peut-être avant ma question, je voudrais tout simplement remercier les membres du Groupe de travail pour le temps et la réflexion qu'ils ont mis dans le mémoire. Il ressort clairement que vous avez fouillé pas mal sur le plan du fonctionnement d'un éventuel système décentralisé. Je pense qu'effectivement il y a plusieurs suggestions qui mériteront d'être examinées plus à fond, et je suis certain qu'on va les étudier avec beaucoup d'attention.

Étant donné qu'il n'y a qu'une question que la présidence me permet, si je comprends bien, ce qui est important, finalement, c'est qu'à l'intérieur du fonctionnement d'une régie, d'une région, même au niveau de la régie et des établissements, l'ensemble du système puisse refléter les besoins socioculturels et linguistiques, finalement, par rapport aux services de santé et services sociaux. Donc, vous visez à ce qu'on assure, au niveau de la représentativité sur le conseil de la régie et sur les conseils des établissements, la population desservie par l'établissement et la régie ainsi que la clientèle. Vous abolissez pourtant le collège électoral au niveau de la régie, en vous fiant sur quel mécanisme, finalement? Un choix par le ministère? Et, si c'est le cas, est-ce que vous ne recréez pas le lien direct entre les établissements et le ministère que, finalement, une région devrait assumer de façon plus autonome?

M. McGilly: Le choix du ministère en cas de nécessité, si on trouve, par exemple, qu'une minorité importante est exclue par hasard d'un certain conseil, c'est un processus d'urgence. Le mécanisme pour la constitution des conseils d'administrants des établissements, nous avons expliqué les "constituencies", les groupes qui doivent être représentés sur un conseil, les groupes qui ont le droit d'y être représentés...

M. Sirros: Pour préciser, juste pour préciser, je voulais poser la question sur... Vous suggérez un conseil d'entre 20 et 25 membres provenant de trois bassins. Mais vous ne précisez pas comment les gens seraient choisis. Est-ce que les établissements entre eux, par élection, choisiraient un certain nombre, les groupes communautaires entre eux, par élection, un certain nombre, le ministre ou le ministère désigne un certain autre nombre? Et, si c'est le cas, est-ce que ce n'est pas là la même chose que le collège électoral qu'on avait constitué en disant: il y a des représentants des établissements qui choisissent un certain nombre de personnes, il y a des représentants des organismes...

(17 heures)

M. McGilly: Sauf que, en parlant, par exemple, des conseillers municipaux, comme bassin, comme source, on a là les gens qui ont déjà une responsabilité, une imputabilité réglée

et bien entendue, bien comprise par tout le monde. Par contre, tous les projets de collège électoral pour les établissements risquent de créer tout un autre palier de représentation sans ce caractère de familiarité, sans ce caractère de responsabilité très bien compris, qu'ont, par exemple, les conseillers municipaux. Et pour continuer dans le même sens, les autres bassins que nos venons de suggérer ont, par leur implication dans le domaine, les organismes communautaires, par exemple, et le personnel, etc., ont déjà une responsabilité implicite par le fait même qu'ils ont déjà à y travailler, qu'ils ont certains liens avec la population et avec le service dont on parle. Donc, c'est plutôt ça: au lieu de créer tout un autre entonnoir de représentation, on veut se fier plus à ce qui existe déjà.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, M. le ministre délégué. Je vais passer la parole au représentant de l'Opposition officielle, M. le député de Joliette.

M. Chevette: Merci, M. le Président. Tout d'abord, je trouve que c'est un mémoire passablement fouillé, passablement travaillé. Je trouve ça intéressant. Il y a beaucoup de remarques qui sont très pertinentes, en particulier sur les modes de décentralisation. On ne peut pas décentraliser les iniquités actuelles. Si jamais on décentralisait, on devra décentraliser à partir de critères précis et, à la page 2 de votre mémoire, vous donnez certains critères dont il faut tenir compte, en bas, vers l'avant-dernier paragraphe. Je trouve ça intéressant de voir que ça peut être des critères sur lesquels on devra se baser pour faire une décentralisation qui tienne compte du portrait réel et non pas bêbètement décentraliser les institutions. On donne tant, présentement, aux institutions du milieu, on transfère tant. Je pense qu'il faut préalablement avoir des critères et une analyse pour ne pas qu'on se retrouve avec une décentralisation des iniquités actuelles. Ça, je trouve ça intéressant. Il y aurait une seule question que je voudrais vous poser, c'est sur la formation en santé et en services sociaux. On sait que c'est un secteur - comme professeur d'université, vous allez être sensible sans doute à ça - le secteur de l'éducation est assez... on n'est jamais assez bien traité, mais 1 % de la masse monétaire ou de la masse salariale est consacré à la formation et, dans le réseau de la santé, malheureusement, ce sont des sommes minimales. À cause de situations, on n'a pas pu corriger, jusqu'à maintenant, ce déséquilibre au niveau de la formation. Pourtant, Dieu merci! on sait jusqu'à quel point il y a un besoin de formation à l'intérieur du domaine de la santé et des services sociaux avec l'évolution du type de famille, par exemple: famille éclatée, famille monoparentale. On sait qu'au niveau social il y a très peu de recherche sur le plan social qui se

fait. On a vu le Conseil québécois de la recherche sociale et très peu de recherche dans ce **secteur-là**. Comme professeur d'université, comment voyez-vous ça, vous, la formation? Quelle est votre évaluation, dans le domaine de la santé et des services sociaux?

M. McGilly: À cette question, je ne peux pas présumer de parler comme président du "task force".

M. Chevette: Non, mais j'ai supposé que vous aviez d'excellentes idées personnelles.

M. McGilly: C'est évident, je crois, que la formation dans les professions de la santé a été biaisée sérieusement dans les domaines médicaux et, jusqu'ici, pas du tout suffisamment dans les domaines qu'on caractérise comme paramédicaux. Je présume que c'est assez bien compris. Comme professeur à une école de service social, je suis très content d'entendre quelqu'un parier d'une insuffisance de ressources dévouées à la formation dans de tels domaines, évidemment. Qu'est-ce qu'on peut dire? Il faut - et je parle, je répète personnellement maintenant, mes collègues peut-être pourront avoir d'autres idées - nous essayons de faire l'équilibre entre la formation intellectuelle libérale, qui assure à l'intervenant une vue sur la vie qui est assez large, assez sensible aux effets de la culture, la civilisation où nous vivons, et une formation spécialisée pour traiter des questions que vous soulevez, comme l'éclatement de la famille et l'explosion des problèmes comme l'inceste, comme l'abus des enfants, ces problèmes... Ce n'est pas possible de croire que ces problèmes n'existent que depuis les cinq ans dans lesquels nous y sommes sensibles. Voilà le problème de la formation pour les services sociaux. On veut avoir à la fois une personne avec un esprit libéré et une personne avec une technique élaborée pour traiter les problèmes. Je ne veux pas du tout répondre en cinq minutes, deux minutes, à une question qui nous préoccupe de jour en jour, dans notre boîte, à **McGill**, et dans les autres universités et les autres cégeps. C'est une question peut-être de revaloriser un peu nos idées sociales sur les professions et les métiers qui valent le plus. **Mais**, avant de refaire les idées de la société dans ce sens-là, c'est difficile de faire plus que de faire le mieux qu'on puisse faire et de relever les idées comme ça.

Le Président (M. Messier): En terminant, M. McGilly.

M. McGilly: Par exemple, pour pousser un peu la question, dans tous les organismes membres de notre "task force", nous avons des liens assez étroits entre les institutions de formation et les institutions de services. C'est un domaine où il faut pousser plus **pour** assurer que la

formation ne devienne pas déséquilibrée dans un sens intellectuel ou, l'autre sens, technique. Dans ce sens-là, nous avons un intérêt professionnel dans la question de la formation. C'est difficile.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup. Je voudrais me faire le porte-parole de la commission pour vous remercier chaleureusement de votre présentation, ça vient de part et d'autre, et demander au centre hospitalier Grace Dart de s'avancer vers nous. Merci beaucoup, M. McGilly et votre groupe.

Bonjour, messieurs. Pendant que vous vous préparez... Vous avez à peu près une dizaine de minutes pour faire votre intervention et, après ça, il va y avoir échange. C'est possiblement M. Kelly qui va être le président du groupe, qui va annoncer les membres qui l'accompagnent.

Centre hospitalier Grace Dart

M. Campbell (David): C'est moi, David Campbell, comme conseiller juridique, qui vais le présenter avec M. Kelly, président du centre hospitalier Grace Dart; à gauche, Tony van de Ven, directeur général du centre hospitalier Grace Dart.

Le Président (M. Messier): Merci, maître.

M. Campbell: J'ai ici des rapports annuels, les derniers que peut-être j'aimerais vous donner.

Le Président (M. Messier): il y a quelqu'un qui va se déplacer vers vous, monsieur...

M. Campbell: O.K., merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): ...Me Campbell. Pendant que les documents se distribuent, je vous invite à commencer votre allocution.

M. Campbell: Merci beaucoup, M. le Président. J'aimerais vous donner, en commençant, un peu l'histoire du centre hospitalier Grace Dart. C'est un hôpital qui a été fondé **originale**ment par un nommé Henry J. Dart, à Montréal-Est, dans les années 1890. Il a commencé par louer deux petites maisons pour traiter des malades et indigents près de sa pharmacie. Ça a été nommé pour sa fille, Grace, qui est décédée en 1898. En 1907, l'hôpital a acheté l'ancienne résidence de Sir Francis Hincks à la pointe de Saint-Antoine et de la rue Dominion, à Montréal, pour le montant, si je me rappelle bien, de 17 000 \$. L'hôpital a été incorporé en 1900 sous une loi spéciale du Québec et, ensuite, jusqu'en 1932, dans laquelle **année** ils ont construit une nouvelle bâtisse située à 6085, rue Sherbrooke est, où le présent centre hospitalier est situé maintenant. Entre 1932 et 1965, l'orientation du centre hospitalier, c'était pour le traitement des patients qui souffraient de tuberculose. En 1965,

c'est devenu un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Donc, ceci est son orientation aujourd'hui.

C'est un centre de 101 lits où il y a 120 employés à temps plein, avec des coûts d'opération excédant 6 000 000 \$ par année. La chose que j'aimerais vous mentionner dans le rapport annuel et que j'ai marquée avec un collant, les statistiques comparatives, si on voit, sur le côté à droite, en bas, groupe ethnique des résidents, ça, ce n'est pas le pourcentage mais le nombre de lits dans l'institution. Vous avez, comme langue maternelle, français, 21; de langue anglaise, 24; et autres, 56. Ça, ça veut dire que la majorité est ce qu'on appelle, entre guillemets, la communauté ethnique. Ce ne sont pas surtout des résidents qui parlent... Ils ne parlent ni français ni anglais. Parce que si vous regardez sur le côté gauche, le groupe d'âge des résidents, nous avons 43 % qui sont en haut de 75 ans. Ça, ça veut dire qu'il y a des gens dans l'hôpital qui sont des immigrants de la première génération et de plus en plus la tendance, pour le centre hospitalier Grace Dart, c'est de desservir la communauté ethnique et d'améliorer la qualité de vie dans l'hôpital. Par exemple, nous avons des Japonais qui sont dans l'hôpital et c'est nécessaire, au point de vue culturel, etc., pour la nourriture, par exemple... Nous faisons toutes sortes d'efforts, et ça, c'est pour vous donner un exemple des choses que nous faisons. Le Grace Dart, c'est situé dans la région 6A, Maisonneuve-Rosemont, mais, pour des fins d'administration, nous sommes associés avec le DSC Montreal General Hospital (17 h 15)

Pour nous autres, en regardant l'avant-projet de loi, nous pensons que nous avons un rôle qui est assez unique et traditionnel dans l'est de Montréal. Originellement, on a desservi la population anglophone de la région montréalaise et aussi le reste de la province avec une fondation et un comité de bénévoles qui sont vraiment impliqués dans le centre hospitalier.

Pour nous autres, on a trois ou quatre critiques sur l'avant-projet. La première, c'est évidemment l'article 43 pour l'établissement, ce que j'appelle, d'un supraconseil d'administration pour un territoire de CLSC. Pour nous autres, comme centre hospitalier, nous serons regroupés avec quatre autres institutions dont nous n'avons pas beaucoup en commun.

La deuxième critique que nous avons, c'est concernant la composition du conseil d'administration en vertu de l'article 49. En lisant l'avant-projet, nous croyons qu'il y a une mince opportunité pour représentation communautaire. On dit qu'il y a trop d'interventions gouvernementales où les nominations seraient faites directement par le gouvernement. Nous trouvons que maintenant - parce que nous avons les cliniciens qui sont sur le conseil, nous avons les médecins évidemment et tout ça - en vertu de

l'avant-projet, on perdrait tout ça, leur "input", comme je dis.

Une autre critique que nous avons, c'est concernant le rôle du directeur général sur le conseil d'administration. C'est qu'en vertu de l'article 65 le rôle du directeur général est assez limité. Par exemple, dans notre cas, il y aura quatre directeurs généraux. Et, si on regarde l'article 65, un seul directeur général aura le mandat d'agir comme secrétaire pour un mandat d'un an. Ça, c'est que, théoriquement, un directeur général d'un centre hospitalier n'a pas le droit d'assister par droit à une assemblée et qu'il est là par invitation seulement. Ça, ça veut dire que théoriquement, d'après nous autres, une décision pourrait être prise concernant l'établissement particulier sans le "input" ou la présence d'un directeur général. Et pour nous autres, ça, c'est vraiment une brisure du lien entre eux, le "decision making" et le corps impliqué.

Une autre critique que nous avons, c'est concernant les limites proposées au mandat du directeur général: deux termes de quatre ans chacun. Pour nous autres, ça montre une certaine rigidité et un manque de flexibilité. Évidemment, il y a des exceptions où un directeur général, une personne, fait le travail très bien. Pourquoi ne pas le laisser au conseil d'administration ou avec peut-être l'approbation d'une régie régionale d'approuver une prolongation de ça?

Demièrement, nous avons pensé que l'établissement d'un comité consultatif au directeur général, ce n'est pas assez précisé dans l'avant-projet de loi. Par exemple, maintenant, nous avons les médecins, les représentants des médecins. Nous avons les représentants syndicaux. Nous avons les représentants de toutes les personnes qui travaillent au sein de l'hôpital, qui sont représentées et qui jouent un rôle administratif sur le conseil d'administration. Avec le nouvel avant-projet, ça, ça disparaît et je crois que ce serait un palliatif d'établir un comité consultatif. Je ne sais pas si, vraiment, il aurait un rôle positif, dans l'avant-projet. Merci beaucoup et nous sommes prêts à répondre à toutes vos questions.

Le Président (M. Messier): Merci, Me Campbell. Et maintenant, je laisse la parole au ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux.

M. Sirros: Je veux tout simplement accueillir les représentants de l'hôpital Grace Dart. Je comprends que votre mémoire a été écrit avant les clarifications qui ont été apportées quant à ce que vous appelez le supra-conseil d'administration. Mais, en dépit de ça, moi, j'aurais une question et je sais que la députée de Bourget voudrait aussi vous questionner, étant donné que vous êtes dans son comté. Étant donné qu'on ne parle plus de conseil d'administration unifié, moi, la question que j'aurais par rapport à un établis-

sement comme le vôtre, c'est qu'on a eu plusieurs groupes qui nous ont suggéré de maintenir le fait que les membres... Bon, les établissements ont leur conseil d'administration mais, dans la composition du conseil d'administration, on exclurait, selon quelques recommandations qu'on a eues, les membres du personnel de l'établissement, même le directeur général. Je comprends que vous parlez du lien qui serait rompu entre l'exécutif et l'administratif avec le directeur général. Mais laissons le directeur général de côté, pour l'instant. Est-ce que, par rapport au reste du personnel... Comment réagissez-vous à cette suggestion qui est faite d'exclure les membres du personnel de l'établissement du conseil d'administration mais de permettre l'inclusion sur le conseil d'autres professionnels travaillant dans d'autres établissements?

M. Campbell: Peut-être je peux me permettre de référer au directeur général, à son expérience avec le personnel qui travaille maintenant sur le conseil d'administration.

M. van de Ven (A.H.): Maintenant, je représente... Je suis très heureux avec la situation au point de vue de la composition du conseil d'administration. Pourquoi? Parce que ça donne une opportunité au conseil complet de trouver de temps en temps une solution au point de vue des problèmes, pas seulement dans l'hôpital au point de vue de la qualité des soins, mais au point de vue de certains problèmes qui arrivent avec les employés. Par exemple, si nous avons vraiment un représentant des employés qui ont une opportunité de donner un "input", ce n'est pas seulement une opportunité pour nous d'augmenter la qualité des soins ou la qualité de la vie, etc., etc., ou les finances parce que ça, c'est leur rôle, mais aussi, s'il y a une bonne connection entre l'employé non professionnel, l'employé professionnel, le conseil des médecins, etc., etc., ça donne une ouverture pour une relation intime ou presque intime pour améliorer la situation au point de vue des problèmes avec les employés.

Je me souviens, M. le ministre, que j'ai parlé avec vous une fois, trois ans passés ou quatre ans passés, et je vous ai indiqué que je n'étais pas heureux avec la situation immédiatement après avoir changé de loi, mais maintenant, avec l'expérience, je pense que c'est une bonne idée et vraiment démocratique.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup. J'aimerais peut-être... Mme la députée de Bourget, ça me fait le plus grand des plaisirs de vous entendre à cette commission.

Mme Boucher Bacon: Je vous remercie, M. le Président, de me céder la parole, d'autant plus que M. van de Ven a célébré son 35^e anniversaire au sein de la Fondation Grace Dart dont le ministre a souligné cet événement. Aussi, je

suis...

M. Côté (Charlesbourg): ...au moins quatre fois huit termes.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Boucher Bacon: C'est ça ma question. Je peux reconnaître qu'à l'intérieur de mon comté, vraiment, la qualité des soins de votre institution est vraiment supérieure. Le personnel, toutes les fois que j'ai eu à la visiter, était très heureux de travailler chez vous et le bénévolat est sans doute à son meilleur.

Maintenant, je sais qu'à l'intérieur, comme M. le ministre vient de le dire, à l'intérieur du projet de loi, on stipule que le D.G. du conseil d'administration devrait siéger seulement pour quatre ans. Quelle serait...

M. Chevette: Deux mandats.

Mme Boucher Bacon: Huit ans excusez-moi.

M. Chevette: Deux fois quatre.

Mme Boucher Bacon: Deux termes de quatre ans. Alors, quelle serait votre position si vous aviez à conseiller...

M. Chevette: Pourriez-vous enlever 10 mandats?

Mme Boucher Bacon: ...ou, du moins, comment vivez-vous ça? Parce que je crois que vous avez un malaise face à cette situation-là.

M. Kelly (Desmond J.): Mais le malaise, c'est un avant-projet de loi qui dit que... directeur général, deux termes de quatre ans. On dit: Si un homme a 42 ans, il a son mandat de deux fois quatre, il a 50 ans. Où va-t-il, après ça?

Une voix: Dans un autre établissement.

M. Kelly: Je vous pose la question, ça c'est nos....

M. Côté (Charlesbourg): Ça pourrait être dans un autre endroit du réseau, mais avec sécurité d'emploi.

M. Kelly: Ah! Mais tandis ...

Le Président (M. Messier): Est-ce que ça répond aux interrogations?

M. Chevette: Si ça répond aux interrogations, moi, je veux embarquer justement là-dessus.

Le Président (M. Messier): Bien, M. le député de Joliette, on vous laisse la parole.

M. Chevette: Parce que moi, je pense que le jour où le D.G.... Si on faisait ça dans la législation, on a un problème majeur. C'est qu'on veut décentraliser, et on centraliserait l'affectation des D.G. Ce serait faire indirectement ce qu'on ne veut pas faire directement. En d'autres mots, comment le ministre pourrait-il, au niveau national, avoir un contrôle de sécurité d'emploi sur l'affectation de ses D.G. et dire que les institutions ont une autonomie de gestion? Moi, je ne vois pas ça. Deuxièmement, il y a des hommes et des femmes qui sont très compétents pendant 15, 16 ou 17 ans, 20 ans. Il y en a de 35 ans. Ça m'apparaît, moi... Cette partie du projet de loi est très discutable et il faudrait regarder si ça ne détruit pas l'esprit de la réforme où on veut responsabiliser les régies et la région. Si le ministre limitait ça à la région, encore, pour qu'il y ait une réaffectation au niveau des régions pour qu'on développe des complémentarités, je dirais que c'est moins pire, en tout cas, que d'avoir une centralisation de Québec sur la sécurité d'emploi des D.G. Moi, en tout cas, à prime abord, c'est ce que... c'est une réaction qui est discutable, mais on verra dans le projet de loi qu'est-ce que ce sera.

Ma question est la suivante: Iriez-vous jusqu'à la décentralisation de l'enveloppe de la RAMQ, de la Régie de l'assurance-maladie du Québec? Vous allez me dire que je suis tenace. Quasiment à chaque centre hospitalier, je la pose, parce que je trouve qu'on n'a pas encore de ligne directrice qui se dégage des groupes qui ont circulé devant nous, à date. On ne se sent pas, en tout cas, sur un terrain solide, solide. Moi-même, j'évolue selon les commentaires d'un groupe à un autre. J'y vois des difficultés monstres, par exemple, dans les CHU, et je pense que le ministre est d'accord avec moi pour cette partie-là, comment on va tenir compte de ça. Le groupe qui vous a précédés, le Groupe de travail qui fixe des critères, ce que je trouve intéressant, en tout cas, à regarder, vous autres, est-ce que vous iriez jusqu'à... Ma question pourrait peut-être s'adresser à celui qui a 35 ans de faits dans un établissement: Seriez-vous d'accord avec la décentralisation des enveloppes de la RAMQ, de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, au niveau de chacune des régions?

Le Président (M. Messier): Qui a 35 ans?

M. van de Ven: Je n'ai pas suivi exactement.

Le Président (M. Messier): M. van de Ven.

M. van de Ven: Je n'ai pas suivi ça exactement. Le partage d'enveloppes pour la Régie de l'assurance...?

M. Chevette: Maladie. Actuellement, on paie les actes médicaux à partir de la Régie pour

l'ensemble des professionnels du système. D'abord, si on disait: Montréal, en vertu de tel critère, a le droit à... je ne sais pas, moi, 400 000 000 \$ sur 2 000 000 000 \$; Chicoutimi, à 50 000 000 \$ sur 2 000 000 000 \$, etc., est-ce que vous seriez d'accord avec une telle approche?

M. van de Ven: Je ne suis pas sûr que je vous ai compris, mais je préfère, au point de vue d'actes médicaux, l'emploi des médecins et autres professionnels par les hôpitaux individuels. C'est ça que vous m'avez demandé?
(17 h 30)

M. Chevette: Alors, ils pourraient être engagés... je crois qu'ils pourraient être engagés par les centres hospitaliers, mais il y aurait une somme maximale au niveau de chacune des régions. En d'autres mots, actuellement, la Régie paie ses professionnels selon la facturation qu'elle reçoit et il y a des maxima ou des quotas trimestriels, mais là ça pourrait être à même un quota par région. Avez-vous peur de ça? Êtes-vous d'accord avec ça? Ça pourrait être autre chose aussi.

M. van de Ven: Je pense qu'il y a certains partages qu'on doit faire, pas seulement à ça mais... un exemple, le conseil régional. Votre point, moi ou nous, en général, sommes en faveur de faire ça. Je pense que, parce qu'il y a un département de santé et services sociaux, beaucoup de travail et beaucoup de responsabilités doivent rester dans le conseil de région.

M. Chevette: Je vous remercie.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup. M. le ministre, est-ce que vous voulez réagir?

M. Côté (Charlesbourg): Non, ça va. C'est une question qui était extrêmement importante, pas nécessairement décentralisation de l'enveloppe mais affectation de l'enveloppe à des fins régionales. Ça paraît assez important. On me dit même que vous êtes l'illustration que les termes de deux fois quatre ans, pour un directeur général, ce n'est pas nécessairement bon. Donc, il y a des messages qui se passent, qui sont entendus; on verra, par la suite, ce que ça donne. Je vous remercie de vous être présentés, de nous avoir présenté votre point de vue et M. Sirros assurera le suivi quant à la structure que nous accepterons au niveau de la De Montréal. Il y aura donc des rencontres additionnelles avec chacun d'entre vous. Merci bien.

Une voix: Merci beaucoup.

M. Chevette: Bon neuvième et bon dixième mandat, M. van de Ven!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Messier): On vous souhaite une bonne fin de journée et on vous remercie beaucoup.

M. van de Ven: Je n'oublierai jamais le jour où on s'est connu!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Messier): J'inviterais, sur ces paroles, le Centre de services sociaux Ville-Marie à venir nous retrouver. Merci beaucoup, messieurs.

Bonjour, messieurs; bonjour, madame. On a environ une trentaine de minutes, une dizaine de minutes pour vous exprimer sur l'avant-projet de loi. Possiblement, c'est M. Goldbloom qui va nous présenter son groupe. Excusez-moi... On me dit que vous êtes le fils du père. Salutations.

Centre de services sociaux Ville-Marie

M. Goldbloom (Michael): M. le Président. M, le ministre, membres de la commission, je suis Michael Goldbloom, président du CSS Ville-Marie. Je suis accompagné, aujourd'hui, de notre directeur général, John Walker, et notre directrice adjointe, Mme Miriam Green. Vous avez déjà notre mémoire. Vous venez tout juste de recevoir un document que nous avons préparé pour les discussions de cet après-midi. Ça fait cinq minutes que j'ai décidé de vous libérer de la lecture à haute voix de ce document. Dans le peu de temps que nous avons aujourd'hui, nous avons décidé que ce serait mieux d'essayer d'échanger autant que possible avec vous.

Je vous signale toutefois que mon arrivée dans le secteur des affaires sociales est assez récente, mais mes deux collègues y travaillent depuis longtemps. Donc, je vais leur laisser la majorité du temps de parole. Cela étant dit, je vais faire un très, très court survol du document que nous venons tout juste de distribuer.

Premièrement, il nous semble qu'un des objectifs principaux de la réforme est la question de coordination, de collaboration et de complémentarité. Ville-Marie essaie d'atteindre ces objectifs déjà, évidemment, à l'intérieur de l'association des CSS et avec tous les processus qui existent avec le conseil régional.

Je voudrais aussi porter à votre attention que nous participons déjà, à l'intérieur de la communauté d'expression anglaise, au Groupe de travail de la région OGA qui a témoigné devant vous cet après-midi, qu'il y a une table de concertation pour la jeunesse, comprenant douze membres, et un sous-comité pour les personnes âgées, dont neuf différents établissements et membres y participent. Donc, il y a déjà un effort de coordination qui existe à l'intérieur des institutions de langue anglaise. Nous avons, évidemment, des rapports contractuels avec 25

centres hospitaliers, avec 10 commissions scolaires et 17 centres d'accueil. Donc, comme je l'ai dit, les objectifs de coordination et de collaboration entre les établissements, nous les poursuivons. Nous sommes évidemment ouverts à des améliorations dans ce domaine.

Sur la question des conseils d'administration, nous nous joignons évidemment à ceux qui nous ont précédés pour féliciter le ministre de retirer la proposition en ce qui concerne les conseils d'administration unifiés. Cela étant dit, nous voulons vous signaler que l'expérience de Ville-Marie, en ce qui concerne les employés membres du conseil d'administration, a été très positive jusqu'ici. La loi aurait pu le permettre et nous voulons simplement souligner que l'expérience de Ville-Marie d'avoir ses professionnels membres du conseil d'administration s'est avérée jusqu'ici une participation importante pour nous.

En ce qui concerne la question de la planification régionale et sous-régionale, c'est peut-être la question qui nous préoccupe le plus, surtout après la discussion que nous avons entendue plus tôt cet après-midi. C'est la question de la planification au niveau sous-régional qui nous cause des problèmes, et je vais essayer de vous dresser un portrait dans un domaine du problème. Prenons le dossier du secteur de santé mentale. Si, à Montréal, il y a une sous-régionalisation disant qu'il y aura, disons, six ou huit différentes tables de concertation dans ce domaine, ça va obliger Ville-Marie, le seul CSS de langue anglaise, d'être présent à chacune de ces huit tables, parce que nous avons des gens d'expression anglaise à travers la ville de Montréal. Donc, nous serons obligés de participer à chacune de ces huit tables de concertation dans ce domaine et ce n'est pas possible pour nous. Nous n'avons pas assez de ressources pour y être présents. Deuxièmement, pour plusieurs de ces tables, il n'y a pas une masse critique d'anglophones qui les préoccupent. Donc, si on essaie d'organiser ça d'une façon sous-régionale, il y a deux problèmes, le problème pour le CSS qui ne peut pas être présent partout et, dans plusieurs de ces sous-régions, il n'y a pas une masse critique d'anglophones qui ont besoin des services.

À la page 6 du document que nous avons distribué, on parle de la participation des clients, de la communauté et du personnel. Je veux simplement vous souligner que Ville-Marie, par sa tradition, a toujours insisté sur la participation des clients et des représentants de la communauté. En ce qui concerne notre conseil d'administration, ce que j'ai vécu maintenant depuis trois mois, nos conseils d'administration sont ouverts. À la dernière réunion du conseil, il y avait au-delà de 150 personnes de la communauté présentes durant toutes les délibérations du conseil. Encore, c'est quelque chose que nous croyons une bonne façon pour un CSS de procé-

der et nous appuyons la proposition que les réunions des conseils soient ouvertes.

Très vite, je veux simplement vous indiquer que nous sommes heureux de voir que les mandats des centres des services sociaux, tels qu'ils existent, sont confirmés. Nous sommes très intéressés et nous appuyons l'intérêt que le ministère démontre sur les questions de contrôle de qualité. C'est un domaine que nous croyons que la loi devrait prévoir et nous serons prêts à collaborer avec le ministère là-dessus.

Finalement, nous voulons simplement souligner notre support pour la notion de liberté de choix dans le choix des établissements pour les clientèles. Nous croyons que c'est un élément essentiel et à la base de notre législation dans le domaine de la santé et des services sociaux. Là-dessus, M. le Président, je termine, et nous sommes ouverts à votre question.

Le Président (M. Messier): Merci pour votre esprit de synthèse et je laisserais la parole au ministre responsable.

M. Côté (Charlesbourg): Merci de votre présentation. M. le Président, j'irai directement à une question qui parle du mandat des CSS et, puisque vous faites allusion à la partie adulte, puisque deux dossiers très importants, jeunesse et adulte... Effectivement, il y a des réflexions afin de savoir si, par exemple, les familles d'accueil pour adultes hébergés ne devraient pas éventuellement relever des CLSC au lieu des CSS, laissant aux centres de services sociaux le mandat au niveau de la jeunesse. Est-ce que vous ne trouvez pas plus normal que les familles d'accueil puissent être rattachées aux CLSC, pour les adultes hébergés, au lieu des CSS? Ma question est définitivement directe - évidemment, vous me connaissez - ça ne donne rien de tourner autour du pot. Puisque ça traîne dans le décor, aussi bien l'attaquer de front avec vous autres.

M. Walker (John): Je peux répondre à ça, M. le ministre. Nous sommes convaincus que le mandat d'héberger les personnes adultes, âgées, doit rester avec le CSS, parce qu'on a vécu déjà des années d'expérience là-dessus et nous sommes dans une position très forte pour superviser ou contrôler la qualité, soit des clients dans les ressources comme ça ou dans le recrutement. Je pense que les CSS ont un mandat régional d'avoir un exercice de contrôle uniforme au niveau régional. Je pense que le système de santé et des services sociaux va perdre quelque chose s'il n'y a pas un contrôle et si le territoire est laissé à développer ses ressources tout seul, c'est-à-dire, autour des CLSC. Il me semble que nous avons assez d'expérience là-dessus depuis des années et cette expérience est précieuse dans le domaine des familles d'accueil.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que vous ne trouvez pas que, dans toute la panoplie des services qu'on offre pour personnes âgées, il n'y a pas une brisure, à un moment donné, dans les services de maintien à domicile et les CLSC? Évidemment, c'est là qu'on doit évaluer le niveau d'autonomie ou de perte d'autonomie d'une personne adulte hébergée, mais ça, ça relève du CLSC. Et là, il y a une brisure où l'on dit: Bon, parfait, famille d'accueil. La référence en famille d'accueil et la supervision de la famille d'accueil relèvent des CSS et, par la suite, on revient aux pavillons, centres d'accueil d'hébergement privés autofinancés ou publics et centre de longue durée. Comment est-ce qu'on fait pour faire ce lien, extrêmement important, ce continuum de services au niveau de la personne? Est-ce qu'on prend le maintien à domicile puis on donne ça aux CSS?

Mme Green (Miriam): Si je peux peut-être ajouter quelques mots à ce que M. Walker a dit. D'abord, je pense, M. le ministre, qu'on vit actuellement dans une situation où chaque établissement a un mandat spécifique et puis déjà, si vous parlez de continuum de services, si on veut aller au plus logique de votre pensée, on peut dire: Bon, on donne à un établissement toutes les responsabilités pour la santé et les services sociaux. Alors, ça, c'est au niveau du principe.
(17 h 45)

Pour les familles d'accueil pour adultes et personnes âgées, ce sont des services assez spécialisés et puis, si on donne ça aux CLSC, je craindrais que, question même de masse critique, on perde quelque chose là-dedans. Par exemple, des familles d'accueil pour des personnes, des adultes handicapés intellectuels sévères - je parle de la population entière - est-ce qu'on aura dans une zone de CLSC suffisamment de personnes pour, disons, développer un expertise dans ce CLSC. dans ce domaine là, superviser ces gens-là dans ces familles d'accueil là. Puis, si on va plus loin et qu'on pense aux personnes handicapées intellectuelles anglophones, là, on tombe vraiment dans les gros problèmes, parce qu'il se peut que, comme dans une zone de CLSC, il y ait peut-être deux ou trois familles, puis développer des familles d'accueil pour ces gens-là avec l'expertise des employés, ça n'a plus de bon sens.

C'est surtout dans ce domaine-là. C'est vraiment quelque chose de très spécialisé où les besoins sont plutôt au niveau régional et c'est très difficile de... Je ne vois pas non plus pourquoi et comment ça pourrait être divisé au niveau d'un territoire de CLSC, parce que si, nous, on a, je ne sais pas, 150 personnes handicapées intellectuelles à travers la région de Montréal, do se limiter à développer des familles d'accueil - c'est déjà difficile d'en trouver, des familles d'accueil - à trouver ces gens-là dans

une petite région particulière, je pense que ça deviendrait vraiment impossible.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, c'est une question qui est intéressante et elle n'a pas fini de faire couler de l'encre, parce qu'elle va se débattre sur la place publique. L'opportunité que j'avais était trop belle, c'était trop beau pour ne pas vous poser la question, il ne reste pas beaucoup de temps. Je sais que mon ami Christos avait une question à vous poser, mais on y reviendra, définitivement.

Le Président (M. Messier): M. le député de Laurier et ministre délégué.

M. Sirros: Moi, c'était pour reprendre un peu ce que vous avez dit au niveau de la sous-régionalisation. On a entamé un débat tout à l'heure avec un autre groupe, et on n'a pas pu aller très loin. Je voudrais vous demander comment, vous, vous voyez fonctionner... dans le sens que Montréal est la région où il y a trois CSS. Il y a un genre de situation hybride actuellement où on fonctionne et par territoire et par entente interrégionale. Ce que vous proposez au niveau de la budgétisation, entre autres, ce serait quoi?

M. Goldbloom: Premièrement, il nous semble clair que dans ce domaine, surtout le domaine des services sociaux, la langue est l'outil avec lequel on rend les services. Ça étant dit, il nous semble... Et c'est pour ça que j'ai mentionné, dans mes remarques, les différentes tables de concertation qui existent déjà à l'intérieur des institutions de langue anglaise pour la jeunesse ou pour les personnes âgées. Ce que nous croyons, c'est qu'il y a un rôle, que ce soit pour le CRSSS ou la nouvelle régie, de préparer un plan de services pour toute la région de Montréal.

Mais nous croyons que ça devrait être possible dans chacun des différents domaines que des institutions, disons, de langue anglaise travaillent ensemble pour proposer des plans de services au conseil régional. Donc, que le CSS Ville-Marie rende ses services aux personnes d'expression anglaise à travers l'île de Montréal, mais, dans chacun des domaines particuliers, que ce soit la jeunesse ou les personnes âgées, suivant les objectifs établis par le ministère, nous serons obligés de faire une sorte de coordination pour établir nos priorités et les communiquer au conseil régional qui va, par la suite, préparer un plan final pour proposition au ministère.

M. Sirros: Il y a donc aussi un lien avec les plans d'accessibilité de la loi 142...

M. Goldbloom: Évidemment.

M. Sirros... qui, eux, agissent un peu comme une description des balises par rapport aux services accessibles en langue anglaise. Et je posais la question cet après-midi, dans le sens que vous mentionnez ici par la discussion que vous avez eue tout à l'heure par rapport au mandat, par exemple, les familles d'accueil, etc. Est-ce que, dans ce sens-là aussi, les plans d'accessibilité présentent pour vous une garantie quant aux services qui sont disponibles et qui seront disponibles en langue anglaise à la communauté, indépendamment d'où se trouve le service? Si on prend la famille d'accueil, par exemple, si ça sort des CSS et que ça va dans les CLSC, si on le retrouve dans le plan d'accès, à ce moment-là, le service est assuré par rapport à l'accessibilité linguistique.

Mme Green: Est-ce que je peux juste commenter?

Une voix: Oui.

Mme Green: Si je vous comprends bien, M. Sirros, il me semble que, oui, il y a une garantie - puis on en est très contents - dans les plans d'accessibilité. Mais je pense que ce qu'on est en train de souligner, c'est qu'il faut aussi qu'il y ait une structure de collaboration et des liens entre ces établissements-là pour que vraiment ça fonctionne pour la clientèle desservie.

M. Sirros: O. K.

Le Président (M. Messier): Merci, beaucoup, M. le ministre délégué. Je laisse la parole au porte-parole officiel de l'Opposition.

M. Chevrete: Merci. Je ne pensais pas que je vous inquiétais, M. Goldbloom. Ceci dit, je reviens quand même avec les questions que j'ai posées tantôt parce que je pense que s'il y a une structure qui est contestée par les structures mêmes du réseau, c'est le CSS, comme structure. Sans qu'on les questionne, il y a des CRSSS qui ont écrit, dans leur mémoire... Vous avez sans doute lu la littérature de certains CRSSS qui, à toutes fins pratiques, allaient plus loin, même, que ce que le ministre vous a posé comme question tantôt. Le ministre vous paraît de la répartition possible entre le volet "protection de la jeunesse" versus "placement familles d'accueil", mais il y a certains CRSSS qui confiaient aux CLSC à peu près toute la responsabilité actuellement dévolue aux CSS. Vous avez sans doute lu ça au niveau des mémoires qui ont été distribués. Je voudrais vous demander si la communauté ne serait pas mieux desservie avec une structure unique, mais avec l'obligation de servir dans la langue de l'individu quand il s'agit de la communauté anglophone. Quant aux allophones, c'est bien sûr selon la langue qu'ils patient ou qu'ils

maîtrisent, soit le français ou l'anglais.

M. G old bloom: Ma réponse est non. Je pense que vous ne serez pas étonné par ma réponse. Je crois fermement qu'il est essentiel, pour n'importe laquelle communauté, d'avoir un lien direct avec ses institutions. Un aspect de l'histoire du Québec, depuis 20 à 30 ans, c'est l'effort de la majorité d'assurer le contrôle de ses institutions. Le grand défi devant les minorités de langue française en dehors du Québec a été d'obtenir le contrôle de leurs institutions. La décision récente dans le domaine de l'éducation de la Cour suprême, je pense que tous les Québécois l'ont accueillie d'une façon très positive parce que nous comprenons l'importance, pour une communauté, d'avoir le contrôle de ses établissements. Donc, je pense que c'est la même chose qui existe pour la minorité d'expression anglaise sur l'île de Montréal, c'est d'avoir le contrôle de ses institutions et la seule façon de l'avoir, c'est de maintenir le système tel qu'il existe maintenant. C'est une façon, premièrement, d'assurer une qualité de services en langue anglaise et, deuxièmement, de permettre aux membres de la communauté de participer à ces institutions publiques et à apporter leur contribution à la société québécoise.

M. Chevette: En quoi une structure du type CSS qui assure un traitement individuel à la personne peut-elle avoir, comment dirais-je, cette importance capitale au niveau des services sociaux, contrairement, par exemple, aux institutions hospitalières où on peut avoir des vocations reconnues, des passés? Il y en a même que c'est plus sur une base de religion que sur une base linguistique et on l'a reconnu. On a vu, même, cet après-midi, l'Armée du salut venir ici avec une vocation bien spécifique. Mais ne trouvez-vous pas que c'est du dédoublement de ressources financières d'avoir deux structures qui visent la personne d'abord?

M. Goldbloom: Non, je ne crois pas. Évidemment, tout le monde a besoin des services. Il n'y a pas deux établissements ou deux structures pour rendre le service au même groupe de personnes. Donc, c'est une façon...

M. Chevette: Pourquoi voulez-vous décentraliser, Dr Goldbloom? Pas docteur, excusez-moi.

M. Goldbloom: Docteur.. Ma grand-mère a toujours voulu que je sois médecin, mais...

M. Chevette: Votre père aussi, sans doute.

M. Goldbloom: Oui. Le premier en trois générations qui ne l'est pas.

M. Chevette: C'est un lapsus, parce que j'ai été habitué de même. La première fois que je

suis entré en Chambre, c'est à votre père que j'ai fait face. Comment voulez décentraliser et établir des budgets pour des gens sur l'île de Montréal? Prenons l'île de Montréal, on a deux CSS. À supposer que le ministre décide - trois CSS, excusez-moi - de décentraliser...

Une voix:...

M. Goldbloom: Je pense que les gens en arrière de moi...

M. Chevette: Il y a des gens en arrière de vous qui ont déjà eu une réponse favorable du ministre qui a précédé. D'accord? Ce que je veux vous dire, c'est: Comment voulez-vous décentraliser les sommes d'argent - c'est la question que je vous pose - pour que ce soit équitable si on n'y va pas par un per capita? Et si on y allait par un per capita. Et si on y allait par un per capita, ce serait catastrophique dans votre cas, à moins que je ne m'abuse, à moins que je ne comprenne plus ou que ça ait tellement changé. Si vous étiez budgétisé de la même façon que MM, vous ne seriez pas capables de donner des services. Est-ce que je me trompe?

M. Goldbloom: Je pense que vous vous trompez.

M. Chevette: Je me trompe?

M. Goldbloom: Je crois bien. Je n'ai pas eu l'occasion d'étudier toutes ces choses autant en détail que vous, mais ce que je peux vous signaler, M. le député, c'est qu'à la dernière réunion du conseil d'administration de Ville-Marie j'ai eu la triste tâche de couper presque 900 000 000 \$, 900 000 \$, pardon, 900 000 \$...

M. Chevette: Oui. J'étais pour dire: ne gobe pas le ministère. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Goldbloom: Oui, O.K., 900 000 \$ dans notre budget, ce qui a eu comme impact qu'on a été obligés de retirer certains services des hôpitaux à longue durée, de retirer des services qui ont été donnés depuis des générations aux personnes incarcérées. Ville-Marie vit le problème que vivent toutes les institutions, celui de vivre avec pas assez d'argent. Donc, je ne pense pas que vous ayez raison. Nous avons le défi de gérer les fonds publics qui nous sont accordés et je n'ai pas peur de participer, avec le ministère, à un processus pour examiner les différentes façons de subventionner les CSS à Montréal.

M. Chevette: A mon point de vue, la question que le ministre vous a posée, vous l'avez esquivée. J'aimerais vous la reposer sous un angle différent. Vous êtes quasi aussi habile

que votre père. La question, je vous la repose de la façon suivante. Si les CLSC sont plus près du monde, parce qu'il y a un découpage territorial, bien identifié, c'est tout proche des populations, est-ce que vous ne croyez pas, en ce qui regarde... parce qu'on veut toujours... on est axé sur la personne, on veut la garder dans son milieu le plus naturel, le plus immédiat possible, comment pouvez-vous rivaliser - je dis rivaliser mais pas dans le sens péjoratif - rivaliser avec un CSS, un CLSC, dis-je, qui, lui, veut garder la personne le plus près de son propre milieu naturel alors que vous autres, vous vous battez pour une territorialité beaucoup plus vaste, beaucoup plus grande?

M. Goldbloom: Allez-y, monsieur.

M. Walker: Je peux répondre à ça, M. le député. Je n'ai pas dit que ce n'est pas possible d'avoir des familles d'accueil sur tout le territoire d'un CLSC, j'ai dit, tantôt, qu'il me semble que c'est un service très spécialisé qui relève du mandat du CSS. Il y a une expertise là-dedans. Une chose qui est très importante, c'est un aspect de "quality control", l'assurance d'un contrôle des services, par l'entremise de standards appliqués aux régions par notre service professionnel. Je pense qu'on peut atteindre la complémentarité avec le CLSC, avec des lignes étroites, parce qu'on travaille maintenant avec les CLSC très étroitement, avec le maintien à domicile, surtout sur d'autres programmes aussi, famille-enfance. Mais je pense que, si le ministère décide de transférer le mandat dans un programme régional spécialisé au CLSC, ça rend confus le mandat du CLSC, qui est supposé donner des services courants, dans mon optique et selon l'optique du ministère. Les services de placement, d'hébergement, ce sont des services à long terme avec des personnes très lourdes.

Le Président (M. Messier): Un mot de remerciement, M. le député de Joliette.

M. Chevette: Oui, je m'excuse, on n'a pas le temps, une demi-heure c'est trop court. Mille mercis.

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

M. Côté (Charlesbourg): Je vais vous remercier et regretter que nous n'ayons pas plus de temps pour discuter du sous-financement. Je pense qu'on aurait des échanges assez intéressants là-dessus, à la fois au niveau des CSS et aussi des centres hospitaliers ou de certains établissements. Je ne partage pas ce point de vue mais, évidemment, ça prendrait des échanges pour être capables d'en arriver à un consensus, et je vous comprends. Donc, c'est un dossier qui est ouvert et qui fera l'objet, certainement, d'échanges additionnels dans les semaines et les

mois qui viennent. Merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): Au nom de la commission je vous remercie, et des salutations toutes particulières à votre père. Nous suspendons les travaux jusqu'à 20 heures ce soir.

(Suspension de la séance à 18 heures)

(Reprise à 20 h 5)

Le Président (M. Messier): J'aimerais souhaiter la bienvenue au Comité de coordination des établissements publics juifs, Services communautaires juifs de Montréal. Nous allons débiter nos travaux. M. Sirros, le ministre délégué, va, après votre échange... On a prévu quoi? une demi-heure; ça veut dire peut-être 10 minutes d'intervention et, après ça, il va y avoir échange autant pour le parti ministériel...

M. Sirros: Je pense qu'il y a un arrangement pour aller jusqu'à 40, 45 minutes.

Une voix: Un arrangement pour une prolongation de 15 minutes.

Le Président (M. Messier): Suspension des travaux pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 20 h 6)

(Reprise à 20 h 7)

Le Président (M. Messier): C'est 15 minutes d'intervention et, après ça, il va y avoir échange pour le temps qui sera alloué pour le restant. Je demanderais possiblement à la présidente, Mme Sigman, de présenter les gens qui sont avec elle et de commencer.

Comité de coordination des établissements publics juifs - Services communautaires juifs de Montréal

Mme Sigman (Maxine): Bon, merci. Je suis Maxine Sigman, présidente des Services communautaires juifs de Montréal, l'organe représentatif des organisations de la communauté juive de Montréal. J'ai avec moi, aujourd'hui, un groupe représentant les dirigeants bénévoles et professionnels de notre communauté. Je vous les présente: **Avrum Orenstein**, membre du conseil des fiduciaires des Services communautaires juifs de Montréal et porte-parole officiel pour le Comité de coordination des établissements publics juifs; **Jacques Hendlitz**, directeur général de l'Hôpital juif de réadaptation et président du Regroupement des établissements publics juifs; **Léon Ouaknine**, directeur général du Centre des services sociaux juifs à la famille, ainsi que de

l'institut Baron de Hirsch des Services juifs, le président, Alain Benitah, la présidente Bella Kaplan; Raphael Assor, directeur des relations gouvernementales des Services communautaires juifs de Montréal; John Fishel, directeur général des Services communautaires juifs de Montréal; Jacques Shore et Jack Jedwab représentant le Congrès juif canadien, région du Québec; Mel Simak, directeur général du Centre hospitalier juif de l'Espérance; Archie Deskin, directeur général de l'Hôpital général juif de Montréal.

Les Services communautaires juifs de Montréal consistent en une fédération de 18 organisations constituantes, qui offre un éventail de services dans les domaines de la santé, de l'éducation, des services sociaux et des loisirs à environ 95 000 membres de notre communauté juive de Montréal. Au cours des 73 ans de notre existence, nous avons élaboré une approche coordonnée en vue de répondre aux besoins de tous les membres de notre communauté par la distribution de services de soins de haute qualité.

Notre communauté est d'une grande diversité. Conscients de cette diversité, nous avons conçu nos établissements communautaires d'après le concept du pluralisme. Nous partageons une religion commune, le judaïsme. Au point de vue linguistique, nous incluons des francophones, des anglophones et des allophones. Certains parmi nous sont nés en Europe et d'autres en Afrique du Nord ou au Moyen-Orient. Beaucoup parmi nous sont établis au Québec depuis plusieurs générations. En ce qui concerne la démographie, nous avons des responsabilités à assumer pour une proportion extrêmement élevée de personnes âgées relativement à d'autres collectivités au sein de la province de Québec. 20 % de notre population est au seuil de la pauvreté.

Chaque année, nos organisations communautaires mobilisent des dizaines de milliers de volontaires parmi nos résidents juifs, qui participent bénévolement aux activités d'élaboration de politiques, de planification et de distribution de services, ainsi qu'aux levées de fonds en vue de compléter les ressources provenant du gouvernement.

Les Services communautaires juifs, de Montréal ont développé un mécanisme de planification hautement sophistiqué afin de déceler les besoins et les lacunes pouvant surgir dans les services. Ces efforts sont coordonnés avec d'autres organismes tels que Centraide, le DSC Sainte-Justine et le conseil régional.

Le Comité de coordination des établissements publics juifs, qui regroupe tous les établissements juifs, est un important élément dans ce processus. Il comprend également des représentants-clés de notre réseau communautaire.

Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de nous présenter devant cette commission ce soir, afin de partager nos idées avec vous. Nous avons

un mémoire supplémentaire que nous avons distribué. Je donne maintenant la parole à M. Avrum Orenstein qui s'adressera à vous au nom de la communauté juive et du Comité de coordination des établissements publics juifs.

Le Président (M. Messier): Merci, Mme Sigman.

M. Orenstein (Avrum): Je pense que c'est important d'expliquer un peu plus le mode de fonctionnement de notre communauté, l'interaction des établissements publics avec les établissements communautaires, y compris les centres de loisirs. Nous avons réussi à capitaliser le dynamisme communautaire dans nos établissements pour le bénéfice des clients de nos établissements. Je voudrais indiquer tout de suite que, quand je parle de clients de nos établissements, cela ne se limite pas uniquement à la communauté juive. Au CSSJF, par exemple, environ 30 % à 35 % des clients sont non juifs et, peut-être peut-on me corriger, 25 % de nos travailleurs ne sont pas juifs. L'Hôpital général juif, le Centre hospitalier juif de l'Espérance et les autres établissements servent une communauté multiethnique. Nous sommes un leader dans le domaine de l'accès culturel.

Nous réalisons effectivement que l'avant-projet de loi fut rédigé en vue de régler des problèmes réels et d'actualité. Je dois dire au début que nous acceptons les principes énoncés aux articles 2 et 3 de l'avant-projet de loi. Nous acceptons sans hésitation la nécessité d'examiner et de réexaminer les structures et les modes de livraison de services. Nous appuyons les tentatives en vue d'améliorer la santé des Québécois et nous reconnaissons que la solution n'est pas nécessairement d'ajouter des millions de dollars additionnels. Le principe de responsabilité fiscale et l'utilisation rationnelle des ressources sont facilement acceptables à la communauté juive qui exige cette même responsabilité fiscale de ses établissements. Mais nous suggérons qu'il arrive parfois qu'à vouloir trop embrasser on en arrive à des situations non désirables.

Vu que nous sommes limités par le temps, nous utiliserons les quelques minutes qui nous sont accordées pour expliquer notre réseau d'établissements, auquel les établissements publics sont intégrés, et pour donner quelques commentaires sur l'avant-projet de loi, que nous vous suggérons afin qu'il soit amendé. Nos commentaires seront limitatifs et toucheront, **pour** la plupart, à des amendements suggérés qui affecteront notre communauté.

Avant de parler de notre communauté, à la page 6 de ce que nous avons distribué, nous avons ajouté une annexe avec la liste des établissements du réseau juif. Je me permets de demander à ce comité de simplement voir la liste qui prévoit l'Association de l'âge d'or, l'Association des centres communautaires juifs, l'Associa-

tion des écoles juives, le Baron de Hirsch. Il y a là environ 20 ou 25 différents organismes communautaires.

Pour la communauté juive, les établissements tels que l'Hôpital général juif, l'hôpital Maïmonide, le Centre de réhabilitation juif font partie intégrante de notre communauté. Ces mêmes établissements forment une partie du réseau juif. La destruction de notre réseau aura pour effet de désorganiser notre communauté et d'en affecter une partie importante. Une telle destruction sera désavantageuse pour tout le système de services de santé.

Notre communauté appuie nos établissements. Nous avons une participation locale, une autonomie de gestion, des services requis par les bénéficiaires et le tout dans le cadre des politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le moyen de persévérer dans l'engagement de la communauté, nous l'avons par le biais des corporations qui maintiennent les établissements, les fondations et les sociétés bénévoles de notre réseau. Au sein de notre communauté, les corporations ne sont pas seulement des propriétaires d'immeubles ou des vestiges d'une époque révolue. Elles sont elles-mêmes des associations bénévoles ayant plus de 40 000 contribuables et bénévoles. Ces services appuient la recherche médicale, lancent des projets-pilotes et rendent de multiples services, y compris les campagnes pour collecter de l'argent en vue de la construction des installations adéquates.

Il y a une coordination étroite entre les établissements publics et ceux de la communauté juive pour suppléer ou compléter les services rendus, par exemple, l'institut Baron de Hirsch, dont le président est ici ce soir, qui aide au placement et au soutien des personnes âgées dans des centres privés d'accueil, ou offrir des services sociaux dans les écoles juives, ou offrir des services sociaux à des familles ou à l'individu. Il y a les services de soutien à des personnes âgées, qui aident à la coordination et fournissent également de l'aide aux personnes âgées pour leur permettre de vivre décemment et d'une manière autonome dans leur propre domicile. Il y a aussi des centres de l'âge d'or qui prévoient des activités pour les personnes âgées, les résidences Caldwell qui fournissent l'hébergement à loyer modique pour les personnes âgées, des synagogues formant des groupes pour venir en aide aux personnes âgées et un conseil pour les personnes âgées, auquel Maxine Sigman a fait référence, afin d'aider à la coordination des services et afin d'identifier les lacunes dans ces services et d'y remédier.

En ce qui concerne les enfants et les vieux, nous avons le camp B'nai Brith pour les vacances d'été, un centre de loisirs tel que le Y, un centre de vocation, d'orientation et de formation, une bibliothèque organisant des programmes spéciaux. Nous avons des programmes inter-

générationnels pour les personnes âgées et les enfants. Nous avons des services pour les immigrants et, face à une réalité malheureuse, un cimetière et l'enterrement gratuit des indigents, ainsi que l'entretien des tombes. Pour appuyer un tel système, comme je l'ai déjà mentionné, nous utilisons plus de 40 000 contribuables et bénévoles.

Il va sans dire que ce réseau est des plus enracinés dans la communauté. Ce réseau forme une partie du réseau québécois. Il y a une intégration et une coordination avec le reste du système québécois, tout en assurant un respect total pour l'accès aux communautés culturelles dans un milieu montréalais et québécois. Nous pouvons fournir des services dans les langues multiples au (CSSJF, par exemple, 14 langues). Nous participons, avec le DSC et d'autres organismes, à assurer le service à la clientèle. Nous répondons aux besoins de nos clients sans égard à leur origine ethnique. Récemment, nous avons été impliqués dans un projet du CSS de la Baie James et du CSS de Laurentides-Lanaudière. J'ajouterai ici, entre parenthèses, que les services sociaux offerts par le CSS juif à l'ensemble de la communauté sont prodigués à un coût moindre que la moyenne provinciale.

Au niveau des priorités, nous sommes d'avis que nos priorités sont les mêmes que celles du gouvernement, à savoir les personnes âgées et la jeunesse.

Au sujet de l'avant-projet de loi, les conseils d'administration unifiés, nous sommes au courant qu'apparemment c'était retiré. Mais notre suggestion reste toujours ouverte aux discussions parce que nous suggérons plutôt des regroupements volontaires du genre de ceux de la communauté juive, tel que le JPECC, que je représente ce soir. C'est un regroupement volontaire dont chaque établissement a des représentants et qui assure une coordination, et un but commun.

En ce qui concerne les nominations aux conseils d'administration, nous réitérons notre position que chaque corporation propriétaire ait le droit de nommer à son conseil d'administration trois membres. Pour capitaliser le dynamisme communautaire, ces personnes doivent avoir une entrée absolument directe dans la gestion de l'établissement. C'est un élément-clé absolument essentiel pour sauvegarder la participation communautaire.

Au sujet de la régie régionale, nous devons avouer que nous sommes un peu inquiets. Nous sommes favorables à une véritable décentralisation, mais seulement dans la mesure où elle s'accompagne d'une imputabilité, d'un droit d'appel, d'un respect pour l'accès culturel et des poids et contrepois, ce qu'on appelle en anglais "chicks and bounces", qui est plutôt le mot. L'imputabilité doit se faire à trois niveaux: vis-à-vis du ministre, vis-à-vis de la population et vis-à-vis des communautés. Une procédure de révision et d'appel au ministre doit être prévue.

La régie doit être représentative de la population pluraliste qu'elle va servir. Les communautés socioculturelles doivent avoir une législation leur assurant un traitement égal et un respect pour l'intégrité de leurs établissements et communautés. À la fin, il faudra que ce soit le bénéficiaire qui en profite.

Nous comprenons le défi de cette commission. Nous demandons une compréhension de notre communauté et de notre réseau fonctionnel et efficace. Nous demandons que l'intégrité de notre réseau ne soit pas altérée par des changements et nous offrons l'aide complète de notre communauté et ses ressources humaines à cette commission et au ministre dans le but de trouver une solution. En effet, ce que nous demandons, c'est le respect des articles 2 et 3 de l'avant-projet de loi avec lesquels nous sommes d'accord. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Messier): Merci, Me Orenstein. Je demanderais au ministre délégué de vous poser quelques questions.

M. Sirros: Merci, M. le Président. J'aimerais tout d'abord accueillir les gens qui sont ici, du regroupement des établissements du réseau juif. On doit dire que c'est assez impressionnant de voir l'ensemble de l'intégration qui se fait entre les établissements publics et les établissements communautaires soutenus par la communauté, ainsi que le soutien qui est offert aux établissements publics par la communauté.

Je cherchais, à travers votre mémoire, à voir sur quoi je pourrais vous questionner dans le sens des inquiétudes que vous auriez pu avoir. Je vois que vous n'exprimez pas tellement d'inquiétudes comme telles, à partir du moment où le conseil unifié a été abandonné.

J'aimerais revenir un peu sur toute la question de l'accessibilité culturelle. Vous mentionnez, à la page 5, que "les communautés socioculturelles doivent avoir une législation leur assurant un traitement égal et un respect pour l'intégrité, etc." J'aimerais vous entendre un peu élaborer sur ça. Est-ce que vous voyez une législation spécifique par rapport à l'accessibilité pour les communautés culturelles, au-delà de ce qui existe déjà? Est-ce que vous voyez quelque chose de semblable, vis-à-vis des communautés culturelles, à ce qui existe pour la population d'expression anglaise, dans le sens que les régies régionales pourraient préparer des plans d'accessibilité pour les communautés culturelles? Comment vous l'envisagez?

M. Orenstein: Je vais demander à M. Hendlitz, qui est le président du comité, directeur général, de répondre et je vais ajouter, si possible.

M. Hendlitz (Jacques): Nous voyons notre rôle en livrant des services de santé et des

services sociaux. Nous faisons partie de cette distribution qui est faite partout au Québec. Ce que nous voulons, c'est avoir aussi l'autre mandat de faire attention aux soins sociaux aussi bien que les soins médicaux pour notre communauté juive. On est un peu éparpillé. Bien qu'on soit plus ou moins centralisé à Montréal, il y a des institutions à Laval, il y a des institutions dans l'est de Montréal. Je ne veux pas dire que nous avons un peu peur, mais ce que nous craignons un peu, c'est que nous soyons divisés par des divisions qui seraient faites administrativement. Et c'est de ça que nous avons un peu la crainte.

M. Sirros: Vous parlez vous aussi de toute la question de la territorialité. J'imagine, à ce moment là, suivant votre logique, qu'une division territoriale ne serait pas quoique chose que vous souhaiteriez, que ce soit au niveau d'un CSS ou d'une..., à moins que je ne me trompe.

M. Orenstein: Est-ce que M. Ouaknine peut répondre à ça?

M. Ouaknine (Léon): Merci. Tout d'abord, avant de commencer, je voudrais souhaiter bon anniversaire au ministre; j'ai appris que c'était son anniversaire aujourd'hui. Ha, ha, ha!

Je voudrais souligner que, au niveau des responsabilités territoriales, en ce qui concerne les CSS, notre position peut peut-être vous surprendre, mais nous, nous acceptons une responsabilité territoriale contrairement à ce qui a été précisé durant la journée par d'autres organismes. Nous désirons une responsabilité territoriale, c'est-à-dire la responsabilité de répondre aux besoins de tous les gens qui vivent sur un territoire donné, mais en maintenant une mission socioculturelle, une expertise. Par exemple, s'il y a des gens qui veulent venir chercher ces services pour des raisons d'ordre socioculturel, ils doivent toujours avoir la possibilité de le faire. Mais la notion de responsabilité territoriale, à mon sens, elle est vraiment très importante, parce qu'il faut qu'il y ait une coordination entre tous les établissements du réseau dans un territoire donné. C'est très difficile de fonctionner sans qu'il y ait une certaine logique à ce niveau-là. Donc, c'est la position, vraiment, au niveau du CSS juif à la famille, là-dessus.

M. Sirros: Si je vous comprends bien, finalement, ce que vous dites, c'est: On veut les deux. Nous voulons et une responsabilité territoriale, tout au moins le CSS juif, à la famille, et un mandat socioculturel. Donc...

M. Ouaknine: En fait, oui. Je vais vous donner un exemple. Ce qu'il faut, c'est permettre aux usagers... Parce que c'est vraiment le bénéficiaire qui doit être l'ultime déterminant. Il

faut que les usagers puissent avoir le choix d'aller là où ils se sentent le plus à l'aise et, dans une région comme Montréal, il n'y a pas de question de transport, tout est facilement accessible. Donc, il faut qu'il y ait une responsabilité territoriale pour la question de la coordination des ressources, mais au niveau socioculturel...

M. Sirros: C'est là que je ne vous suis pas. Pourquoi, dans ce cas-ci, ça prend une responsabilité territoriale pour la coordination des ressources quand, probablement, plusieurs de vos établissements se trouveront à l'extérieur d'un territoire donné, de toute façon?

M. Ouaknine: Non, il y a deux choses. Je parlais ici au niveau de la dispensation des services sociaux et je n'abordais pas la dimension globalement, pour l'ensemble des institutions. Au niveau des services sociaux, par exemple, il est important qu'il y ait des liens étroits qui soient établis entre les CLSC du territoire. C'est très important ça, parce que le travail doit être fait en commun. Les usagers sont vraiment notre raison d'être. Ce n'est pas juste un établissement qui travaille avec un usager; c'est le CSS, c'est le CLSC, c'est le centre d'accueil. Donc, au niveau de la planification, il faut qu'il y ait cette unité. On l'a accepté, on a identifié cette position depuis longtemps. Nous sommes tout à fait prêts à l'assumer. En même temps, par respect pour le droit de l'usager de choisir l'établissement, on dit que notre mission socioculturelle s'actualise dans le respect de ce choix de l'usager.

M. Sirros: Pourriez-vous peut-être élaborer un peu plus aussi sur la coordination ou la collaboration qui peut se faire entre les établissements comme tels qui sont associés ensemble? Au-delà de toutes les autres divisions qui peuvent exister à l'intérieur de l'organisation du réseau, vous avez développé entre vous, semble-t-il, une liaison particulière autour de la notion de l'accessibilité socioculturelle vis-à-vis de la population juive et, si je comprends bien ce que vous dites ici, vous dites finalement: Le nouveau projet de loi ou la nouvelle réforme devrait venir en quelque sorte consacrer cette possibilité dans la loi. Est-ce que je me trompe? Sinon, comment le voyez-vous?

M. Orenstein: Je pense que c'est assez précis. Ce que nous avons demandé dans notre mémoire, c'est un peu différent de la question d'avoir des services pour les anglophones. Nous demandons aussi le respect pour les établissements; vu que les établissements font partie du réseau, qu'il y ait un mariage entre les services communautaires et les établissements.

Ce que nous avons fait, nous allons essayer un peu de l'expliquer; ça va prendre peut-être

des heures, mais on va essayer dans deux ou trois mots. Comme nous avons beaucoup de bénévoles dans la communauté et qu'effectivement chacun de ces organismes communautaires est lié par la voie de ces mêmes membres à des hôpitaux, à des centres de services sociaux, il y a cette interchangeabilité des personnes et une "dedication" de ces personnes à un centre particulier. Entre les centres, entre les communautés, entre les services communautaires, nous avons deux organisations. L'une, les services communautaires juifs, dont Mme Sigman est la présidente, fait la coordination de l'ensemble. Nous avons chaque fois des comités pour des spécialités, par exemple, un comité pour les affaires culturelles, pour voir ce qui se passe dans la communauté au niveau culturel, pour voir les organisations culturelles faire des choses qui ne sont pas répétitives et que les réseaux vont utiliser. Même chose au niveau des centres de services sociaux, les hôpitaux, ceux qui sont dans les affaires sociales.

Au niveau des affaires sociales, vous avez un comité de coordination. L'idée de ce comité est d'avoir une coordination des services, d'éviter une duplication dans les services, d'éviter d'avoir trois ou quatre établissements qui offrent le même service quand on peut le faire ensemble avec les autres. Nous avons eu dans le passé, par exemple, un centre d'évaluation. Avec ça, par exemple, il y a peut-être des personnes qui sont prêtées à ce centre d'évaluation par trois ou quatre établissements. Il fait le travail pour les trois ou quatre ensemble et, avec ça, il fournit des renseignements aux trois ou quatre et cela évite d'avoir un centre d'évaluation dans trois établissements. Avec ça, nous étions capables de fournir des services aux bénéficiaires au lieu d'avoir de l'administration additionnelle. C'est là que nous avons dit, quand nous avons lu l'avant-projet de loi, qu'effectivement ce qui était recherché dans l'avant-projet de loi, c'est ce que nous avions déjà dans notre communauté. Le problème, c'est que, quand nous avons lu les énoncés de principe et après les modalités pour les mettre en application, nous avons dit: Maintenant, nous sommes inquiets.

Les principes, nous les acceptons et nous sommes convaincus que ce que le ministère veut avoir, c'est précisément ce que nous avons déjà, mais malheureusement...

(20 h 30)

M. Sirros: Mais vous, vous dites: Pas de conseil unifié sur une base territoriale, mais permettez-nous de développer nos structures de coordination sur une base socioculturelle, finalement.

M. Orenstein: Le socioculturel, pour nous autres, c'est important, mais ce que nous suggérons, c'est un comité de coordination plutôt volontaire. Parce que, pour notre communauté, nous avons trouvé, nous le pensons, la formule.

Avec ça, nous disons: Pour la balance de la communauté, c'est trop grand d'avoir un conseil unifié. Ce qui est nécessaire peut-être, c'est d'avoir de petits réseaux...

M. Sirros: Un mécanisme de coordination.

M. Orenstein: ...plus ou moins comme le nôtre, avec des personnes qui sont "dedicated" à un établissement et qui connaissent le secteur. Nous ne parlons pas des professionnels; nous parlons des bénévoles qui travaillent dans le secteur depuis des années et qui deviennent, après, des membres du conseil d'administration. Ce sont des fonctionnaires, des bénévoles professionnels.

Le Président (M. Messier): M. le ministre responsable.

M. Côté (Charlesbourg): Il y a une partie de la question que je voulais vous poser à laquelle vous avez répondu quant à la complémentarité et ça m'apparaît très, très bien répondu. J'en poserais peut-être une qui se raccroche à la première. Compte tenu du fait que vous avez effectivement une structure parapluie, avec une panoplie de services dispensés aux bénéficiaires, qui coûtent moins cher que la moyenne provinciale, j'ai compris que, si ça coûte moins cher, c'est parce qu'il y a beaucoup de bénévolat.

M. Orenstein: Et de coordination.

M. Côté (Charlesbourg): Et de coordination, donc l'élimination de doubles structures. Mais ça nécessite des niveaux d'arbitrage quant aux décisions à prendre. J'imagine qu'il ne doit pas y avoir unanimité de pensée ou une même vision. Là, on fait appel à de la planification et à un processus décisionnel qui doit être assez important. Lorsqu'on parle éventuellement de régie régionale, c'est un peu à ce genre de structure qu'on fait appel, avec toute une panoplie de services, d'intérêts divergents qui devront tantôt être assis ensemble et faire des choix. Comment se fait l'arbitrage, à part serrer un poignet de temps en temps?

M. Orenstein: Dans notre communauté?

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Orenstein: Jusqu'à maintenant, nous n'avons pas eu d'arbitrage. Nous avons de grandes décisions. Nous avons commencé avec l'idée qu'ici tout le monde a le même but, effectivement, de servir les bénéficiaires et d'éviter la duplication des services. Effectivement, c'était réglable. Jusqu'à maintenant, nous avons réussi, avec un peu de pression ici et là, mais nous avons réussi. C'est fort possible qu'un système d'arbitrage soit nécessaire dans l'avenir.

Jusqu'à maintenant, comme je l'ai dit, notre comité de services communautaires juifs est là depuis 73 ans. En conséquence, c'est faisable.

M. Côté (Charlesbourg): Je trouve ça intéressant. Je prends une clientèle spécifique, vieillissement de la population. J'ai appris dans mes rencontres avec vos représentants que nous étions dans une situation où, effectivement, vous devancez un peu l'ensemble du Québec sur le plan du vieillissement de la population.

M. Orenstein: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): C'est un dossier quand même extrêmement important, avec aussi à peu près les mêmes services offerts pour les personnes âgées, que ce soit des familles d'accueil, que ce soit des centres d'accueil d'hébergement, ainsi de suite, le maintien à domicile aussi. Moi, j'ai toujours pensé qu'il devait y avoir un fil conducteur du maintien à domicile jusqu'à l'hébergement en centres hospitaliers de longue durée. Ce n'est pas nécessairement le cas dans le réseau francophone public, au niveau du Québec. Est-ce que chez vous il y a un fil conducteur et qui décide de quoi? Est-ce que c'est le CSS qui a la responsabilité du foyer où la personne est en perte d'autonomie, en passant par la famille d'accueil, par le centre d'accueil d'hébergement privé conventionné? Est-ce que c'est sous la responsabilité d'un seul chapeau ou s'il y a une responsabilité partagée?

M. Orenstein: C'est la responsabilité du centre de services sociaux juifs à la famille, avec l'aide d'autres organismes communautaires que nous avons mis en fonction il y a deux ans, je pense, et c'est les services juifs de soutien aux aînés de Montréal. Ce qui a été fait, nous avons décidé, comme il y a beaucoup d'organisations: le centre de services sociaux, les centres de l'âge d'or, les établissements comme les hôpitaux, y inclus leurs salles d'urgence, que nous avons besoin d'un service central qui va faire des choses différentes. Premièrement, il va représenter le bénéficiaire vis-à-vis de tous ces types d'établissements, dans le cas de refus de services, dans le cas où une personne pense qu'elle doit être admise à l'hôpital, mais a été refusée. Il a ce rôle-là. De plus, il a le rôle d'essayer de coordonner ces services, de voir dans... Nous l'avons mentionné avec Caldwell, il y a des appartements à loyer modique et, peut-être, il y a aussi besoin de services. En conséquence, nous avons ajouté des services. Léon veut ajouter des choses, je lui cède la parole.

M. Ouaknine: C'est ce qui se passe, M. le ministre. Par exemple, comme vous le savez, H y a 24 % de la population, dans la communauté juive, qui a 65 ans et plus et, au CSS, par exemple, nous avons travaillé, l'an dernier, avec

à peu près 8 000 personnes âgées, ce qui est énorme, à peu près 50 % de notre clientèle. Tout le système, pour tout ce qui touche au système public, est essentiellement coordonné par le CSS juif à la famille, mais en collaboration étroite avec un organisme communautaire qui a été mis en place par rapport à tous les services complémentaires au système public.

Pour vous **donner** un exemple, l'État "sauve", actuellement, beaucoup d'argent parce que, s'il fallait qu'il réponde aux besoins des gens de la communauté tel qu'il est mandaté pour le faire légalement, il n'y aurait pas assez de ressources. La moyenne de nos gens en familles d'accueil est de 84 ans. Ailleurs, c'est beaucoup moindre. Normalement, elles devraient être dans des centres d'accueil ou dans des hôpitaux et les ressources ne sont pas là. Donc, ces services communautaires viennent assurer une aide complémentaire et c'est la coordination entre ces deux instances qui assure ça. Malgré tout, ça va jusqu'à un certain point et il est impossible, évidemment, d'assumer totalement ce qu'impliquera à long terme le phénomène grandissant du vieillissement.

Le Président (M. Messier): Merci. Sur ces propos fort rassurants, je vais passer la parole au député de Joliette et porte-parole officiel en matière de santé.

M. Chevette: Je vous remercie, M. le Président. Tout d'abord, vous me permettez de souligner la grande solidarité de votre communauté; je pense que personne n'en doute au Québec. C'est peut-être un exemple de solidarité au point de vue communauté qu'on ne retrouve malheureusement pas dans toutes les communautés. Vous méritez sans doute notre admiration aussi en ce sens que c'est peut-être ce qui fait que, quand un ministre a à décider des choses, il est ébranlé avant de se brancher, et quel qu'il soit, de quelque formation politique qu'il soit. Je pense que, quand on voit qu'on fait plus avec les ressources que ce que l'État s'est fixé même comme objectif on est obligé de le reconnaître et on dit: Chapeau! Ça fait que, de ce côté-là, je voudrais vous féliciter, en tant que membre de cette Assemblée nationale, pour cet exemple de solidarité collective que vous manifestez.

Deuxième chose que je veux dire, je suis heureux que vous n'ayez pas une approche de confrontation. C'est plutôt une approche, je dirais, socioculturelle mais ouverte. Et c'est là-dessus que je voudrais vous entendre un peu. Ce n'est pas exclusivement des bénéficiaires de votre communauté et vous avez quel pourcentage de la communauté montréalaise, ici, parmi les bénéficiaires que vous recevez, que vous traitez?

M. Orenstein: O.K. Ça dépend de l'établissement. Au CSSJF, nous avons 35 % des bénéficiaires; au Jewish General, c'est plus élevé, ça

peut aller entre 50 % et 65 %. Dans un centre pour les personnes âgées, tel que l'Hôpital Maimonide, c'est presque zéro. Là, je dois dire que c'est plutôt socio-culturel. Dans les autres établissements, ça varie en proportion, mais la moyenne doit être entre 20 % et 30 %, **sauf** pour le Jewish General où elle est plus élevée. À l'Hôpital général juif, c'est bien plus élevé.

M. Chevette: Est-ce que vous avez senti de la réticence de la part de la communauté francophone qui va dans vos institutions ou si vous sentez qu'il y a une grande facilité d'approche? Est-ce que vous sentez quelque réticence que ce soit?

M. Orenstein: Est-ce que je peux répondre? Sur ça, je peux dire: Absolument pas. L'exemple que je donnerais assez vite sera l'Hôpital Mont-Sinaï qui se trouve dans Laurentides-Lanaudière. Et là, nous avons eu l'appui de nos salariés, qui, pour la plupart, ne sont pas juifs, et des bénéficiaires, qui, aussi, pour la plupart ne sont pas juifs. Ils se sont identifiés à l'établissement. Je travaille avec eux et maintenant, je dois dire qu'ils sont une partie intégrante de ces mêmes établissements. Je ne pense pas que nous ayons des réticences. L'Hôpital général juif est situé non loin d'Outremont et, en conséquence, une partie de ses clients ne sont pas juifs; ce sont des résidents d'Outremont. Mais, jusqu'à maintenant, nous avons senti l'appui de presque tous les bénéficiaires et des salariés de ces établissements.

M. Chevette: Est-ce que vous avez dû conclure des ententes de services ou des sous-contracts avec d'autres CSS de Montréal ou si vous avez toujours réussi à vous en tirer sans sous-contract avec VM.

M. Ouaknine: En ce qui concerne VM, on a des contrats de services avec les autres CSS, mais il y a un problème actuellement. Nous, on a affirmé qu'on est prêts à assumer une responsabilité territoriale complète, tout en maintenant cette mission, mais le CSS même a complètement changé d'orientation et veut maintenant nous confiner dans un mandat purement socioculturel. Je dois dire que ça me paraît, à moi personnellement, inacceptable pour les raisons suivantes. Ça fait 12 ans, au CSS, qu'on fait des efforts inouïs pour s'adapter à la réalité québécoise. Comme vous le savez, 35 % de notre clientèle en montant est non juive, 30 % de notre personnel est non juif, plus de 50 % de notre clientèle en protection de la jeunesse est non juive. On a amené tout notre personnel à être bilingue. On utilise 14 langues et, essentiellement, la position stratégique de l'autre CSS dit: On va confiner le CSS juif, à la famille à une réalité purement socioculturelle. C'est vraiment gommer d'un coup plus de 12 ans d'adaptation et de support à

l'évolution qu'il y a eu au Québec. Nous sommes engagés. Nous assumons notre responsabilité de façon très sérieuse et, au contraire, nous voulons nous ouvrir. On a des rapports très intéressants avec tous les autres établissements et on collabore beaucoup avec eux. Donc, je pense qu'il faut qu'on tienne compte de cette réalité d'une institution qui est socioculturelle, mais qui assume pleinement une responsabilité publique et qui veut continuer à l'assumer.

Nous avons évidemment des contrats de services avec tout le monde. Nous assumons beaucoup plus que notre part, parce que nous avons assumé les services à toute une population non juive grandissante dans le territoire que nous desservons, qui est le DSC Sainte Justine, sans qu'il y ait transfert de ressources de la part des autres CSS qui étaient normalement budgétés pour ces services.

M. Chevette: La décentralisation telle que prévue dans l'avant-projet vous fait-elle peur pour Montréal?

M. Hendlisz: Ça nous inquiète un peu, cette décentralisation, parce qu'on n'est pas sûrs des mécanismes d'imputabilité. Vous, comme ministre, êtes imputable au public. Nous, comme centre, nous sommes imputables au public aussi. Mais ces régies qui sont vraiment bureaucratiques, au fond c'est peut-être la nature de la bureaucratie, sont un peu vraiment protégées de cette imputabilité et nous avons un peu peur de ce manque d'imputabilité.

M. Chevette: Au niveau de la décentralisation potentielle ou possible, y compris des enveloppes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, est-ce que ça vous effraie?

M. Hendlisz: Disons qu'étant tous vraiment centralisés à Montréal, ça pourrait sûrement avoir des effets importants et majeurs sur nous, particulièrement quand on parle des redressements qui pourraient se faire interrégionalement. Comme nous l'avons écrit dans notre projet, nous comprenons ces disparités interrégionales, mais nous sommes aussi très intéressés aux disparités intrarégionales qui existent déjà. Bien qu'on ne puisse pas être contre les disparités qui existent interrégionalement, il faut comprendre que Montréal, c'est différent. C'est un centre urbain. De la même façon, on accuse toujours Montréal de consommer la majorité des ressources. Je peux vous dire qu'en Éthiopie, à Addis-Ababa, il s'en consomme plus que dans les territoires. C'est un phénomène urbain. Alors, oui, ça pourrait avoir des effets sur nous.

(20 h 45)

M. Chevette: Je suis content que, au moins, vous le disiez parce que, depuis le début, tout le monde semble pour la vertu quand on le questionne. Je ne suis pas sûr que tout le monde

ait analysé les répercussions possibles. Je suis content de voir qu'il y en a un qui est réaliste. Je vous félicite de ce côté-là, parce que je suis certain qu'il y en a qui ne l'ont pas vu. Il va falloir, c'est clair, avoir des contrats de services. On ne pourra pas abolir du jour au lendemain les centres ultraspecialisés. Il va falloir que quelqu'un, si on décentralise les enveloppes, paie pour des contrats de services pour faire traiter son monde, s'il a l'enveloppe budgétaire. Ça, je ne suis pas sûr que c'est capté au complet. En tout cas, il y en aura au moins un qui sera réaliste. Je vous félicite.

Une dernière question. Est-ce que j'ai droit à une dernière?

Le Président (M. Messier): Très rapidement, oui.

M. Chevette: Ma dernière question, c'est au niveau du fonctionnement possible ou éventuel, de l'abolition éventuelle d'une des vocations. Le ministre y a fait allusion cet après-midi avec, je crois, VM, en ce qui regarde la santé, le secteur familles d'accueil. Quel serait l'impact pour une communauté comme la vôtre qui a plus qu'une dimension linguistique, qui a une dimension socioculturelle?

M. Ouaknine: Tout d'abord, je pense que la responsabilité des familles d'accueil **doit rester** aux CSS, parce que c'est une responsabilité d'ordre régional. Il faut un minimum de ressources. Il faut une masse critique de ressources. Il n'y a rien d'illogique à ce que ce soit les CLSC, mais on ne peut pas concevoir cela sur des unités territoriales aussi petites; sinon, les CLSC vont recréer eux-mêmes un mécanisme régional.

Pour ce qui nous concerne, si on abolissait cette dimension ou si on l'éliminait, ce serait absolument dramatique, parce qu'on place énormément de gens directement dans des familles d'accueil. Ça exige énormément d'efforts. Je ne pense pas qu'aucun autre établissement pourrait placer le type de clientèles qu'on place, qui sont des clientèles lourdes, qui ne devraient **pas** normalement être en famille d'accueil, pour une bonne partie des nôtres. Mais, comme il n'y a nulle part où les placer, on les place là-dedans et on assure un support énorme à la famille d'accueil pour qu'elle puisse maintenir ces gens-là là-bas. Si, par exemple, on nous enlevait cette responsabilité, si quelqu'un d'autre l'assumait très bien, tant mieux, mais je ne suis pas sûr du tout que quelqu'un soit instrumenté pour l'assumer de façon appropriée.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup.

M. Chevette: Je voudrais continuer, mais je n'ai plus le droit... Merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): M. le ministre,

les mots de remerciement d'usage.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Je pense que c'est une bonne contribution. Vous nous démontrez des modèles existants qui peuvent être utilisés dans l'ensemble du Québec. Quant à l'enveloppe de la RAMQ décentralisée évidemment, on aura compris qu'il y a per capita beaucoup plus de médecins à Montréal qu'il n'y en a dans les régions du Québec et que ça aussi, c'est un problème très important auquel il faut s'attaquer. Les médecins, en règle générale, ont compris qu'ils pouvaient travailler là où il y a de l'argent. Finalement, au lieu de faire voyager le bénéficiaire, on va peut-être faire voyager le médecin. Ça serait une bonne affaire quand on met le bénéficiaire au centre de nos préoccupations. Je comprends qu'il y a quelques écueils qu'il faut tenter d'éviter avec une décision comme celle-là. Merci.

Le Président (M. Messier): Merci. Au nom de la commission, je vous remercie. J'inviterai le YMCA de Montréal à se présenter devant la commission parlementaire.

Bonsoir, mesdames, Mme Fournier, Mme Laursen. Vous avez un prénom, Mme Laursen, qui sonne bien pour le ministre responsable - malheureusement, il vient juste de partir - le prénom de Sheila. Vous n'avez pas compris? C'est une "inside joke". Parce que le ministre responsable appuie la candidature de Mme Sheila Copps, c'est pour ça que je disais que votre prénom sonnait très bien aux oreilles du ministre responsable.

Vous avez...

Une voix: Ah! qu'il est flatteur!

Le Président (M. Messier): Le président a une présence d'esprit ce soir! Vous avez une dizaine de minutes pour présenter votre mémoire et après ça, il va y avoir échange des deux côtés.

YMCA de Montréal

Mme Fournier (Lucie): Merci. Premièrement, je vais présenter Mme Sheila Laursen. Elle est responsable du centre communautaire du YMCA de Montréal, dans l'ouest de l'île. C'est un centre qui offre des services à la jeunesse en difficulté et qui offre des programmes de prévention du crime pour impliquer les citoyens dans le domaine de la prévention du crime. Je voudrais mentionner que ce qu'il y a de particulier avec ce centre-là c'est que c'est une des seules régions qui implique les municipalités dans le processus de planification et de décision, et dans un processus aussi d'implication financière. Mme Laursen est aussi impliquée dans sa communauté en tant que présidente du CLSC Lac Saint-Louis.

Je suis Lucie Fournier. Je suis responsable

du département des initiatives communautaires de justice du YMCA de Montréal. C'est un département qui s'occupe de la jeunesse en difficulté, des contrevenants adultes en réinsertion sociale et des programmes de prévention du crime auprès des citoyens. Par mon poste, je siège également à la Commission administrative de la mésadaptation sociale au conseil régional à Montréal et à un comité qui évalue des projets de concertation entre des organismes communautaires et le réseau public.

Je vais maintenant vous présenter un peu le YMCA de Montréal. C'est un organisme qui a été créé à Montréal en 1851 et qui, depuis ce temps, c'est sa préoccupation, sa mission sociale, a toujours travaillé à améliorer la qualité de vie des citoyens de notre communauté. Présentement, le YMCA de Montréal oeuvre auprès de la population la plus démunie de Montréal par le biais de quatre grands secteurs: le développement économique, l'aménagement urbain, les minorités ethniques et les initiatives communautaires de justice, que je vous ai décrites tout à l'heure qui s'occupent de prévention du crime.

Au cours des années, le YMCA de Montréal a mis sur pied plusieurs projets conjointement avec le réseau public, et ce, afin de répondre aux problèmes sociaux qui touchent les communautés dans lesquelles il travaille.

Je peux vous dire que présentement on a des projets de concertation intéressants avec le réseau public. Je pense à un projet de concertation avec la DPJ du CSS Ville-Marie, où on travaille avec les adolescents sous la protection de la jeunesse dans un milieu communautaire. On a également un centre jeunesse sur l'avenue du Parc et on travaille très étroitement avec le CSS du Montréal métropolitain, avec les citoyens de la communauté, avec le CLSC de la communauté et les marchands de la communauté, et ce, tous dans un concept de prévention de la délinquance. Il y a un sujet particulier qui touche cet endroit-là et c'est la prévention de la drogue. Je peux vous dire aussi qu'on a plusieurs projets de prévention de la délinquance qu'on fait aussi conjointement, tantôt avec un CSS services aux jeunes contrevenants et tantôt avec les municipalités.

Alors, notre approche veut favoriser l'implication des citoyens afin de les responsabiliser face aux problèmes sociaux de leur communauté. De la même façon, on amène les participants - ce sont les gens qui reçoivent les services: on ne les appelle pas des usagers ni des clients, mais des participants - à se prendre en charge, et ce, tant pour les jeunes que pour les adultes avec qui on travaille.

On croit que les organismes communautaires ont un rôle important à jouer dans la dispensation des services sociaux. Les organismes communautaires ont un lien direct avec les citoyens, c'est-à-dire que les citoyens sont impliqués directement dans le processus de décision de

l'organisme et dans la dispensation des services.

Nous avons été encouragés quand nous avons eu les orientations du ministère, qui reconnaît un rôle important aux organismes communautaires et qui montre un désir d'impliquer davantage les organismes communautaires dans le processus de décisions et dans la dispensation des services sociaux. C'est en tenant compte de ces orientations que nous aimerions partager nos commentaires à l'égard du projet de loi. Je vais vous amener à la page 7 du document qu'on vous a envoyé et qui présente nos trois recommandations. Elles reflètent un peu les inquiétudes que nous avons par rapport au projet de loi premièrement, on croit très important que les organismes communautaires de concert avec le ministère prennent part au processus visant à déterminer les critères d'admissibilité et d'attribution, ainsi que les règles budgétaires applicables, et ce, afin d'assurer une autonomie et une flexibilité des modalités d'attribution des subventions, deux aspects vitaux à la nature même des organismes communautaires. J'espère que, durant les questions, je pourrai élaborer un peu sur notre expérience face aux critères d'admissibilité et de financement qui existent présentement.

Deuxièmement, le YMCA de Montréal est en désaccord avec la clause 281 qui stipule qu'une personne ne peut être membre d'un collège régional si elle reçoit une rémunération de "tout autre organisme dispensant des services reliés au domaine de la santé et des services sociaux". Les critères d'admissibilité au collège régional devraient permettre aux employés oeuvrant au sein des services de la santé et des services sociaux d'y siéger même si l'organisme en question reçoit une quelconque rémunération du ministère, pourvu que ce dernier ne représente pas la seule source de financement de l'organisme en question. Je peux vous donner comme exemple l'organisme pour lequel je travaille, le YMCA de Montréal, qui reçoit des subventions du ministère, mais c'est une minime partie de son financement, de son budget finalement. Les intervenants ont développé une expertise assez, en tout cas, avantageuse au niveau de la concertation et ces gens-là, souvent, ne sont pas rémunérés directement par le ministère. Donc ils auraient un rôle assez important à jouer. Alors, ce serait dommage qu'il ne puissent pas participer.

Troisièmement, le YMCA de Montréal s'oppose à la création de conseils d'administration limités à certains territoires. Les conseils d'administration d'établissements individuels doivent demeurer intacts, et ce, afin d'assurer la participation des citoyens et citoyennes sur une base directe, pertinente et malléable. La collaboration interinstitutionnelle devrait être assurée par l'entremise d'un mandat accordé aux directeurs des établissements, ainsi qu'à un ou deux représentants communautaires provenant de leur

conseil, afin qu'ils siègent à la table régionale de concertation en vue d'assurer le **partage et la complémentarité** des ressources. Donc, **même** si on n'appuie pas les conseils d'administration par territoire, il est évident qu'on appuie l'idée des tables régionales. On a de l'expérience avec ces tables-là et ça a toujours été **avantageux**. Merci.

Le Président (M. Messier): On vous remercie, Mme Fournier. Ce fut **court, mais très précis**. Je vais demander au ministre **délégué** d'intervenir. Allez-y.

M. Sirros: M. le Président, j'aurais le goût de commencer en vous demandant: **Quand est-ce** que le YMCA va ouvrir une succursale à **Parc-Extension** tel que souhaité par le **Y**, le **député de Laurier** et tous les intervenants du coin, **sauf**, semble-t-il, par la ville de Montréal? On va la convaincre.

Mme Fournier: En tout cas, c'est qu'on en a eu une. **On fait** des choses **très intéressantes** sur l'avenue du Parc. C'est que **les gens ont** souvent une idée du **YMCA qui est traditionnelle**, dans le sens d'une bâtisse où on a de l'éducation physique, mais je sais que vous **êtes au courant** de l'ouvrage qui se fait là-bas.

M. Sirros: Oui. Non, moi, je **voulais prendre** votre suggestion et vous demander **d'élaborer**, effectivement, sur votre expérience. **Il me semble** que ce qu'il y a de particulier avec le **Y**, ici ce soir, c'est que c'est un groupe **communautaire** en quelque sorte, même si c'est, d'un **autre côté**, un établissement à but non lucratif **privé avec une** longue tradition et une histoire. **Finalement**, c'est beaucoup plus, dans mon esprit, un groupe communautaire qui travaille souvent dans des secteurs qui touchent le domaine **social surtout**, en particulier avec les jeunes. Donc, **quand on lit** dans l'avant-projet de loi qu'on **veut associer** aussi les groupes communautaires et leur donner une place importante surtout dans un **contexte de** décentralisation avec une approche **par programmes**, vous vous dites que vous **avez déjà eu** une certaine expérience et que vous **souhaitez avoir** l'occasion d'élaborer là-dessus. **Alors je vous** prierais d'élaborer, effectivement.

Mme Fournier: Présentement, il y a une tendance, ou un vouloir, à inclure **les organismes** communautaires dans la dispensation **des services**. Ce qui se passe, c'est que les **organismes** communautaires par nature sont très **divers et le** ministère a tendance à faire des cases où il **peut** bien évaluer un organisme **communautaire**. Cette case-là est souvent rigide et empêche l'**organisme** communautaire de se développer et de **répondre** aux besoins qui se présentent dans sa communauté d'une façon qui peut être **changeable et flexible**
(21 heures)

Je pense aussi que les décisions qui sont prises ne le sont pas dans une optique où l'on comprend l'intervention communautaire et je pense que c'est important que les organismes communautaires puissent participer à ce processus-là. On est, d'ailleurs, heureux de savoir qu'il va y avoir la régionalisation. Notre expérience nous montre que c'est plus facile d'établir des liens avec les gens qui sont dans votre communauté. C'est plus facile de demander à ces gens-là de venir visiter ce qui se passe dans le communautaire et de comprendre un peu plus ce que le communautaire fait au niveau des services sociaux.

M. Sirros: Merci.

Le Président (M. Messier): Nous avons le député de Nelligan qui aimerait vous poser quelques questions.

M. Williams: Oui. Le YMCA de Montréal est bien connu et bien impliqué dans la communauté. Il est aussi bien connu pour son action communautaire, mais je voudrais avoir une clarification sur les deux dernières recommandations. Il me semble que le YMCA de Montréal dit qu'il accepte le collège régional, les conseils d'administration des établissements publics, mais qu'il veut avoir le statu quo pour les conseils d'administration. Il ne veut pas avoir de changement. Ma question: Est-ce que j'ai mal interprété vos interventions? Et, si je les ai mal interprétées, est-ce que vous avez pensé à d'autres façons pour améliorer la participation des groupes communautaires au niveau des conseils d'administration dans le secteur public?

Mme Fournier: O. K. Je vais demander à Sheila de répondre.

Mme Laursen (Sheila): Plus que le statu quo. Je pense que c'est très important d'impliquer les citoyens dans les conseils d'administration des établissements dans notre communauté. Je pense qu'il y a une méthode présentement où il y a des personnes représentant les groupes socio-économiques, aussi les groupes volontaires, les établissements eux-mêmes et différentes sortes de personnes qui peuvent représenter la communauté. Je pense que c'est important d'avoir cette représentation à chaque établissement pour s'assurer que le conseil de cet établissement ait un lien direct avec les besoins de la communauté locale.

Pour le collège régional, je pense que c'est une bonne méthode de désigner différents critères pour différentes personnes, mais cette phrase particulière qui empêche une personne qui travaille pour un organisme communautaire qui reçoit quelque montant d'argent du ministère, je pense que ça c'est très "short-sighted", je ne sais pas exactement le mot. Mais ça, c'est punitif

et négatif pour la communauté en vue d'avoir la bonne représentation aux collèges régionaux.

Le Président (M. Messier): Si vous me promettez d'être très court, M. le député; sinon, le temps est déjà passé.

M. Williams: Merci. Very quickly. Would you suggest any other ways of increasing community participation on the boards through municipal wraps or are you, in fact, wanting more community organization on boards? How would you address that question of if regional boards do not respond to the issue of community accountability, what would be the YMCA of Montreal's suggestions to improve that?

Mme Laursen: The model that I have seen that seems to work very well, I think, is the model that is in use in the mental health sector where it is a sort of... I guess the "comité tripartite", sort of the model one third, one third, one third; one third community at large, one third, you know, community, sort of group representation, and one third establishment. I think that that provides a balance to a board as long as it is... I guess the one I am a little bit less enthusiastic about is the community at large where you have to ensure that the people that are coming on have an understanding of the "réseau" and of the particular needs of the institution that they are coming on to serve. But I do think it provides that balanced representation which can certainly work well when it comes together as a directing "conseil" for the establishment. And I think that kind of thing should be encouraged. I am not sure that the method we have now, where there are recommendations put forward and, then, selections made of nominations, is the best.

I would like to see something that is more open for the community to participate in, such as the kind of user elections, although I think they should be broadened. To give an example, I think you know, I am most directly implicated - that the users of a CLSC are not just the people that have come to use the services, but the people in the territory that that CLSC serves, whether or not they have had the occasion of using the particular services to that date. I think they have an interest in what that CLSC does and how it reaches out to its community and they should be involved in the decision making of who represents them on that board.

Le Président (M. Messier): Merci, Mme Laursen. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et porte-parole officiel.

M. Trudel: Merci beaucoup. Bienvenue aux gens du Y de Montréal. Effectivement, on gagne à connaître votre organisme. On a souvent une

image stéréotypée d'une boîte qui ne fait que des activités de conditionnement physique. C'est beaucoup plus que cela, pour l'avoir utilisé, peut-être moins à Montréal et plus dans la région d'Ottawa, pendant un certain nombre d'années. Est-ce que vous pourriez m'indiquer quel est l'ordre de grandeur du budget annuel, bon an mal an, de votre organisme à Montréal?

Mme Fournier: Le département du développement communautaire a un budget d'environ 3 000 000 \$ pour travailler dans ses quatre secteurs d'intervention. Il comprend différents partenaires, incluant, comme un des partenaires, le ministère, et les quatre secteurs d'intervention que je vous ai mentionnés tout à l'heure.

M. Trudel: Là-dessus, vous dites que vous êtes subventionné pour un certain nombre de... En fait, ce sont quasiment des commandites de programmes que vous avez du ministère de la Santé et des Services sociaux, jeunes contrevenants. C'est pour combien d'argent, ça? Combien d'argent recevez-vous du ministère, en termes de subvention, à titre d'organisme communautaire?

Mme Fournier: 200 000 \$, y compris les organismes orienteurs. On a trois organismes orienteurs qui sont subventionnés entièrement par le ministère. Les programmes ou on reçoit - en tout cas, à notre opinion - une somme beaucoup trop minime, ce sont les programmes pour la jeunesse en difficulté. Ce sont les programmes qui nous permettent d'innover et de développer des nouvelles façons de travailler avec la jeunesse en difficulté. C'est dans ces programmes-là qu'on rencontre des problèmes au niveau de la façon dont le ministère évalue l'intervention du communautaire et, aussi, dans le respect des différents partenaires réseau versus communautaire, au niveau de la jeunesse en difficulté.

M. Trudel: J'ai bien compris que vous ne recevez qu'à peu près 200 000 \$ ou 300 000 \$, peu importe l'ordre de grandeur, sur 3 000 000 \$ pour vos activités. Le restant du financement, il vient de vos usagers?

Mme Fournier: Non. Dans le montant que je vous ai donné, on a deux maisons de transition où on a des adultes contrevenants en réinsertion sociale. Donc, on a 64 ex-détenus qui sont en résidence au YMCA de Montréal, sur la rue Stanley, et c'est un contrat assez large avec le ministère de la Sécurité publique. On reçoit aussi des subventions de Centraide et on fait de la levée de fonds aussi qui aide à appuyer nos efforts au niveau communautaire.

M. Trudel: Est-ce que vous consacrez une grande somme...

Mme Fournier: Et les municipalités. Mon Dieu, merci, Sheila! Ça, c'est très important.

M. Trudel: Laquelle?

Mme Fournier: Les municipalités.

M. Trudel: La ville de Montréal?

Mme Fournier: Il y a huit municipalités de l'ouest de l'île qui aident à financer nos programmes pour la jeunesse en difficulté et il y a aussi la ville de Montréal qui contribue à des programmes de prévention du crime. Alors, il y a beaucoup de partenaires.

M. Trudel: Au niveau de l'aide aux organismes communautaires, je pense que vous nous rappelez avec une écriture simple, mais combien claire, toute la question du financement des organismes communautaires, tout ce que ça peut poser comme problème et ce que ça veut dire comme difficulté, en nous disant que le fait de laisser le soin à des bureaucrates de déterminer l'admissibilité à une telle subvention produira inévitablement des interprétations rigides et inflexibles des critères. Des bureaucrates, ça se retrouve à tous les niveaux, même en région. Comment pensez-vous qu'on pourrait... Parce que vous nous avez dit tantôt, dans une réponse au ministre délégué, que vous étiez heureux de la régionalisation, et on ne l'a pas entendu souvent, l'expression que vous avez employée ici, en disant: On aime mieux parler à des gens qu'on connaît, c'est plus facile, ils peuvent nous connaître plus facilement. Je dois vous dire que c'est une interprétation que nous avions au départ et qu'on a eu un peu de difficulté avec cette interprétation-là. C'est l'une des premières fois que ça nous est affirmé comme cela. Mais comment on va arriver, même à travers la régionalisation, à ne pas répéter l'expérience de la rigidité, de l'inflexibilité? Dans ces lieux, qui sont appelés pour l'instant dans l'avant-projet de loi des régies régionales, comment le communautaire, ce que vous faites, ne se ferait pas happen par le rouleau compresseur du curatif et de la santé dans ces régies régionales?

Mme Fournier: C'est notre avis que, si les régies régionales et le ministère veulent impliquer le communautaire pour ses forces et son expertise, ils vont lui donner une place au niveau de la régie, c'est-à-dire que, traditionnellement, on embauche des gens qui ont une expertise au niveau du réseau public. Il faudrait regarder si on va faire de la coordination au niveau des organismes communautaires ou si on va, soit au niveau du personnel ou au niveau des comités, impliquer fortement les organismes communautaires. À la Commission administrative de la méadaptation sociale, on a présentement deux représentants du communautaire sur peut-être 15

ou 20 membres qui sont du réseau public. Déjà là, si on travaille en comité après ça, les deux **représentants** des organismes communautaires ne peuvent pas être sur tous les comités. Il n'y a pas assez de représentativité. Et, étant membre de certains de ces comités-là, c'est très important d'amener la réalité communautaire, parce que les gens du réseau public ne vivent pas la réalité quotidienne du communautaire, c'est très difficile pour eux autres de comprendre c'est quoi, cette réalité-là. Ce serait une des choses.

La deuxième des choses, c'est que ça fait du bien, des fois, de sortir de son bureau puis d'aller visiter ce qui se passe dans le milieu. C'est une chose qu'on fait très rarement et puis, chaque fois que c'est fait, il y a toujours, bon, une grosse surprise dans la qualité des services qui peuvent se passer au niveau de la communauté. Mais je pense aussi qu'on peut observer c'est quoi qu'il vit, le communautaire; il n'est pas riche, puis il en fait beaucoup avec ses minimes ressources, puis je pense que ça fait du bien d'aller le visiter de temps en temps.

Puis, la dernière chose, ce serait de continuer d'encourager la concertation. Au conseil régional, à Montréal, on a mis sur pied une fiducie pour encourager les projets de concertation. Les organismes communautaires et publics sont forcés de travailler en concertation, et je dis bien le mot "forcés" parce que, présentement, c'est ce que ça prend. C'est difficile, - c'est deux réseaux qui ont toujours travaillé différemment, qui ne partent pas nécessairement des mêmes philosophies d'intervention. C'est deux réseaux qui s'affrontent et se confrontent pour savoir comment on devrait offrir un tel service. Même si c'est difficile, c'est important qu'on continue à encourager la concertation, parce qu'on débouche quand même sur des pistes intéressantes.

Le Président (M. Messier): Merci beaucoup, Mme Fournier. Peut-être des remerciements, M. le ministre délégué.

M. Sirros: Également, je voudrais remercier les gens du Y et, peut-être en terminant, comme j'ai ouvert avec le souhait que le projet du Y se réalise en termes d'implantation à la gare Jean-Talon, je ne peux que le souhaiter davantage.

Mme Fournier: Merci.

M. Trudel: Merci beaucoup, et le ministre délégué va en parler à son ministre pour qu'il augmente la subvention, pour permettre de le réaliser.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Sirros: C'est à la ville qu'il faut parler.
(21 h 15)

Le Président (M. Messier): Au nom de la

commission, on vous remercie beaucoup de votre présentation

J'inviterais l'Institut canadien-polonais du bien-être à venir nous rencontrer. Bonsoir, mesdames et messieurs. J'inviterais M. Rawicz, président du Congrès canadien-polonais, à présenter le groupe. Je voudrais peut-être juste faire mention que les députés vont être appelés pour un vote dans quelques minutes. On va commencer la présentation, on va suspendre les travaux et on va revenir par la suite après le vote s'il y a un vote, ce soir, mais il devrait y en avoir un. Merci. On va entendre les cloches, ça va sonner et tout va branler.

M. Rawicz (Georges): Dans quelques minutes?

Le Président (M. Messier): Possiblement. On l'a prévu vers 21 h 45, mais on ne sait jamais.

Institut canadien-polonais du bien-être inc.

M. Rawicz: D'accord. Alors, permettez-moi de me présenter. Je m'appelle Georges Rawicz, je suis président du Congrès canadien-polonais. C'est un organisme qui, aux yeux de la loi, est le seul autorisé à représenter la communauté polonaise au Québec. Nous représentons également 40 organisations au Québec et 35 000 Québécois d'origine polonaise.

Je suis venu, ce soir, avec Mme Anna Brychey, directrice générale de l'Institut canadien-polonais du bien-être, qui va vous présenter notre mémoire; Mme Maria Motyka, membre du conseil d'administration de l'Institut canadien-polonais du bien-être, ainsi que M. Ireneusz Poplawski, rédacteur de **La Voix polonaise**.

Comme je l'ai dit, le Congrès canadien-polonais a été fondé en 1944, et nous représentons officiellement la communauté polonaise et les Québécois d'origine polonaise. Alors, je vais céder tout de suite la parole à Mme Brychey qui va vous présenter notre mémoire.

Mme Brychey (Anna): Merci.

Le Président (M. Messier): Madame.

Mme Brychey: Au nom de l'Institut canadien polonais du bien-être, j'ai l'honneur de vous présenter nos réflexions sur l'avant-projet de loi. L'Institut canadien-polonais est un centre d'accueil d'hébergement pour les personnes âgées d'origine polonaise. Même si notre centre est situé sur la rue Bélanger à Montréal, dans le quartier Rosemont, il a un caractère suprarégional accueillant les Polonais non seulement du district de Maisonneuve-Rosemont, mais aussi de tous les secteurs de Montréal, ainsi que d'autres régions de la province.

La plupart de nos 126 résidents ne parlent ni français ni anglais. Ils ont dû quitter la

Pologne à cause des circonstances tragiques des deux guerres mondiales. Arrivés au Canada à l'âge adulte, ils ont travaillé dur toute leur vie à des tâches physiques et n'ont pas eu le temps ni les moyens d'apprendre suffisamment la langue du pays. À la fin de leurs jours, ils retournent à leurs racines et se sentent rassurés de pouvoir terminer leurs jours dans un milieu adapté à leurs habitudes, moeurs et coutumes.

Notre Institut prépare des mets polonais et suit des traditions polonaises. Grâce aux efforts et à l'enthousiasme de notre service d'auxiliaires bénévoles, des soirées et des activités culturelles polonaises sont organisées pour nos résidents. Tous nos 80 employés parlent polonais, c'est-à-dire l'administration, les médecins, les infirmières, la pharmacienne, ainsi que les employés de soutien et de maintenance. Nos résidents peuvent vraiment trouver une satisfaction de tous leurs besoins dans leur langue maternelle, mais, surtout, ils peuvent exprimer leurs désirs et doléances en polonais.

Ces mêmes personnes, si elles étaient hébergées dans un autre centre d'accueil, se trouveraient désemparées, inquiètes et isolées au point de vue social. La solitude de leur vieillesse deviendrait insupportable. Pour un vieillard qui tombe malade, le fait de ne pas connaître la langue est trop souvent une source d'inquiétude. Cela pose également des problèmes pour l'établissement où elle est hébergée quand le personnel ne peut pas comprendre les besoins de cette personne, donc y répondre adéquatement, malgré ses meilleures intentions.

Il arrive trop souvent que les Polonais qui dépassent le maximum d'heures de soins comme critère d'admission pour notre centre d'accueil doivent être placés dans des hôpitaux de soins prolongés, au grand désespoir de la personne âgée, au désespoir de sa famille et au chagrin de nous tous dans la communauté polonaise. Pour cette raison, nous apprécions l'intention du gouvernement de regrouper les centres d'accueil et les centres hospitaliers de soins prolongés dans une même catégorie d'établissements, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, surtout si cela nous permettait d'admettre à l'Institut les Polonais en grande perte d'autonomie qui ne sont pas admissibles présentement. Nous apprécions également l'intention du gouvernement qui vise à favoriser l'accessibilité à des services sociaux dans leur langue pour les différentes communautés culturelles du Québec. Nous avons cependant de sérieuses réserves quant à l'adoption de l'article 43 et à la constitution d'un conseil d'administration pour l'ensemble des établissements à l'intérieur d'un CLSC donné. Le conseil d'administration actuel de notre centre se compose de membres de la communauté polonaise et des associations polonaises, fondateurs de notre Institut. Notre centre a été fondé par l'effort commun de la communauté polonaise et il faudrait que l'Institut

maintienne son propre conseil d'administration afin de ne pas exclure la communauté polonaise de son administration.

Afin de mieux comprendre ce caractère particulier de notre établissement, j'aimerais présenter un bref aperçu historique de notre Institut. L'Institut a été fondé par six associations polonaises en 1944. D'un début modeste, l'Institut a acquis une ferme à **Knowlton** dans les Cantons de l'Est et a commencé à **transformer** une vieille maison en foyer d'accueil de 16 lits pour les personnes âgées. Étant consciente des besoins croissants et toujours soucieuse d'améliorer la qualité de vie de ces personnes âgées, la communauté polonaise a décidé de construire un nouveau centre d'accueil à Montréal. Le projet a été financé en grande partie par les associations propriétaires de l'Institut, qui ont été secondées dans leurs efforts par la population polonaise du Québec qui a fourni l'apport financier nécessaire pour réaliser ce projet. Mais l'implication communautaire ne se limitait pas aux contributions financières. Notre centre ne vit pas en marge de la communauté. Au contraire, la communauté est bien impliquée dans les activités de notre centre. Par exemple, nos séances d'information annuelles ont toujours une grande audience où les gens de la communauté viennent écouter les rapports de notre conseil d'administration sur le fonctionnement de notre centre. Notre conseil d'administration est très proche de notre clientèle. Il s'identifie fortement aux traditions auxquelles nos résidents sont particulièrement attachés. Par exemple, le souper traditionnel du réveillon de Noël et le petit déjeuner du dimanche de Pâques sont célébrés en grande famille avec nos résidents et nos membres du conseil d'administration.

On se demande donc si un conseil d'administration général serait capable de voir aux besoins humains, culturels, ethniques et religieux de nos résidents de façon plus efficace que notre conseil d'administration actuel. On se demande si un conseil d'administration général pourrait continuer à promouvoir la même ambiance culturelle et ethnique qui existe aujourd'hui. Avec tout notre respect, mesdames et messieurs, nous ne le croyons pas. Nous croyons qu'il serait irréaliste de demander à un conseil d'administration général, en charge de l'administration de nombreux établissements, de pouvoir administrer chaque centre d'une façon efficace tout en jouant consciencieusement son rôle. Dans le cas de l'Institut, nous doutons fort qu'un conseil d'administration général n'ayant rien en commun avec la culture polonaise puisse continuer à prodiguer le même environnement culturel et ethnique dont bénéficient nos résidents présentement.

La communauté polonaise est fière de notre Institut et elle a à cœur son avenir. La communauté polonaise s'est impliquée de près dans la création de l'Institut. En lui enlevant son conseil, l'Institut en souffrira et notre com-

munauté se verra priver d'une institution qui lui est chère. Pour ces raisons, nous prions donc les membres de la commission de tenir compte dans tout projet qui vise à modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux des besoins de la communauté polonaise et de permettre à l'Institut de continuer son oeuvre et de remplir le mandat qui nous a été confié en 1944 par les fondateurs. Nous remercions la commission parlementaire de l'Assemblée nationale de nous avoir invités et de nous avoir donné la possibilité de vous présenter notre mémoire. Merci beaucoup.

Le Président (M. Messier): Merci, Mme Anna. Je n'oserais pas mentionner votre nom de famille.

Une voix: C'est comme tous les autres.

Le Président (M. Messier): Je laisserais le ministre délégué vous poser quelques questions et, après ça, ça va être l'Opposition officielle

M. Sirros: Merci, M. le Président. Peut-être, au départ, j'aimerais réitérer le fait qu'effectivement la grande crainte que vous avez par rapport au conseil d'administration unifié, le conseil général comme vous l'appellez, a été écartée, et il est clair qu'il n'y aura pas de conseil d'administration unifié. Donc, beaucoup d'arguments de votre mémoire étaient bâtis en fonction de ça. Par exemple, la nécessité d'assurer que, comme il ne va pas y avoir un conseil d'administration, assurons-nous, au moins, qu'il va y avoir un directeur général qui va comprendre la culture. Mais, pour vous rassurer d'abord, le conseil d'administration propre à l'établissement va rester.

Une question d'information au préalable, puis j'aimerais réitérer un certain nombre de choses. Est-ce que votre Institut est un établissement public ou privé conventionné?

Mme Brychey: C'est public.

M. Sirros: C'est public?

Mme Brychey: Oui.

M. Sirros: C'est à 100 % financé par...

Mme Brychey: Par le gouvernement.

M. Sirros: ...le gouvernement. Mais ça a été pris par le réseau public en 1971?

Mme Brychey: En 1966.

M. Sirros: 1966.

Mme Brychey: On s'est bâti en 1966, mais ça a été pris en 1971. Oui, c'est ça.

M. Sirros: En 1971, O.K. Parce que moi, j'aimerais peut-être plus profiter de l'occasion de vous avoir ici pour dire que je trouve qu'effectivement l'exemple que vous avez d'un centre polonais pour des personnes âgées est typique du besoin qu'on retrouve dans plusieurs communautés culturelles arrivées au point où sont les bénéficiaires dans votre centre. Et, à ma connaissance, il y a le centre polonais, il y en a un pour la communauté italienne, il y en aussi un au niveau de la communauté chinoise. Mais ce sont des centres qui se sont développés un peu par hasard, ici et là, et qui ont été mis de l'avant par les communautés concernées au départ et incorporés dans le réseau à un moment donné, surtout au moment de la réorganisation du réseau en 1971-1972. Et il me semble qu'on est arrivé au point - c'est sur quoi nous travaillons, et, personnellement, j'insiste beaucoup sur ça - où ce serait le temps d'organiser notre réseau en fonction de ces besoins, surtout en ce qui concerne les besoins des personnes en perte d'autonomie, des personnes âgées qui ont besoin d'hébergement à long terme pour faciliter l'émergence de ce genre de centre adapté socioculturellement, parce qu'il me semble qu'il n'y a rien de plus difficile que d'envisager la dernière partie de la vie dans un contexte où on ne comprend rien de la culture, de la langue ou de la nourriture.

Et s'il y a d'autres communautés à qui ça peut bénéficier, je pense que nous regarderons très attentivement toute cette question de l'accessibilité à des services très adaptés, surtout pour les personnes en perte d'autonomie et les personnes âgées issues des communautés culturelles. Alors, je voulais profiter de votre présence ici pour souligner la nécessité qu'on facilite l'émergence de tels genres de centres, plutôt que de les reconnaître seulement quand ils sont là devant nous, et profiter de l'occasion pour vous dire que c'est sur quoi on travaille.

Et, avec ça, j'entends les cloches qui sonnent, M. le Président. C'était ce à quoi vous vous référiez tout à l'heure.

Le Président (M. Messier): C'est bien ça. Il faudrait peut-être... Là, on en a au moins pour 15 à 20 minutes, le temps de se présenter en haut, d'aller voter et de redescendre.

M. Sirros: Moi, je n'ai pas de question. Pour être bien honnête et bien franc, je n'ai pas de question, parce qu'il me semble que votre préoccupation principale était celle des conseils d'administration unifiés. Alors, ça étant réglé, quant à moi, je n'aurai pas de question, si ce n'était que souligner le bon travail que vous faites.

Le Président (M. Messier): Le député a un commentaire à faire?

M. Trudel: C'est dans la mesure où il n'y avait que deux réclamations et où j'allais dire, vous arrivez un peu trop tard, mais vous arrivez à la bonne heure quand même. Le ministre avait déjà compris, puisque ça lui a été dit 150 fois. Il aurait peut-être été bon d'ailleurs qu'on vous soumette d'autres dimensions pour que le ministre comprenne ça plus rapidement la dessus. Mais c'est réglé. Enfin, le ministre a dit qu'il n'y aura pas de conseil d'administration unifié il y avait quelque chose comme on dehors de la réalité là dessus. Et c'est la même chose au niveau de votre représentation quant au mandat du directeur général.

Le ministre - je ne veux pas lui faire dire ce qu'il n'a pas dit - a cependant mentionné qu'il allait réfléchir précisément sur les mandats, la limite des mandats. Et on comprend. Le ministre délégué vient d'expliquer l'importance de cette relation entre la culture et la façon dont on prend soin de nos aînés, par exemple. C'est dans ce contexte-là que, pour un certain nombre d'institutions, ça n'avait peut-être pas de bon sens qu'une règle générale vienne dire: Pas plus qu'un double mandat, compte tenu de l'expérience et de l'expertise que vous avez dans ce domaine.

N'eût été cette cloche, j'aurais aimé commencer par dire que vous avez compris quel comté je représente, le comté de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, pour vous souligner que, dans ce comté, à Rouyn-Noranda, il y a une communauté de Slaves, une communauté polonaise extrêmement active, extrêmement bien intégrée à la communauté, à la société nordique de la région d'Abitibi-Témiscamingue. Et je retrouvais ce soir cette vitalité que vous avez dans votre représentation, dans ce sentiment d'appartenance et, en même temps, d'intégration à la société québécoise. Et notre patrimoine commun, ne serait-ce qu'en termes de choix aussi, nous amène à partager beaucoup de choses. Dans ce sens-là, on ne peut qu'être très encouragés par des mouvements comme votre communauté, dans la société québécoise. Et nul doute que les deux réclamations fondamentales que vous portez ce soir à l'attention du ministère et du ministre devraient recevoir une réponse positive. Et nous espérons même qu'en égard à beaucoup d'autres dimensions, quand le ministre déposera le projet de loi, suite à ces audiences, on aura au moins deux ou trois jours de commission parlementaire pour entendre des choses intéressantes, comme ce soir.

Le Président (M. Messier): Merci, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue. On voudrait vous remercier sincèrement de votre présentation. Malheureusement, nous, on va ajourner à demain, 28 mars 1990, à la salle Louis-Joseph-Papineau, à 10 heures, Merci beaucoup.