



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 (24)

Le mercredi 4 avril 1990 - No 34

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Association des centres de services sociaux du Québec	CAS-2109
Réseau des départements de santé communautaire	CAS-2122
Association des centres d'accueil privés autofinancés	CAS-2134
Centre hospitalier de Beauceville	CAS-2142
Centres d'accueil de la région 03	CAS-2147
Regroupement santé et services sociaux de la région Chaudière-Appalaches	CAS-2153
Centres hospitaliers ayant un DSC et centres hospitaliers universitaires des régions de Québec et Chaudière-Appalaches	CAS-2158

Intervenants

Mme Pauline Marois, présidente
M. Jean A. Joly, président suppléant

M. Marc-Yvan Côté
M. Guy Chevette
M. Rémy Trudel
M. Jean Garon

- * M. Maurice Sammut, Association des centres sociaux du Québec
 - * Mme Lise Denis, idem
 - * M. Jacques Perreault, idem
 - * M. René Desjarlais, idem
 - * M. Jean-Pierre Montpetit, Réseau des départements de santé communautaire
 - * Mme Mireille Lajoie, idem
 - * M. Richard Lessard, idem
 - * M. Gilles Lefebvre, idem
 - * M. André Bisaillon, Association des centres d'accueil privés autofinancés
 - * M. Raymond Mathieu, Centre hospitalier de Beauceville
 - * M. Serge Moisan, idem
 - * M. Gilles Morin, idem
 - * M. Jacques Brunet, idem et Centres hospitaliers ayant un DSC et centres hospitaliers universitaires des régions de Québec et Chaudière-Appalaches
 - * M. Jocelyn Perreault, Centres d'accueil de la région 03
 - * M. Bernard Tremblay, idem
 - * M. Pierre Corriveau, idem
 - * M. Gilles Proulx, idem
 - * M. Normand Nadeau, Regroupement santé et services sociaux de la région Chaudière-Appalaches
 - * M. Jean-Claude Gagné, idem
 - * M. Michel Langlais, idem
 - * M. Marcel Racine, idem
 - * M. Réjean Paradis, Centres hospitaliers ayant un DSC et centres hospitaliers universitaires des régions de Québec et Chaudière-Appalaches
 - * M. Jean-Paul Fortin, idem
 - * Mme Odette Laplante, idem
 - * M. Jean-Yves Légaré, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 4 avril 1980

**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 cinq minutes)

La Présidente (Mme Marois): La commission des affaires sociales siège, en effet, dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

J'inviterais donc les personnes représentant l'Association des centres de services sociaux du Québec à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. J'informerai les membres de la commission que, ce matin, nous entendrons trois groupes. L'Association des CSS, le Réseau des départements de santé communautaire, et nous terminerons avec l'Association des centres d'accueil privés autofinancés. Alors, je vous souhaite la bienvenue à la commission.

La personne qui sera porte-parole se présente et présente les personnes qui l'accompagnent. Vous avez une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire et, par la suite, le temps qui reste sera partagé entre les deux formations politiques, pour des échanges, des commentaires, des discussions avec vous. Merci.

**Association des centres de
services sociaux du Québec**

M. Sammut (Maurice): Merci beaucoup. Alors, je me présente: Maurice Sammut, président de l'Association des centres de services sociaux du Québec, et également président du CSS de l'**Estrie**, délégué bénévole.

Pour m'accompagner ce matin, il y a, à ma gauche, M. Georges Kavanah qui, lui, est président du CSS **Gaspé-Îles-de-la-Madeleine**; à ma droite, Mme Use Denis, notre directrice générale; à sa droite, M. Jacques Perreault, directeur général du CSS Richelieu et également vice-président de notre association; à l'extrême droite, M. René **Desjarlais**, président du CSS Montréal métropolitain.

J'aimerais d'abord vous remercier, Mme la Présidente, vous et tous les membres de la commission des affaires sociales, d'avoir accepté de nous recevoir, nous, de l'Association des centres de services sociaux du Québec, pour discuter d'un avant-projet de loi que vous devez maintenant connaître sous toutes ses coutures, après l'avoir analysé et décortiqué avec autant de sérieux et d'assiduité que vous l'avez fait au cours des dernières semaines. Si cela peut vous consoler, dites-vous bien que des centaines de personnes dans les centres de services sociaux en ont fait tout autant et ont suivi vos travaux avec beaucoup d'intérêt.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Sammut: Vous comprendrez, Mme la Présidente, que, pour les 17 centres de services sociaux que nous représentons, pour les 3500 intervenantes et intervenants avec qui nous travaillons, pour les 150 000 enfants, jeunes, adultes et personnes âgées auprès de qui nous intervenons annuellement, pour les familles d'accueil et les autres partenaires avec qui nous collaborons, vous comprendrez, dis-je, que les discussions de cette commission et les résultats de ces échanges sont d'une importance fondamentale. C'est, en bonne partie, des **décisions** qui seront prises à la suite de vos travaux que dépend la qualité de la réponse que nous pourrions continuer d'apporter à ces 150 000 personnes qui comptent parmi les **plus** vulnérables et les plus démunies de notre société.

Les enjeux sont donc importants. Le futur projet de loi introduira sans doute des changements qui auront un impact profond sur notre façon d'offrir les services aux bénéficiaires et notre façon de gérer nos établissements. Soyez cependant assurée, Mme la Présidente, que c'est avec une très grande ouverture d'esprit que nous envisageons la réforme à venir. Cela pourra peut-être en surprendre quelques-uns, qui savent bien qu'en matière de réforme, les centres de services sociaux ont pourtant déjà été largement mis à contribution. Conversion de 42 agences en 14 CSS, implantation de la Loi sur la protection de la jeunesse, implantation de la Loi sur les jeunes contrevenants, modification à la Loi de la protection de la jeunesse, partage des responsabilités avec les CLSC, mise en pratique du rapport Harvey... Bref, depuis 15 ans, les centres de services sociaux ont réformé, modifié, implanté, adapté et partagé plus souvent qu'à leur tour. On le voit, l'ouverture d'esprit des CSS, ce n'est pas une vertu, c'est un comportement acquis. En terminant, Mme la Présidente, je tiens à assurer tous les membres de cette commission de notre complète collaboration à la recherche des moyens les plus justes et les plus efficaces pour assurer à toute personne, quelle que soit sa situation sociale et fa région **du** Québec où elle vit, des **services** qui l'aideront à surmonter les difficultés qu'elle rencontre et à participer pleinement à son propre développement, à son plein **épanouissement** ainsi qu'à celui de son milieu.

Je laisse maintenant la parole à Mme Denis.

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

Mme Denis (Lise): Bonjour. Je vais vous inviter dans la présentation non pas à oublier, mais à laisser de côté le mémoire de l'Associa-

tion, pour un peu vous présenter, je pense, trois éléments majeurs. Compte tenu de l'évolution des travaux de la commission et des questions qui se posent, on a pensé qu'il valait mieux s'attarder à un certain nombre d'éléments qui nous apparaissent majeurs, à ce moment-ci.

Je vous parlerai d'abord des quelques jalons nécessaires à toute réforme, quant à nous. Je vous parlerai, deuxièmement, de la consolidation ou de la meilleure intégration des services à la jeunesse et je vous parlerai, troisièmement, des services aux adultes et personnes âgées qui sont donnés dans les centres de services sociaux.

Quelques éléments, quant à nous, indispensables à la réforme de la santé et des services sociaux. Deux éléments, pour les utilisateurs. Premièrement, une régionalisation. Il nous semble, effectivement, que la régionalisation est un élément indispensable qui doit dépasser la simple déconcentration administrative pour permettre à chacune des régions de vraiment adapter les services aux besoins des populations locales. Deuxième élément, pour les utilisateurs toujours. Nous croyons que la population a droit à des services où sera davantage respecté le nécessaire équilibre entre les soins de santé et les services sociaux. À cet égard, nous rappelons que de nombreux problèmes de santé prennent leur origine dans les difficultés d'ordre psychosocial et que les services sociaux sont là pour aider les individus et leur famille à surmonter ces difficultés.

Pour les distributeurs de services, deux éléments qui nous paraissent aussi majeurs dans la réforme. Il nous semble que la réforme doit prévoir qu'il y ait des objectifs généraux proposés au réseau, des programmes de services et des standards de qualité. Il nous semble aussi que la réforme devra permettre que les missions d'établissement soient les plus claires possible. C'est à cette condition, pense-t-on, que nous pourrions développer les meilleurs rapprochements et les meilleures concertations dans chacune des régions.

Cela dit sur l'ensemble de la réforme, je vais tout de suite aborder le secteur des services à la jeunesse. Pour les jeunes en besoin de protection, pour les jeunes qui ont des difficultés sérieuses, pour les jeunes en besoin de réadaptation, l'Association appuie la proposition qui était dans l'avant-projet de loi, à savoir, une meilleure intégration des services donnés aux jeunes en difficulté. Et à cet égard-là, l'Association favorise un rapprochement entre les centres d'accueil de réadaptation pour jeunes et les centres de services sociaux. Je m'explique. Les CSS offrent déjà une gamme de services aux jeunes - on parle des jeunes en difficulté: services de protection de la jeunesse, services en vertu de la loi des jeunes contrevenants, expertise à la Cour supérieure, médiation à la famille, ainsi qu'une banque de ressources-familles d'ac-

cueil. Parmi les jeunes dont les CSS s'occupent, au niveau de la protection de la jeunesse et des jeunes contrevenants, 15 % de ces jeunes-là sont effectivement placés en centres d'accueil pour jeunes. À l'inverse, pour les centres d'accueil pour jeunes, c'est 100 % de leur clientèle qui vient des CSS. On a déjà, dans le temps, développé des concertations; et un rapprochement viendrait confirmer ou viendrait rendre plus structurel ces concertations-là. Il nous semble, cependant, que ces rapprochements-là devront tenir compte du contexte de chacune des régions. À Gaspé - et c'est déjà en route; M. Kavanah pourra en témoigner tantôt - il y a un CSS et un centre d'accueil pour jeunes, et il y a déjà un pas de fait dans le sens d'une intégration d'un établissement à un autre. Dans d'autres régions comme Montréal, bien, il faut peut-être penser en termes d'étapes et en termes de modalités différentes de distribution des services. Il nous semble que ce rapprochement aura pour effet de mieux intégrer les services de deuxième ligne. Il nous semble y avoir là un gain pour les clientèles, en termes de continuité de services, et un gain pour les établissements; en termes de simplification de système.

Au niveau de l'enfance, pour compléter le portrait des services, je dirais, ou des intentions par rapport à une consolidation, à une meilleure intégration des services jeunesse, on ne peut pas passer sous silence toute la question du réseau des familles d'accueil. En effet, pour nous, au niveau de l'enfance, les familles d'accueil constituent un maillon essentiel dans les services qui sont dispensés par les CSS au niveau de la protection de la jeunesse. C'est, en effet, lorsqu'un jeune a besoin d'être sorti de son milieu naturel que le CSS a à le placer, soit en utilisant une famille d'accueil, soit en utilisant un centre d'accueil. Les familles d'accueil sont beaucoup plus utilisées: plus de 40 % de nos jeunes qui sont pris en charge sont placés en famille d'accueil pour jeunes. Il s'agit là, pour nous, d'une ressource plus légère. Parce qu'il faut bien voir que pour un jeune, c'est toujours une mesure lourde que de le sortir de son milieu, et que la possibilité de le placer dans une famille d'accueil offre là, je dirais, une ressource plus légère et plus adaptée à un contexte familial. On assure déjà le recrutement, l'encadrement, le paiement, le pairage des familles d'accueil au plan régional. Les familles d'accueil elles-mêmes, d'ailleurs, se sont regroupées dans chacune des régions. On assure aussi le suivi auprès des jeunes qui sont placés dans ces familles d'accueil. Il nous semble que c'est sur une base régionale qu'on peut le mieux constituer que banque de ressources-familles d'accueil, parce que c'est là qu'on a du volume et qu'on peut le mieux, aussi, s'assurer qu'on puisse spécialiser - et ça se fait de plus en plus - certaines ressources pour répondre à des besoins très particuliers des jeunes.

Les services donnés par les CSS et les centres d'accueil pour jeunes, de même que ceux offerts dans le réseau des familles d'accueil, sont destinés à des jeunes qui vivent de grandes difficultés. Cependant, si on veut éviter que ces services soient engorgés, il faut retrouver, dans les CLSC et dans les organismes communautaires, des services de base aux jeunes et à leur famille, c'est-à-dire des services d'aide et de prévention. Cela nous paraît essentiel que des efforts soient faits, à ce niveau, pour éviter qu'un trop grand nombre de nos jeunes voient leur sécurité ou leur développement compromis. En terminant sur les jeunes, je crois important de vous souligner que le rapprochement des CSS et des centres d'accueil pour jeunes mésadaptés constitue un changement important. C'est un changement qui amènera chez nous des modifications dans nos pratiques, dans nos façons de faire, dans nos programmes, dans nos structures. C'est un changement aussi très important pour les centres d'accueil et de réadaptation. Je crois cependant qu'en matière de jeunesse, on en est peut-être rendus là. Les instruments légaux sont là, la pratique sociale s'est adaptée, peut-être que la prochaine étape, c'est cette réforme qui est proposée. C'était pour les jeunes, services de deuxième ligne en matière de jeunesse.

Pour les adultes et personnes âgées. Ce que les CSS font au niveau de l'enfance est passablement connu. Ce que les CSS font au niveau des adultes et des personnes âgées l'est moins. À titre de rappel, je vais essayer de reprendre rapidement ce que font les CSS pour les adultes et les personnes âgées, et ensuite de vous traduire quels sont, quant à nous, les enjeux qui se posent et quel genre de scénario on peut envisager pour l'avenir. Actuellement, les centres de services sociaux donnent des services aux adultes et personnes âgées à deux niveaux, essentiellement. Dans les hôpitaux, d'abord; aussi ils assurent des suivis ou font des interventions auprès des personnes adultes ou âgées, vulnérables, qui sont placées en milieu substitut. Je dirais, en gros, que les CSS offrent des services à des individus qui ne sont pas dans leur milieu naturel, pour une période permanente ou temporaire.

En milieu hospitalier, qu'y fait-on? En milieu hospitalier, il y a quelques 900 000 travailleurs sociaux qui interviennent. La clientèle de tout âge provient de l'urgence, des services internes et des cliniques externes. Auprès des personnes âgées, les services sont principalement reliés au placement et au services sociaux en gériatrie. Au niveau des adultes, deux grandes catégories: maladies mentales, maladies physiques. Au niveau de la maladie mentale, 45 % des travailleurs sociaux en milieu hospitalier interviennent auprès de personnes qui ont des graves problèmes de santé mentale, lorsqu'ils sont à l'intérieur de l'institution, où lorsque... Bref, les travailleurs sociaux assurent le suivi après que

ces gens soient sortis de l'institution. Au plan physique, les travailleurs sociaux interviennent auprès de personnes aux prises avec un problème lourd, un problème médical grave. On pense à des cas de cancer, à des cas de traumatisme grave, à des cas d'accident cérébro-vasculaire. Essentiellement, en milieu hospitalier, ça résume, je dirais, l'ensemble des activités qu'on exécute auprès des adultes et des personnes âgées.

En dehors du milieu hospitalier, on intervient effectivement auprès des adultes et personnes âgées lorsqu'elles sont placées hors de leur milieu. À titre d'exemple, les CSS suivent des personnes déficientes intellectuelles placées dans des ressources intermédiaires. L'ensemble de ces services est destiné à des adultes ou des personnes âgées vulnérables, et il vise à aider les personnes et leur famille à s'adapter ou à se réadapter, à être en lien avec les différents services offerts par la communauté. En plus des services directs, les CSS développent, recrutent, évaluent une banque de ressources intermédiaires - familles d'accueil et autres milieux substitués - qui accueillent à l'heure actuelle 14 000 personnes. Ce système de ressources, qui a déjà connu une évolution ces dernières années, est appelé d'ailleurs à être de plus en plus normalisé. C'est ce système de ressources légères qui constitue une alternative indispensable à l'institutionnalisation pour des personnes qui ne peuvent plus demeurer chez elles. Ça, à titre de rappel, ça fait un peu le portrait.

Par rapport à ces services, comment envisager l'avenir? Est-ce que les centres de services sociaux doivent continuer à donner ces services ou ces derniers doivent-ils être donnés par d'autres? Est-ce que les CSS doivent devenir des établissements de deuxième ligne uniquement pour les jeunes? Ou, est-ce que les CSS doivent devenir des établissements de deuxième ligne à la fois pour les jeunes, les adultes et les personnes âgées? Est-ce que les CSS ne doivent desservir qu'une seule clientèle ou demeurer au service de multIClientèles comme le sont les centres hospitaliers, les CLSC? Ce choix est majeur et il appartient au gouvernement. Quant à nous, nous privilégions de maintenir une mission de deuxième ligne non seulement auprès des jeunes, mais aussi auprès des adultes et des personnes âgées. Cependant, nous pensons que cette mission de deuxième ligne doit être recentrée à l'intérieur des CSS et qu'à cet égard on pourrait envisager différents scénarios.

Cela dit, quelle que soit l'approche qui sera retenue au niveau de la distribution des services, c'est d'abord et avant tout en fonction des besoins des populations que vous devrez décider. Nous sommes tous confrontés au phénomène du vieillissement et un consensus fort se dégage pour que l'ensemble des réseaux s'ajuste aux besoins de la population vieillissante.

Il nous semble, quelle que soit l'approche que vous retiendrez, qu'il y a trois enjeux

majeurs. Le premier, c'est de dire: Les besoins des personnes âgées en matière de santé sont de plus en plus connus et cernés. Le système de santé aura à s'ajuster: maintien à domicile, ressources intermédiaires, centres hospitaliers, centres d'accueil. Du côté social, ces besoins sont peu connus et peu pris en charge. Les réponses aux besoins des personnes âgées ne doivent pas être uniquement médicales. Une réponse sociale permet bien souvent de diminuer un problème de santé. Les dimensions sociales des problèmes reliés au vieillissement devront être prises en ligne de compte, si on veut éviter notre engorgement du système de santé. Ça nous apparaît être le premier enjeu. Quel que soit le lieu où seront situés ces services, il y a une importance à avoir des services sociaux aux adultes et aux personnes âgées.

Deuxième enjeu: les services sociaux et de santé pour les adultes et personnes âgées doivent être donnés le plus près possible des milieux de vie de la personne. En ce sens, les services doivent être principalement donnés par les CLSC sur le plan local. Cependant, ceci étant dit, il nous semble que certains services, parce qu'ils répondent à des problèmes très graves, rares ou dispersés sur un territoire, ont davantage à être concentrés sur le plan régional pour des raisons d'efficacité et d'économie. Troisième enjeu: les phénomènes d'abus, d'exploitation et de négligence grave envers les adultes vulnérables et les personnes âgées sont peu connus et n'en sont cependant pas moins réels. Des études nous indiquent qu'entre 3 % et 5 % de la population âgée vit de telles situations. C'est sûr qu'il ne faut pas être alarmiste en cette matière et que tous les établissements doivent être mis à contribution dans le dépistage et le traitement de ces situations. Il demeurera cependant nécessaire de situer une fonction régionale lorsque des recours seront indispensables. Ces mécanismes de recours pour des situations extrêmes devront, sans parler de loi de protection des majeurs, apporter une aide aux victimes à la fois sociale et judiciaire. Cette fonction devra être régionale et en interface avec le domaine judiciaire. Je vous dirais finalement que, effectivement, une révision des services aux adultes et aux personnes âgées s'impose et que, pour arriver à faire un scénario, nous croyons que certaines fonctions régionales devront être maintenues, que certains services, pour des raisons d'économie d'échelle, doivent être regroupés sur le plan régional, qu'il faut maintenir un contrepoids social fort en milieu hospitalier si on veut contrer la tendance à la médicalisation des problèmes.

Qu'une première ligne forte soit indispensable, une deuxième ligne l'est tout autant si on ne veut pas que les services locaux soient étouffés par les problèmes les plus graves et les plus rares. En terminant, je dirais que, si vous retenez que les actuels CSS doivent continuer à dispenser des services de deuxième ligne à ces

clientèles, nous sommes tout à fait disposés à regarder avec vous quels devraient être ces services et quels services actuellement fournis auraient davantage à se situer ailleurs. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): Merci, Mme Denis. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (**Charlesbourg**): Merci, Mme la Présidente. Évidemment, c'est une journée, je dirais, charnière dans la commission parlementaire, puisque passer à la deuxième ou troisième journée de la fin, ça donne l'avantage d'avoir entendu bien des choses. Comme vous l'avez si bien dit tantôt dans votre ouverture, tout le monde survente de très près les moindres gestes, les moindres paroles pour tenter de les disséquer, pour voir quelle tendance ça pourrait prendre, et c'est tout à fait normal dans le contexte actuel et compte tenu de l'histoire du partage qui, de ce que j'ai compris, est presque un cadre de vie au niveau des CSS.

Je dois vous dire d'entrée de jeu que c'est peut-être l'un des mémoires les plus positifs, à mon point de vue. Ce n'est pas nécessairement le point de vue de tout le monde. Je vous donne mon point de vue et je veux vous féliciter de l'ouverture que vous manifestez et de la sincérité qu'il y a derrière les propos que vous avez tenus en ouverture. Ça me paraît être hautement responsable quant à la vision de la situation actuelle et de ce que ça devrait être demain, en parfaite harmonie ou, à tout le moins, en négociation avec les partenaires que vous êtes. Ça change passablement de ce à quoi on s'attendait. Évidemment, j'en suis agréablement surpris et c'est pour ça que je vous le dis.

La Présidente (Mme Marois): Ha, ha, ha

M. Côté (**Charlesbourg**): Je préfère vous le dire.

La Présidente (Mme Marois): Prenez-le pendant que ça passe. Ha, ha, ha!

M. Côté (**Charlesbourg**): Et ça change un peu...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: ...je lui proposerais de se faire hara-kiri. Ha, ha, ha!

M. Côté (**Charlesbourg**): Non, non, absolument pas. Non, non, sauf que, par rapport à d'autres qui sont venus, où on tenait mordicus à ses fonctions totales, pleines et entières y compris l'autonomie, les budgets qui ne sont pas assez élevés avec tout ce que ça comporte - ne touchez à rien chez nous, mais touchez à tous

les autres - ça tranche de ça et je tenais au moins à vous le dire d'entrée de jeu parce que, **encore une fois**, je suis agréablement surpris et je ne m'attendais pas, comme le disait le député de Joliette, à ce que vous veniez nous dire: On est disponibles maintenant. Affectez-nous où vous voulez. Je ne m'attendais pas à ça non plus, évidemment.

Protection de la jeunesse. Commençons par ça parce que c'est un dossier majeur qui fait l'objet de vos attentions journalières et qui va très certainement continuer de faire l'attention de vos... Et ça, je pense qu'il n'y a pas d'équivoque là-dessus. Tout le monde en est pleinement conscient. J'aimerais échanger avec vous pour tenter de voir s'il n'y a pas une zone grise ou un trou dans la continuité des services. S'il y a un signalement, c'est clair que c'est chez vous et ça a toujours été clair. S'il n'y a pas de signalement, je pense qu'on est dans une zone grise ou qu'on est dans un trou. On a entendu les CLSC qui sont venus, on a entendu des groupes communautaires qui sont des partenaires et qui veulent l'être, les CAR, les MSA qui sont venus nous exprimer leur point de vue. Mon interrogation à ce moment-ci, c'est: Est-ce que, de votre vécu, de votre connaissance, il y a une zone grise dans cette articulation-là ou s'il y a un trou en termes de services? Parce que ça ne paraît pas clair. Les signalements, c'est clair...

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

M. Côté (Charlesbourg):... mais ça ne veut pas nécessairement dire que, parce qu'il n'y a pas de signalement, il n'y a pas de problème.

Mme Denis: Exact. Moi, je serais plus portée à parler de trou, à ce moment-ci, que de zone grise ou de dédoublements qui ont pu aussi être l'objet de certaines préoccupations de la commission. Quand il y a un signalement et que le signalement entre au CSS, à la Protection de la jeunesse, les premières décisions sont: on le retient ou on ne le retient pas. Quand on ne le retient pas, ça ne veut pas dire là non plus qu'il n'y a pas de problèmes. Ça veut uniquement dire qu'il n'y a pas des faits suffisamment sérieux pour qu'on puisse penser que la sécurité ou le développement sont compromis. Il y a un premier niveau de trou de services parce qu'il faudrait en plusieurs occasions être en mesure de référer - on le fait, on réfère ces familles ou ces jeunes - mais il faudrait que ceux qui puissent donner des réponses, que les CLSC ou les organismes communautaires, entre autres, puissent effectivement être en mesure de donner des réponses à ces jeunes-là.
(10 h 30)

Même chose, quand un signalement est retenu, on pense qu'il est fondé. On procède à une évaluation plus approfondie et on se rend compte qu'en réalité il n'y a pas matière à

couvrir ce jeune-là par la Loi sur la protection de la jeunesse. Mais quand il n'y a pas matière, il faudrait là aussi... Si le jeune a été **référé**, bien souvent il y a un problème, mais chez nous, nous ne nous occupons plus, dans le fond, de services qu'on pourrait qualifier de première ligne, ou d'aide à une famille ou à un jeune qui a un problème sérieux mais qui n'est pas de nature à mettre en péril sa sécurité ou son développement. Il y a là comme une absence, effectivement, je dirais, de services ou de capacité des actuels CLSC de répondre à ces demandes. L'autre aspect, quand il n'y a pas de signalement, normalement, le jeune ou la famille devrait pouvoir s'adresser à son CLSC, à des organismes communautaires, parce que s'il s'adresse chez nous, il n'entrera pas dans le système. Il ne s'adressera pas non plus à des centres d'accueil. Les centres d'accueil, leur clientèle est captive et elle est acheminée vers le centre d'accueil en interne ou en externe, mais par nos services. C'est là qu'on parle plus de trou, ou de zone grise, si vous préférez, parce qu'il n'y a pas d'endroit...

La Présidente (Mme Marois): Je pense que M. Perreault voulait ajouter quelque chose.

M. Perreault (Jacques): Je pense que vous avez tout à fait raison, M. le ministre, quand vous parlez de trou, dans le sens où Mme Denis le mentionnait. Je pense que le trou, il n'est pas dans les fonctions respectives des établissements, que ce soit CSS et CLSC. Le cadre de partage est venu départager les responsabilités par rapport à la clientèle jeunesse et familles. Il y en a qui ont parlé d'un cadre de partage de fonctions, on se partage des fonctions, d'autres, on se partage des effectifs, et d'autres ont même osé dire que c'est un partage de la pauvreté.

Pour moi, le trou, il n'est pas dans les fonctions, il est dans la capacité de certains établissements de rendre des services. On a certaines listes d'attente en protection, des fois, parce qu'on n'est pas capable de faire plus. Et les CLSC peuvent ne pas rendre certains services de consultation psychosociale, psychologique, d'aide conjugale, d'aide familiale, pas par mauvaise foi, pas parce que les fonctions ne sont pas claires, mais parce qu'ils n'ont pas le personnel pour le faire. Ce qui fait que, quand une personne nous téléphone pour dire: Je veux voir un psychologue ou un travailleur social avec mon enfant, le CLSC m'a dit non et vous, le CSS, vous me dites non. Ça se produit régulièrement ce type de situation-là et le trou il est là. Ce n'est pas un trou théorique, c'est un trou pratique.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Évidemment c'est inquiétant, quand on regarde nos responsabilités... Bon, on peut parler des listes d'attente que vous avez, avec tous les problèmes que

ça suppose. On peut parler des problèmes spécifiques au niveau des CLSC. Ce qu'on se rend compte, c'est qu'il y a un trou. Il y en a un, trou. Il peut être pratique, il peut être d'ordre théorique. On peut discuter là-dessus pendant longtemps. Il y a un trou alors que notre système doit être complémentaire. De quelle manière... Parce que, finalement, au bout de la ligne, on pourrait tirer la conclusion: c'est parce qu'il n'y a pas d'argent qu'il y a un trou. C'est inquiétant. Parce qu'il y a quand même de l'argent dans le système. Comment est-ce qu'on fait pour s'assurer de cette complémentarité pour faire en sorte que le trou ne soit pas là? Bien sûr qu'il y a des problèmes d'argent. Mais on peut tout régler sur la terre par des problèmes d'argent et il va rester encore des problèmes pareil. Qu'est-ce qu'on fait, demain matin, pour bien s'assurer qu'il y ait un continuum de services et qu'il n'y ait pas ce trou, parce que c'est notre responsabilité, vous l'avez dit tantôt, de prendre des décisions? Autant en profiter pour se donner les éclairages qu'il faut, pour être capables de combler ces trous.

La Présidente (Mme Marois): M. Sammut.

M. Sammut: Quand on parle de complémentarité de services, ce qui illustre bien c'est possiblement l'opération qui se fait actuellement en protection de la jeunesse, où des opérations comme ça ont été tentées, par le passé, par les Centres de services sociaux, en faisant appel à la collaboration et la complémentarité des autres établissements du réseau. À cette étape-là, les gens nous disaient: On n'a pas plus de budget que vous autres et ce n'est pas possible. C'est là que ces fameux besoins étaient possiblement entre deux chaises. Curieusement, dernièrement - et c'est peut-être là, quand on parle de complémentarité, comment y arriver - curieusement quand, vous-même, M. le ministre, ainsi que le ministre, dites aux régions: Trouvez un moyen ensemble, sinon j'irai voir comment on va pouvoir trouver le moyen. Curieusement la complémentarité qui n'était pas possible hier, les fonds de tiroir qui n'étaient pas disponibles, le sont aujourd'hui. Je me dis, quand on regarde la solution au niveau de la complémentarité, d'éviter qu'il ait effectivement des clientèles entre deux chaises, il y va, je pense, d'une volonté régionale, mais avec un petit peu plus que ça, un genre d'incitatif qui pourrait peut-être se faire en région, mais qui pourrait aussi... qui vient actuellement, en tout cas, peut-être plus du ministère.

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis, oui.

Mme Denis: Je dirais aussi, si on pense aux services aux jeunes CSS versus CLSC, il y a des efforts importants qui ont été faits depuis

quelques années, dans le but effectivement d'être plus complémentaires. Par exemple, c'est à l'instigation du ministère que s'est développé un manuel réseau en protection de la jeunesse. Mon doux, il y a là une occasion pour tout le monde d'être assis autour de la même table et de voir comment on travaille auprès des jeunes qui ont des difficultés. Je pense que, pour augmenter les chances de succès de ces complémentarités, il faut peut-être proposer aux gens des objectifs clairs et dire: Dans le fond, dans cette région, il y a un objectif clair au niveau des services aux jeunes, et on assoit le monde à la même table et on développe ensemble des façons de faire et une plus grande collaboration. Je peux vous dire qu'il y a des régions - et j'oublie même le problème actuel ou la situation actuelle - où il y a des choses de commencées dans ce sens-là, qu'il faut aider à accentuer. Je pense que ça peut servir d'exemple à d'autres régions aussi.

M. Côté (Charlesbourg): Vous me faites revivre des mois passés en disant ça. Si on prend le problème des urgences: on s'est aperçu à un moment donné que le seul moyen d'entrer à l'hôpital, c'était d'entrer par l'urgence, et que certains médecins pouvaient conseiller à des gens: Va-t'en à l'urgence; c'est le seul moyen de l'entrer à l'hôpital. Donc, on a trouvé une porte, qui n'est pas la porte normale, pour être capable d'être admis. Est-ce que le fait d'avoir un trou ne nous retrouverait pas dans une situation où ça augmente le nombre de signalements et que les gens, pour être capables d'accéder ou d'avoir des services, passent par le signalement? C'est ce qui expliquerait peut-être... Je sais que j'ai vu, pendant mes vacances, vos commentaires suite au rapport qui a été rendu public, mais je pose la question pareil. Première question: Est-ce que ça ne risque pas d'augmenter le nombre de signalements? Et la deuxième: Notre beau grand réseau avec nos 950 établissements sur le territoire, est-ce qu'eux-mêmes font des signalements?

Mme Denis: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Quelle est la proportion, à peu près, des signalements qui viennent de la part de notre réseau?

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

Mme Denis: Oui. Je vais commencer par votre première question. Je vais retrouver mon chiffre pendant ce temps-là. Est-ce que le fait qu'il y ait un trou ça augmente les signalements? Je dis qu'il y a des possibilités que, dans des régions où c'est uniquement la protection de la jeunesse qui est identifiée, ça ait comme effet qu'il y a plus de monde qui s'adresse là pour un problème. Cependant, je dois dire que, la loi étant aussi de plus en plus connue, quand les

gens s'adressent à la protection de la jeunesse, c'est de plus en plus pour quelque chose de sérieux. Je pense qu'on a de moins en moins, dans le fond, dans les signalements qui rentrent chez nous, de situations très très légères. Ce qui ne veut pas dire que ce sont toutes des situations de protection. Alors, je dirais qu'il y a, depuis quelques années, une habitude qui s'est développée dans la population d'identifier la Protection de la jeunesse à des problèmes et à des problèmes graves. Cependant, il est vrai aussi que pour les jeunes en difficulté, souvent la Protection de la jeunesse est la seule porte identifiée.

L'augmentation des signalements: effectivement, il y a eu à travers les années une légère... une croissance des signalements. Est-ce uniquement parce qu'il y a un trou? Je ne mettrais pas ma main dans le feu là-dessus. Je vous dirais, cependant, que notre capacité de ne retenir que les signalements réels ou, si vous voulez, les signalements où on pense qu'il y a matière est de plus en plus grande et que, là-dessus, même s'il rentre 50 000 signalements, au bout de la ligne, c'est 20 000 jeunes qui vont vraiment être évalués; il y en a 30 000 qu'on va rejeter. Mais ces 30 000, où les envoie-t-on? Que fait-on avec eux? Est-ce que, dans chacune des régions, on est capables de regarder avec les CLSC des programmes d'aide à ces familles-là qui nous ont peut-être signalé des jeunes?

La deuxième question est autour du nombre de professionnels: à mon souvenir, et je pourrai le préciser plus tard, c'est au moins le tiers des signalements qui est fait par des professionnels, mais, là, on dit professionnels pas juste de notre réseau; ça peut être des professionnels du milieu de l'éducation, par exemple.

M. Côté (Charlesbourg): Passons aux personnes âgées. Les oreilles ont dû vous tinter à l'occasion sur les familles d'accueil pour personnes âgées, parce que ça a été l'objet de plusieurs interrogations au niveau de la commission parlementaire. Il y a un courant qui semble se dessiner à l'effet que les familles d'accueil devraient être rattachées davantage aux CLSC qu'aux CSS, et vous l'avez abordé très ouvertement sur le plan de la problématique en nous disant: Voici les enjeux. Il faut quand même faire attention à un certain nombre de choses.

Ce que j'ai entendu jusqu'à maintenant, en particulier du CSS juif de Montréal qu'on a entendu la semaine dernière, c'est qu'il y avait une expertise au niveau des CSS qui était une expertise extrêmement importante, mais qui peut, éventuellement, être transférable si jamais la décision était dans ce sens-là. L'autre élément qui sous-tendait le maintien au niveau des CSS des familles d'accueil était à l'effet que ça prenait un bassin régional et que, dans la mesure où ce serait rattaché à un CLSC, ce serait un bassin plus petit.

La discussion est ouverte là-dessus. Il n'y a pas encore de décision de prise et votre argumentation nous laisse croire qu'il y a des possibilités de rattacher à la base certains services qui, de votre avis, seraient peut-être mieux au niveau de la base, mais de garder une certaine ligne de services à votre niveau. J'aimerais que vous soyez un peu plus précise là-dessus.

Mme Denis: Prenons les familles d'accueil pour adultes et personnes âgées. À l'heure actuelle, il y a deux sortes de fonctions qu'on assume auprès des familles d'accueil. Il y a le recrutement, l'évaluation, l'encadrement et, je dirais, la gestion, le paiement, etc. De l'autre côté, on assume aussi... on suit le bénéficiaire lorsqu'il est placé dans une famille d'accueil. Il nous semble qu'il y a là matière à se poser des questions, effectivement.

Est-ce que c'est aux CSS à suivre la personne âgée lorsqu'elle est placée dans une famille d'accueil? Est-ce qu'il n'y aurait pas avantage à ce que ce soit le CLSC? Bien souvent, même, elle a pu entrer initialement par le CLSC pour du maintien à domicile. Au moment où le maintien à domicile n'est plus possible, où une autre alternative serait intéressante à les référer au CSS, pourquoi ce suivi-là au niveau de la personne âgée, pour laquelle le placement, contrairement aux enfants... Pour les enfants, le placement, c'est quasiment ce que j'appellerais une mesure thérapeutique. Pour la personne âgée, c'est un plan de vie. Alors, pour la personne âgée, qu'elle soit suivie par le CLSC, ce que ça viendrait peut-être faciliter aussi, c'est que les familles d'accueil qui accueillent des personnes âgées pourraient avoir accès, à ce moment-là, à des services d'infirmières à domicile, pas des services d'aide, mais des services d'infirmières. À l'heure actuelle, ce n'est pas possible, cette situation-là.

Ça, ça nous semble être des fonctions qui sont assumées par les CSS et pour lesquelles on peut se poser la question: Est-ce que ça n'aurait pas avantage, ces interventions-là, à être fait plus près des gens et, donc, dans le CLSC.

Sur l'autre aspect des fonctions qu'on assume auprès des ressources, qui sont le recrutement, leur évaluation, leur encadrement, est-ce qu'il y a, au niveau des personnes âgées, le bassin nécessaire pour penser que ça puisse se faire au niveau des CLSC? On pense qu'à ce moment-ci, en 1990, ce n'est peut-être pas réaliste de penser que le bassin est suffisant. Peut-être qu'on devra se reposer la question dans cinq ans.

On pense, cependant, qu'il y a une... ces fonctions-là exigent que ce soit, et il s'est développé une expertise, un peu comme l'indiquait le CSS juif à la famille, une expertise dans le développement de milieux substitutés.

En même temps - puis, là, je reviens... pour

moi, il y a un autre argument rattaché à ça - en même temps, quand on dit: Il y a des services qui ont avantage à être regroupés pour des raisons d'économie **d'échelle**, je vous dirai que, sur les familles d'accueil aux adultes, il y a 120 postes au total dans les CSS et il n'y en a même pas un par **CLSC**. Au niveau des familles d'accueil pour les personnes âgées, il y en a 223, si ma mémoire est bonne, donc, **1, quelque chose par CLSC**. Alors, je pense qu'il y a là aussi un choix à passer dans ce sens-là.

M. Côté (Charlesbourg): Ce sont deux questions intéressantes, mais qui ne sont pas incontournables si on devait prendre la décision de le faire, parce que, si l'unité de référence devait être la région, elle pourrait se faire aussi par un regroupement de CLSC sur le plan du placement. Je pense qu'à ce niveau-là l'important est toujours de voir le rattachement en fonction des services que le bénéficiaire peut recevoir. Et c'est davantage ça qui doit nous préoccuper sur le plan des décision qu'on aura à prendre.

Je me permettrais de déborder cet aspect pour vous poser une question sur les travailleurs sociaux en milieu hospitalier. Y a-t-il ou pas des avantages à garder le statu quo? Quelle est votre opinion là-dessus? On fait quoi demain? Parce que - si je me souviens... je ne sais pas, peut-être le soixantième ou le soixante-dixième mémoire - on en a entendu parler un peu. J'aimerais en entendre parler davantage sur les effets positifs ou négatifs des travailleurs sociaux en milieu hospitalier et de qui devraient-ils dépendre.

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

(10 h 45)

Mme Denis: Je vous dirais que, dans le fond, essentiellement, il faut retourner à... Quel est l'objectif, pour un bénéficiaire, quand il est dans un hôpital et qu'il est aussi suivi par un travailleur social? Pour nous, en tout cas, la réponse, elle est là. L'hôpital, dans le fond, a comme objectif de guérir la personne et de la faire sortir. Je pense que ça, c'est clair. Le travailleur social qui dépend du CSS, quand il intervient auprès de cette personne, son objectif, c'est de l'aider soit à se réadapter ou à passer dans un milieu de vie substitut et d'aider cette personne et sa famille à se réinsérer dans la communauté. Ce sont, à notre point de vue, des objectifs différents.

On peut imaginer, vous pourriez demander aux hôpitaux d'assumer cette mission-là aussi. Si c'était le cas, il nous semble que, dans le temps, ce sont deux missions très difficilement compatibles. C'est très difficilement compatible parce que le travailleur social va bien souvent suivre la personne qui sort de l'hôpital pendant les six prochains mois et l'objectif de l'hôpital, qui est de sortir la personne, va être difficilement compatible avec l'objectif du travailleur social

qui est d'aider la personne à se **réinsérer**. Tôt ou tard, on risque de se retrouver dans une situation où les hôpitaux développeront leur propre réseau de ressources, clandestin ou non, pour faire sortir les gens de l'hôpital, parce que c'est leur objectif majeur. Pour nous, c'est une raison... c'est cette approche qui **fait** qu'on pense que ça doit continuer à être rattaché à un établissement social. Je ne sais pas si...

La Présidente (Mme Marois): M. Perreault.

M. Perreault (Jacques): Je pense, en complément, qu'il y avait aussi, au moment où ça a été **fait**, certains arguments d'ordre plus administratif ou professionnel. Je pense qu'on voulait s'assurer... parce que les hôpitaux qui ont des travailleurs sociaux, ce n'est pas tous l'hôpital Notre-Dame à Montréal ou l'hôpital **Maisonneuve-Rosemont**. Il y a plusieurs hôpitaux en région, et c'est la majorité des cas, où ce sont des travailleurs sociaux... où ce sont des postes uniques ou il y a une ou deux personnes. Le regroupement de ces gens-là a permis d'assurer le développement de ces personnes, leur formation, le développement de programmes de services sociaux en milieu hospitalier, d'une part. Je pense que ça se maintient comme ça.

Je pense qu'il y a eu aussi et qu'il y a toujours certains avantages. Moi, je suis dans la Montérégie et, en termes très concrets, je vous dirais qu'on se permet, par le service social d'un hôpital, qui est Valleyfield, de desservir, par le même service social, deux petits hôpitaux **par** des postes qu'on prend à Valleyfield. Je vous dirais qu'à Saint-Hyacinthe où on a quatre hôpitaux dans la **même sous-région**, Sorel, Granby et deux à Saint-Hyacinthe, on a diminué de beaucoup le coût d'encadrement. Chaque hôpital n'a pas son poste de cadre. On a un cadre pour l'ensemble de la sous-région de Saint-Hyacinthe pour quatre hôpitaux. À **Longueuil**, on a un hôpital où il y a 20 intervenants sociaux et un autre où il y en a 6. On a deux cadres, mais pas un cadre pour l'hôpital Pierre-Boucher et un cadre pour **Charles-Lemoyne**; deux cadres qu'on **mixe** ensemble pour être capable de supporter l'ensemble des 25 intervenants de cette sous-région.

J'ajouterais aussi, malgré le langage qu'on peut tenir par rapport à ça, que la concertation entre les milieux hospitaliers et les CSS, elle est réelle, elle est existante. Il s'est développé une concertation active dans le domaine du désengorgement, de la gériatrie, du développement de ressources d'accueil ou de familles d'accueil, tout à fait spéciale où l'hôpital va rendre des services et ça libère des lits à l'hôpital. Donc, je pense que, **malgré certains** langages, sur le terrain, la concertation, elle se fait et elle se fait quotidiennement.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témis-

camingue.

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Oui, effectivement, à la suite de ce que le ministre a mentionné, il faut vous dire, redire que l'ouverture que vous faites à la commission et à ceux qui auront à inscrire formellement, dans un projet de loi, quelle sera la place d'organismes d'un niveau comme les CSS - et c'est une question qui est souvent négligée dans l'ensemble du regard que l'on doit jeter sur l'organisation de nos services de santé et de nos services sociaux. Ce n'est pas à vous que je vais dire: L'oeil est plus grand ouvert, souvent, parce que plus illustratif, plus spectaculaire, sur le domaine de la santé que sur le domaine des services sociaux. L'ouverture que vous démontrez, quant à l'aspect de la complémentarité des services au bénéficiaire, à la personne, oui, est tout à votre honneur, et c'est remarquable les pistes que vous fournissez au législateur pour regarder la situation toujours dans l'aspect d'un meilleur service. On a suffisamment entendu devant cette commission des récriminations pas mal plus corporatistes, pas mal plus protectrices d'un certain nombre de droits, d'un certain nombre de privilèges pour vous dire que nous reconnaissons, en tout cas nous reconnaissons de ce côté-ci, la valeur de cette ouverture et les pistes qui nous sont fournies.

Il y a, en particulier - j'aborderai d'abord cette question-là - un aspect majeur dans le questionnement autour des CSS et des services à donner. Bien franchement, bien honnêtement et bien carrément, tout ça est entouré un peu, pour ce gouvernement et ce ministre, d'une problématique budgétaire, des coûts à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. On a eu l'occasion d'entendre beaucoup de groupes, beaucoup de réflexions autour du fait qu'il y a du dédoublement et qu'une des façons d'économiser dans le système ce serait peut-être, et disons-le carrément, de faire disparaître un niveau à quelque part - c'est clairement des CSS que l'on parlait - et qu'il y aurait là une économie de système appréciable, qui nous permettrait de rendre des services à la jeunesse, aux personnes âgées et aux adultes en matière de services sociaux et peut-être aussi de répondre à des demandes urgentes en matière de santé, si nous faisons complètement table rase de ce niveau-là. Moi, j'aimerais ça vous entendre, parce que vous avez certainement dû le regarder... Est-ce qu'il vous apparaît très carrément qu'il y aurait, que ce serait un motif que nous devrions retenir pour regarder la situation, les redressements et la réorganisation, l'économie possible au niveau du travail que vous faites et d'une possible intégration à d'autres services?

M. Sammut: Possiblement, dans un premier temps, j'oserais vous répondre: effectivement, si, demain matin, on enlevait carrément la structure,

l'établissement "Centres de services sociaux", il n'y a pas de problème là. On peut l'enlever, sauf que les services qui sont donnés là, il faudra remettre une autre structure à côté pour les redonner. Alors, c'est là que, dans un premier temps, la structure... C'est là qu'on a voulu témoigner dans ce sens-là. La structure comme telle, elle est là actuellement. Il y a une expertise qui est là. Il y a une expérience qui est là. Il y a des choses qui sont... Il y a du solide sur quoi bâtir. Si on l'enlève, il faudra rebâtir ailleurs demain matin ou on transférera demain matin. Alors, dans un premier temps, je laisserais peut-être à Mme Denis le soin de compléter.

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

Mme Denis: Je suis portée à penser, d'abord, que si on parle de... Si on parle de la jeunesse, je pense qu'une meilleure intégration des services à la jeunesse, un rapprochement avec les centres d'accueil et de réadaptation - et quand on dit ça, ça peut prendre différentes formules, ça va jusqu'à des intégrations - bien, je pense qu'on vient là, en matière de jeunesse, de resserrer beaucoup en termes de nombre d'établissements dispensateurs, en termes de continuité de services. Je pense qu'on vient là, dans ce sens-là, de faire un effort. Il ne s'agit pas d'en abolir une, il s'agit de s'assurer qu'il y ait un rapprochement plus organique. Par ailleurs, je suis portée à penser aussi qu'il y a des fonctions qui peuvent se situer ailleurs. Il y a des fonctions qui devront demeurer régionales, mais je ne pense pas qu'il y ait vraiment des économies substantielles d'échelle à faire. Dans le temps, les types de services qui sont donnés se sont beaucoup précisés, ont été élagués largement pour ne maintenir que des fonctions qui, où qu'elles soient, devront être assumées. Je ne pense pas, dans ce sens-là, qu'il y ait vraiment des économies d'échelle à faire.

On parlait tantôt aussi... M. le ministre évoquait la possibilité que certaines fonctions régionales, on puisse dire: Dans un territoire-Bien, par exemple, si ça doit demeurer régional, une fonction, on peut la confier à un CLSC au nom des autres. Je dis qu'il faut toujours faire attention. Il faut les regarder comme il le faut ces hypothèses-là, mais il faut faire attention aussi parce qu'on a le risque de recréer notre structure régionale ou de se recréer un deuxième palier de toute façon et pas nécessairement moins coûteux. Globalement, je pense que dans le secteur social, ça représente peut-être quoi? 10 % en réalité, de l'ensemble du budget. Les économies d'échelle à faire là ne sont qu'à la marge. Ce sont peut-être uniquement certaines économies légères de système.

La Présidente (Mme Marois): M. Perreault.

M. Perreault (Jacques): J'ajouterais simple-

ment que, quand on a créé les CSS en 1974 - et on a vu tantôt, dans la **présentation** du président, qu'on a revu très souvent leur fonction - il y avait des raisons de bénéficiaires, à savoir que des services rendus sur une base régionale avaient une chance d'être plus spécialisés, etc. Mais il y avait aussi le même motif que vous invoquez, il y avait des économies à faire en créant une structure régionale. Et vous nous demandez, aujourd'hui, est-ce que de défaire la structure régionale qu'on a créée pour des raisons économiques, est-ce que ça serait plus économique de ne plus l'avoir aujourd'hui, alors qu'on l'a créée pour des motifs comme ça aussi?

M. Trudel: Alors vous nous demandez et vous demandez au législateur de bien regarder l'histoire de la construction, du développement de ce réseau, et des motifs qui y ont présidé, et son évolution actuelle, avant d'aller à la conclusion et la démonstration que vous nous faites ce **matin** que, si c'est pour des motifs **d'économie**, ce n'est vraiment pas quelque chose de majeur, à vos yeux, dans l'ensemble du système actuellement.

J'aimerais toucher, maintenant, un autre aspect. Vendredi dernier, nous avons eu l'occasion d'entendre le regroupement des familles d'accueil du Québec. C'était le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux qui était du côté gouvernemental, et nous avons, je pense, tous les deux, été, oui, surpris du jugement assez sévère des familles d'accueil envers l'institution CSS et les professionnels y oeuvrant. Oui, on a été un peu beaucoup renversés d'entendre, en quelque sorte, le fait que ces gens-là ne se sentaient pas comme partenaires, comme ressources d'accueil dans le réseau des services sociaux en termes d'accueil. Vous l'abordez dans votre mémoire, le premier texte que vous nous avez soumis, en demandant des précisions quant au rôle des familles d'accueil. Et je dois vous dire, **là-dessus**, que vous rejoignez d'ailleurs la Fédération des familles d'accueil. Quelles sont ces précisions qu'il nous faudrait apporter au niveau législatif pour vraiment faire en sorte que les familles d'accueil soient considérées comme de véritables partenaires dans le réseau, dans les services aux bénéficiaires?

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

Mme Denis: Je vais prendre deux aspects. D'abord, peut-être pour indiquer que je comprends que les familles d'accueil, effectivement, ont des préoccupations importantes par rapport aux bénéficiaires qu'elles suivent, et qu'en ce sens-là, ils et elles sont très exigeants par rapport aux intervenants des CSS, c'est un fait. Je pense aussi que, du côté des Centres de services sociaux, nos intervenants qui oeuvrent avec les familles d'accueil, je pense que, globale-

ment, les rapports se sont développés et, comment dirais-je? améliorés d'année en année. De plus en plus, il faut voir aussi comment, depuis quelques années, les associations de familles d'accueil, les familles d'accueil avec les intervenants, les relations **sont plus soutenues**, les - comment dirais-je - les **contacts sont beaucoup plus...** nos intervenants sont **plus aussi** informés et formés pour travailler avec la famille d'accueil, ce qui n'empêche pas, bien sûr, que, comme dans n'importe quel système, **il puisse y avoir des situations particulières à un moment donné** ou à un autre. Je pense que la **volonté des familles d'accueil, de la Fédération et celle des CSS est de vivre en partenaires. À titre d'exemple, je vous donnerais deux exemples de choses qui sont en train de se préparer, au moment où on se parle, avec la Fédération des familles d'accueil.**

L'une, c'est ce qui concerne les mécanismes de plaintes, ou de recours devrais-je dire. Et ça. c'était dans l'avant-projet de loi: **on situait au conseil régional, ou à la régie, plutôt, un mécanisme de recours dans le cas des familles d'accueil.** Avec la Fédération, l'Association des CSS, on est en train de regarder si on **n'aurait pas** une nouvelle proposition à vous faire, pour situer à un plan provincial un mécanisme de recours, quand il y a un problème, qu'une famille d'accueil se sent lésée, et le Centre des services sociaux et la famille d'accueil pourraient s'adresser à un arbitre, ou enfin une formule provinciale qui permettrait de dénouer ce genre de situations. **là**. Je pense que si **on réussissait à se trouver une façon, et ça je pense que c'est à compléter, si on réussit à se trouver une façon** que, lorsque la famille d'accueil **se sent lésée** ou lorsqu'il y a **un geste de posé**, qu'il **puisse y avoir un recours provincial, bien, mon doux, je pense que c'est quelque chose qui nous avancerait encore plus, en donnant cette alternative** là aux familles d'accueil.

Le deuxième projet sur lequel on travaille avec la Fédération, c'est un protocole. **il y a des situations où, à un moment donné, la famille d'accueil... il y a eu des présomptions d'abus, par exemple. Cela peut se passer. C'est exceptionnel, mais il faut être en mesure de faire face à ces situations-là. Pour trouver une manière correcte de fonctionner dans ces situations, nous sommes à préparer avec la Fédération un protocole qui va venir dire: Que se passe-t-il quand H y a une plainte de cette nature? À quel moment, la famille d'accueil est-elle invitée à se faire entendre? À quel moment, le CSS doit-il poser un certain nombre de gestes? Et je pense que ce sont des travaux comme ça qui sont de nature à compléter peut-être ce qui était déjà prévu dans certaines dispositions de l'avant-projet et qui sont de nature aussi à favoriser un meilleur partenariat.**

(11 heures)

La Présidente (Mme Marois): M. Perreault.

M. Perreault (Jacques): J'ajouterais qu'en plus de ces efforts à un niveau plus national, dans les différentes régions - et je dirais à peu près dans toutes les régions - il s'est créé ces dernières années des mécanismes conjoints ou de partenariat entre les directions de CSS et les représentants des familles d'accueil pour aborder ce genre de difficultés, qui sont vécues, et j'ajouterais même, pour l'avoir vécu personnellement, pour associer les familles d'accueil à certaines politiques du CSS qui les touchaient. Donc, il me semble que ce genre de mécanismes, au niveau régional, au niveau national, va faire en sorte, peut-être, que les propos qui ont été tenus devant cette commission parlementaire... en tout cas, on souhaite qu'ils ne soient pas les mêmes dans l'année ou les années qui s'en viennent.

M. Trudel: Le temps file très rapidement, et mon collègue de Joliette-

La Présidente (Mme Marois): Vous avez quand même le temps d'une autre question, M. le député.

M. Trudel: On a parlé beaucoup de la protection de la jeunesse, de la protection des personnes âgées. Est-ce que la coordination est effectivement suffisante comme mécanisme de protection au niveau des personnes âgées, qui sont abusées, qui sont vulnérables, maltraitées, ou s'il ne nous faudra pas penser, compte tenu de l'importance de la situation... Vous avez mentionné des chiffres, des chiffres qu'on a vus aussi dans l'actualité, 3 % à 5 %, mais c'est beaucoup de monde et c'est ce qui semble être le... ce qui est apparent de la situation. D'aucuns ont dit qu'il y en avait peut-être pas mal plus que cela suivant les milieux où on irait examiner la situation. Est-ce qu'il n'y aurait pas aussi, pour cette clientèle, la nécessité de prévoir un mécanisme spécifique d'accueil, de signalement et de traitement, plus que la coordination des services, pour rendre ça visible et rendre ça accessible à ces personnes qui sont dans des situations extrêmement vulnérables au plan de l'entrée dans le système, me semble-t-il?

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

Mme Denis: Oui. Je dirais deux choses. La première, c'est qu'au niveau des adultes et des personnes âgées, il faut faire attention de ne pas se mettre dans la même situation que lorsqu'on parle des enfants. Je pense que c'est une situation fort différente, un enfant, un adulte et une personne âgée. En ce sens-là, je ne crois pas, et dans le réseau chez nous, on ne croit pas non plus qu'il faille vraiment parler d'une loi, par exemple, de protection ou d'exception. Par contre, ce qu'on voit, c'est qu'effectivement il y a des situations pour lesquelles il

faut responsabiliser les établissements d'abord. Mais je pense qu'en bout de ligne, une situation qui n'est pas réglée ou qui n'est pas le propre de quelqu'un qui a affaire avec un établissement... parce que ça peut arriver que, dans la population, il y ait des gens, des situations d'exploitation grave mais que la personne n'est en contact avec aucun établissement. Il faut qu'il y ait, un endroit où un recours extrême peut être exercé. Et c'est souvent dissuasif. Je dirais même, à titre d'exemple, qu'il y a, dans une région ici, une expérience pilote, à Québec, qui se développe avec la Commission des droits de la personne. Et, effectivement, quand un travailleur social est placé devant des situations d'abus, le fait de pouvoir recourir à une mécanique a un effet très dissuasif sur le comportement abusif. Il faut qu'il y ait quelque chose de bien identifié, mais il ne faut pas que ce soit une loi. Il faut que ce soit une mécanique, mais de dernier recours, parce que c'est d'abord les établissements qui doivent être, en tout premier lieu, responsables.

La Présidente (Mme Marois): M. Desjarlais.

M. Desjarlais (René): Mme la Présidente, je profite de la préoccupation de M. le député, et, bien sûr, avant qu'il ne soit trop tard, pour m'accrocher à ce souci de besoin spécifique pour exprimer une réalité qui me semble bien spécifique au niveau provincial, c'est la réalité montréalaise. Le temps ne nous permet pas, hélas! d'y toucher. Vous partagez, et j'en suis certain, mon avis à l'effet que l'arrivée massive des émigrants, et particulièrement à Montréal - on sait qu'il y en a à peu près 75 % qui s'installent à Montréal - la pauvreté grandissante de Montréal, appuyée par les recherches de la Chambre de commerce, et j'en dirais, la dynamique de la concentration urbaine, je pense que ces ingrédients, Mme la Présidente, engendrent des besoins spécifiques - et voilà le crochet qui me permet de répondre à la préoccupation de M. le député - engendrent, à mon avis, des besoins spécifiques. Et je serais très heureux, dans ce contexte de réforme, dans cette préoccupation, de tenir compte des particularités régionales. J'irais même jusqu'à dire, au CSSMM, nous serions heureux de recevoir non seulement M. le ministre, mais bien sûr tous ceux et celles qui se préoccupent de cette situation-là pour nous permettre, pour nous donner la chance de véhiculer tous ces besoins spécifiques engendrés dans ce milieu, dans cette île. Je vous remercie beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

M. Chevette: Merci, Mme la Présidente. Je vais être assez prudent dans ma façon de poser les questions, parce qu'ils sont trois à répondre

à chaque fois et j'en ai quelques-unes à poser. Donc, je viens de vous passer un message: un, s'il vous plaît. Je vais partir avec un commentaire. Ce serait peut-être intéressant de rencontrer MM, on pourrait savoir ce qu'ils pensent de VM.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Ceci dit.

La Présidente (Mme Marois): Attention, il va vous répondre, M. le...

M. Chevette: Non, je ne veux pas. J'ai bien dit que c'était un commentaire. On verrait que ce n'est pas tout à fait les mêmes problèmes.

M. Côté (Charlesbourg): Il y en a 10 qui veulent répondre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: C'est une question brève d'abord sur la complémentarité. Est-ce que la complémentarité n'existe pas exclusivement pour dégraisser les listes actuellement?

Mme Denis: Non.

M. Chevette: Elle existe pour quoi?

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

Mme Denis: La complémentarité n'existe pas uniquement pour dégraisser les listes. La complémentarité existe parce que, dans l'application de la Loi sur la protection, il y a, ce dont on parlait, du manuel réseau, on parlait de la révision qu'on a faite de nos façons de procéder - on les a révisées - ça s'appelle le rapport Harvey. On travaille avec les CLSC dans ce secteur-là, on travaille avec le secteur des centres d'accueil et de réadaptation...

M. Chevette: N'est-il pas exact, Mme Denis, que, lors du dernier dégraissage des listes, vous avez réussi à aller chercher des travailleurs sociaux d'institutions pour vous aider à baisser le nombre de moitié?

Mme Denis: Ce matin, d'ailleurs, il y a 2543 enfants en attente, donc il y a eu une baisse encore significative. Il est vrai que le modèle dépend de chacune des régions. C'est différent d'une région à l'autre, selon les possibilités régionales et les liens déjà établis. Il y a une région, effectivement, du personnel de centres d'accueil pour jeunes se sont mis à contribution dans le cadre d'une opération "blitz" pour arriver à diminuer les listes d'attente. C'est la région de Laurentides-Lanaudière.

M. Chevette: O. K. C'était juste pour vérifier si ça se faisait dans ce sens-là. Il y a blendses...

La Présidente (Mme Marois): C'était pour entendre parler de sa région aussi en même temps. Ce n'est pas mauvais, ce n'est pas malsain, au contraire.

Mme Denis:... nommer.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Ce n'est déjà pas si mal si je connais ma région, hein? Deuxième question, sur la décentralisation comme telle. Quelle place vous voyez le CSS ou les CSS au niveau de la région? Quelle importance vous leur donnez au niveau de la région?

Mme Denis: Je dirais que, d'abord, la région aura à adapter, à prendre des objectifs et à les adapter. Les CSS, comme tout autre établissement, auront à s'inscrire avec les autres établissements dans les plans d'organisation de services. Par exemple, si c'était un modèle retenu, le plan d'organisation de services pour les jeunes, eh bien, mon doux, j'Imagine que les CSS seraient mis à contribution, avec aussi...

M. Chevette: Est-ce que vous leur voyez une place obligatoire sur le conseil d'administration, décisionnelle?

Mme Denis: Dans les termes où l'avant-projet de loi avait été écrit, si mon souvenir est bon, effectivement, il y avait toutes les catégories d'établissement où les CSS étaient nommément représentés. Il y avait une représentation spécifique. Je pense que selon l'allure qu'on donne aux Centres de services sociaux, je pense qu'il y a là, oui, importance qu'un établissement régional, qui donne des services, soit représenté.

M. Chevette: Êtes-vous d'accord avec la présence des professionnels des établissements sur les conseils d'administration?

Mme Denis: On a dit là-dessus qu'on trouvait... Il ne faut pas qu'il y ait de professionnels de l'établissement sur son propre conseil d'administration, comme règle générale; cependant, on trouvait trop rigide l'approche qui était dans l'avant-projet de loi, à l'effet d'enlever toutes les possibilités pour quelqu'un qui oeuvre dans le réseau de pouvoir être un contributeur sur un conseil d'administration d'une autre catégorie ou d'un autre territoire.

M. Chevette: Vous parlez d'autonomie de gestion dans la fusion. L'expression que vous utilisez c'est "autonomie de gestion". Que voulez-

vous **dire** concrètement par "autonomie de gestion" quand vous parlez des dangers de fusion?

Mme Denis: On a **parlé** d'autonomie de gestion dans le contexte de la décentralisation, notamment. Il nous apparaissait... une chose qu'il ne fallait qu'elle arrive - je dois dire que c'est au point de départ - une chose qu'on ne pensait pas qu'elle devait arriver; on pensait que la décentralisation, ça doit être vraiment des pouvoirs qui sont donnés aux régies en partant de Québec, mais non **pas** des pouvoirs des établissements vers les régies. C'est ce qu'on voulait dire.

M. Chevette: Oui, oui. Question: Il y a deux CRSSS qui sont passés devant nous - je le dis sous réserve, avec un point d'interrogation, parce qu'il y a eu tellement de groupes - la Côte-Nord et **Lanaudière**, je pense, qui, en réponse à une question du ministre - je pense que c'est Lanaudière et peut-être l'Abitibi aussi - , qui ont affirmé d'une certaine façon qu'il y avait une structure de trop au niveau régional et vous étiez visés. Que leur répondez-vous?

Mme Denis: Qu'ils se sont prononcés très vite. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Je voudrais avoir la même spontanéité de votre part.
Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Je souhaite la même spontanéité de votre part.

M. Perreault (Jacques): C'est précisément la réponse qu'on vous dit depuis une heure, par rapport aux services que nous représentons, aux bénéficiaires que nous représentons, et à ce qu'on vous a décrit, et aux ouvertures qu'on avait.

M. Chevette: Pour bien comprendre le combat dans certaines régions - vous représentez quand même l'ensemble - est-ce que, selon vous, c'est dû à un fonctionnement interne d'une région pour qu'on en arrive à ça ou si... selon votre évaluation?

La Présidente (Mme Marois): Mme Denis.

Mme Denis: Écoutez, je pense que...

M. Chevette: Vous avez sans doute des rapports de ça. Vous devez suivre à la trace ce qui se dit ici. Donc, n'essayez pas de m'en cacher.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Denis: Je n'essaie pas de rien vous cacher, je n'ai même pas eu l'occasion de répondre. Non, non, je pense qu'il y a des dynamiques régionales qui sont différentes d'une place à l'autre et qu'il faut vivre avec ça aussi. Dans ce sens-là tous les interlocuteurs dans une région ont des efforts à faire pour faciliter que cette dynamique-là soit positive: les CSS, bien sûr, probablement les conseils régionaux, les CLSC aussi.

M. Chevette: En institutions, vous avez répondu au ministre, tantôt, le manque de ressources, mais, dans certains milieux, on a des ressources en institutions et, comme par hasard, quand les centres hospitaliers, je voyais M. Nadeau tantôt, ça m'a incité à vous poser cette question-là: Pour fins d'équilibre budgétaire, c'est **souvent** au niveau des travailleurs sociaux, par exemple, en toxicomanie et en alcoolisme, qu'on coupe, même dans les centres hospitaliers, pour fins d'équilibre **budgétaire**. Est-ce répandu à travers le Québec ou si c'est localisé seulement dans certaines régions?

Mme Denis: Je pense que les hôpitaux... dans la mesure où les travailleurs sociaux relèvent des CSS, les budgets sont CSS aussi, alors les hôpitaux ne touchent pas au budget **des** travailleurs sociaux. Ce qui pourrait arriver, c'est que à travers... On a dit: il y a de **900** à 1000 travailleurs sociaux, en réalité il y en a 1000, parce qu'il y en a un peu plus de 100 dont le financement vient de l'hôpital.

M. Chevette: C'est ça.

Mme Denis: C'est là peut-être que le financement est moins sécurisé, tout étant relatif.

M. Chevette: Est-ce que vous considérez qu'il y a eu un recul des services à ce niveau-là dans les centres hospitaliers, en particulier pour l'alcoolisme et la toxicomanie?

Mme Denis: Au moment où on se parle, j'aurais de la difficulté, honnêtement, à **vous** répondre spécifiquement sur l'alcoolisme et la toxicomanie.

M. Chevette: O.K.

Mme Denis: En termes de recul ou pas...

M. Chevette: Est-ce que vous avez senti, au niveau **des** 100 qui relèvent des budgets des hôpitaux, qu'il y a eu une baisse ces derniers temps ou si ça s'est maintenu?

Mme Denis: Non, à l'heure actuelle, il n'y a

pas eu de différence. En termes de volume de travailleurs sociaux, c'est stable.

M. Chevrette: Donc, ça peut être localisé dans certaines régions?

Mme Denis: Oui.

M. Chevrette: D'accord. Ça me fera des bonnes réponses à donner. C'est excellent. Une dernière question sur la décentralisation: Je pense que vous n'avez pas peur de la décentralisation. Vous êtes prêt à relever le défi, en particulier sur la dimension jeunesse, avec des possibilités de discussions en ce qui regarde les personnes âgées ou les personnes adultes. Pour vous, la décentralisation pourrait-elle aller jusqu'à la décentralisation totale, y compris des enveloppes de la RAMQ, y compris de tout, ou si vous voyez une décentralisation plutôt partielle? (11 h 15)

Mme Denis: Je vous dirais que, même dans notre mémoire, on évoque la décentralisation des budgets de la RAMQ comme une possibilité, parce qu'on pense que, même là, ça a égard à des pratiques et non pas juste à des sommes d'argent. La décentralisation qui est souhaitée chez nous, c'est une décentralisation très significative, mais en s'assurant qu'on garde au plan provincial des objectifs, des programmes et des standards de qualité.

Un enfant battu à Gaspé et un enfant battu à Montréal, il va toujours falloir qu'on lui réponde dans les mêmes délais et qu'on fasse le même genre d'investigation. Je pense qu'on pourra adapter tous les services autour de ça, mais il va falloir se garantir ce genre de chose-là. Dans ce sens-là, c'est une décentralisation significative, mais avec des programmes et des objectifs provinciaux, et des standards de qualité.

M. Chevrette: Une dernière petite vite, si Mme la Présidente me le permet. Est-ce que le dégel... Est-ce que vous allez enfin pouvoir faire du placement en famille d'accueil?

Mme Denis: Si, excusez...

M. Chevrette: Depuis quand pouvez-vous faire du placement en famille d'accueil? Est-ce qu'il y a un dégel là-dessus? Est-ce que vous pouvez en placer présentement?

Mme Denis: Ah le dégel! Moi, je pensais que vous parliez... Actuellement, les enfants qui ont besoin d'un placement en famille d'accueil sont placés. Ils l'ont toujours été, même depuis la période du moratoire. Les problèmes en termes de volume... D'ailleurs, je pense que le moratoire ne visait pas à empêcher l'entrée des bénéficiaires, mais visait à s'assurer qu'il n'y ait pas de nouvelles places qui se développent. En d'autres

termes, quand une place se libère, elle peut être occupée par un nouveau bénéficiaire. Or, comme à l'enfance, la rotation est quand même plus grande qu'au niveau des adultes et des personnes âgées, je dirais que la pression sur le système est moins grande. Il y en a une, mais elle est moins grande.

M. Chevrette: Donc, c'était le gel du nombre total admissible et non pas le gel du placement.

Mme Denis: C'était le gel du nombre total admissible et des types de places.

M. Chevrette: Ça fait quelque chose de subtil, merci.

Mme Denis: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Ça va? M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier. Ça sera certainement l'un des points dominants de la commission parlementaire. Ce que j'ai compris, c'est que, s'il y en a qui vous avaient comptés pour déjà morts, vous avez donné une bonne respiration artificielle ce matin.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez fait la démonstration que ce n'était pas toujours obligatoire de passer par l'urgence pour être capable de s'en sortir et, que, dans ce cas-ci, votre ouverture d'esprit... et de vous être placés au-dessus de la mêlée en plaçant le bénéficiaire au centre de vos préoccupations et non pas votre structure que vous avez à défendre. Je pense qu'on a fait un pas très important dans la bonne direction. On aura très certainement à vous revoir pour finaliser nos dossiers. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre contribution aux travaux de la commission.

J'inviterais maintenant les représentants et les représentantes de l'Association des hôpitaux du Québec qui viendront présenter un mémoire concernant le Réseau des départements de santé communautaire.

Nous allons reprendre nos travaux. J'inviterais le porte-parole de votre groupe à se présenter, à présenter les personnes qui l'accompagnent et, ensuite, à procéder à la présentation du mémoire en une vingtaine de minutes au maximum. Merci.

Réseau des départements de santé communautaire

M. Montpetit (Jean-Pierre): Mme la Présidente, je vous remercie. Je me présente, Jean-

Pierre **Montpetit**, je suis directeur général du centre hospitalier DSC **Charles-Lemoyne** et président de la Conférence sectorielle de la santé **communautaire** regroupée au sein de l'Association des hôpitaux. À ma gauche immédiate et la deuxième personne qui Intervientra initialement avec moi, le Dr Mireille Lajoie, chef du département de santé communautaire du CH-DSC Sainte-Marie de Trois-Rivières; à mon extrême gauche, M. Gilles Lefebvre, directeur général du CH-DSC, centre hospitalier régional de l'Outaouais, qui a également présidé, durant l'année 1989, le Comité de soutien sur la révision de la structure et le fonctionnement des DSC; à ma droite, le Dr Richard Lessard, chef du CH-DSC Cité de la santé de Laval, qui a été président du Conseil de santé communautaire - organisme dont je vous parlerai brièvement tantôt - de 1986 à 1989; à mon extrême droite, le Dr René Tremblay, chef du CH-DSC de l'hôpital Saint-Sacrement, qui a été président de l'Association des directeurs des départements de santé communautaire de 1983 à 1986.

Très brièvement, Mme la Présidente, je voudrais, d'une part, vous dire que les centres hospitaliers qui ont été désignés, par le ministre, pour s'acquitter de la fonction territoriale de santé communautaire me **chargent** de vous faire part de notre très vif intérêt et très vif souhait et de volonté de continuer à assumer cette mission.

Je vous rappelle que depuis la création des départements de santé communautaire, l'arrimage qui a réussi à se faire au niveau des équipes médicales au sein des CH-DSC a été plus que positif. A la fois, les équipes médicales des centres hospitaliers ont pu être confrontées à des idées de promotion, de prévention et de protection et, à la fois, les réseaux de santé communautaire ont été amenés à comprendre une bonne partie de la problématique, notamment, du fonctionnement des centres hospitaliers.

S'il est vrai qu'en 1970, au moment de la première grande réforme Castonguay-Nepveu, la **perception** qu'on pouvait avoir, à l'époque, était à l'effet qu'on n'avait peut-être pas besoin d'investir massivement dans des mesures préventives dans le réseau de la santé, à cause des nouvelles technologies, des nouvelles thérapies, ainsi de suite, heureusement, en fin de parcours, on a eu le souci de procéder à la création des départements de santé communautaire. On sait, par ailleurs, que depuis 1970, il y a quantité de nouvelles épidémies, **maladies**, appelons ça comme on veut, sida, MTS, accidents, **traumatismes** routiers, ainsi de suite, qui ont été portées à l'attention de beaucoup de gens et je crois que c'est grâce à l'action très rapide et très vigilante, notamment, des départements de santé communautaire.

La nature déteste le vide et vous comprendrez qu'à partir du moment où il y avait 32 DSC, à travers le réseau québécois, qui avaient

comme préoccupation les trois P dont on vient de vous parler, dont on vous parlera un peu plus longuement tantôt, il n'y avait aucune structure provinciale permettant une coordination des activités, le risque que le réseau courait et, par le **fait même**, le ministre et l'ensemble de ses Intervenants, c'était de voir se multiplier, dans les 32 points de services que sont les DSC, des programmes répétitifs à 32 exemplaires. Le réseau a su se prendre en main et faire en sorte que, par une mise en commun de ses niveaux d'expertise et de ses ressources, il se dote d'une structure de coordination provinciale, structure qui - il **m'apparaît** important de le souligner - transcende les dimensions géographiques ou les responsabilités **territoriales**, telles qu'on les connaît dans les établissements. Les préoccupations de santé communautaire dépassent de beaucoup le simple territoire géographique d'un CH, d'un CLSC, ou encore même d'un **CRSSS**, tel qu'on le connaît actuellement. Cette structure qui a été financée par le réseau, justement pour permettre des économies d'échelle, elle est en place actuellement. Je crois que je peux vous dire avec beaucoup d'humilité qu'elle est très performante et le souhait le plus cher que je puisse formuler à ce stade-ci, c'est que ce réseau ne soit pas démantelé.

Cela dit, **Mme** la Présidente, avec **votre** permission, je passe la parole au Dr Mireille Lajoie.

La Présidente (Mme Marois): Très certainement.

Mme Lajoie (Mireille): Ça me fait vraiment plaisir de pouvoir vous rencontrer aujourd'hui. Il y a longtemps qu'on voulait parler de santé communautaire ou de santé publique parce que, dans notre terminologie, c'est la même chose. Je ne reprendrai pas le contenu du mémoire que vous avez; je vais plutôt relever des points qui **m'apparaissent** les plus importants, en particulier, compte tenu des questions qu'on a entendues à plusieurs reprises à la commission et en tenant compte, aussi, de différentes évaluations qui ont été faites et qui font ressortir des préoccupations qui sont similaires et des pistes de solutions intéressantes telles que, par exemple, un réseau de santé.

Actuellement, nous avons un réseau de santé qui est aux prises avec des coûts qui augmentent d'année en année et qui a choisi de se réorienter en fonction d'objectifs provinciaux. Rappelons-nous que c'est peut-être la première province qui le ferait au Canada. C'est un réseau qui s'annonce prêt à capitaliser sur la prévention et la promotion de la santé, comme vous l'avez souvent mentionné, M. le ministre, et qui est déterminé à augmenter l'efficacité de ses interventions. C'est un réseau qui vise aussi à augmenter sa performance en décentralisant le pouvoir vers les régions. C'est un réseau, aussi,

qui veut être bâti sur une solide connaissance de l'état de santé de la population et être constamment réajusté par des activités de surveillance et d'évaluation. Nous croyons, M. le ministre, que vous avez choisi les bonnes voies et nous tenons à vous assurer de notre entière collaboration, car les moyens pour concrétiser ce projet vont être d'une importance capitale. Les problèmes sociaux, les problèmes sanitaires sont complexes; le réseau lui-même, il va sans dire, est fort complexe et la rénovation de ce réseau ne peut donc pas être si simple.

M. le ministre, nous voulons vous faire part du point de vue de la santé publique sur ce sujet et des moyens que nous pouvons mettre à votre disposition pour améliorer la performance de ce réseau. Un des moyens, vous le connaissez bien, on en a parlé beaucoup dans cette commission, c'est l'identification d'objectifs de santé. On insistera peu sur cet élément parce que vous connaissez bien notre position, si ce n'est pour dire qu'il s'agit là, effectivement, du principal outil de gestion d'un système qui se décentralise. En effet, un nouveau mode de gestion des opérations peut générer certainement un grand degré d'incertitude et la gestion, à notre avis, de cette incertitude, passe par des objectifs clairs et l'identification d'organismes mandatés et responsabilisés pour les réaliser.

(11 h 30)

Je ne reprendrai pas les propos de la Conférence des CRSSS, qui est venue hier, propos qu'elle a tenus sur les avantages de se doter d'objectifs de santé, parce que ce sont des propos qu'on tient depuis 1983 et je pense qu'elle les a repris avec brio. Par contre, ce que j'aimerais vous mentionner, c'est de vous dire qu'en choisissant cette voie, vous ne partez pas de zéro. Les DSC ont développé non seulement de l'expertise, c'est important, mais aussi de l'expérience sur le terrain, parce qu'on a dû faire des choix. Nos ressources sont quand même limitées, les problèmes sont nombreux et on a dû faire des choix. De nous-mêmes, nous avons priorisé des problèmes de santé au niveau de chacun des DSC et au niveau de l'ensemble des DSC. On a développé aussi des méthodes importantes. On a appris à faire de la consultation pour aller voir les gens et non seulement pour qu'on nous dise: Oui, c'est bien, ce que vous faites. Mais pour qu'on nous donne les meilleures garanties d'action sur le terrain, dans un deuxième temps. Je pense que ce qui est important, et l'identification d'objectifs doit vraiment passer par des actions concrètes, c'est que, déjà, on est dans les actions concrètes en promotion et en prévention. On tente d'implanter des programmes à partir d'objectifs que nous avons retenus, non pas tout seuls mais essentiellement avec des partenaires, tant du réseau que d'autres systèmes, avec une approche intersectorielle. Je vous rappelle... Vous êtes bien au fait de ça que, d'ailleurs, les DSC, récemment, ont apporté leur

support et leur collaboration au CRSSS dans la démarche initiée sur l'élaboration d'objectifs de santé au niveau régional. On a appris des choses par cette démarche. On a appris qu'une condition essentielle, indispensable, c'est d'être capable de mobiliser les gens, en particulier au niveau de la promotion et de la prévention. Si on veut atteindre les objectifs de santé au niveau provincial, cette mobilisation-là devra être aussi au niveau provincial. Elle devra s'appuyer sur une politique du ministère mais, même, sur une politique gouvernementale intersectorielle, dans un premier temps. Dans un deuxième temps, pour qu'elle se réalise concrètement, vous devez avoir des porte-parole sur le terrain, des porte-parole qui ont une crédibilité scientifique. Ce qu'on peut vous dire, c'est qu'en promotion, en prévention et en protection, actuellement, on croit qu'on a commencé à voir cette crédibilité scientifique-là, on a commencé à agir. Je vais vous donner un exemple concret. A l'heure actuelle, au moment où je vous parle, au DSC de Trois-Rivières, il se tient une conférence de presse sur la santé cardio-vasculaire qui se fait en collaboration avec la Fédération des caisses populaires. C'est un projet de promotion de santé réalisé avec des partenaires hors réseau, non seulement avec leur "input" de ressources humaines mais même avec leur "input" de ressources financières, donc, ce qui augmente la capacité du réseau de santé au niveau de la promotion.

Le deuxième point qui... Je voudrais aussi vous illustrer... Parce qu'on dit: On a des objectifs de santé. C'est bien mais, dans le concret, qu'est-ce que ça va donner? Je voudrais prendre un peu l'exemple des maladies cardio-vasculaires. Je pense que, dans votre discours d'inauguration, M. le ministre, vous avez bien identifié le problème relié aux maladies cardio-vasculaires. On sait qu'il y a des facteurs importants, tels que le tabagisme, l'hypertension, le sédentarisme, etc., qui sont des causes aux maladies cardio-vasculaires. Vous savez aussi qu'il y a des déterminants importants, dont les habitudes de vie. Une fois qu'on a ces deux éléments-là, on se dit: Sur qui devons-nous agir? On doit donc identifier des clientèles. Si je prends un exemple pour essayer d'illustrer comment, à partir d'objectifs de santé, on peut travailler en promotion et en prévention, prenons deux clientèles: la clientèle des écoliers et la clientèle des travailleurs. Je veux aussi, par le fait même, vous illustrer comment le réseau doit travailler en complémentarité et non pas sur un mode de duplication ou de redondance. Si on veut intervenir auprès des écoliers, on doit agir au niveau des écoles, et les départements de santé communautaire ou la santé publique, à ce moment-là, doivent agir auprès des décideurs que sont les directeurs d'école ou même au niveau régional, mais ils doivent agir aussi auprès des intervenants que sont les infirmières des CLSC.

Cette action-là se fait autant au niveau des professeurs, dans le cadre des programmes de formation personnelle et sociale, que le support qu'on doit apporter au personnel infirmier dans l'élaboration des projets non pas pour faire l'action mais pour les aider à agir. Ça, c'est un niveau. Le parallèle est vrai aussi dans l'industrie, comme je l'ai mentionné tantôt. On doit agir avec des décideurs, des gens qui, eux, vont dire: Oui, on est d'accord. Et qui vont prendre les moyens pour le mettre sur le terrain. L'action de la santé publique est à ce niveau-là. Rencontrer les gens qui, eux, ont les outils pour aller le mettre en place. C'est la nuance qu'on fait, et ça, ça n'est pas une duplication, c'est vraiment une action complémentaire essentielle.

Quand je vous dis qu'on va travailler sur des clientèles, c'est un niveau d'action pour réduire les maladies cardio-vasculaires. D'autres actions vont être importantes. On parle, par exemple, des actions sur l'environnement. Pour réglementer l'environnement, en particulier concernant le tabagisme. D'autres exemples, c'est la production d'étiquetage d'aliments sains au niveau des... là, on traite des aliments... l'accessibilité d'aliments sains dans les écoles, et on voit qu'il y a une politique alimentaire qui est en cours, qui s'est créée en collaboration avec le réseau de la santé, avec le réseau de l'agriculture et avec les départements de santé communautaire. Et je pourrais vous donner plusieurs types d'activité. L'action au niveau de la promotion et de la prévention doit se faire non seulement sur le terrain, c'est un niveau d'action, mais aussi à d'autres niveaux. Ça prend... Une des conditions, c'est que... Vous pouvez en conclure que, pour réaliser ces actions-là, ça prend un travail indéniable d'implantation sur le terrain. On ne peut pas faire ça en l'air, dans nos bureaux, il faut être vraiment sur le terrain pour être capables d'agir. Ça prend donc une excellente connaissance du milieu et des approches qui soient adaptées aux besoins et aux ressources qui sont présentes. Ça prend aussi une surveillance constante de ces programmes, est-ce que ça donne quelque chose.

J'aimerais aussi vous parler, parce que je vous parle, en somme, de prévention et de promotion... une préoccupation que vous avez, c'est où se situent la prévention et la promotion. Ce que nous disons, c'est que cette mission de prévention, quand elle est prise dans son sens large, O. K., par rapport à la... il faut l'opposer à la restauration. Mais ça n'appartient pas aux seuls départements de santé communautaire, comme certaines personnes ont peut-être pu le croire, ni même au seul réseau de la santé. Personne, en prévention, promotion, et même protection ne doit prétendre à l'exclusivité. Notre principal mandat, comme responsables de la santé publique, consiste justement à ce que la prévention devienne l'affaire de tout le monde. Mais, en bons gestionnaires, vous savez fort

bien que si tout le monde se voit confier une telle responsabilité, personne ne va finir par la réaliser véritablement, ça va devenir un "side-line", si vous me permettez l'expression. Au même titre que vous ne confierez pas la responsabilité des services de première ligne à tout le monde, vous allez confier spécifiquement cette responsabilité à un organisme. Donc le mandat, à notre avis, devra être attribué à quelqu'un, avec ses budgets, ses ressources, ses comptes à rendre, bien sûr, et des liens fonctionnels avec le partenaire. Ce qu'on peut vous dire, c'est que, déjà, vous avez... les DSC font déjà ce travail-là dans leur milieu. Par contre, ce ne sera pas suffisant, parce que le mandat devrait être inscrit clairement dans une loi, encore plus clairement qu'il ne l'est à l'heure actuelle. Ce qu'il est important aussi de dire, c'est qu'au niveau de l'intervention, on ne peut pas dissocier prévention, promotion et protection. Ce n'est pas pour rien qu'on n'arrive jamais à faire des définitions exclusives et satisfaisantes. Tout le monde se sent mal à l'aise, bon, qui doit faire telle chose, ce n'est pas... on ne peut pas scinder cette fonction-là, et il faut ajouter, à ce moment-là, que ces trois fonctions sont indissociables. J'aimerais vous apporter un exemple pour illustrer l'indissociabilité de ces fonctions-là. Prenons l'exemple des trimotos, qui sont bien connues. Un département de santé communautaire s'est rendu compte qu'au niveau des urgences, les accidents d'automobile étaient fréquents, excusez-moi, les accidents reliés aux trimotos étaient très fréquents. On a essayé de mieux documenter le problème, c'est ce qu'on appelle connaître le problème, c'est le dossier de connaissance. Mais on s'est dit: Il y a des solutions. On avait le choix de deux types de solution. Comme disait un collègue, on pouvait acheter des chaises roulantes pour tous ces gens-là ou on pouvait agir autrement. L'action qui a été choisie, c'est d'abord une action de promotion. C'est d'informer le public, c'est dangereux d'utiliser les trimotos. Et en informant le public, c'est aussi de faire des pressions pour qu'une modification à la législation soit apportée. Et la solution, ça a été une modification à la législation. Je pense que ça... et c'est un élément de protection de la santé publique, à ce moment-là. Donc, on peut voir que, dans un dossier qui apparaît très simple, les trois approches sont indissociables.

Vous avez aussi un autre souci, M. le ministre, qui est d'assurer une meilleure efficacité, c'est-à-dire de faire les bons choix et une meilleure efficacité, c'est-à-dire qu'au moins vous ayez le meilleur rendement dans les interventions. Ça présuppose une bonne connaissance du problème et des solutions. Ça présuppose aussi l'élimination de la redondance, une rationalisation des mandats et un partage clair des responsabilités. Ce qu'on vous dit, c'est que c'est une préoccupation des départements de santé com-

munautaire depuis plusieurs années. Et ce qu'on a fait, c'est d'abord d'assurer une meilleure **coordination** en regroupant nos expertises et nos expériences à l'intérieur de comités provinciaux tels que mentionnés. Et je vous en mentionnerais quelques-uns: en santé **cardio-vasculaire** et tabagisme, au niveau des **traumatismes** routiers, en enfance famille, en environnement, en maladies infectieuses, en santé mentale, en santé au travail. Ce sont des comités qui ont **regroupé** leurs expertises autour d'objectifs collectifs, O.K., pour minimiser justement la duplication. Et l'efficacité est maximisée par le développement d'interventions qui sont réalistes, parce que ce sont des gens du terrain qui le font, et qui sont adaptées aux citoyens de nos régions. Elles s'implantent sur leur terrain et ceux-là mêmes qui les développent mettent à contribution les décideurs locaux et la population. On la fait, cette coordination, au niveau provincial et on la fait aussi au niveau régional. On fait aussi, je vous rappellerais, appel à des expertises qui sont hors du réseau des DSC; un exemple, c'est au niveau des maladies infectieuses, et on pourrait en nommer d'autres. Donc, on veut mieux centrer et coordonner nos efforts.

Nos comités, la façon dont ils fonctionnent, parce que ce ne sont pas juste des comités pour faire des comités, nos comités veulent développer des bonnes bases de connaissance commune, O.K. Ce sont toutes des priorités qui sont retenues. Ils veulent les partager avec le réseau. Ils veulent supporter les DSC. Et ça, on le **fait**, comme je l'ai mentionné tantôt, par un mécanisme de va-et-vient. On a aussi un souci constant que ce qu'on fait, à ce niveau provincial, puisse vraiment s'implanter et être applicable sur le terrain. On a aussi un souci d'améliorer notre connaissance - c'est un moyen qu'on a pris - soit par un meilleur traitement des données qui sont disponibles, soit par la recherche de nouvelles données en recherche ou en **évaluation**. La connaissance, comme vous pouvez le comprendre, ce sont nos yeux. Et vous savez très bien que la connaissance, ce n'est pas exclusif aux DSC. Tout le monde devrait avoir une bonne connaissance de ses actions, à partir de quoi il **doit** agir. Mais pour maximiser nos efforts, je vous donnerais cet **exemple-ci**: nous avons mis sur pied un comité provincial qu'on appelle un comité en connaissance surveillance. C'est un comité qui regroupe 25 personnes provenant de 21 DSC réparti sur six **dossiers**. Le dossier connaissance surveillance est extrêmement complexe. Ses objectifs: on veut améliorer l'accès aux données, l'accessibilité des données; on veut aider les DSC à développer leur expertise et favoriser le développement et la coordination de la fonction. Et je dois vous rappeler qu'il y a même une collaboration très importante avec le ministère de la Santé sur ce dossier **là**. Donc, nous avons, à titre d'exemple, parce qu'il y a des produits, développé un répertoire commun des

indicateurs sociosanitaires de base, et ça, c'est extrêmement important. Il y a très peu d'endroits qui l'ont. Ça veut dire qu'en **utilisant** ces répertoires-là d'indicateurs, tous les DSC et même les CRSS qui, éventuellement, **pourraient** l'intégrer dans leur dossier, vont **être capables** de se comparer. **Ça**, c'est extrêmement important si on veut se projeter dans le **futur et regarder** en arrière ce qui a été fait.

On est en train aussi de développer, dans un DSC, ce qu'on appelle le "système **reflet**", qui vise à l'intégration des données de **différentes** banques. C'est un système, je dois **vous dire**, qui, je crois, est unique au monde. On ne **l'a même** pas retrouvé aux États-Unis. Il est en train de se développer. Donc, on veut **maximiser nos** efforts et ne pas **répéter** notre travail. Je **vous** ai fait part de ce que les DSC **ont fait pour** optimiser leur action. Je vous mentionnerais aussi ce qui pourrait être fait davantage, en particulier au niveau provincial où on a noté **des** lacunes importantes. On croit qu'un organisme **central** de santé publique devrait coordonner certaines institutions du gouvernement concourant à l'amélioration de la santé publique: le laboratoire de santé publique, le centre de toxicologie, le Conseil des affaires sociales, les **organismes** responsables des **différents** fichiers, **mais aussi** s'adjoindre l'expertise du réseau de **santé** publique. Ça, c'est un moyen. L'autre **moyen** serait de développer des centres d'excellence qui pourraient s'inspirer des comités **provinciaux** dont je vous ai parlé.

Un dernier point **important, évidemment**, c'est le pouvoir régional. Oui, **nous sommes** d'accord pour qu'il y ait un pouvoir **régional**. Je rappellerais que, bien que la **planification, c'est-à-dire** organiser selon un plan, ça **demeure** un outil essentiel à toutes les organisations, nous reconnaissons d'emblée que la planification régionale des services dans le sens du document sur les orientations, que ce soit pour la complémentarité, la continuité, l'adaptation, la concertation et la participation, c'est vraiment du ressort des régies. Les nouvelles régies seront donc investies d'une plus grande responsabilité et vont voir fort probablement leur **champ de** préoccupation s'élargir, mais aussi **leurs besoins**. On croit, comme **département de santé** communautaire, que ce rapprochement **du niveau de** décision à celui des populations **concernées**, c'est bien au cadre de référence de la **santé** communautaire. C'est un pouvoir **qui est viable** cependant, pour autant qu'il reste au-dessus de la mêlée sans s'approprier les services curatifs ou préventifs. Sinon, à notre avis, la **régie** se placerait en conflit d'intérêts **pour l'allocation** des fonds, en trempant directement **dans un** secteur et non dans l'autre.

(11 h 45)

M. le **ministre**, les DSC sont **prêts** à apporter leur collaboration aux **régies**, à **partir** de l'expertise qui nous est spécifique, en par-

ticuler au niveau du développement des dossiers de connaissance surveillance et de notre expertise en prévention et promotion, et ce, à l'instar des autres organismes du réseau, tels que les centres hospitaliers et les CLSC. Mais notre action doit, d'abord et avant tout, se situer dans le champ de la santé publique et près des milieux et des décideurs pour qu'ils fassent leurs activités de promotion, de prévention et de protection. Nous croyons que le renforcement au niveau régional passe par la collaboration et non pas par l'assimilation qui affaiblirait le système. Nous croyons que l'atteinte de vos objectifs propres va être facilitée par la reconnaissance de la santé publique comme un acteur majeur dans le système de santé, au même titre que la restauration.

Pour que la promotion devienne une réalité encore plus vivante qu'elle ne l'est, ça prend des actions concrètes et diversifiées et ça peut se réaliser dans des conditions qui voient à ce que les organismes soient responsabilisés spécifiquement pour son développement.

Nous croyons que c'est dans une synergie d'action entre ce qu'on appelle les trois P, prévention, promotion, protection, entre la restauration et même la planification que passe la solution.

M. le ministre, vous avez un parti pris pour l'action, je dois vous dire que le réseau de santé publique aussi, et ceci, depuis plusieurs années. Ce que nous demandons, c'est de nous permettre de poursuivre avec tous nos outils de travail. Je dois vous avouer que nous croyons fermement à l'avenir de la prévention, de la promotion et de la protection et que nous croyons être vos plus grands alliés.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre présentation. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Si on avait un point fort à 10 heures, on en a un tout autant, à ce moment-ci, puisque, effectivement, vous avez fait l'objet de préoccupations de la commission, en cours de route. Ce que j'ai compris, c'est que vous l'avez suivie avec beaucoup d'intérêt, en particulier pour rappeler aux CRSSS que vous étiez à l'origine des objectifs de santé. C'est dommage qu'on ne puisse pas avoir les CRSSS par la suite pour être capables d'avoir leur opinion. Ils sont assez grands pour s'exprimer.

Une chose est certaine, c'est que, au niveau des quatre fonctions fondamentales au niveau de la santé publique, il n'y a pas de désaccord; au niveau des champs privilégiés des quatre, il n'y a pas de désaccord là; au niveau de l'indissociabilité, il n'y a pas de désaccord là.

Je commencerai par une question qui est d'ordre philosophique, je le pense, en tout cas. On parle de santé publique et on parle aussi de protection de la santé publique. Dans votre esprit

à vous, il doit y avoir une distinction très importante entre les deux: la santé publique et la protection de la santé publique. Qui fait quoi? Il n'est pas évident, pour moi, que - je vous le dis d'entrée de jeu - la santé publique, c'est la responsabilité unique et exclusive des départements de santé communautaire, alors qu'il pourrait en être autrement de la protection de la santé publique.

La Présidente (Mme Marois): Mme Lajoie.

Mme Lajoie: La protection de la santé publique, c'est une composante de la santé publique, c'est un mode d'action. Ce n'est certainement pas leur... Nous sommes d'accord, les DSC ne réclament pas l'exclusivité. S'ils avaient l'exclusivité de l'action en santé publique, on n'irait pas loin. Pour agir en santé publique, même au niveau de la protection, ça prend des niveaux d'intervention. Ce qu'on vous dit, c'est que si vous voulez que ce soit efficace, il faut que vous responsabilisiez spécifiquement quelqu'un pour s'assurer que ça se fasse. À notre avis, la santé publique, c'est une fonction de services au même titre que la restauration. À ce titre-là, comme vous avez les CLSC qui sont responsables, par exemple, des services de première ligne, ce n'est pas exclusif. Les activités qu'ils vont réaliser, vous allez en trouver aussi au niveau des médecins, vous allez en trouver même à domicile. En santé publique, c'est la même chose. Ce qui est important, si vous voulez qu'il y ait... si vous voulez une action efficace, il faut que vous disiez à quelqu'un: Toi, tu dois t'occuper d'abord et avant tout de ça, et t'assurer que ça marche, tu dois développer ton expertise, tu dois ramasser tes ressources. Sinon, vous allez disperser, et personne ne se sentira vraiment responsable.

M. Côté (Charlesbourg): On l'a dit, on le répète, il va y avoir régionalisation, avec autant de pouvoir que faire se peut, compte tenu de la Loi sur l'administration financière, mais le plus loin possible. Il va donc y avoir des régies régionales qui vont avoir la responsabilité, une responsabilité très large au niveau de chacune des régions. Donc, en plus de la responsabilité qui est provinciale qui demeurera celle du ministère et du ministre, quant aux objectifs, quant à une série de choses que vous connaissez déjà, il faut tout de même transposer les responsabilités au niveau des régions. On sait qu'il y aura une structure régionale. Au niveau d'une région, de qui devrait dépendre la santé publique? Sous la responsabilité de la régie ou des départements de santé communautaire?

La Présidente (Mme Marois): Dr Lajoie ou M. Montpetit ou...

Mme Lajoie: Je peux répondre...

La Présidente (Mme Marois): Oui, Dr Lajoie.

Mme Lajoie: On pourra compléter, parce que c'est une réponse que je vais tenter de mettre claire mais que d'autres pourront clarifier. Je crois que, dépendant du niveau de... Si vous décentralisez vraiment, les régies régionales devront avoir le même mandat que le **ministère**, c'est-à-dire que le ministère a l'ensemble des mandats et les régies régionales devront avoir l'ensemble des mandats. Par contre, de la même façon que les régies ne vont pas donner des services directs, c'est le même modèle qui devrait s'appliquer à la santé publique. Ce ne sont pas les régies qui devront faire la santé publique, mais elles devront s'assurer qu'elle soit faite. C'est la distinction que l'on fait. Je ne sais pas si...

La Présidente (Mme Marois): Dr Lessard.

M. Lessard (Richard): Oui. Dans le même type d'exemple, de la même façon que les régies n'ouvriront pas des salles d'urgence où elles vont se mettre à opérer des patients cardiaques, je ne pense pas qu'elles doivent rendre des services de santé publique, mais elles doivent certainement s'assurer que, au niveau d'une région, l'ensemble des services dispensés par le ministère soit couvert.

M. Côté (Charlesbourg): O.K.

M. Lessard: Dans ce contexte-là, je pense que les départements de santé communautaire vont relever de la régie autant que les centres hospitaliers, les CLSC, les cabinets privés et tous les autres organismes du réseau.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Allons plus loin dans la démarche en fonction des... fonctions fondamentales des DSC. Prenons, par exemple, connaissance et surveillance de l'état de santé. Il est clair que, si on veut avoir une politique de santé et des objectifs, ça prend une connaissance et une surveillance de l'état de santé des Québécois. On est dans une situation où il va y avoir des objectifs provinciaux et aussi **partagés** par les régions, si on veut être capables d'avoir des objectifs comme on en a eus dans le domaine routier, où c'était un des objectifs, au niveau du document, de réduire de 35 % les accidents de la route. Les départements de santé communautaire ne sont pas absents de ce décor, ayant été moi-même ministre des Transports, j'en sais quelque chose. C'est quoi, la relation, dans un cas comme celui-là, au niveau de la connaissance et de la surveillance de l'état de santé? C'est quoi, la relation que vous avez, à ce moment-ci, avec les CRSSS qui, éventuellement, pourraient être remplacés par des régies régionales? Ce que vous avez comme rapport, dans le cas de l'Estrle, on me dit que

c'est une collaboration **qui est peut-être** un peu plus poussée qu'ailleurs - ils nous l'ont **dit hier**, que c'était la meilleure région - mais qu'est-ce que ça devrait être, si ce ne l'est pas aujourd'hui?

La Présidente (Mme Marois): Dr Lessard.

M. Lessard: C'est la meilleure région après Laval, M. le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Chacune des régions a beaucoup d'habileté pour **défendre**, d'ailleurs.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que j'ai **compris**, c'est parce que c'est facile à Laval **parce** qu'ils n'ont pas de CRSSS.

M. Lessard: Vous avez tout compris, M. le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lessard: Je pense que ce qu'il est important de dire, c'est que c'est vrai **qu'il** n'y a pas eu énormément de liens entre les **CRSSS** et les départements de santé communautaire. Je pense qu'il n'y en a pas eu beaucoup **parce que** les sujets de lien n'étaient pas là. Les occasions d'échange n'étaient pas très nombreuses, les CRSSS se préoccupant surtout, mais pas uniquement, de l'organisation des services et les DSC se préoccupant surtout de la santé **publique**, promotion, prévention et protection. **Mais** depuis que le ministère a passé la commande que s'établissent dans chaque région du **Québec** des priorités et des objectifs, vous devriez voir la collaboration **qui** existe. Et elle existe parce que les départements de santé communautaire croient que, pour développer la **prévention** et la promotion, ça passe par les objectifs et que, pour réaliser les objectifs, il va falloir faire énormément de **prévention** et de promotion. C'est à cause de ça que les départements de santé communautaire ont tant investi au cours des derniers mois, avec les conseils **régionaux**, dans le développement des objectifs, en **se basant** principalement sur nos connaissances de **l'état de santé** pour définir les objectifs et **pour définir** la situation actuelle et évoluer. Cette collaboration est très présente actuellement.

La Présidente (Mme Marois): Allez-y, H n'y a pas de problème.

M. Côté (Charlesbourg): J'avise, **parce que** j'ai une série de questions que je **veux poser**, puis je suis prêt à en enlever; il y en a qui sont plus importantes que d'autres. Alors, au cas où il nous manquerait de temps.

Comme on y va sur la connaissance et la surveillance, je suis très heureux de saluer une nouvelle complémentarité qui s'installe dans le réseau. C'est tout à votre honneur et j'espère que c'est une grande porte ouverte pour le reste. Il y a d'autres fonctions, celles de la protection. C'est tout aussi fondamental que les autres, on l'a dit, il y en a quatre fondamentales. Donc, c'est aussi très important. Je pense qu'à ce **niveau-là**, le ministère a aussi un rôle très important à jouer et, comme je l'ai fait depuis le début de la commission parlementaire, si vous avez des blâmes à nous donner, on est prêts à en prendre, parce que je ne suis pas convaincu qu'au niveau du central, on soit parfaits. Si on était parfaits, je pense qu'on ne parlerait pas de **décentralisation** aujourd'hui. Donc, on parle de **décentralisation** parce qu'il y a peut-être des problèmes. Donc, dans ce sens-là, ne vous gênez pas pour nous dire nos vérités, parce qu'on veut se réajuster, nous aussi, étant très ouverts de ce côté-là.

Quels sont les liens sur le plan de la protection que vous avez avec les CRSSS et avec le ministère? Y en a-t-il ou s'il n'y en a pas? S'il n'y en a pas, pourquoi il n'y en a pas?

Mme Lajoie: Je pense qu'au niveau de la protection, il faut considérer les actions comme étant d'abord et avant tout des actions de type professionnel. Je crois...

M. Côté (Charlesbourg): Mais ça peut cacher bien des choses.

Mme Lajoie: Ça peut cacher bien des choses et on pourra... Peut-être qu'on n'arrivera pas à tout **dire** aujourd'hui, on pourra se revoir, **mais**, effectivement, au niveau de la protection, il y a un élément important, c'est qu'on doit garantir à la population que, si leur santé est menacée, une intervention adéquate sera prise par rapport à des préoccupations d'abord et avant tout de nature scientifique. Je pense que c'est la nuance qu'il faut faire et les interventions de protection sont, soit de nature **urgente** ou soit à plus long terme. Les liens qui devraient exister avec la régie, en termes de protection, en termes d'urgence, devraient être à ce moment-là un terme de support. **C'est-à-dire** que les régies devraient voir à ce que les services soient accessibles si des mesures doivent être prises, par exemple, en situation d'urgence ou en situation demandant la protection. La régie à ce **moment-là**, à l'aide de son réseau, peut faire des interventions.

Les liens avec le ministère, ce qu'on retrouve de façon générale, c'est que c'est un lien direct ou pratiquement direct avec le ministre. La protection de la santé, c'est une responsabilité qui se retrouve directement sur la table du ministre de façon très fréquente, comme

vous avez peut-être pu en avoir l'expérience, **en** tout cas, je ne vous en souhaite pas beaucoup, mais ça peut arriver. Donc, ça prend des moyens non seulement au niveau local ou régional mais certainement au niveau provincial pour s'assurer qu'il y ait une ligne, en particulier en termes de protection. Notre recommandation, c'est qu'au niveau provincial vous soyez assisté d'un chef de santé publique provincial.

M. Côté (Charlesbourg): Ça fait partie des demandes. On n'en parle pas de celle-là, parce qu'elles sont là très claires.

Mme Lajoie: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): C'est pour ça que je continue. Il y a des points dans votre mémoire que je ne touche pas, mais ça ne veut pas dire qu'ils n'ont pas d'intérêt pour nous. Ce que je veux, c'est... et on l'a dit, quant à moi, dans le système, il y a du doublement, il manque de complémentarité et c'est **davantage**, là-dessus qu'on veut tenter de poser nos questions. C'est pour ça qu'on va continuer dans le même sens. On a des liens avec les CRSSS, avec le ministère et, tantôt, c'était avec des CLSC. Par exemple, sur le plan **dé** la promotion de la prévention, quels sont les liens qui existent entre les CLSC et les DSC à ce niveau-là? Ça **m'apparaît** extrêmement important. Aussi, par le fait même, avec les CRSSS parce qu'ils sont eux-mêmes et ils seront éventuellement très impliqués dans le processus.

La Présidente (Mme Marois): Dr Lessard.
(12 heures)

M. Lessard: Je pense que les liens des DSC avec les CLSC sont très importants, très nombreux et très vivants. Puis il y a un historique à ça, c'est qu'au début des années **soixante-dix**, quand on a créé le réseau, comme le réseau des CLSC ne se développait pas comme prévu, on a demandé aux départements de santé communautaire de prendre la relève et de rendre les services que les CLSC rendent actuellement.

Mais, avec le temps et, surtout, à partir de 1983, la dissociation s'est faite, le réseau des CLSC s'est créé et les DSC ont continué d'agir comme support aux CLSC dans un ensemble de programmes. Ce support et cette entente conjointe sont toujours vivants et fonctionnent très bien dans la majorité des cas. Mais, si on prend des exemples... prenons les maladies infectieuses où les CLSC sont responsables de l'immunisation, de donner les vaccins aux individus dans la communauté. Ce ne sont pas les DSC qui le font mais, comme responsables de la santé publique, ils voient à ce que ce soit fait avec les CLSC, s'assurent que les niveaux de couverture de la population soient valables et, quand il y a des épidémies, on intervient.

Souvent, quand il y a des épidémies - pour ne pas dire toujours - on intervient avec les CLSC qui, eux, ont conservé les infirmières qui étaient dans les unités de santé publique auparavant et qui ont été formées, avec le temps, pour intervenir en cas d'épidémie avec le DSC. Alors, on agit plus à titre d'experts, à ce moment-là. Mais il y a d'autres problèmes. Prenons, par exemple, le problème du suicide. Je pense qu'après avoir réalisé, comme d'autres, que le suicide était présent chez les écoliers puis dans les écoles secondaires et dans les cégeps, il y a, à partir... Je vais vous donner un exemple concret. En réalisant qu'il y avait 400 tentatives de suicide par année à Laval, dont 33 décès... On a réalisé qu'à la salle d'urgence, les gens qui se présentaient pour tentative de suicide étaient très bien traités, médicalement. Mais, en regardant ce qui se passe, c'est qu'il n'y avait aucun suivi de ces gens-là. On a regardé, dans la communauté, qui était prêt à donner un coup de main pour prendre en charge les gens qui faisaient des tentatives de suicide. On a réalisé qu'à l'hôpital, il y avait des choses à faire, que les CLSC étaient prêts à s'en mêler, un en particulier, qui avait un plus grand intérêt. Il y avait des cliniques privées qui étaient prêtes à s'en occuper et il y avait aussi les commissions scolaires et le cégep qui étaient prêts à faire de la prévention.

On a mis tout ce monde-là autour de la table et on a travaillé à développer ensemble des programmes de formation pour les professeurs sur quoi faire au niveau des écoles quand il y a du suicide, comment tendre l'oreille et comment donner un coup de main. Les cégeps, les CLSC ont décidé, eux aussi, de sensibiliser leurs propres intervenants quand ils voient ce type de patient-là, ce type de personne-là. Il y en a même un qui s'est spécialisé pour les problèmes plus complexes des suicidaires, de telle sorte qu'on en arrive ensemble à développer quelque chose de nouveau qui répond aux besoins de la population, qui répond à des problèmes très nouveaux rapidement, mais avec l'ensemble des intervenants. Puis il n'y a aucune duplication, M. le ministre. On ne peut pas se le permettre; on n'a pas d'argent pour ça!

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, je pense que vous êtes très sérieux quand vous faites cette affirmation-là. Vous en avez l'air, à tout le moins. Et je n'ai pas raison d'en douter...

M. Lessard: Je ne comprends pas pourquoi vous en douteriez non plus

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): On s'en reparlera.

M. Lessard: Avec plaisir.

M. Côté (Charlesbourg): Il vaut mieux qu'on se parle de ça dans le privé éventuellement, lors d'une rencontre, parce qu'on devra se parler d'autre chose. Il y a un thème qui est devenu très important, au cours de la **commission** parlementaire, qui est celui de l'imputabilité. C'est une partie de l'os qu'on a vis-à-vis des régies régionales. Donc, rendre imputables les régies régionales aux centrales et à la population locale. Je vais vous poser la question très simplement: D'après vous autres, vous êtes imputables à qui?

La Présidente (Mme Marois): Dr Lajole ou M. Montpetit.

M. Montpetit: Je vous rappellerai qu'en vertu de la loi, actuellement, c'est le CH qui a la responsabilité, qui assume la responsabilité ou qui chapeaute l'exercice fait **par le département** de santé communautaire. Comme ça **fonctionne** actuellement, je veux dire, dans **une relation** normale avec le conseil régional et **ainsi** de suite, il y a une imputabilité, je pense, qui est assurée, de fait, de facto, qui **pourrait continuer** exactement de la même façon, **advenant la mise** sur pied des régies régionales.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que j'essaie de comprendre, c'est, demain, comment **est-ce qu'on** va fonctionner? Parce que, à partir de ce moment-là, si vous êtes imputables **au conseil** d'administration du CH auquel vous **êtes rattaché**, ça signifie que, sur le plan de vos choix fondamentaux dans les champs où vous voulez oeuvrer, en termes de priorités, ça signifie que le conseil d'administration a autorisé ces choix-là que vous avez faits. Parce que, forcément, comme vous n'avez pas beaucoup de budget, vous êtes obligés de faire des choix, à ce **que** j'ai compris.

Donc, à ce moment-là, sur le plan de l'imputabilité, ce que je comprends, c'est que c'est soumis au conseil d'administration du centre hospitalier auquel vous êtes rattaché, en termes de choix, et c'est de là que part l'imputabilité du CH vis-à-vis du réseau et du gouvernement, **par** la suite. C'est ça?

M. Lessard: Oui. Si on **regarde la façon** dont les priorités se sont établies, à **date**, dans les 32 départements de santé communautaire depuis 1983... Chacun des départements **de santé** communautaire s'est établi un plan, **mais les** priorités ont été choisies par des consultations avec l'ensemble des intervenants de **nos** territoires. Et ce n'est qu'après avoir **choisi ces** priorités avec l'ensemble de la population du territoire que les plans ont été **véhiculés** au

conseil d'administration de l'hôpital. Je pense que c'est un type d'imputabilité qui s'est fait.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Quel est le niveau d'implication des CRSSS dans ces choix de priorités?

M. Lessard: C'est pas mal intéressant. Ça a été très variable. Je pense que, dans les régions, les CRSSS étaient très intéressés à ce processus, ils ont participé et je pense que l'exemple le plus intéressant, c'est celui de l'Estrle. Mais dans d'autres endroits, il n'y a pas eu ce type d'intérêt qui s'est manifesté.

M. Côté (Charlesbourg): Mais ça dépend uniquement du CRSSS.

M. Lessard: Non, je dis que l'intérêt ne s'est pas manifesté.

La Présidente (Mme Marois): Oui, Dr Lajoie.

Mme Lajoie: J'aimerais peut-être ajouter que la priorisation que nous avons d'abord faite, c'était par rapport au travail que, nous, nous avions à faire. Je pense qu'il faut distinguer des objectifs dont on s'est dotés pour faire notre travail en promotion prévention des objectifs dont une régie pourrait se doter, qui pourraient aller dans le même sens mais qui pourraient couvrir des actions à d'autres niveaux. Donc, ce que les DSC ont dit, c'est qu'avec tous les problèmes qu'il y a et les ressources dont nous disposons, on ne peut pas travailler, s'éparpiller et travailler sur 20 dossiers; il faut choisir. C'est une démarche interne, de la même façon qu'un centre hospitalier va devoir prioriser ses actions au niveau des services. Nous, on le fait par rapport à notre action.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends, mais il va falloir que ça se fasse dans le cadre d'une planification régionale ou, si on décentralise, il va falloir que le travail se fasse en complémentarité et en parfaite harmonie avec le palier régional qu'on déterminera éventuellement.

Mme Lajoie: Oui, effectivement, nous sommes tout à fait d'accord. D'ailleurs, la démarche qui se fait ou qui est en train de se faire, je pense, prouve exactement la volonté de collaboration. Ce qu'on s'est dit, c'est: Dans le futur, que devront faire les DSC? Je crois que c'est via les objectifs qui auront été déterminés tant au niveau provincial que régional que l'action pourra être orientée.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

M. Chevette: Direct au but. Que diriez-vous de relever du CRSSS ou de la régie plutôt

que d'un centre hospitalier puisque vous parlez d'imputabilité à la région et, dans plusieurs régies, il y aura seulement un département de santé communautaire?

Mme Lajoie: Pour répondre à cette question-là, je pense qu'il faut voir les avantages et les désavantages d'être dans un endroit ou dans un autre. Il faut voir aussi ce qu'on veut que la santé publique fasse. Si on conçoit la santé publique comme ayant d'abord et avant tout un souci de voir à ce qu'il se fasse de la protection, de la prévention et de la promotion, on doit l'évaluer dans cette optique-là. Notre évaluation - parce que je dois vous dire qu'on y a réfléchi, on a regardé les différentes hypothèses, ce n'est pas une question à laquelle on ne s'attendait pas - quand on regarde les avantages qu'il pourrait y avoir à être près d'une régie, ce serait notre capacité d'influencer de façon plus directe les choix en termes de planification, programmation, etc. Les contraintes qu'il pourrait y avoir, ce serait qu'on nous perçoive comme étant davantage bureaucrates que responsables des services et notre pénétration dans le milieu pourrait en être affectée.

M. Chevette: Sauf qu'un centre hospitalier est une corporation autonome, avec tous les pouvoirs, toutes les juridictions qui sont accordés à une corporation autonome. Moi, je me souviens, j'ai été ministre de la Santé, un an, je n'étais même pas capable d'influencer le changement de vocation d'un centre hospitalier qui faisait du dédoublement dans un territoire et ça s'est ramassé jusqu'en Cour suprême quasiment. Comment voulez-vous qu'un DSC qui est responsable d'une communauté régionale, s'il relève d'une corporation autonome spécifique, ait cette dimension ou cette vision obligatoire de toute la communauté régionale?

Mme Lajoie: Je pense que ce qu'on doit illustrer, ce sont les conditions dans lesquelles ça s'est réalisé et, quel que soit l'endroit où on est, ce sont des conditions qu'on devra être capables de retrouver, les conditions d'exercice de la santé publique. Je pense que ces conditions, nous les avons retrouvées dans les CH et, si le choix était de dire: On choisit de mettre la santé publique dans les régies en évaluant bien les avantages et les désavantages, ce sont des conditions qui devraient se retrouver, c'est-à-dire la capacité de faire notre travail, la capacité d'être près des populations, une responsabilisation, donc une identité très claire que c'est le travail du DSC et que ce n'est pas un travail de planification. C'est un travail d'action de la santé publique.

La Présidente (Mme Marois): Dr Lessard.

M. Lessard: Je pense qu'il y avait une

réponse un peu, aussi, directe, c'est que si on a le choix entre être près de la planification et être près de l'action, on préfère être près de l'action.

M. Chevette: Oui, ça, je savais votre réponse; je vous l'ai demandé la dernière fois que vous êtes passé devant moi.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: C'est pour ça que je l'ai demandé à elle. D'ailleurs, si vous vous rappelez, quand vous êtes passé, il y avait deux groupes qui avaient passé avant vous: c'était l'Abitibi et c'était le Saguenay-Côte-Nord.

M. Lessard: Baie-Comeau.

M. Chevette: Baie-Comeau, oui. La région du Saguenay, ils avaient dit précisément que leurs départements de santé communautaire étaient reliés au CRSSS, eux autres. Vous vous rappellerez que je vous ai posé la question. Je reconnais les binettes et je me rappelle même de leurs paroles.

M. Lessard: Oui. Vous vous rappelez aussi de notre réponse, monsieur?

M. Chevette: Ceci dit, j'ai une autre question. Pardon?

M. Lessard: Vous vous rappelez aussi de notre réponse?

M. Chevette: Oui, oui. Deuxième question que j'ai à poser là-dessus, c'est que vous demandez de... Vous ne vous êtes pas prononcés sur l'abolition de 10 DSC sur 32. Quelle est votre réaction?

La Présidente (Mme Marois): M. Montpetit.

M. Montpetit: Je vous dirai, monsieur, que nous nous sommes prononcés, dans le mémoire, au moment - et si ma mémoire est fidèle, c'est à l'avant-dernière page - où on vous énonce: Advenant la nécessité de revoir le nombre, certains critères qui pourraient être utilisés, par opposition à ce qui a été annoncé lors des orientations ministérielles et qui a traumatisé le réseau de la santé communautaire de 32 à 22, sans qu'il n'y ait aucun critère d'énoncé nulle part. Je pense que c'est l'effort que le réseau fait pour vous dire: Si le gouvernement doit et veut absolument revoir sa répartition des ressources en santé communautaire, voici quelques critères qui sont - je n'ose pas dire un peu plus sérieux - un peu mieux étoffés en regard d'une redistribution potentielle.

M. Chevette: Je vous offre l'opportunité

d'en énoncer quelques-uns, critères. Je vous offre l'opportunité d'énoncer certains critères positifs; faites-le donc.

La Présidente (Mme Marois): Dr Lajoie.

M. Montpetit: Si vous me le permettez, je vais demander à M. Lefebvre.

La Présidente (Mme Marois): M. Lefebvre.

M. Lefebvre (Gilles): M. Chevette, en plus des critères de population qui sont différents dans les milieux à haute concentration comme Montréal et Québec par rapport aux milieux périphériques, les chefs de DSC nous ont soulevé que certaines régions ont des problèmes particuliers plus importants, de façon à ce que nous atteignons un per capita ajusté aux réalités locales. Alors, il n'y a pas le même type de préoccupations dans l'Est de Montréal, où l'y a un haut taux d'industrialisation avec son véhicule de santé reliés, que dans une région comme l'Outaouais où l'industrialisation est présente mais moins évidente. Les problèmes sont différents. Nous avons donc adopté une forme de per capita qui doit être ajustée d'autres critères qualitatifs.

M. Chevette: Là-dessus, je partage votre point de vue. On doit tenir compte du facteur éloignement...

M. Lefebvre (Gilles): Exactement.

M. Chevette:... du facteur déplacement, du facteur aussi concentration très dense autour, puis, déjà, les autres ressources du milieu aussi, ça doit jouer aussi.

M. Lefebvre (Gilles): Exactement. Grandeur du territoire.

M. Chevette: D'accord. Question qui m'a intrigué. Vous avez dit tantôt, au niveau de votre énoncé, que vous aviez appris à connaître la mobilisation des populations. Je ne sais pas si j'ai mal compris, mais c'est ce que j'ai marqué comme note: mobilisation des populations. Et, à la page 12 de votre mémoire, j'avais lu ceci: "La production de mémoires et d'avis concernant les principaux enjeux en santé environnementale au Québec..." Donc, je me suis rendu compte que, de plus en plus, les départements de santé communautaire étaient appelés à se prononcer sur différents aspects de la qualité de l'environnement. Ça a été le cas à Saint-Jean-sur-Richelieu, si ma mémoire est fidèle. Ça a été le cas à Beauport, que vous marquez. Ça a été le cas dernièrement à Joliette, la Cimenterie Saint-Laurent, qui est la même compagnie, d'ailleurs, qu'à Beauport. Ma question est la suivante: Comment expliquez-vous... Ça ne fait pas partie,

entre vous et moi, des mémoires mais ça fait partie du travail ou de la conception que peut se faire un département de santé communautaire, et c'est pour ça que je vous adresse la question. Comment concevez-vous votre travail vis-à-vis la mobilisation de la population dans un dossier aussi important, par exemple, que l'élimination des BPC? Comment vous concevez votre travail? Parce qu'on vous reproche, à Saint-Jean d'avoir été un an en retard; on vous reproche, à Joliette, d'avoir exigé moins que les élus municipaux; on vous reproche, à différents endroits, d'être à la remorque des groupes structurés. Comment concevez-vous votre rôle, comme membres d'un département de santé communautaire, parce que vous êtes responsables fondamentalement de la santé et vous dites que vous avez enfin découvert... vous avez découvert la mobilisation des populations, donc, comment vous vous situez dans ça, a posteriori, a priori ou en accompagnement?

(12 h 15)

La Présidente (Mme Marois): Dr Lajoie.

Mme Lajoie: Il y a deux aspects que je dois regarder. Quand on parle de mobilisation, vous l'adressez aux problèmes environnementaux, mais on signifiait aussi la capacité de voir à ce que des populations, des organismes ou des individus embarquent dans des activités de promotion de santé. Donc ça pourrait autant être capables de cesser de fumer ou de s'assurer que des sites dangereux soient modifiés. En tout cas, il pourrait y avoir plusieurs exemples.

Quand vous parlez par rapport à la protection, parce que ce que vous mentionnez c'est une préoccupation de protection de la santé publique, là, notre intervention doit être basée, d'abord et avant tout, sur la qualité de nos données scientifiques. Là-dessus, les perceptions que les gens peuvent avoir, c'est qu'on n'est pas là pour mobiliser les gens pour faire de l'action communautaire pour de l'action communautaire. Nous sommes là pour assurer la protection de la santé publique avec le maximum de données et les meilleures informations disponibles. S'il faut, pour faire modifier des mesures, par exemple, comme faire modifier une législation, s'il faut aller chercher l'appui d'une population, l'appui de députés, on appelle ça de la mobilisation, nous allons le faire. Mais si ce n'est pas ce type d'action qu'il faut faire, s'il faut faire d'autres types d'interventions, nous allons prendre d'autres mesures. Mais le critère fondamental, en protection de la santé, c'est de s'assurer que les mesures qui seront prises, que ce soit les bonnes mesures, que les gens aient la perception, qu'on soit pour ou contre. Je ne sais pas si d'autres ont...

M. Chevette: Votre réponse commande un commentaire de ma part. Je vais vous le faire comme citoyen qui a vécu un problème. J'ai eu

l'impression - le problème que j'ai vécu chez nous - que le département de santé communautaire était un aviseur scientifique et non pas un groupe qui faisait cheminer une population. Si bien que, dans mon milieu, si j'avais une conclusion à tirer, c'est que le département de santé communautaire, à partir de connaissances scientifiques que je n'avais pas, ou que d'autres citoyens n'avaient pas, a été un aviseur pour une compagnie, alors qu'il m'apparaissait qu'un département de santé communautaire, s'il avait raison, à partir des données scientifiques qu'il détenait, c'était de faire cheminer une population, la sécuriser plutôt que de passer comme une caution pour une compagnie. Et c'est ça, je pense, qui a détruit le rôle du département de santé communautaire sur un territoire.

Vous ne croyez pas fondamental, comme clé de voûte, pour votre travail auprès de la communauté, de vous adresser toujours à la collectivité et de la faire cheminer dans votre cheminement au lieu d'être une caution pour une compagnie éventuellement.

La Présidente (Mme Marois): Dr Lessard.

M. Lessard: M. Chevette, c'est une question, en tout cas, extrêmement pertinente, et le département de santé communautaire ne peut pas faire fi des perceptions des gens par rapport à ce qu'il fait. Je pense que c'est à ça que vous faites... Notre préoccupation est de donner à la population la meilleure information scientifique possible pour qu'elle se fasse son idée. Quand on parle de travail avec la population, c'est surtout en termes d'information de la population pour qu'elle décide. Moi, ce n'est pas la perception que j'avais, en tout cas de ce qui s'est passé à Joliette, et quand on regarde les autres exemples comme Saint-Jean sur le Richelieu en particulier, je pense que le travail du département de santé communautaire, à cet endroit-là, parce que je le connais mieux, que ce qui s'est passé dernièrement à Joliette, a vraiment été d'informer la population, les dirigeants sur ce qu'il y avait à faire pour protéger les enfants qui étaient touchés par le problème du plomb. Je pense que la communauté l'a compris et je pense qu'ils ont supporté le département de santé communautaire dans ses démarches. Notre rôle est de donner la meilleure information possible au public. Il faut l'expliquer, il faut informer les gens, il faut les sensibiliser aux dangers, aux avantages et aux inconvénients, mais il faut comprendre que ces dossiers sont rendus des dossiers qui sont très, rappelons-le, difficiles, parce que, souvent, les gens se font a priori des idées sur ce que ça doit être, sans avoir l'information, et il y a des accusations qui peuvent être envoyées mais qui ne sont pas toujours supportées.

M. Chevette: Non, mais pour avoir un rayonnement dans un milieu, vous savez très bien

que le rayonnement est basé sur la crédibilité.

M. Lessard: Exact.

M. Chevette: Donc, il faut se bâtir une crédibilité pour avoir du rayonnement; d'accord? C'est une vérité de La Palice. Si vous coupez votre crédibilité, non pas sur le fond, en vertu des connaissances que vous détenez, mais en vertu de la démarche que vous faites, rajustez votre tir sur la démarche, n'est-ce pas?

M. Lessard: Mais, si vous nous permettez, sur la question de l'environnement, il faut dire que l'implication, les problèmes qui concernent l'environnement et la santé sont d'apparition publique plus récente, que l'expertise au Québec, dans ce **sens-là**, commence à se développer. Nous en avons développé beaucoup le plus rapidement possible; il y a encore des possibilités pour développer davantage d'expertise en santé environnementale et, là-dessus, je pense qu'il y a des discussions qui ont été ouvertes avec le ministère pour faciliter ce développement-là.

M. Chevette: Merci. Moi, je pensois que...

La Présidente (Mme Marois): Ça va?

M. Chevette: ...vous avez un rôle important au niveau de la collectivité puis, avec le souci et l'éveil des populations quant à sa santé, qu'on regarde le tabac, qu'on regarde l'alcoolisme, qu'on regarde l'environnement en général, vous aurez un rôle extrêmement important à jouer auprès de collectivités bien identifiées et j'espère qu'on vous adjoindra des ressources pour apprendre à faire cheminer des gens d'une façon correcte avec... conformément au rôle que vous avez à jouer pour conserver cette crédibilité scientifique.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Ce que je comprends, c'est qu'il nous reste encore du travail à faire et on cheminera au cours du mois de mai; avant même que les décisions finales se prennent, souhaitant qu'on comprenne bien que c'est le bénéficiaire qui, pour nous, est au centre de nos préoccupations et - j'ai compris - aussi pour vous, et que la complémentarité commence à faire son chemin, ce qui est très intéressant. Merci.

Mme Lajoie: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre présentation aux membres de la commission.

J'inviterais maintenant les personnes représentant l'Association des centres d'accueil privés autofinancés, s'il vous plaît, à bien vouloir venir

prendre place.

Bienvenue à la commission. Vous avez entendu un peu nos règles du jeu: présentation du mémoire; ensuite, échange avec les membres de la commission. Si vous êtes capables de resserrer un petit peu votre présentation, on a un petit peu de temps à rattraper. Je ne voudrais pas que ça vous desserve, mais, si c'était possible de la ramasser, ça faciliterait notre tâche par la suite. Merci.

Association des centres d'accueil privés autofinancés

M. Bisailon (André): Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, distingués membres de la commission, il nous fait plaisir, aujourd'hui, d'être présents pour vous présenter nos réflexions et nos commentaires sur l'avant-projet de loi portant sur la santé et les services sociaux, particulièrement en ce qui a trait à notre réseau privé autofinancé.

L'Association, qui existe depuis 1985, a eu, au cours des années 1987, 1988 et 1989, à avoir des rencontres fréquentes avec les **dirigeants** du ministère, où l'on a eu l'occasion, **effectivement**, d'échanger sur l'**approche**, tant des **permis** de centres d'accueil privés autofinancés, et on **ose** espérer que les discussions qu'on a eues ensemble ont permis d'apporter certains éclaircissements sur les orientations.

Il est évident que les centres d'accueil privés autofinancés ont connu, au cours des années...

La Présidente (Mme Marois): Je vais vous arrêter.

M. Bisailon: Oui.

La Présidente (Mme Marois): J'aimerais que vous vous présentiez et que vous...

M. Bisailon: Je m'excuse, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): ...présentiez les personnes qui vous accompagnent, s'il vous plaît.

M. Bisailon: À ma gauche, Mme Suzanne Gaudet, du Manoir Soleil de Chambly, secrétaire-trésorière de l'Association; Mme Marie-Claire Lamontagne, vice-présidente de l'Association, du foyer Jean XXIII de Montréal, et moi-même, André Bisailon, président de l'Association, du Manoir de Caroline inc. de Rimouski.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Bisailon: Alors, je disais donc que les centres d'accueil privés autofinancés **n'hébergent** pas nécessairement une clientèle différente de

celle du réseau public. On n'a pas la prétention de vouloir être concurrentiels. Mais, dans l'ensemble de nos revendications qu'on a faites au cours des dernières années, ce que l'on a toujours voulu, c'est être vraiment considérés comme des partenaires à part entière du réseau. Car une partie importante des services que nous offrons à la clientèle des personnes âgées relève, effectivement, des services de santé.

On répond présentement à un besoin qui est de plus en plus difficile à combler par le réseau public. Sans que la clientèle soit nécessairement et obligatoirement alitée, il n'empêche que les personnes âgées et les aînés dans nos établissements nécessitent, de plus en plus, des soins d'assistance et des soins médicaux, et demandent une protection et une sécurité. Nous considérons que nous avons été, jusqu'à aujourd'hui, en marge du réseau, ne comptant que sur la collaboration très restreinte de certains intervenants. Et, je dirais, en comptant beaucoup plus selon le bon vouloir des personnes en place.

Dans l'avant-projet de loi, nous nous réjouissons qu'il y ait deux grands principes qui aient été maintenus. Toute notre argumentation est également basée sur ces deux grands principes, à savoir: l'accessibilité universelle au niveau des soins et le libre choix du bénéficiaire. Il est évident que la réforme, présentement, paraît d'emblée préserver certains acquis et reconnaît la nécessité d'un tournant important dans la réorganisation des soins de santé et des soins de services sociaux et ce, malgré le difficile choix des priorisations que les élus doivent faire, tout en tenant compte des coûts qu'engendrent de tels services.

Nous partageons d'emblée les orientations et les modifications mises de l'avant et nous avons accueilli avec beaucoup de satisfaction la reconnaissance et la place que semble vouloir faire le gouvernement aux établissements privés autofinancés. Je dis "semble" parce que, bon, on nous définit comme établissement, on nous nomme comme établissement, mais on ne fait pas le lien à l'intérieur de l'avant-projet de loi. Nommément on le voit au niveau de notre absence au sein des régions régionales, où on nous place ni dans les établissements privés, ni dans les organismes communautaires, ni dans les groupes socio-économiques. Et pourtant, nous sommes des établissements, centres d'accueil d'hébergement, tels que définis dans la loi. Alors, nous croyons, en tant qu'établissement privé, qu'on devrait avoir place à l'intérieur de la catégorie des établissements privés, à l'intérieur de la Régie, car nous participons également à l'activité des aînés dans chacune de nos localités respectives et au niveau régional également.

Nous croyons aussi que les pouvoirs de la Régie devraient être étendus à la participation du contrôle de la qualité, et également au niveau de l'émission et du renouvellement des permis des établissements, qu'ils soient privés ou

publics. Bon, évidemment, si je parle ici en tant qu'établissement privé, c'est sûr que si le ministère a des effectifs réduits quant au contrôle de la qualité - pour voir si, effectivement, les services sont rendus au niveau d'un établissement, si l'établissement est conforme - je pense que, bon, les CRSSS qu'on a présentement sont sûrement d'emblée les personnes les mieux placées pour voir au niveau régional. Ça permettrait également d'avoir un meilleur contrôle sur les établissements ou sur les résidences qui ne détiennent pas de permis et/ou qui donnent des soins d'assistance sans obtenir de permis de centre d'accueil ou, encore, qui ne donnent pas les soins que requiert l'état de leurs résidents.

(12 h 30)

Au niveau des permis, permettez-moi d'élaborer quelque peu là-dessus. Dans la loi, c'est très clair, nul ne peut opérer un établissement s'il ne détient de permis d'opération émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Malgré la volonté à peine balbutiée d'assister financièrement les centres d'accueil privés autofinancés qui hébergent une clientèle en perte d'autonomie, le gouvernement fait maintenant ouverture aux résidences privées, dites accréditées ou agréées, sans plus de spécification et sans plus de détermination. Que l'on permette un développement chaotique nous étonne et nous déçoit. Aucune mesure incitative à la légalité n'est prévue, sinon le maintien des amendes déjà stipulées dans la loi, que le ministère ne peut appliquer faute de ressources, et je dirais, à l'occasion, faute de volonté politique. Nous sommes d'avis que les résidences privées donnant des services jugés de qualité devraient être reconnues et recevoir un permis de centre d'accueil privé autofinancé, en autant qu'elles répondent aux normes d'agrément et aux paramètres minimaux de construction. D'autant plus que les centres d'accueil privés autofinancés qui ont présentement des permis ont dû répondre à ces exigences. Cela serait juste, et équitable pour les établissements détenant déjà un permis. Nous sommes d'avis que l'émission de permis de centre d'accueil devrait également être contingenté. Si l'on attachait plus d'importance à la crédibilité et à l'expertise des propriétaires et du personnel d'encadrement oeuvrant dans les centres d'accueil, il y aurait peut-être moins de préjugés défavorables envers l'existence des établissements, et peut-être aussi moins de fermetures. Est-ce trop demander ou manquer de conscience, que d'exiger que le ministère applique sa propre loi?

Nous avons tous été grandement déçus de constater qu'il n'y avait aucune modification par rapport au traitement réservé à certains de nos bénéficiaires. Et là, je fais particulièrement allusion à l'article 375 du Règlement d'application de la loi sur les services, qui stipule que les personnes âgées qui ne reçoivent que leur plein

supplément de sécurité de la vieillesse et qui sont hébergées dans un centre d'accueil privé autofinancé ne sont pas admissibles ni aux menues dépenses ni aux besoins spéciaux. Et on stipule de façon très précise, à l'article 375: "...l'expression "centre d'accueil" ne s'étend pas à un centre d'accueil qui fonctionne sans avoir recours à des sommes d'argent provenant du fonds consolidé du ministère du Revenu". Et à notre avis, cela contrevient carrément à la section II de la Loi sur l'aide sociale, les privant ainsi du droit à l'exonération concernant les menues dépenses et les besoins spéciaux. Car il est faux de prétendre que les bénéficiaires ou les personnes âgées ayant des moyens financiers choisissent exclusivement les centres d'accueil privés autofinancés. Je ferai référence, M le ministre, à un document que nous avons déposé en avril 1988, où on faisait l'inventaire des ressources au niveau de nos établissements membres de l'Association. On obtenait une moyenne de 33 1/3 % de la clientèle hébergée en centre d'accueil privé autofinancé qui ne détenait que le plein supplément de sécurité de vieillesse. Et avec cet argent, l'établissement doit assurer le gîte et donner les soins requis à l'état du bénéficiaire. Nous aurions aimé voir cette anomalie corrigée par rapport aux personnes âgées, car on a nettement l'impression qu'on considère, à ce moment-là, les personnes hébergées dans les centres d'accueil privés autofinancés comme des citoyens de deuxième ordre.

Quant à la privatisation à long terme, des services de santé, un des objectifs visés lors de l'introduction des établissements privés autofinancés dans le système de la santé était certes pour l'État de réaliser des économies importantes. À la lumière de l'expertise et de l'expérience vécue par et avec les centres d'accueil privés autofinancés, il nous apparaît opportun pour le gouvernement de pouvoir composer avec les ressources que nous sommes, afin d'atteindre ces objectifs de gérer à moindre coût. Ce sont également des éléments à propos desquels nous avons eu à discuter avec la direction de l'hébergement depuis maintenant près de deux ans et demi. Déjà, passablement de chemin a été fait à ce niveau-là. Nous sommes, quant à nous, disposés à accroître cette collaboration, en offrant notre disponibilité à répondre efficacement aux besoins que le réseau ne peut combler.

L'utilisation du secteur privé autofinancé tiendrait compte des facteurs suivants, toujours dans le cadre d'un réaménagement et d'une utilisation à moindre coût: ça pourrait apporter ou aider à apporter une économie au trésor public; il y a l'avantage d'accélérer la disponibilité des services; l'intégration des services privés au réseau, que nous demandons déjà depuis plusieurs années; participation intégrée aux instances régionales, quo nous requérons également depuis plusieurs années; et surtout, un contrôle de la qualité des soins prodigués aux

bénéficiaires. Parce que le fait de demander d'être intégré au réseau et de regarder les possibilités d'assistance financière, dans notre esprit, ne nous élimine pas du contrôle de la qualité des soins offerts. Et nous sommes tout disposés à considérer tous les éléments possibles, en ce qui concerne une éventuelle supervision au niveau des soins requis et donnés aux bénéficiaires.

Or, il est de notre avis qu'il serait économique pour le gouvernement d'utiliser les centres d'accueil privés autofinancés et surtout d'aider les personnes âgées à s'héberger dans nos établissements. Selon notre façon de voir, H ne s'agit pas de devenir des centres d'accueil privés conventionnés, mais bien de permettre aux personnes âgées de recevoir de l'assistance financière pour pouvoir recevoir les soins requis par leur état. Puisque le bénéficiaire conserve d'abord et avant tout son libre choix, et qu'il est de la responsabilité de l'État d'assumer le coût des heures-soins qu'occasionne son hébergement, nous suggérons alors qu'une assistance financière pourrait commenter deux volets: une assistance aux heures-soins et une assistance à la perte d'autonomie. Les membres de l'Association des centres d'accueil privés autofinancés conçoivent qu'il est de leur responsabilité d'assumer à même le coût de l'hébergement la première heure-soins requise par le bénéficiaire. L'assistance financière, donc, porterait essentiellement sur tout excédent des heures requises, mais pour chacun des bénéficiaires concernés, et non pas par rapport à la totalité des bénéficiaires de l'établissement. Et ce, tant et aussi longtemps que le bénéficiaire est hébergé dans nos établissements. Nous sommes disposés à collaborer à la mise en place de moyens de contrôle, afin de s'assurer que les sommes versées correspondent vraiment aux heures-soins requises et que les services sont effectivement offerts et rendus. Le Conseil régional de la santé et des services sociaux, quant à nous, pourrait fort bien être l'organisme désigné à cet effet.

Comme nous ne nous soustrayons pas non plus, au fil du temps, à l'alourdissement de notre clientèle, de plus en plus, les demandes d'admission requièrent une plus grande contribution de notre part pour assumer les soins requis. Il y a aussi un autre volet. Le fait que les personnes qui sont hébergées dans nos établissements, même si elles requièrent des heures-soins, lorsque l'on fait une demande de placement ou une demande de diriger le bénéficiaire dans un établissement qui pourrait mieux répondre à son besoin, on nous fait réponse qu'effectivement, comme il a déjà un gîte et qu'il reçoit des soins, le placement n'est pas urgent. Donc, alourdissement de la clientèle par l'intérieur, accroissement des coûts, etc. Même si nous croyons que bon nombre de nos établissements ont les infrastructures nécessaires pour permettre de recevoir

cette clientèle en perte d'autonomie, puisqu'ils répondent déjà aux normes exigées, il y aura toujours des gens pour dire qu'il y a deux types de centres d'accueil privés autofinancés. C'est-à-dire, le centre d'accueil privé de soutien et le centre d'accueil d'hébergement pour recevoir une clientèle en lourde perte ou en plus grande perte d'autonomie. Nous pensons qu'à ce niveau-là, en ce qui concerne l'émission des permis, il devrait y avoir une cotation qui qualifierait le centre d'accueil avec une clientèle par rapport aux heures-soins. Il est évident que nous attendons et que nous souhaitons même que certains mécanismes soient mis sur pied pour s'assurer que les services offerts soient de qualité et correspondent aux besoins requis. Car on a la prétention, même dans les centres d'accueil privés autofinancés, d'offrir des services de qualité à nos personnes hébergées.

L'Intégration au réseau. Nous profitons de l'opportunité de l'**avant-projet** de loi pour réitérer notre demande des années 1985, 1986, 1987, 1988 et 1989, c'est-à-dire: participer aux différentes commissions administratives des CRSSS, aux tables de concertation, aux comités d'admission et d'orientation et également, avoir davantage de collaboration de la part des intervenants du réseau par rapport à la reconnaissance de nos établissements. Je dois dire qu'on a obtenu, au fil des dernières années, énormément de collaboration de la part de la Direction de l'hébergement et des services de longue durée du ministère. Également, les dirigeants des CRSSS 06A et 06B ont montré beaucoup d'ouverture en collaborant avec notre réseau.

Tout ce qui précède dans le mémoire que nous avons **déposé** sous-tend une relative harmonie entre le secteur public et le secteur privé. Une volonté politique est nécessaire, **voilà** indispensable, si l'on désire que les CAPA participent vraiment à la réforme et qu'ils continuent à donner des soins à nos aîné(e)s.

En conclusion, Mme la Présidente, je vous dirais que notre organisme regroupe des gens de bonne volonté, qui sont désireux de participer étroitement au développement des services de santé et des services sociaux au Québec, et non pas de demeurer simples spectateurs. Que nous réserve l'avenir face à l'accroissement de la population âgée? Est-ce que la capacité du gouvernement, et de toute la collectivité, d'assumer le coût du vieillissement sera aussi forte dans quelques années qu'elle peut l'être maintenant? Quelle est notre capacité d'investir dans la construction et l'aménagement de nouveaux centres d'accueil publics? Quelles seront les attentes des personnes âgées en l'an 2000? Voilà autant de questions auxquelles il nous reste à répondre. Mais en même temps, se questionner, c'est aussi y répondre. C'est pourquoi les CAPA privilégient l'utilisation maximum des centres d'accueil privés autofinancés comme réponse aux besoins pressants et immédiats du gouvernement.

Aux besoins pressants et immédiats du réseau, également, parce qu'on sait que les aînés en perte d'autonomie et présentement en attente de placement sont de plus en plus nombreux. Le tout, évidemment, devrait se faire en harmonie, avec l'agrément des autorités du ministère et des divers intervenants de l'actuel réseau de la santé et des services sociaux.

Mme la Présidente, j'ai essayé de faire le plus rapidement possible pour résumer un peu le mémoire, et je suis disponible pour répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Si mes souvenirs sont bons, lorsque nous avons discuté avec le député de Joliette, de votre participation à la commission parlementaire, on disait: Il nous manque un volet de l'ensemble du réseau, et c'est celui-là. C'est avec plaisir que nous vous accueillons ce matin. Si mon souvenir est bon, à l'époque, on avait évalué à 4000 ou 4500 le nombre de personnes hébergées dans vos établissements. Est-ce que c'est toujours le cas?

M. Bisailon: L'ensemble du réseau privé autofinancé couvre environ 4000 lits, effectivement. Au niveau de l'Association, nous représentons entre 2500 et 2800 personnes hébergées.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce qu'il y a des statistiques sur la moyenne d'âge des gens hébergés chez vous?

M. Bisailon: C'est 80,5.

M. Côté (Charlesbourg): 80...

M. Bisailon: C'est 80,5 ans. En 1987, l'évaluation des bénéficiaires...

M. Côté (Charlesbourg): 80,5...

M. Bisailon: ...que nous avons transmise au ministère, d'ailleurs, donne effectivement une moyenne de tout près de 82 ans, à l'époque.

M. Côté (Charlesbourg): Quel est le taux de rotation des gens qui sont chez vous? On sait que dans le réseau des centres d'accueil publics, c'est 25 % annuellement. Est-ce que vous avez ces statistiques-là?

M. Bisailon: Je dirais que ça varie selon les régions et selon aussi - je devrais l'ajouter, je pense, entre guillemets - la capacité qu'ont les gens de payer. Le taux de roulement au niveau de nos établissements est beaucoup plus élevé que celui du réseau public compte tenu que pour eux, bon, il y a une partie de la clientèle qui est

quand même autonome, semi-autonome. Or, quand on est rendu à 82, 88, 90 ans, la perte d'autonomie est beaucoup plus brutale et beaucoup plus rapide. Or, le roulement de la clientèle dépasse les 40 %.

M. Côté (Charlesbourg): Quand je vous écoute présenter votre mémoire et que je le relis, personnellement, je le trouve sympathique. Ça n'engage personne d'autre. On a dit qu'il fallait faire de la place au secteur privé, et j'y crois, moi aussi. Cependant, il y a des inquiétudes vis-à-vis du privé, justifiées ou pas. Ce qui m'effraie le plus, ce temps-ci, c'est qu'il ne se passe pas une journée où il n'y a pas un vendeur qui vienne me dire qu'il est en parfaite harmonie avec ce qu'on a dit, qu'il a trouvé la solution et qu'il est prêt à bâtir demain et, s'il vous plaît, partout sur le territoire. Je pense que si on donnait notre accord, dans trois mois, il n'y aurait plus de problème; au Québec, il y aura de la place pour tout le monde. Ça, ça m'inquiète un peu parce que, vous le dites dans votre mémoire, il nous faut tenir compte de la qualité des services donnés à la personne. Quand vous êtes privé autofinancé, ça veut dire que c'est le bénéficiaire qui est à l'intérieur qui paie. Si tu es privé, tu ne fais pas ça pour les beaux yeux de celui que tu reçois. Bien sûr qu'il y a des considérations. Il y a des gens pour qui, parmi vous autres, c'est certainement une mission que de le faire; parce que ça ne doit pas toujours être rose sur le plan financier non plus. Sauf qu'au bout de la ligne, privé autofinancé, c'est quand même lucratif. Et ça, dans la discussion au niveau de la commission, il y a toujours eu une tendance à dévier, en disant: Bah! Évidemment, le privé, c'est la solution à tout, mais l'objectif premier du privé, c'est l'argent, c'est de faire de l'argent. Vous répondez quoi, à ça, par rapport à votre vécu? Parce que c'est peut-être l'endroit idéal pour être capable de... Est-ce que c'est ça, l'objectif premier, faire de l'argent? Et si c'est ça, évidemment, comment ça devient compatible avec l'hébergement de personnes âgées à qui on doit donner des soins?
(12 h 45)

M. Bisailon: Je dirai, M. le ministre, qu'on a le même langage que le ministère, à ce niveau-là. Il y a quelques années, les établissements fonctionnaient avec beaucoup de déficit. On a parlé d'équilibre budgétaire, faisant en sorte que les sommes d'argent versées aux établissements, même au niveau des centres d'accueil pour personnes âgées... Ces centres d'accueil devaient s'autofinancer avec le budget qu'on leur accordait. Pourtant, ils sont à but non lucratif. L'établissement public s'autofinance aussi avec des lits non comblés. C'est sûr qu'il n'y a personne, dans nos organisations, qui est philanthrope. Je ne connais personne, dans aucune entreprise, qui va investir pour faire des pertes à chaque année. Sauf que, quand on regarde... On

partage votre inquiétude, soit dit en passant, par rapport aux demandes de construction d'établissements; parce que de toute façon, même si le ministère dit non, il s'en construit quand même. Ça aussi, ça nous inquiète. Ça inquiète parce que ça met en péril les établissements déjà existants.

C'est sûr que ça a toujours fatigué, le fait que nous soyons à but lucratif. Mais vous savez, demain matin, on peut avoir le même permis au niveau de la corporation à but non lucratif, de la corporation qui donne les soins, et aller chercher nos profits par le biais d'une propriété d'immeuble. Je pense que ce qui différencie nos établissements par rapport à d'autres, c'est la nature des services qu'on offre à la clientèle. Vous savez, nous, ce qui nous inquiète, c'est de voir qu'il y a des centres d'accueil qui ferment leurs portes, parce qu'ils ne sont pas capables, budgétairement, d'arriver. Ce qui nous inquiète aussi, c'est de voir que, dans certaines résidences, on offre les services à rabais. Parce qu'on dit à un moment donné: Ça nous prend une clientèle plus autonome, parce que s'il y a une perte d'autonomie, ça va coûter trop cher, et on va être obligés de fermer nos portes.

Il faut dire que notre souci premier est, je pense, de plus en plus, les gens qui oeuvrent dans les centres d'accueil privés autofinancés. Ce sont des gens qui ont déjà œuvré dans le réseau; c'est aussi une question, je pense, de vocation personnelle. C'est sûr qu'on ne peut pas se permettre... Comme toute personne, ça lui prend un salaire raisonnable, à un moment donné, pour rencontrer ses obligations d'hypothèque de maison, payer son alimentation à tous les jours. Elle aussi est à but lucratif dans son travail. Ça fait partie de notre travail, c'est notre quotidien. Sauf que notre quotidien est aussi de donner des services à une clientèle qui a des besoins. Parce que, vous savez, peu importe que la personne ait les cheveux blancs, les cheveux gris ou pas de cheveux du tout, elle a des besoins tout le long de sa vie. Souvent, comme personne aînée, elle a beaucoup d'insécurité. Quand elle choisit notre établissement, elle le choisit pour certains de ses principes, certains de ses goûts particuliers, aussi; et on essaie de les satisfaire.

Quand on dit qu'un établissement privé est à but lucratif, bon, "ça fait de l'argent sur le dos du monde". Dans le fond, c'est ça, le préjugé défavorable qu'il y a envers l'entreprise privée. Je pense que ce sont des préjugés qu'il faut effectivement démystifier. Parce que tout le monde, dans le fond, fait son argent, ou fait de l'argent, d'une façon qui lui est propre, entre guillemets. Quand on ferme des lits dans un établissement pour permettre aux travailleurs de prendre leurs vacances, quand on ferme des lits dans un établissement pour boucler le budget, on fait de l'argent sur le dos de qui? Quand un établissement a un permis de 100 lits et qu'on comble 80 lits ou qu'on fonctionne avec 80 ou 85 bénéficiaires pour boucler son budget, l'économie

se fait sur le dos de quoi? Quand - et Je m'excuse - le ministère ne bouge pas sur l'émission des permis de centres d'accueil privés, ou sur le contrôle des établissements, et permet à des établissements de donner des services à des clientèles en grande perte d'autonomie, il fait aussi des économies.

M. Côté (Charlesbourg): Sauf que... Vous connaissez bien le réseau. Dans certains établissements du ministère, effectivement, on a fermé des lits de manière historique, parce que c'était plus facile de choisir cette option-là. Et ça mettait plus de pression sur la place publique, sur le ministère, pour être capable de remettre de l'argent. Ça a tendance à vouloir s'effacer un petit peu. Lorsque vous évoquez le phénomène des illicites, effectivement, quant à moi, ça m'inquiète grandement. Pour ça, ça prend une gestion par régions, par sous-régions; une gestion intelligente, à partir de critères de base, en termes de lits, pour ne pas que n'importe qui intervienne n'importe quand. Il faut bien se le dire, ce n'est pas le ministère qui donne l'autorisation. Si vous n'avez pas de permis de la ville, vous ne bâtissez pas. Il y a donc une implication sur le plan municipal extrêmement importante, à ce niveau-là. C'est la chasse, au niveau des municipalités, à celui qui va venir bâtir chez lui un centre d'accueil pour personnes âgées, qu'il soit privé ou autofinancé. Là aussi, il y a un problème assez important, sur le plan municipal, concernant les permis.

Je vais arriver avec une autre question, parce que ce que je comprends davantage, c'est que le seul bénéficiaire - et qui n'est pas négligeable - que peut réaliser un propriétaire dans un cas comme celui-là c'est l'équité sur la bâtisse qu'il peut avoir. Au-delà de tout ça, celui qui se met riche avec ça, il ne doit pas l'être bien longtemps. En tout cas, c'est un riche pauvre, j'ai l'impression, compte tenu des services qu'il doit donner.

En terminant, je vais vous confier une crainte que j'ai très honnêtement, et qui ne vient pas d'un préjugé défavorable. Qu'est-ce que vous pouvez nous offrir, comme garantie, à nous, l'État, si demain matin, on dit: Parfait, on va reconnaître des heures-soins à un bénéficiaire? Vous faites déjà un pas assez important en disant: La première heure, c'est notre responsabilité? Si on reconnaît à la personne, c'est-à-dire qu'on paie une personne qui, elle, ira magasiner sa place dans un centre d'accueil privé autofinancé? Si on faisait ça demain matin, qu'est-ce qui nous dit que vous ne pêcherez pas des deux côtés de la chaloupe? Comme vous êtes à Rimouski, ça va vous dire quelque chose. Pêcher du côté de la chaloupe de la personne même qui est chez vous, en allant lui chercher tout ce que vous pouvez sur le plan financier, et, en même temps, pêcher de l'autre côté de la chaloupe, celui du ministère, en disant: Bon,

maintenant qu'on peut aussi en avoir du ministère, allons-y de ce côté-là, et continuons d'y aller de l'autre bord, aussi: on va **peut-être** attraper deux poissons en même temps. Qu'est-ce qui nous garantit que ces situations-là ne se produiraient pas?

M. Bisillon: Je pense que, depuis 1988, lorsqu'on a eu à discuter avec les autorités du ministère, ce sont des choses qu'on a effectivement abordées. Mais un des premiers points qu'on a soulevés, c'est qu'il est important d'avoir des balises pour l'établissement. Et on pourrait aussi assurer que le bénéficiaire, comme vous dites, ne paiera pas des deux côtés. Par rapport aux heures-soins, c'est sûr qu'on prévoit un mécanisme d'évaluation de la clientèle, d'une part, pour que les heures-soins soient clairement établies. On prévoit effectivement aussi des contrôles qui peuvent venir, par exemple, du CRSSS, pour que la qualité des services soit offerte. Mais il faut aussi, à ce moment-là, • considérer s'il y a, pour la personne, une assistance au niveau des heures-soins, ou au niveau d'une plus grande perte d'autonomie. Il est évident qu'à un moment donné, il y a toute l'évaluation des coûts que la personne est capable de payer. L'établissement ne perçoit que le volet qui est déterminé par les autorités du réseau. Ça ne nous inquiète pas; il ne s'agit pas d'aller chercher dans la poche de gauche du bénéficiaire et dans la poche de droite du ministère. C'est un tout et une complémentarité. Là-dessus, on a dit qu'on était ouverts à des balises et à des contrôles. Ça ne nous inquiète pas.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le leader de l'Opposition et député de Joliette.

M. Chevrette: Je voudrais d'abord remercier le ministre d'avoir accepté, parce qu'il y a un groupe de privés qui a passé et je n'y étais pas. Je voulais également avoir l'opportunité de dire ce que je pense personnellement. Donc, je vais commencer par un commentaire avant de vous poser une question. Oui. Parce qu'on peut idéologiquement avoir des approches très bien structurées, être pour ou contre. Ça pourrait se défendre, **dépendamment** de l'idéologie que tu te donnes. Mais sur le plan pratique, moi, le dogme, je l'ai toujours assez loin, en matière de santé, quand il s'agit de la personne.

Quand on a un projet de loi qui nous dit: C'est la personne avant toute chose, je pars de ça et j'adhère à ça. C'en est un dogme, un principe, une idéologie. Tu dis: Toute ma politique de santé est axée sur la personne. Après que tu as dit ça, il faut que tu sois cohérent. À ceux qui disent: L'État a un devoir fondamental vis-à-vis la personne, je dis: Oui. Elle a payé des taxes toute sa vie, et elle est rendue à un certain âge où elle a besoin de soins. Si c'est ça, l'État doit

donc avoir un traitement équitable envers toutes ses personnes âgées qui requièrent la même quantité de soins et la même qualité de soins. Si l'État n'est pas capable dans son réseau, il faut qu'il compense. Si tu n'es pas capable d'héberger tout ton monde, tu vas ailleurs, tu fais quelque chose. Si tu invites quelqu'un chez vous et que tu n'as pas de place, tu dis: Écoute, je me suis arrangé avec mon voisin et j'ai loué trois chambres. Mais tu le loges. Tu n'as pas le choix, vis-à-vis une population. Ma grande inquiétude présentement - et que ce soit n'importe qui, je pense qu'on découvre assez vite ce sentiment et cette inquiétude - la personne en est à son premier mois à la Santé, c'est que si on ne fait pas quelque chose, on va arriver avec des aberrations et notre population va être plus maltraitée qu'il y a à peine cinq ans ou dix ans. Pourquoi? Il y a une population vieillissante épouvantable. Il ne se construit pas ou peu... c'est 350 nouvelles places en cinq ans. Les besoins sont sans cesse croissants. Il y a un moratoire sur le privé et il émerge de partout des maisons de pension qui ne partent pas sous le nom de centre d'accueil. C'est la résidence x, jouvence ici et amuse-toi là. Ça rentre très bien entre le fait de santé, puis comme disait M. Bisailon, le frère de l'autre. Oup! Tout d'un coup, la perte d'autonomie est brutale, catastrophique. Tu es rendu avec des centres d'accueil clandestins qui n'ont pas de permis, où le contrôle de la qualité des soins est nul et qui, plus est, les CLSC n'y vont pas. Bien non, ils font du travail à domicile. Mais dans ces maisons de chambres, les CLSC n'y vont pas.

Je le sais et je le vis dans mon milieu. Ça me met en fusil, ça me met en beau maudit. Tu sais, c'est un citoyen qui prend son chèque de pension, il le donne au complet et il n'est même pas capable d'avoir un service de son CLSC. C'est grave en maudit, ça, comme société. Moi, je ne le tolère, je ne l'accepte pas.

Donc, à partir de là, il y a quelque chose qu'il faut faire vis-à-vis nos concitoyens d'âge mûr. Puis je n'essaie pas d'être partisan, j'essaie exclusivement de lire la réalité que vivent nos personnes âgées. C'est ça qui m'intrigue. Les CLSC disent qu'ils n'ont pas d'argent pour faire du maintien à domicile. Il n'y a plus de permis qui se donne pour le privé, puis il n'y a plus de place dans les conventionnés puis il n'y a plus de place dans les publics. Qu'est-ce qu'on fait avec notre monde?

Nous avons une très belle politique, cependant, axée sur la **personne**. Mon oeil, bon Dieu! Et c'est là-dessus que, moi, je pense que, collectivement, il va falloir réagir un petit peu. Je le livre complètement aujourd'hui, parce que je n'ai pas eu le temps avant, puis je veux que le ministre sache que ce n'est pas une approche partisane que je veux, pas du tout. Mais il y a une approche très pragmatique qu'il va falloir avoir vis-à-vis la personne âgée et on va arrêter

de se péter les bretelles sur la personne avant toute chose, si on ne rend pas service à la personne.

Moi, je voudrais vous féliciter sur l'approche, en particulier, de l'heure-soins, la partie soutien à la personne. Ça, c'en est une approche **positive**, parce que, si je suis malade, je n'ai pas d'autre foin et pas d'argent pour me payer des soins, puis je n'ai pas de place dans les privés conventionnés et je n'ai pas de place dans le public. Donc, trouve-moi une place ou **pale-moi** mes soins. Ça, c'est élémentaire, ce que vous faites et, moi, j'adhère à ça.

Et si on est capables d'analyser les patients pour qu'ils entrent par dossier médical dans un centre d'accueil **public**, puis si on est capables de le faire pour un centre d'accueil privé conventionné, on doit être capables d'évaluer des heures-soins pour une personne qui est chez elle, qui est en pension ou qui est en privé. Ça, c'est clair. Et ça **m'apparaît** être une piste extrêmement enrichissante. Puis, moi, c'est là-dessus que Je veux vous remercier. Ça fait longtemps que je gratte la possibilité. Je cherchais une solution pour aider quelqu'un puis je ne l'avais pas. Il n'y a pas de cachette, c'est en discutant avec certains d'entre vous, de votre organisation, qu'on m'a dit qu'il y a **peut-être** des façons d'en trouver, des solutions.

Puis il n'y a pas de cachette. Je trouve ça le "fun", explicité de même. Je ne l'avais pas compris de même. C'est la première fois que je le comprends d'une façon correcte. Soumis à des contrôles où la personne... Ce n'est plus vous autres, dans le fond, qu'on regarde. On va regarder la personne et on sera cohérents avec les soins à accorder à un individu si c'est une politique de santé nationale. Moi, je pense que, dans cette optique, c'est une piste de réflexion extrêmement importante.

Ma question est la suivante, par **exemple**: Vous savez très bien que c'est idéologique, l'approche du secteur privé versus le secteur public. Quand vous admettez qu'il nous faut cependant un contrôle, est-ce que vous acceptez que l'analyse du dossier patient ou du dossier bénéficiaire soit entièrement à la charge du ministère et à l'évaluation du ministère? Du ministère ou d'une régie, là. Je ne parle pas de structure. Est-ce que c'est ça que vous voulez dire quand vous parlez...

Quand vous avez répondu au ministre tantôt, vous avez dit: On est prêts à une forme de contrôle. A mon point de vue, si vous avez cette approche, est-ce que ça ne devrait pas être l'approche, purement et simplement, totale du ministère?

M. Bisailon: L'évaluation du bénéficiaire se fait à partir... Quand on a fait l'évaluation, en 1967, elle s'est faite à partir des mêmes bases que l'ensemble du réseau. Alors, on a dit: Au niveau de l'évaluation du contrôle de la qualité

des soins à faire, ça peut être fait par le biais du contrôle de la qualité du ministère, ça peut **être fait par** le biais des intervenants du CRSSS aussi, parce que, nous, on prévoit, dans la question de pouvoir régional, que le CRSSS puisse avoir un mandat au niveau du contrôle de la qualité.

C'est sûr qu'à un moment donné ça présuppose une participation aux comités d'admission régionaux par rapport à l'évaluation de chacun des cas parce qu'on a quand même, aussi, une responsabilité personnelle d'engagée. Si on accepte un bénéficiaire, on **doit** être capables de lui donner les services que son état requiert. On n'a pas juste l'obligation morale, on a aussi l'obligation légale de le faire et notre responsabilité personnelle y est aussi engagée. Nous, on dit, par rapport aux soins, que ça peut, effectivement, être contrôlé **soit** par un organisme par le biais du centre hospitalier **régional**, soit par le biais du CLSC, soit par le biais du CRSSS ou du ministère. Ça reste à déterminer, à définir. On est ouverts là-dessus. Je ne sais pas si je réponds à votre question par rapport au contrôle. C'est l'essence que vous vous demandiez.

M. Chevette: Oui, ça, moi non plus, ça ne me dérange pas le niveau. Il se fait une évaluation du monde. Je pense bien que c'est au niveau régional que ça se fait ces évaluations. C'est sûr que c'est transmis au ministère pour fins d'aller chercher les subventions, ça je le comprends. Moi, je n'en suis pas là-dessus. C'était véritablement de savoir si vous acceptiez que le contrôle soit fait par ceux qui déterminent, précisément, la **quantité** heures-soins. Il ne faudrait pas que ce soit de votre autorité...

M. Bisailon: Non, ça, ça va, c'est très clair.

M. Chevette: ...et bien sous l'autorité ...

M. Bisailon: Très, très clair.

M. Chevette: O.K. L'autre question que je veux vous poser c'est la suivante: Dans l'évaluation de la quantité heures-soins - je m'excuse, ce sera la dernière, Mme la Présidente - dans l'évaluation des coûts - parce que ça a de l'importance - est-ce que vous reconnaissez que l'évaluation devrait être basée sur les coûts réels et non pas sur les critères du ministère? Je vais **m'expliquer** pour être bien **clair**.

C'est évident qu'une heure-soins, c'est évalué en fonction des conventions collectives. C'est évalué en fonction du type de professionnel que ça prend pour la personne et ce ne sont pas nécessairement les mêmes coûts. Est-ce que vous accepteriez, dans l'hypothèse où le ministre **s'enlignerait** pour un soutien à la personne, que ce soit évalué en fonction des coûts réels et que ça démontrerait clairement que ce n'est pas une

question de faire de l'argent, mais que c'est vraiment de donner les soins à la personne, compte tenu des coûts réels?

M. Bisailon: Là-dessus, on n'a pas de difficulté à transiger avec ça non plus, puisque dans nos discussions, au niveau des barèmes heures-soins, ce qu'on a tenu compte... Je pense que quand il faut tenir compte, et là, c'est de la technicité vous allez me dire, mais ce qui dépasse l'heure-soins, quand on a un bénéficiaire qui nécessite, deux heures, trois heures, quatre heures-soins, ce n'est plus la même qualité d'effectifs qu'on a besoin non plus, donc, ce n'est plus le même taux horaire, sauf que, dans les discussions avec le ministère, on s'est entendus sur des paramètres possibles que pourrait avoir comme impact l'heure-soins, et la même chose au niveau d'une plus grande perte d'autonomie, sur un montant forfaitaire **global** pour chaque bénéficiaire par jour. C'est déjà dans la discussion, dans les approches. Si on **parle** d'un projet d'assistance aux bénéficiaires versus les coûts, ça doit se faire à un coût moindre. Or, s'il y avait un coût moindre, c'est sûr que ce n'est pas la parité avec le réseau. Ça doit tenir compte de nos coûts d'opération et des besoins du bénéficiaire.

M. Chevette: C'est dommage qu'on n'ait pas plus de temps, mais je tiens à vous remercier. Ça nous aura permis, en tout **cas**, comme membres même de l'Opposition de travailler dans le sens de la cohérence de la politique en fonction de la personne. Soyez assurés qu'on va en tenir **compte** au niveau des amendements que nous apportera le ministre, éventuellement. Je pense que notre premier souci, si on dit que c'est la personne, on va essayer de le prouver dans les actes et dans les gestes.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup, dans si peu de temps, d'avoir pris la peine... C'est quand même des dossiers que vous connaissez très bien et je pense qu'il y a un peu une meilleure qualité d'information qui peut circuler maintenant sur la place du privé et ce n'est pas nécessairement des voleurs de jobs et des gens qui donnent de moins bons services, de ce que j'ai compris, à tout le moins, ce matin, et qu'il y a une piste à explorer, qui est intéressante.

Quant à l'ouverture que vous avez manifestée, je partage presque en totalité les propos qu'a tenus mon collègue de Joliette. C'est du terrain et c'est davantage ça dont il faut se parler pour les prochains mois, les prochaines années. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre intervention. Nous suspendons nos travaux

jusqu'à 16 h 30.

(Suspension de la séance à 13 h 5)

(Reprise 16 h 39)

Le Président (M. Joly): Nous allons maintenant reprendre nos travaux. Je vois que les gens représentant le Centre hospitalier de Beauceville se sont déjà avancés. Alors bienvenue à cette commission. Vous connaissez un peu la procédure, on essaye de faire ça de la façon la plus concise possible. Vous avez une dizaine de minutes pour nous présenter Votre mémoire. Par après, les membres de chacune des formations se réservent le privilège de vous poser quelques questions. J'apprécierais si la personne responsable du groupe pouvait s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent. S'il vous plaît.

Centre hospitalier de Beauceville

M. Mathieu (Raymond): Merci, M. le Président. Je me présente, mon nom est Raymond Mathieu, président du conseil d'administration du Centre hospitalier de Beauceville. Je suis accompagné, à mon extrême gauche, du Dr Jacques Brunet, ex-administrateur provisoire du Centre hospitalier régional de Beauce, du Dr. Serge Moisan, directeur du département de santé communautaire de l'hôpital de Beauceville et, à ma droite, M. Gilles Morin, directeur général du Centre hospitalier de Beauceville.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Mathieu. La parole est à vous.

M. Mathieu: M. le Président, M. le ministre, madame, messieurs de l'Opposition, mesdames, messieurs, permettez-moi d'abord de vous donner lecture de la lettre que M. Jacques Brunet, alors administrateur provisoire de notre établissement, faisait parvenir à ta ministre de la Santé et des Services sociaux, quelques jours après la publication des orientations gouvernementales, en avril 1989.

Voici le texte de cette lettre: Nous avons pris connaissance des orientations que vous avez rendues publiques le 10 avril dernier et nous croyons que plusieurs des mesures que vous suggérez seront de nature à améliorer le fonctionnement du réseau sociosanitaire du Québec pour les prochaines années.

Cependant, l'une des mesures annoncées nous a à la fois surpris et déçus. Il s'agit, en l'occurrence, de la disparition du département de santé communautaire du centre régional de la Beauce - on comprend que cette lettre a été écrite il y a un an et, aujourd'hui, c'est le Centre hospitalier de Beauceville. Après avoir examiné cette proposition on compagnie du gestionnaire actuel du centre hospitalier visé,

nous sommes convaincus qu'il y a lieu de revoir votre décision, compte tenu de ses conséquences néfastes sur notre milieu.

Nous fondons notre requête sur les arguments, à savoir: que la Beauce a une très longue tradition de santé publique, ayant été le siège de la première unité sanitaire au Québec; que le département de santé communautaire jouit d'une réputation et d'états de service fort enviés dans le réseau des DSC et cela, depuis ses débuts; que ce DSC a su développer une expertise adaptée aux communautés qu'il dessert; que ce DSC a, à son crédit, de nombreuses réalisations dans la communauté; que ce DSC a su s'aménager une place enviable parmi les partenaires de sa sous-région; qu'en matière de protection, de santé publique, ce DSC jouit d'une excellente collaboration des établissements et des professionnels de la santé de son territoire; que ce DSC a, depuis ses débuts, été préoccupé de concertation et de coordination efficaces, tant sur son territoire qu'à l'échelle régionale et provinciale; que les ressources y sont gérées de façon efficiente, en étroite collaboration avec la direction générale; que ce DSC représente une activité économique non négligeable dans son milieu, avec ses 40 emplois directs et ses dépenses totales de plus de 2 000 000 \$; que la disparition du DSC dans notre sous-région risque d'avoir un impact négatif sur la santé de notre population.

Ici, M. le Président, je voudrais faire un aparté et m'adresser un peu à M. le ministre et, si vous me le permettez, faire un bref historique de la situation que nous avons vécue pendant une dizaine d'années dans la Beauce au niveau de notre centre hospitalier. Nous avons...

Le Président (M. Joly): Je vous rappelle, M. Mathieu, que vous avez une dizaine de minutes, tout compris.

M. Mathieu: Oui.

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Mathieu: Nous avons vécu une fusion, on a tenté une fusion...

M. Côté (Charlesbourg): On est en train de vider des arénas!

M. Mathieu: Oui. On était en train de vider autre chose, si votre gouvernement n'avait pas fait un grand effort. Alors, après de multiples chicanes et tout ce que ça peut apporter, les plus punis étalent, bien entendu, les malades et la population. Votre gouvernement a nommé un administrateur en la personne du Dr Brunet. Nous sommes arrivés, je crois, à une heureuse solution et, pour en arriver là, il a fallu faire des partages de soins. Dans ce partage, le département de santé communautaire a été tenu pour

compte, étant une chose qui devait demeurer à Beauceville, étant donné que c'est 15 % du budget total, présentement, à l'hôpital de Beauceville. Alors, je voulais seulement vous rapporter ça. On fait seulement que... On commence... Je vous dirai que je suis seulement à mon deuxième conseil d'administration, que ça s'annonce très bien, et c'est dû à un travail formidable qui a été fait pour régler ce dossier-là. Le fait que le Centre hospitalier de Beauceville gardait le département de santé y a été pour beaucoup dans cette solution. Je continue ma lecture.

Pour tous ces motifs et pour ne pas appauvrir davantage une région périphérique, nous vous demandons de revoir votre décision et de maintenir le DSC au Centre hospitalier de Beauceville. Par ailleurs, si un seul DSC devait être maintenu pour la région 03 sud, il faudrait songer à localiser ce DSC en périphérie, plutôt qu'en région urbaine. Les caractéristiques de ce territoire militent en faveur d'une localisation en milieu rural du DSC.

De même, il faut attirer votre attention sur les centaines d'appuis exprimés dans notre milieu au maintien de notre DSC. Nous considérons qu'ils sont l'expression de l'appréciation pour les services que nous avons rendus au cours des ans. Bien sûr, ces appuis nous ont motivés à ne rien négliger pour ne pas perdre cet acquis. Vous les trouverez énumérés en annexe au mémoire.

Vous connaissez également la tradition de contrôle de ces institutions qui caractérisent la Beauce. Certains voudront décrier cette caractéristique de notre communauté. D'autres la diront favorable. Quant à nous, nous la croyons hautement favorable dans le contexte actuel de décentralisation des pouvoirs et comme atout puissant appuyant l'accent que vous voulez mettre sur l'approche promotion de la santé au Québec. Est-il nécessaire de rappeler que l'objet même de la promotion de la santé est d'amener individus et communautés à se sentir responsables de leur propre état de santé et, donc, à se prendre en charge?

Venons-en dès maintenant au mémoire que nous avons déposé et dont vous avez sans doute pris connaissance. Vous savez sans doute déjà que l'aspect principal qu'il aborde est celui de la localisation des départements de santé communautaire sur le territoire du Québec. Plus précisément, ce que notre mémoire demande, c'est de maintenir le plus près possible des communautés cet organisme communautaire qu'est le département de santé communautaire. Comme corollaire à cette recommandation, nous vous demandons de maintenir le département de santé communautaire de Beauceville. J'inviterais le Dr Moisan à continuer la lecture.

M. Moisan (Serge): Pour vous convaincre du bien-fondé de notre recommandation, nous vous donnerons certains exemples de nos réalisations

qui sont typiques, croyons-nous, d'un département de santé communautaire en milieu rural, qui a voulu axer ses efforts sur les besoins de la communauté qu'il dessert.

D'abord, le dossier de la Corporation ambulancière de Beauce inc., connu sous le nom de Cambi. Peut-être connaissez-vous déjà cette organisation, dont le siège social est à Beauceville, qui dessert en service ambulancier 93 municipalités rurales? Le DSC de Beauceville a été l'artisan majeur de la mise sur pied de cet organisme, aujourd'hui autonome, à une époque où les services ambulanciers du Québec vivaient une crise profonde. Comment se doter de services ambulanciers de qualité en milieu rural à population dispersée? Notre DSC a cru que cela était possible et souhaitable et initia les actions qui allaient solutionner le problème.

Dans le domaine des maladies infectieuses, notre DSC est fier de présenter les taux d'immunisation parmi les plus élevés du Québec, situation hautement souhaitable qui a permis à votre population d'être épargnée pendant l'épidémie de rougeole de l'an dernier.

Dans le domaine de la surveillance, on constate sur notre territoire des taux de déclaration de maladie plus élevés qu'ailleurs au Québec. Bien sûr, cette situation n'est pas due au fait que notre population est davantage malade, mais bien que les médecins déclarent plus volontiers les cas de maladies à déclaration obligatoire qu'ils découvrent. Ces deux résultats sont le fruit d'années d'efforts soutenus, ce qui a créé, dans notre milieu, un environnement très favorable aux mesures de santé publique.

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, Dr Moisan. Je pense qu'on est juste comprimé à l'intérieur de la petite période qui nous est allouée. Si vous vouliez conclure de façon qu'il reste un petit peu de temps parce que, autrement, vous n'avez pas de temps pour vous faire questionner. Alors, je vous permets de continuer, de déborder, sauf qu'il faut que je vous explique les règles.

M. Moisan: Je pense donc... Oui, M. le Président. Il faut mentionner le dossier des maladies transmissibles sexuellement où le DSC a des réalisations. Je vous invite à constater par vous-mêmes les services de réadaptation pédiatrique du Centre hospitalier de Beauceville qui sont supportés actuellement et qui ont été mis sur pied en bonne partie en raison de l'action du DSC.

Une opération plan de santé sur notre territoire a réussi à mettre en évidence six priorités de santé: le dossier de santé et de sécurité du travail; les rapports que notre DSC entretient avec les organismes communautaires - je crois d'ailleurs qu'ils ont fait des représentations auprès du cabinet du ministre pour demander de revoir votre décision - le dossier de

l'abus des médicaments chez les personnes âgées, qui a entraîné la production d'un document qui a même été utilisé par l'Ordre des pharmaciens du Québec, qui nous a demandé de pouvoir le publier intégralement; le dossier des traumatismes routiers. Nous hébergeons encore le coordonnateur provincial du comité traumatismes routiers des départements de santé communautaire. Et dans le domaine de l'environnement aussi, où notre département de santé communautaire est très actif et ce, de façon originale.

Pour notre part, nous avons la certitude que la plupart de ces réalisations originales et appropriées n'auraient pas été possibles si l'intervenant responsable de la santé publique avait été situé loin des communautés. Chez nous, le département de santé communautaire est un centre d'expertise et d'animation, attirant sur notre territoire des compétences utiles à toute notre communauté. Amputer une telle ressource serait un appauvrissement certain pour nous.

De plus, nous sommes convaincus que de tels services sont produits par notre DSC à des coûts très modestes. Nous sommes persuadés que les communautés que nous desservons ont beaucoup à perdre par l'éloignement de ce centre de décision et c'est pourquoi nous avons demandé avec tellement d'insistance au ministre et à son ministère de modifier leur intention à notre égard.

Pour nous, si le gouvernement et l'appareil de l'État croient vraiment à la valeur de la prévention et de la promotion, ils devraient maintenir près des communautés les départements de santé communautaire dont la préoccupation prédominante est la santé. Bien sûr, nous comprenons le désir du ministre d'augmenter l'efficacité. Cependant, cet objectif ne devrait pas avoir pour effet d'éloigner des populations les centres de décisions et d'augmenter la bureaucratie. Laissez les DSC sur le terrain, dans les communautés, là où ils ne pourront pas ignorer les problèmes de santé et les réalités des populations qui constituent leur raison d'être. Merci, M. le Président.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Dans votre présentation, il y a plusieurs éléments qui supportent le maintien à Beauceville d'un département de santé communautaire; je comprends votre point de vue. Si j'étais dans votre situation, je prendrais probablement les mêmes arguments. L'argument économique, évidemment, 2 000 000 \$, c'est un argument qui est assez important, pour la communauté là-bas. Il a moins de poids vis-à-vis du ministère, pour la simple et bonne raison que le ministère, quant à lui, a des objectifs d'abord de santé et de bien être et, dans ce cas-là, évidemment, le critère écono-

mique... Mais je vous comprends de l'avoir mis dans les points positifs qui faisaient que ça a un impact.

Un point dont on devra tenir compte **bien sûr**. c'est le fait que, dans le partage des **biens**, il y a le département de santé communautaire, comme vous l'avez dit tantôt, qui est un **élément** extrêmement important sur le plan de cette **paix** retrouvée au niveau des centres hospitaliers de la Beauce.

Il y a un élément qui me frappe, qui aurait dû être une évidence pour moi, au début de la commission, mais qui était peut-être latent: votre insistance à nous dire qu'un **département** de santé communautaire, ce n'est **pas fait** uniquement pour les centres urbanisés, mais qu'il faut tenir compte aussi de la dimension rurale. Ça, c'est un argument qui me touche. **Je vais** vous poser la question suivante. Dans la **nouvelle** région Chaudière-Appalaches, puisque **maintenant** vous allez pouvoir voler de vos propres **ailes**, un département de santé communautaire, **s'il devait** y en avoir un, est-ce qu'il devrait **être davantage** rattaché au monde urbanisé ou au monde rural, pour être capable de bien représenter ce **qu'est** la région Chaudière-Appalaches, avec ses nouvelles limites?

M. Morin (Gilles): M. le ministre, la **région** Chaudière-Appalaches, au niveau **des statistiques** des populations, si on prend **l'agglomération** urbaine, qui est Lévis, Saint-Rédempteur, Saint-Romuald, les douze municipalités **représentent** 29, 5 % de la population. L'ensemble du territoire représente 70, 5 % de la population au moment où on se parle. En plus, J'aimerais ajouter **également** que, dans les trois départements de santé communautaire existant actuellement sur la rive sud de Québec, le plus gros, actuellement, est le département de santé communautaire de Beauceville. tant par la population qu'il dessert, près de 160 000 de population, que par son **budget** de base financé par le ministère, 1 100 000 \$ et, en ce qui a trait particulièrement au domaine de la santé au travail, plus de 50 % des travailleurs sont sur le territoire desservi actuellement **par** le département de santé communautaire de Beauceville. et plus de 50 % du budget, et, en plus, dans tous ces domaines-là, depuis qu'on existe, on a fait une bonne job.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Vous être en train de plaider, vous continuez dans la même veine que votre mémoire, vous plaidez pour que ce soit vous autres. Je pense que ça fait **partie** de la "game". Vous avez répondu à **ma question** à l'effet que. s'il y a un choix, le **choix** devrait se porter davantage sur un DSC de **type rural** pour desservir la communauté rurale **puisque** elle représente 70 %. Vous avez répondu à **cette** question là.

L'autre question est la suivante. Il y a une insistance assez importante des départements de Santé communautaire sur deux points: tout le monde semble tenir mordicus au rattachement à un centre hospitalier - je vous le dis tout de suite, ce n'est pas évident pour moi, pour être bien clair, je vais vous montrer mes couleurs - et, deuxièmement, vous semblez avoir peur comme de la peste d'être rattaché à un CRSSS. Si, demain matin, on décide d'avoir des régies régionales avec des pouvoirs, les régies régionales devront avoir la possibilité de planifier l'ensemble des activités de santé et de bien-être à travers le Québec, donc sur leur territoire. J'aimerais avoir des raisons précises qui font que vous ne pourriez pas, éventuellement, à tout le moins pour certaines fonctions, être rattaché et faire partie de la planification de la nouvelle régie régionale?

M. Moisan: M. le ministre, effectivement, nous demandons de maintenir le rattachement hospitalier et nous supportons, en cela, ce que propose le document d'orientations publié il y a un an maintenant. On s'est interrogés nous aussi à savoir si c'est ce qu'on devait continuer à demander comme rattachement. Pour nous, le rattachement hospitalier nous fournit un encadrement professionnel. Vous savez que plusieurs professionnels de la santé travaillent en département de santé communautaire, dont plusieurs médecins et dentistes, et l'encadrement professionnel que fournit le centre hospitalier, en s'assurant de la qualité de l'acte médical, est sûrement un atout.

De plus, le milieu hospitalier, quant à nous, est un lieu propice pour plusieurs programmes de santé. Ça peut être un lieu très intéressant pour mettre de l'avant des programmes de prévention et de promotion. En plus de ça, je pense que la position stratégique des centres hospitaliers et leur crédibilité dans la société, dans la société d'aujourd'hui, c'est un atout puissant pour demander de maintenir ce rattachement.

Le Président (M. Joly): Dr Brunet.

M. Brunet (Jacques): Je voudrais peut-être profiter de cette question pour insister. Je pense qu'il faut faire un rappel un peu historique et voir ce qui s'est passé en santé publique au Québec. Une des choses qu'il ne faut pas oublier, c'est que la santé publique était sur une base, je dirais, d'organisation bureaucratique centralisée avec des bases régionales très fortes, une structure hiérarchique avec une coordination idéale. Je veux dire que tout partait du ministère et ça s'en allait sur le terrain avec des structures très bien organisées et quelque chose qui correspondait à ce que j'appellerais un rêve d'organigramme bien fait.

Malgré ça, la santé publique, au début des

années soixante-dix - et je pense que la commission Castonguay l'a bien dit - était en train de mourir. Je pense qu'il faut rappeler qu'à ce moment-là l'âge moyen des médecins hygiénistes au ministère était de 55 ans, que le recrutement était à peu près nul et que les écoles de santé publique étalent en train de mourir. C'est la réforme de la santé publique, le transfert dans les hôpitaux, la mise en place des départements de santé communautaire, la mise en place de programmes universitaires nouveaux en santé communautaire et en médecine sociale et préventive qui ont permis le renouveau qu'on connaît actuellement.

Je pense que ces acquis sont encore fragiles; ça date de dix ans. L'intégration, dans le milieu hospitalier, a permis des choses qui n'avaient pas été possibles autrement. C'est un milieu, je veux dire, qui est dynamique, qui est proche des médecins, qui est proche de la population, qui est crédible. Donc, retourner la santé publique dans une structure bureaucratique comme seront les régies, à toutes fins pratiques, parce que ce seront des structures bureaucratiques, qu'on le veuille ou non, ça m'apparaît extrêmement dangereux et ça m'apparaît un argument très fort pour, au moins, continuer l'expérience du milieu hospitalier encore une dizaine d'années. Si on regarde la différence entre ce qui se passait en 1972 et ce qui se passe en 1990... Enfin, l'argument c'est un peu de ne pas briser une équipe gagnante.

(17 heures)

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

M. Côté (Charlesbourg): Oui, excusez-moi. C'est une explication historique, je pense, qui a sa valeur, qui a ses assises, mais j'ai quand même des problèmes. La santé publique, les objectifs de santé publique, ça doit être et ça devra être d'abord provincial. La protection de la santé publique, c'est une autre affaire, et celle-là, elle est discutable. On demeurera toujours, donc, avec des orientations de santé publique et des responsabilités qui doivent être provinciales, qui devront être régionales aussi, bien sûr, mais dans un continuum très clair, très clairement établi.

La protection de la santé publique devient, à ce moment-là, l'affaire des départements de santé communautaire et j'imagine mal que l'on puisse parler de protection de la santé publique dans une région sans qu'il y ait une complémentarité, une harmonisation très claire et très nette avec les régies régionales de qui, éventuellement, les centres hospitaliers, en particulier, dépendront sur le plan de la planification et de l'allocation des ressources, en fonction des programmes et des objectifs par programme. En tout cas, je pense qu'il reste un peu de travail à faire sur le plan des décisions qu'on a à prendre. L'historique est quand même intéressant; le retour en arrière, moi, je ne l'ai pas vécu, donc

on va se fier sur ceux qui étaient là à l'époque et qui l'ont vécu d'une manière plus intensive que d'autres afin, évidemment, de tenter d'éviter les **écueils**. Mais la ligne me paraît claire: santé publique, c'est provincial et c'est régional; protection de la santé publique, à ce moment-là, on va dans le comment avec les régions, les départements de santé communautaire, mais on doit trouver le moyen d'accrocher l'action avec ce qu'on devra planifier au niveau des régions et ça, ce sont les régies régionales qui devront le faire.

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

M. Trudel: Merci beaucoup, M. le Président. Je vais tenter de vous amener sur quelques questions qui élargiraient la plaidoirie, parce que ça s'adresse beaucoup plus au ministre qui aura à décider, en quelque sorte, dans la réforme, dans ce cas précis, de votre survie comme département de santé communautaire. Alors, le maximum d'éclairage qu'on peut apporter là-dessus...

Vous nous parlez donc, évidemment, dans le document, des réalisations de votre département de santé communautaire et c'est impressionnant; j'espère que j'aurai l'occasion d'y revenir. Vous avez regardé tout ça, évidemment, dans le projet de réforme, dans l'**avant-projet** de loi. Les régies régionales, véritablement régionalisées, avec des pouvoirs, etc., êtes-vous d'accord avec ça?

M. Mathieu: Écoutez, moi, personnellement, vous dire si on est d'accord avec la totalité des pouvoirs qu'on veut donner aux régies régionales, je ne pourrais pas me prononcer immédiatement, parce que je n'ai pas pris connaissance de tout ça. Mais je pourrais vous répondre et en même temps donner mon opinion à M. le ministre en disant que, lorsqu'il a dit, tout à l'heure, qu'il devait exister un lien, un lien très étroit entre la régie et les départements de santé communautaire, je suis complètement d'accord avec ça. Alors, qu'une régie régionale remplace, éventuellement, les CRSSS qu'on connaît aujourd'hui, avec des pouvoirs, d'autres pouvoirs ou d'autres modes électifs - j'en ai pris connaissance un peu - moi, personnellement, je ne suis pas contre, a priori, les régies régionales, mais ça ne veut pas nécessairement dire qu'à l'intérieur de ces régies régionales on devrait tout incorporer.

Le Président (M. Joly): Dr Moisan, vous voulez ajouter quelque chose?

M. Moisan: Au niveau du rattachement de l'officier de santé publique du département de santé communautaire par rapport à la structure du réseau de santé, je pense que vous vous êtes sans doute rendu compte que le chef du département de santé communautaire est le représen-

tant du ministre directement, nommément, en territoire. D'accord? Notre **imputabilité**, elle est directe au ministre, en termes de fonction. La loi et les règlements sont ainsi libellés - pour l'instant, les règlements. Donc, que cette fonction-là soit clairement traduite dans un plan d'organisation qui convienne aux régies régionales, nous en convenons tout à fait, mais, actuellement, avec le modèle que vous avez, le ministre de la Santé du Québec a, sur le territoire du Québec, 32 officiers qui sont là pour intervenir, pour protéger la santé de la population avec des mandats très explicites qui pourraient l'être encore plus, on le souhaite, mais je pense que ça s'en vient. Donc, par rapport à votre question, M. Trudel, je pense que c'est comme ça qu'on le vit. Actuellement, nous sommes rattachés directement, nous sommes imputables directement au ministre de la Santé et c'est comme ça que nous le vivons.

M. Trudel: Peu importe quelle **sera**, je dirais quasiment, l'étendue des pouvoirs de la **Régie**, ma question est finalement la suivante: Avec un excellent dossier de réalisation, une excellente performance comme celle que vous nous présentez de la part de votre DSC aujourd'hui, est-ce que vous ne seriez pas bien organisés pour vous présenter devant votre régie régionale qui serait chargée de faire tous les arbitrages, y compris en matière de protection là - je reprends le même langage que le ministre - de santé publique et de dire: Nous, là, dans notre région, avec notre monde, on est super bien organisés pour faire la démonstration qu'en matière de santé communautaire, de protection publique de la santé, nous serions capables, non pas avec l'immense structure nationale, de dire à notre régie régionale: Vous allez nous donner le mandat, la responsabilité des effectifs, tout ce que cela comprend en termes de protection de la santé publique? Dans la mesure, donc, où il y aurait cet organisme régional véritablement décentralisé, est-ce que vous pensez que vous pourriez convaincre une régie régionale de votre région de maintenir le département de santé communautaire, en tenues d'équipe, au Centre hospitalier de Beauceville?

Le Président (M. Joly): Oui. Dr Moisan.

M. Moisan: Si la question s'adresse à moi, je pense que oui, en autant que nous ne sommes... Ce que nous voyons comme danger, c'est le danger d'une intégration, pour l'instant, d'une intégration radicale et totale où les ressources seraient gérées directement par la régie régionale. Nous croyons, par **rapport aux mandats** que nous avons en matière de promotion, de protection et de prévention, pour lesquelles nous sommes mandatés directement par le ministre et pour lesquelles on nous **demande** de prendre des mesures, des mesures sur le

terrain, très actuelles - Il faut les prendre rapidement sans passer par de nombreux niveaux hiérarchiques pour pouvoir intervenir - que cette légèreté-là dans l'intervention est favorable. Par contre, que nous nous présentions à la régie pour faire des arbitrages de ressources, quant à moi, j'en conviens. Je conviens que la régie devra aussi intervenir en termes d'arbitrage des ressources investies en protection de la santé. Donc, je pense que, là, il y a les mandats d'autres organismes qui interviennent. La loi, d'ailleurs, telle qu'elle vous est présentée, suggérerait qu'en collaboration avec les établissements de son territoire le chef du DSC doive etc. Donc, ça nous montre clairement de quelle façon nous devons être articulés avec un réseau d'établissements. Je pense que cette articulation-là devra être la plus claire possible, de sorte que le chef du DSC puisse réaliser ses devoirs, parce que ce sont bien des devoirs qu'il a et non des pouvoirs. Il doit prendre des mesures et je pense que l'arbitrage des ressources, pour faire son travail, devra être possible.

M. Trudel: Je dois malheureusement conclure, puisque le temps est déjà écoulé, sur l'ensemble en faisant deux remarques. Je pense qu'il reste assez de temps pour cela. Je voudrais rappeler au ministre, bien sûr, que nous comprenons que le ministre a la responsabilité de l'administration des fonds publics en matière de santé et de services sociaux, mais qu'il a aussi une responsabilité en matière de répartition de ces ressources financières et que ça n'a pas d'effets neutres de dire: Je mets 2 000 000 \$ à tel endroit pour la santé publique et je ne me tracasse pas de l'endroit. Oui, je pense que c'est difficile, que ça impose de nouveaux devoirs, mais qu'il faut aussi - et je pense que votre argument est très juste - se soucier de l'endroit où sont ancrées ces ressources financières et ça ajoute à votre argumentation. Les ressources humaines présentes sur votre territoire, ça contribue au développement social aussi de ce territoire-là, à l'enrichissement collectif et ça, c'est extrêmement important aussi de le prendre en considération. Moi, je pense qu'avec les réalisations que vous nous exposez aujourd'hui le ministre devra songer au fait qu'il n'y a peut-être pas de recette unique pour tous les départements de santé communautaire et qu'il y a peut-être place à une certaine marge de liberté dans les formules devant être approuvées par le ministre en provenance du milieu régional, en ce qui concerne, en particulier, les départements de santé communautaire. C'est tout le temps que nous avons. Merci beaucoup de votre présentation.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup, en

souhaitant qu'on prenne les bonnes décisions, mais ce qu'il faut, d'après ce que j'ai compris, c'est s'inspirer du passé. On va tenter de s'en inspirer et de faire pour le mieux. Merci. J'ai compris que vous étiez les meilleurs, de toute façon, et qu'au niveau de Chaudière-Appalaches, vous ne deviez pas craindre beaucoup quant à la compétition, à ce que j'ai compris. Merci.

M. Mathieu: Est-ce que vous me permettez, M. le ministre?

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

Le Président (M. Joly): Brièvement.

M. Mathieu: D'abord, brièvement.

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

M. Mathieu: Peut-être que le préfet de la MRC Robert-Cliche pourrait parler à l'ex-ministre responsable du développement régional on lui rappelant quo Beauceville, dans le partage, la décentralisation qu'on devrait vivre au niveau de notre nouvelle région, notre situation géographique ne devrait pas hériter, à l'avenir, de beaucoup de bureaux régionaux. Alors, lorsque viendra le temps de prendre votre décision, je suis convaincu que votre esprit régional ne voudra pas sortir de la région ce qui y existe déjà.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que vous voulez nous dire c'est, finalement: On n'en aura pas beaucoup en additionnel, alors, au moins, ne nous enlevez pas ce qu'on a.

M. Mathieu: C'est en plein ça, M. le ministre.

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

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Mathieu: Je vous remercie.

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

Maintenant, j'inviterais les représentants des Centres d'accueil de la région 03, s'il vous plaît, à bien vouloir prendre place.

Centres d'accueil de la région 03

Alors, messieurs, bonjour et bienvenue à cette commission. Je vous rappelle que vous avez une dizaine de minutes pour nous présenter votre mémoire de la façon la plus concise possible et

que, par après, les membres des deux formations se réservent le privilège de vous poser quelques questions. Que la personne responsable du groupe veuille bien s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

M. Perreault (Jocelyn): Alors, mon nom est Jocelyn Perreault. J'aimerais vous présenter les membres de la délégation: à ma gauche, M. Bernard Tremblay, directeur du centre d'accueil Cardinal-Villeneuve; toujours à ma gauche, M. Gilles Proulx, directeur général du Mont Saint-Aubert; à mon extrême droite, M. Henry Hannon, directeur général du St. Brigid's Home, et, aussi à ma droite, M. Pierre Corriveau, directeur général de L'Escale.

Le Président (M. Joly): Alors, à vous, M. Perreault. On vous écoute.

M. Perreault (Jocelyn): Alors, M. le Président, M. le ministre, membres de la commission, il nous fait plaisir de vous présenter quelques commentaires en sus de notre mémoire que nous vous avons déposé. En passant, nous avons bien compris, tout à l'heure, qu'il fallait être bref si vous vouliez avoir la possibilité de nous poser des questions, alors c'est ce qu'on va tenter de faire.

M. Côté (Charlesbourg): Et le moyen de ne pas en avoir, c'est d'être long.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Perreault (Jocelyn): On est ici pour répondre à vos questions.

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

M. Perreault (Jocelyn): Alors, il nous fait plaisir de vous présenter le Conseil régional des centres d'accueil 03, rive nord. Ce conseil regroupe 31 établissements membres, parmi lesquels on retrouve 15 centres d'accueil d'hébergement, 5 centres d'accueil en **mésadaptation** sociale, 5 centres d'accueil en déficience intellectuelle, 4 centres pour handicapés physiques et sensoriels et un centre d'accueil pour mères en difficulté.

L'intérêt des 30 centres que nous représentons se manifeste aujourd'hui par la présentation d'un mémoire dans lequel nous voulons vous exprimer nos souhaits et désirs quant à l'atteinte des objectifs évoqués dans le document intitulé "**Orientations**. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec". Nous vous présentons ici quelques particularités concernant les centres d'accueil, illustrant bien que l'on devra tenir compte du fait que ces établissements diffèrent beaucoup les uns des autres. Nous croyons donc qu'il faudra apporter les nuances nécessaires, lors de la rédaction de la version finale du

projet de loi.

(17 h 15)

En effet, dans ce conseil que nous **représentons**, nous retrouvons des centres **d'accueil** de petite taille et d'autres de moyenne **taille**, **des** centres qui offrent des services internes et externes et d'autres seulement l'un ou l'autre. De plus, plusieurs d'entre eux jouent un rôle supra-régional et desservent une clientèle provenant de l'Est du Québec. Mentionnons, par exemple, le centre François-Charon, qui offre des services à une clientèle handicapée physique de tout l'Est du Québec, tout comme le centre **Louis-Hébert**, à une clientèle de personnes handicapées visuelles, desservant l'Est du Québec, ainsi que St. **Brigid's** Home, qui a une clientèle de personnes **figées** anglophones. Toutefois, par opposition et pour vous démontrer un peu les différences, il y a certains centres qui font partie du regroupement, comme le centre d'accueil de **Clermont** qui offre, pour sa part, des services à une clientèle âgée, exclusivement pour sa communauté locale. Ces quelques exemples nous démontrent **qu'il** doit y avoir des nuances et **des** différences dans l'application des mesures proposées et dans l'orientation à donner à notre réseau quant à l'organisation de services.

En ce qui concerne les objectifs et les modes d'organisation, nous vous soulignons qu'en tout premier lieu nous partageons entièrement les objectifs de santé que ce projet de loi favorise et que nous sommes à la fois heureux de constater que, pour y arriver, on **parle** d'implanter des indicateurs qui serviront, nous l'espérons, à assurer l'atteinte de ces objectifs, c'est-à-dire une meilleure santé pour tous et de meilleurs services à la clientèle.

Quant à la dimension **organisationnelle**, nous sommes heureux de constater l'évolution qu'il y a eu sur ce sujet depuis le début de la présentation des mémoires à la commission. À cet effet, bien que nous ne soyons pas en total désaccord, dans l'avant-projet de loi, avec ce qui avait été présenté, nous nous entendons à dire qu'une certaine souplesse devrait exister par rapport aux différentes formules de rapprochement. Par exemple, du côté de la **mésadaptation**, nous sommes favorables à une forme de regroupement, de type rapprochement administratif. Il est donc préférable, selon nous, de tenir compte des réalités particulières du type de **clientèles** des établissements, plutôt que de se limiter à l'application de mesures uniformes régionales.

D'autre part, on peut faire de tels **rapprochements** sans essentiellement y inclure les conseils d'administration. En ce sens, on pourrait voir, dans notre région, un regroupement de quatre centres pour personnes **handicapées** physiques dans une sorte de holding, orientés ensemble dans la recherche, l'enseignement, l'évaluation des technologies et des services spécialisés et ultraspecialisés.

En ce qui concerne le secteur de la **mésa-**

daptation et les propositions de rattachement avec le centre des services sociaux, le lien le **plus naturel** que nous y voyons, c'est celui avec la Direction de la protection de la jeunesse. Quant aux centres d'accueil pour personnes âgées, un regroupement, sur un territoire de CLSC, des centres d'accueil pour personnes âgées nous apparaît un modèle acceptable et intéressant, et cela, toujours dans la mesure où il existe une volonté des partenaires. Le client n'en sera toujours que mieux servi. Dans toute cette réforme, il nous apparaît fondamental que le bénéficiaire soit au centre de nos préoccupations et lorsqu'on introduit, dans ce propos, la notion d'objectifs et de résultats, nous y adhérons. Pour ce faire, et à juste titre, **l'imputabilité** nous apparaît comme souhaitable, tel que mentionné dans notre mémoire.

En ce qui concerne la décentralisation et la régionalisation, la régie régionale, nous croyons que dans le processus de décentralisation cette **instance** s'inscrit comme le moteur régional de la coordination de la distribution des services à la population. Cependant, cette décentralisation devra se faire avec le réseau, en collaboration et en complémentarité avec les établissements. À titre indicatif, notre territoire de centres d'accueil regroupés correspond exactement au nouveau territoire assigné à la région 03, c'est-à-dire notre **CRCA** rive nord. Enfin, nous souhaitons que la régie régionale ne devienne pas un mini-ministère.

Quant à la ressource humaine, les grands principes élaborés sont fort intéressants: structures de participation, de mobilisation, nous y croyons. Cependant, à ce chapitre, nous osons croire que cette préoccupation devra inclure l'ensemble des catégories de personnels, c'est-à-dire le personnel, les administrateurs et aussi les cadres. Nous savons et reconnaissons, depuis fort longtemps, que la qualité de nos organisations passe par l'ensemble du personnel, et ce, à tous les niveaux.

En conclusion, permettez-nous de vous **exprimer** quelques recommandations ou quelques souhaits. À ce titre, n'y aurait-il pas lieu d'apporter une attention particulière au statut d'enseignement que pourraient dispenser certains centres d'accueil, pour des catégories d'employés qui leur sont spécifiques? Quelle place réserve-t-on aux corporations propriétaires dans le futur? Près de la moitié de nos établissements sont dans cette situation, ont déjà des corporations.

En terminant, nous tenons à rappeler que des établissements que nous représentons possèdent leurs propres caractéristiques, et l'une d'entre elles, non la moindre, est que les bénéficiaires, en ce qui a trait plus particulièrement aux centres d'accueil pour personnes âgées, défraient une partie des services qu'ils reçoivent. Lorsqu'on **parle** de contribution des clients aux services de santé, dans les centres d'accueil pour personnes âgées, le tiers, par exemple, des

budgets est financé par le bénéficiaire lui-même.

Enfin, à la lumière de l'argumentation présentée, sur certains points, un souhait pourrait être **formulé**: c'est que **l'avant-projet** de loi soit présenté sur deux volets distincts, soit un en santé et un spécifiquement social. J'ai bien dit pour certains aspects. Les réalités spécifiques de nos établissements pourraient être mieux cernées et ainsi mieux répondre aux besoins de la clientèle. De plus, n'y aurait-il pas lieu de mettre sur pied un mécanisme permanent d'écoute et de consultation qui aurait pour fonction d'apporter, au fur et à mesure, compte tenu des besoins, des ajustements à la Loi sur les services de santé et les services sociaux? Merci.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup, surtout pour un organisme qui a son siège social à Charlesbourg - 9080, boulevard du Jardin - je vous souhaite la plus cordiale des bienvenues. Il fallait être en commission parlementaire pour se voir, dirait-on. Il y a, malgré le fait que ce soit court, quelques points très intéressants et vous me permettez de les aborder avec vous. On parle de formation, on parle d'enseignement, et c'est une proposition qui a été effleurée à l'occasion en commission parlementaire où on a dit: Bien, débordons les centres hospitaliers universitaires traditionnels sur le plan de la formation, parce qu'il y a d'autre monde qui travaille dans le réseau aussi, il n'y a pas seulement les médecins. Il y a peut-être d'autre monde qui pourrait bénéficier de toute l'expertise ou de ce champ d'application possible pour certaines spécialités ou **certaines** techniques qui sont enseignées. Dans votre esprit à vous, ça veut dire qui et comment est-ce que ça se ferait?

M. Perreault (Jocelyn): Je laisserais M. Bernard Tremblay, peut-être, faire quelques commentaires à ce sujet.

Le Président (M. Joly): M. Tremblay.

M. Tremblay (Bernard): Dans le domaine de la réadaptation physique et sensorielle, déjà, je crois que les établissements de réadaptation collaborent à la formation du personnel spécialisé. Je pourrais mentionner ici la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, les psychologues, les travailleurs sociaux. Donc, il y a déjà - comment pourrais-je dire - un aspect de formation dans lequel ces centres d'accueil sont fortement impliqués. Maintenant, il y a probablement aussi d'autres types de formation qui pourraient être fournis par les autres catégories **d'établissements**. Et là, je laisserais la parole à mes collègues.

Le Président (M. Joly): M. Corriveau.

M. Corriveau (Pierre): Si vous permettez, M. le ministre, du côté de la **mésadaptation** sociale, quand on parle de rapprochement administratif, il y a tout un volet qui pourrait toucher des aspects qui sont déjà couverts sous l'étiquette institut universitaire. Et ça pourrait même aussi aller plus loin que ça et toucher d'autres aspects administratifs, les systèmes d'information, les systèmes de comptabilité, certains services en commun. Ça pourrait peut-être prendre la forme - on n'est pas obligés de regrouper nécessairement les conseils d'administration pour ça - d'un organisme administratif, un peu sous la forme d'un holding, avec des objets bien spécifiques, qui pourraient être ceux-là.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, là, vous parlez davantage d'unification de certaines fonctions qui vous sont attribuées pour des économies d'échelle et aussi, finalement, de faire en sorte d'en avoir plus pour votre argent, sur le plan de la performance. Mais, ma question allait davantage dans le sens que, sur le plan de la formation, vous dites... On sait que, dans les centres hospitaliers, les médecins vont faire leur formation. Ce que j'avais compris de votre présentation, c'est qu'il y avait possibilité pour d'autres professionnels de la santé ou du secteur social, d'aller chez vous, dans vos établissements, ou d'en faire reconnaître un certain nombre où il y a une expertise à aller chercher, sur le plan pratique. C'est davantage ça que j'avais compris. Si c'est ça, ça voudrait dire quoi? Ça voudrait dire les infirmières, ça voudrait dire quoi? Quel autre corps?

M. Corriveau: Du côté mésadaptation, on reçoit des stagiaires en psychologie, en service social, en orthopédagogie, en éducation spécialisée, en criminologie, en psycho-éducation. On pourrait établir une liste de peut-être 10 ou 12 professions différentes, soit de niveau cégep, soit de niveau universitaire.

M. Côté (Charlesbourg): A ce moment-là, quel est l'effort d'encadrement que ça vous demanderait? Parce que, dans la mesure où vous les recevez, ce que sont venues nous dire les infirmières universitaires, c'est qu'elles ont de la difficulté à trouver des endroits pour les accueillir parce que ça demande à chacun des établissements un niveau d'encadrement, donc des rapports. Il y a donc une charge aussi pour l'établissement qui les recevrait. Est-ce que je comprends que vous seriez capables de le faire à même des ressources que vous avez maintenant?

M. Corriveau: On le fait déjà. M. le ministre. Le problème, c'est que chacun le fait à sa façon et que ce n'est pas concerté. Mais ça se

fait déjà.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, c'est davantage de la concertation que vous souhaitez, une meilleure organisation, finalement, de la concertation et de la planification. Merci.

Je terminerai par la régie régionale, mais j'en ai une autre petite. Vous avez parlé de propriétaires de corporation. On me dit **qu'il** y en a peut-être 200 ou 220 à l'intérieur de tout le réseau. Mais, d'après moi - dites-moi si Je me trompe - c'est de deux ordres. Il y a **des** communautés religieuses qui sont des corporations propriétaires et qui ont investi **beaucoup** d'argent et de temps. Par contre, il y a une série d'autres corporations propriétaires qui sont bien plus des instruments légaux qui ont permis... Le foyer de Charlesbourg, par exemple, H doit y en avoir une, si mon souvenir est bon. C'est quoi la distinction que vous faites entre les deux? Et quand vous demandez qu'est-ce qu'on fait avec les corporations propriétaires, y a-t-il dans votre esprit à vous une distinction très nette entre la vraie et la coquille juridique?

M. Perreault (Jocelyn): M. le ministre, je ne répondrai pas sur la coquille. Je vais y **aller** sur le fond. Je pense qu'effectivement, comme vous l'avez souligné, il y a deux genres de corporation mais une d'entre elles... Entre autres, je pense que même celle dont vous parlez, de Charlesbourg, elle est un peu le lien ou le courant, avec le temps, de la continuité, du dynamisme de l'organisation; la tradition. C'est **peut-être** à peu près le seul lien stable, actuellement, dans la composition de nos conseils, qui est assuré par ces **membres-là**, cette **représentation-là**. Quant à l'autre, je laisserais **peut-être** la parole à mes collègues qui ont ce type de corporation.

M. Côté (Charlesbourg): C'est **peut-être** le lien le plus stable. C'est **peut-être** le plus fort aussi, au conseil d'administration.

M. Perreault (Jocelyn): Oui.

Le Président (M. Joly): M. Tremblay.

M. Proulx (Gilles): Effectivement, **quand** on regarde la composition, en général, les **gens** des corporations sont là depuis 10, 12 ans **dans des** conseils d'administration. Le changement ne vient pas surtout de là. Effectivement, on se rend compte, quand on regarde ça comme il faut, qu'H y a des corporations qui sont là... Ce qui est plus problématique, ce sont les corporations religieuses.

M. Côté (Charlesbourg): Religieuses, oui.

M. Proulx: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Parce **qu'elles sont**

véritablement propriétaires.

M. Proulx: Qui sont véritablement propriétaires et qui apportent... Nous autres, la question qu'on se posait, c'est: Qu'est-ce que le projet de loi va faire avec ces genres de corporations là? Parce que ça apporte une certaine problématique dans la gestion courante de nos établissements aussi, des corporations religieuses.

M. Côté (Charlesbourg): Dans votre cas spécifique, oui.

M. Proulx: Dans mon cas très spécifique.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est un cas d'actualité, même. Il y a une chose qui est certaine, c'est qu'à partir du moment où on le dit on va maintenir les principes de corporations propriétaires de communautés religieuses. Ça m'apparaît extrêmement important. Ce sont leurs biens et on ne peut pas en disposer, si on décide aujourd'hui qu'elles n'ont plus d'affaire là. Ça a été des années, des années et des milliers d'heures de bénévolat de la part des communautés religieuses, beaucoup d'engagement, et on se doit de respecter ça et on va continuer de le respecter. Quant à l'autre série de corporations, c'est pour ça que l'interrogation est bonne, ça va nous forcer à aller plus loin.

Je finis avec la régie régionale parce que je vous vois me regarder avec vos gros yeux. Vous avez dit - j'ai pris une petite note - qu'il ne faudrait pas que les régies régionales soient des mini-ministères. Est-ce que vous craignez, ça un peu?

M. Proulx: C'est-à-dire, ce qu'on craint, nous... À partir du moment, dans le fond, où la régie régionale de Québec serait l'image du CRSSS de Québec, ce n'est pas sûr qu'on craindrait les régies régionales.

M. Côté (Charlesbourg): Parce qu'elle n'a pas de pouvoir.

M. Proulx: Pas nécessairement. Ha, ha, ha! C'est-à-dire que ça fait plusieurs années qu'on nous sert à Québec que le CRSSS, c'est le réseau, et le réseau, c'est le CRSSS. Il y a beaucoup de concertation, je pense. On ne le cachera pas. Dans la région de Québec, il y a beaucoup de concertation avec le CRSSS. C'est rare qu'on a des sérieuses chicanes que d'autres régions connaissent; on ne connaît pas ça à Québec. Nous autres, on se disait: Si une régie devient un mini-ministère, que l'impact de la décision s'en va sur la permanence de la régie et qu'on vient annihiler la concertation qui existe depuis que le CRSSS de Québec existe, c'est ça, notre crainte, mais notre crainte régionale. Ce

n'est peut-être pas la crainte provinciale, mais c'est notre crainte, à partir du moment où la régie deviendrait un mini-ministère et qu'on abandonnerait les acquis qu'on a depuis 10 ans avec le CRSSS de Québec.

(17 h 30)

M. Côté (Charlesbourg): C'est un point de vue qui est assez intéressant parce que, si je saisis bien, il y a peut-être un danger de glissement si on donne plus de pouvoir à la régie.

M. Proulx: C'est-à-dire que nous autres, on se pose la question tout à fait directe: Est-ce qu'il va falloir établir des bureaux de lobbying auprès du conseil d'administration de la régie, maintenant?

M. Côté (Charlesbourg): Voulez-vous ma réponse?

M. Proulx: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): C'est oui.

M. Proulx: C'est oui?

M. Côté (Charlesbourg): Ça me paraît très clair.

M. Proulx: On commence.

M. Côté (Charlesbourg): Ça me paraît très clair parce que, évidemment, il y a du lobbying qui se fait aussi au niveau du ministère. On dit: Bon, c'est le ministère qui est devenu l'arbitre pour 950 établissements à travers le Québec. Ça n'a pas de maudit bon sens. On a passé quelques responsabilités aux CRSSS, sans pouvoir. C'est pour ça que des gens ont compris, ils passent pardessus. Ils passent à côté ou ils demandent un rendez-vous au bureau du ministre le lundi matin.

Donc, c'est vrai. Ce qu'on dit, c'est que c'est fini. Ça va être clair, ça va être fini, l'arbitrage à Québec. On va dire aux gens: Vous allez vous responsabiliser. Ça va forcer une coordination et ça va effectivement donner plus de pouvoir au niveau de la régie régionale. Mais ce que je comprends maintenant, c'est que vous n'avez pas nécessairement peur de ça, mais vous voulez savoir ce que va être le lobbying à faire.

M. Proulx: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Vous en avez une bonne idée. Mais ce n'est pas encore un projet de loi, ne commencez pas tout de suite.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Il reste encore un petit peu de temps. Merci beaucoup.

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

M. Trudel: Cher président du club de lobbying des centres d'accueil de la région 03, liés à tout cela, ces nouveaux pouvoirs régionaux qui apparaîtraient dans le décor... Vous, vous nous dites aussi: Il va falloir que ce projet de loi augmente l'imputabilité. C'est bien le pendant. À partir du moment où tu inscrites dans la loi qu'il va y avoir un véritable pouvoir de décision, il faut que quelqu'un soit responsable de l'affectation, de l'allocation des ressources, des répartitions des arbitrages, etc. Comment va-t-on s'assurer du maximum d'imputabilité à la région régionale, puisque vous dites dans votre mémoire: Il nous faut absolument augmenter l'imputabilité de cet éventuel organisme?

M. Perreault (Jocelyn): Lorsqu'on parle d'imputabilité, dans notre mémoire, on en parle au sens large du terme s'appliquant bien sûr à la région, mais aussi aux établissements qui la composent. On parle de responsabilités qui sont données à la région. On parle de responsabilités qui sont confiées aussi aux établissements. Dans ce sens-là, l'imputabilité nous apparaît importante pour justement que les gens, ce soit leur propre dossier et qu'ils aient un sentiment d'appartenance pour défendre leurs propres intérêts et mener à bien, par rapport à l'ensemble des besoins de la population à desservir... C'est dans ce sens-là surtout qu'on voudrait que ça se fasse, pour être partie prenante et non tributaire de solutions ou de mandats qui sont confiés comme ci comme ça, à gauche et à droite.

M. Trudel: Est-ce que vous êtes en accord ou en désaccord avec les membres administrateurs d'une région régionale qui seraient élus au suffrage universel? Je fais un commentaire en même temps. On peut respecter la façon de faire les choses dans les établissements, dans un réseau, dans une région, mais, quelque part, il faut que tu aies la capacité de renvoyer celui ou celle qui prend la décision et qui ne t'aurait pas respecté et majoritairement, dans la population concernée, qui n'aurait pas respecté le sens que l'on veut donner à la distribution de nos services. Si vous voulez qu'on aille au bout de l'imputabilité, il faut avoir la possibilité, comme établissement, on termes de réseau d'influence et comme personne, avoir la capacité de renvoyer les personnes. Ce n'est pas le sexe des anges qui prend la décision. Ce sont des personnes assises à une table et ça dépend de qui les nomme. Alors, le suffrage universel là-dedans, est-ce que ça vous semble une formule que l'on devra nécessairement adopter si on veut aller au maximum de la notion d'imputabilité?

M. Proulx: Notre association provinciale, l'Association des centres d'accueil, propose ça, elle, le suffrage universel pour les administrateurs de la région. Nous autres, compte tenu qu'on est un des petits frères de cette grande association, on partage aussi cette visée. Nous, ce qu'on voudrait, c'est que les administrateurs de la région soient les plus grands représentants de la population. On blaguait, à un moment donné, et on disait: Ce seraient peut-être les députés de la région qui devraient être administrateurs de région, avec les échevins et tes commissaires des commissions scolaires. Ces gens-là sont vraiment élus. Au départ, on présuppose qu'ils sont représentatifs de la population. S'il y a d'autres mécanismes sur l'élection de l'administrateur, je pense qu'on devrait trouver les moyens pour que ces gens-là soient les plus grands représentants de la population et qu'ils soient redevables.

Vous avez posé une question, cette semaine, sur la possibilité que les régions passent en commission parlementaire; je pense qu'on partage ça aussi. À partir du moment où les administrateurs ne sont pas des élus, ils devraient obligatoirement être redevables vis-à-vis de la commission parlementaire.

M. Trudel: Sur le suffrage universel, c'est bien vrai qu'il faut se rendre au bout de la définition. Je veux dire que, si on la veut, la responsabilité, il y a aussi l'imputabilité qui va avec cela et tout le jeu, au sens démocratique du terme, que l'on doit jouer et il faut rendre ça universel. Dans la mesure où le monde municipal a déjà indiqué très largement, ici, à cette commission, que, pour sa part, il est éminemment prêt à embarquer, à être de la partie, dans la mesure où le ministre saisira ou installera de véritables régions régionales, avec de véritables pouvoirs, comme il vient de le réaffirmer, il va falloir se rendre au bout là-dessus, me semble-t-il.

Une dernière question; vous y avez quasiment répondu, vous êtes le premier organisme qui vient ici nous dire qu'il devrait - c'est la conclusion de votre mémoire - mettre sur pied un mécanisme permanent d'écoute et de consultation. C'est quoi, ça?

M. Perreault (Jocelyn): L'idée qui était derrière ça, dans le fond, c'est qu'on se disait que tous les dix ans il y a des commissions. On a l'impression qu'on rebrasse le monde et qu'on repart à zéro. On se disait: Est-ce qu'il n'y aurait pas plutôt lieu de faire les ajustements en cours de route, tout au long du temps, les besoins changeant, en adaptant au fur et à mesure, bien sûr, à une fréquence **raisonnable** les ajustements qu'il faut pour faire en sorte que les services correspondent le plus précisément, et non tous les dix ans ou tous les quinze ans, selon les commissions qui sont mises sur pied?

M. Trudel: Vous pensiez en particulier à ce mécanisme lié à l'Assemblée nationale...

M. Perreault (Jocelyn): Oui, c'est ça.

M. Trudel: ...une commission parlementaire où en plus, dans certains secteurs, d'écouter Hydro-Québec quant à l'augmentation des tarifs d'électricité, on pourrait s'intéresser à la santé publique aussi et aux services de santé et aux services sociaux pour ce qui concerne 10 500 000 000 \$ ou le tiers de son budget?

M. Perreault (Jocelyn): C'est ça.

M. Trudel: Là-dessus, il y a la suggestion que nous avons faite aussi et je pense que ça se rend jusqu'au bout de la notion d'imputabilité et d'un enjeu que représente toute l'organisation des services de santé et des services sociaux et, évidemment, on ne peut que souscrire à votre suggestion aussi.

C'est tout pour ma part. En vous remerciant de votre présentation, je note aussi les nombreuses ouvertures dans votre mémoire sur les regroupements, la coordination, la complémentarité. Vous avez plus présenté votre façon de faire avec les autres que vous ne vous êtes protégés vous autres mêmes. Vous protégez uniquement votre mission et vos centres et vous avez même évité de parler de vos propres mandats, MM. les directeurs généraux.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Je n'ai pas grand-chose à ajouter à ce qu'a dit mon recteur. C'est vrai que ce que vous n'avez pas défendu, c'est votre propre chapeau ou votre propre établissement, et on a senti qu'il y avait possibilité de complémentarité et de regrouper certains services pour une meilleure efficacité, toujours au profit du bénéficiaire. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Au nom des membres de cette commission, à mon tour de vous remercier pour votre participation. Merci.

Je demanderais maintenant aux gens représentant le Regroupement santé et services sociaux de la région Chaudière-Appalaches, s'il vous plaît, de bien vouloir prendre place.

Regroupement santé et services sociaux de la région Chaudière-Appalaches

Bonjour à vous tous et bienvenue à cette commission. Vous avez une dizaine de minutes pour nous présenter votre mémoire, qu'on a d'ailleurs déjà reçu, lu et décortiqué, et, par après, le temps qu'il nous restera, à loisir nous vous poserons quelques questions. Que la per-

sonne responsable veuille bien s'identifier et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

M. Nadeau (Normand): M. le Président, M. le ministre, membres de la commission, j'ai l'honneur de vous présenter le mémoire préparé par le Regroupement santé et services sociaux de la région Chaudière-Appalaches. Je suis accompagné, dans ma présentation, de M. Marcel Racine, président de la Table de concertation de Beauce-Échemin, de M. Michel Langlais, président de la Table de concertation de Montmagny-L'Islet, de M. Jean-Claude Gagné, président de la Table de concertation de l'Amiante et de Mme Lise Roy, ressource-conseil de notre regroupement. Mon nom est Normand Nadeau et je suis président de la Table de concertation de Desjardins, Chutes-de-la-Chaudière, Bellechasse et Lotbinière.

Riche de l'ardeur de sa jeunesse, le Regroupement santé et services sociaux de la région Chaudière-Appalaches veut mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé globale. Il vise à améliorer la qualité des services sociaux et de santé et à favoriser le développement d'un réseau intégré de services complémentaires, continus et disponibles.

Ce réseau de la santé regroupe actuellement 4 tables de concertation sous-régionales, 69 établissements et de nombreux organismes communautaires qui desservent 357 000 personnes, soit toute la population de la région Chaudière-Appalaches.

Nous nous présentons donc, aujourd'hui, devant cette commission pour vous manifester jusqu'à quel point l'orientation, l'organisation de même que l'amélioration des services de santé nous préoccupent en ce qui a trait autant à l'ensemble du réseau de la santé qu'à la dynamique régionale dont notre région Chaudière-Appalaches fait partie.

Nous avons été très heureux de l'appui que le ministre, M. Marc-Yvan Côté, nous a accordé à l'occasion du sommet socio-économique de notre région, en janvier dernier. Non seulement ce soutien a réjoui nos gens, mais il a été un réel stimulant pour nous aider à parfaire ce que nous avions déjà amorcé, c'est-à-dire bonifier l'ensemble de nos services et les rendre davantage accessibles à notre population en utilisant mieux les ressources dont nous disposons.

De plus, M. Côté nous a communiqué le goût d'apprendre à canaliser constamment nos efforts en nous concentrant rigoureusement sur un même objectif. Nous aimerions profiter de l'occasion pour l'en remercier très sincèrement. Aussi, pour bien poursuivre notre élan de gratitude, nous voulons mentionner tout d'abord notre contentement face à l'intention du législateur de décentraliser et de régionaliser davantage le système de santé, élargissant ainsi le

mandat des régies régionales. Toutefois, nous devons de vous faire part de nos réserves et de nos interrogations sur les risques d'une nouvelle centralisation des pouvoirs, précisément au niveau des régies régionales.

La décentralisation telle que proposée dans l'avant-projet de loi ne devrait surtout pas entretenir des bureaucraties professionnelles, mais plutôt favoriser le développement de la responsabilité individuelle et collective face à la santé.

Évidemment, lorsqu'il est question de régionalisation, on a forcément l'impression de se répéter en disant qu'une région représente une réalité profonde pour ceux et celles qui habitent ou oeuvrent sur ce territoire et qu'une dynamique régionale se trouve définie par un sentiment d'appartenance à cette même région, même lorsqu'il s'agit d'une région nouvellement reconnue par les autorités gouvernementales.

De fait, les réalités régionales ont nettement évolué. Une volonté de plus en plus ferme et partagée du milieu favorise son développement économique, culturel et social. Cependant, au cours des années, s'est également créée une conscience de plus en plus éclairée quant à la ressource essentielle qu'est la santé pour le développement de la région, l'accès à la santé et au bien-être par des services appropriés et de qualité, mais aussi par des actions préventives multisectorielles, la dotation d'un système de santé et de bien-être qui tient compte des besoins spécifiques de la population, l'organisation de services sociaux et de santé, incluant le partage de responsabilités entre tous les secteurs de la collectivité et de la région.

La décentralisation-régionalisation est une perspective qui nous est de plus en plus familière, puisque nous sommes en train de la vivre. C'est également pourquoi nous sommes convaincus que l'esprit d'une décentralisation régionalisation est de responsabiliser autant les personnes qui doivent prendre en charge leur propre santé que les organismes ou établissements qui ont à assurer une gestion saine, rationnelle et complémentaire des ressources.

Ces personnes et organismes ont à définir ensemble les priorités en termes de développement de services devant répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population. Ce sont eux qui doivent exploiter leur imagination, leur capacité de concertation et leur sens de l'organisation pour utiliser de façon optimale les ressources existantes, y compris celles de la capacité individuelle des personnes à gérer leur propre santé.

Le véritable défi d'une décentralisation sera de former un réseau souple et efficace, respectant fondamentalement les réalités et la dynamique régionales, c'est-à-dire un réseau qui devra s'adapter aux besoins changeants des populations, un réseau efficace dont la clé du succès repose sur la concertation et la com-

plémentarité à tous les niveaux. C'est ainsi que nous réussirons à créer un véritable réseau intégré de services.

Quant à la complémentarité requise avec tous les partenaires du réseau pouvant influencer la santé des populations, elle oblige que l'on tienne compte de l'évolution du milieu, de ses valeurs, de ses orientations et de ses caractéristiques. Par conséquent et en rapport toujours avec l'avant-projet de loi, nous recommandons fortement que le ministère confère aux régions l'entière responsabilité de la gestion de leurs ressources, afin qu'elles puissent être pleinement à l'écoute de leur population et y répondre équitablement. À partir d'objectifs clairs et précis découlent la valorisation des actions et l'absence d'ambiguïté dans la réalisation des mandats des différentes instances du réseau. (17 h 45)

Grâce à la détermination et à la générosité du ministre Côté, nous en sommes, dans notre région Chaudière-Appalaches, à préparer l'implantation de notre future instance régionale, ce qui nous permet de mettre en lumière certains éléments à ne pas négliger dans la réflexion actuelle. À la fois conscients du problème grandissant du financement des services de santé et de l'importance que chaque individu prenne sa santé en main, nous suggérons que l'avant-projet de loi tienne compte, comme nous essayons actuellement de le faire dans notre région, d'intégrer l'approche préventive et que cet avant-projet de loi permette l'implantation de ressources alternatives et qu'il oblige la prise en considération des réalités et des besoins sous-régionaux. Nous croyons que tous les intervenants de la région devraient être les acteurs de cette orientation et que les régies régionales devraient être mandatées à cet effet pour la promouvoir et en assurer la réalisation. Et, pourquoi pas, un plan de promotion obligatoire pour tous les programmes sociaux et de santé? De plus, nous constatons que l'intersectorialité, le partenariat et la concertation ne sont pas que des thèmes vagues, mais une réalité quotidienne sans cesse grandissante et qui se traduit de multiples façons dans notre région. Nous pourrions d'ailleurs énumérer plusieurs exemples, si le temps le permettait.

Notre caractéristique, dans nos sous-régions et au niveau local, est de travailler avec les personnes, le milieu et les autres secteurs d'activité pour résoudre des problèmes concrets. Nous désirons non seulement préserver, mais également consolider ce travail de collaboration qui est de multiplier l'impact de nos interventions. Nous aspirons même à reproduire ces modèles de collaboration au niveau régional tout en les maintenant et les renforçant aux niveaux sous-régional et local.

Tout comme la région de Laval, nous souhaitons une structure régionale souple et adaptée à notre dynamique régionale. Cette même

souplesse devrait également se traduire dans l'allocation des ressources qui, tout en permettant de développer ou de maintenir des programmes sociaux et de santé pour l'ensemble de la population, permettra également d'investir plus particulièrement, durant une période de temps déterminée, dans certains programmes visant à diminuer des problèmes spécifiques qui auront à être identifiés par la région.

Représentant le plus précieux leitmotiv pouvant même être l'ultime solution à bien des problèmes actuels du réseau de la santé, bâtir ensemble une région en santé équivaut pour nous au plus inestimable projet de société. Mais, comme tous les projets collectifs, il implique le pouvoir d'une pleine gérance des ressources financières, donc le pouvoir d'allocation des ressources aux établissements et aux organismes communautaires. Nous sommes cependant conscients qu'il faut en premier lieu définir où nous voulons aller, ce que nous voulons devenir et, par la suite, nous donner une organisation sociale pouvant offrir une structure. au service des personnes et relevant justement ce défi de se centrer sur la personne, sa santé et son bien-être.

Nous avons l'ambition de créer un esprit de solidarité et de complicité qui va nous permettre de partager ce projet avec nos concitoyens et concitoyennes, de nous respecter et surtout de les respecter dans les choix que nous aurons à faire ensemble et, finalement, de nous faire mutuellement confiance. Voilà l'esprit de la vraie concertation. Nous arriverons à bâtir ensemble une région en santé grâce, encore une fois, à votre appui et nous réussirons parce que, malgré ou grâce à notre jeunesse, nous sommes capables d'assumer pleinement nos responsabilités comme personnes, comme organisation et comme région.

En terminant, nous aimerions vous remercier. M. le Président, et tous les membres de la commission, d'avoir accepté de nous recevoir. Nous espérons simplement que notre réflexion, vous faisant part de nos commentaires et de nos désirs, saura être utile à la vôtre, dont nous reconnaissons et appuyons l'importance.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. J'aurais eu une "mosus" de bonne question à vous poser, parce que vous serez éventuellement une régie - je l'espère, je le souhaite - pour administrer la région Chaudière-Appalaches et que vous avez plusieurs sous-territoires ou territoires de MRC à l'intérieur de la région, étant forcément de l'urbain et du rural. J'aurais eu une bonne question. Vous étiez dans la salle, tantôt, et j'aurais presque eu envie de vous demander de trancher le débat, mais ça n'aurait pas été fin de vous demander ça

au moment où vous n'étiez pas encore installés. Donc, ça va vous donner du temps pour savoir comment est-ce que vous pourriez le faire, éventuellement, mais je ne vous la pose pas la question, je résiste à la tentation.

Au-delà de tout cela, votre plus grand désir est, bien sûr, d'organiser, en complémentarité, toute une série de ressources qu'on devra offrir à la région Chaudière-Appalaches, en termes de services de santé et de bien-être. Ça, ça m'apparaît très important. Vous avez ou vous aurez l'avantage, possiblement, de partir au moins votre structure à peu près à zéro, avec des pouvoirs mieux organisés ou, en tout cas, espérons-le, mieux définis que ce que des CRSSS d'aujourd'hui ont eu à vivre comme supplice, de se voir passer par-dessus puis à côté pour venir régler leurs problèmes au niveau du ministère, puis on a vu ça, tantôt, comme exemple.

Comment est-ce que vous allez faire pour concilier le communautaire et des bien nantis du système: des centres d'accueil et d'hébergement, des centres hospitaliers, tout le réseau des services publics? Parce que le communautaire est un élément extrêmement important dans le puzzle. Et ils sont venus nous dire: On veut notre autonomie, on veut avoir la liberté de faire ce que l'on veut et on veut être financés. Comment est-ce que vous pourriez faire, comme nouvelle régie, donc, n'ayant pas de passé, pour faire en sorte que les organismes communautaires ne se sentent pas accaparés par le système, parce qu'il y a des places où ils se sentent comme ça, puis qu'il n'y ait pas de méfiance vis-à-vis d'un CRSSS qui s'implanterait? Comment est-ce que vous allez faire ça avec les organismes communautaires?

Le Président (M. Joly): M. Gagné, M. Nadeau?

M. Gagné (Jean-Claude): Je peux peut-être tenter un début de réponse. Je vais y aller, peut-être, par des exemples. À l'heure actuelle, dans certaines tables de concertation, sont déjà embarqués avec nous autres des organismes communautaires. Je pense que le premier problème qu'on avait à régler, c'était de les informer. Assez souvent les gens ont l'impression qu'on est extrêmement riches, des gros établissements, parce qu'il y a des millions. Une fois qu'ils sont informés, bien informés, je pense que le discours change beaucoup. Dans ce sens-là, en tout cas chez nous, dans l'Amiante - je ne peux pas parler pour les trois autres tables - on a embarqué avec nous autres les organismes communautaires et on veut même les embarquer en nombre plus grand dans l'avenir pour, justement, qu'ils soient très bien informés. Une fois qu'ils connaissent nos problèmes, on peut au moins partager notre pauvreté aussi, à certains moments, tout comme la richesse, dans certains cas. Et peut-être qu'une régie, si les organismes

sont présents... En tout cas, je pense que la base, c'est d'abord l'information. En tout cas, c'est l'expérience qu'on a eue chez nous.

M. Nadeau: Moi, j'aimerais juste ajouter, avant de passer la parole à mon collègue Michel, que pour avoir travaillé personnellement huit ans dans les organismes communautaires, au début de, appelons ça ma carrière, je pense que ce qui est important, c'est de délimiter les champs respectifs, les responsabilités respectives de chacun et de donner le mandat, de la latitude et aussi le financement nécessaire pour qu'ils puissent accomplir pleinement leur mission, au même titre que les établissements, dans le fond. Et s'il y a un respect mutuel, à partir, bien sûr, d'une information de base, s'il y a un respect mutuel de part et d'autre avec les mandats respectifs, moi, je vois beaucoup moins de problèmes que ce qu'on a actuellement, où les organismes communautaires sont toujours un petit peu à courir après leur queue, si vous me passez l'expression, pour leur survie. Je pense que, si on octroie des mandats et des avoirs pour le réaliser, je pense que, déjà, il va y avoir une connivence qui va s'installer. Et il faut faire attention, aussi, pour qu'ils ne se sentent pas juste utilisés, mais qu'ils sentent qu'ils ont vraiment leur place pleine et entière à assumer et à jouer comme rôle.

Le Président (M. Joly): M. Langlais.

M. Langlais (Michel): Oui, moi, M. le ministre, j'ai plus envie de vous dire que j'ai hâte de pouvoir répondre à ce type de question. De fait, depuis deux mois et demi, on est venu au monde, on est en train de s'organiser, et vous avez devant vous des directeurs généraux qui, je dirais, s'occupent bénévolement de la mise en place graduelle de la future région régionale de la rive sud. C'est justement ce type de question, celle-là et celle que vous n'avez pas osé poser tout à l'heure, qui nous permettra d'avoir, en bout de ligne et en cheminement, un avantage que je considère, moi, comme certain vis-à-vis des autres régions régionales qui sont implantées, parce que nous avons l'avantage de partir en même temps que le système de service social et de santé est en train de se transformer. Et, en cela, les réponses qu'on peut dire, c'est qu'on est très près du fait que nous sommes, comme administrateurs du réseau, des serviteurs pour la population. Maintenant, quand on a dit ça, il faut le mettre en application, et la création, la mise en place d'une entité régionale comme celle-là, pour un, c'est ce que nous avons à l'esprit.

M. Côté (Charlesbourg): On me signale qu'il me reste une question. Je demeure dans le même domaine, parce qu'il me paraît extrêmement important, c'est un des points forts de la commission. Les groupes communautaires. Si,

demain matin, on décidait de transférer l'enveloppe du communautaire aux régies régionales, une enveloppe fermée pour le communautaire, est-ce que, dans votre esprit à vous, les projets qui pourraient être reconnus ou les organismes subventionnés devraient être en complémentarité avec ce que fait déjà le réseau? Elle est collante la question, je vous le dis. Parce que c'est un des éléments assez importants.

M. Nadeau: Moi, je risquerais une réponse et j'aimerais dire que c'est une réponse personnelle, parce qu'on n'en a pas comme tel discuté. Je me lance. Je pense qu'il doit y avoir une grosse partie, appelons ça quelque part dans les deux tiers du budget, qui devrait directement - ça c'est ma position personnelle - relier la complémentarité de services avec des établissements du réseau. Mais aussi je pense que tout ce qui s'appelle développement de services, prise en charge, autonomie, même certains groupes - ce n'est pas facile, sûrement, surtout lorsqu'on est au gouvernement, où même on a nos petits pouvoirs nous aussi comme directeurs d'établissement - mais même certains groupes, plus de pressions ou de revendications, je pense qu'il faut laisser aussi une place à ces groupes-là. Parce que, souvent, ils sont ceux qui vont développer des alternatives pour le futur, 10 ans, 20 ans à venir. Il faut aussi être assez démocrate et ouvert pour laisser la chance à ces groupes-là de vivre et de faire leur travail. Je ne sais s'il y en a d'autres.

Le Président (M. Joly): Merci, monsieur. Est-ce que vous aviez quelque chose à rajouter, M. Gagné? Non? Parfait.

M. Gagné: J'irais dans le même sens que M. Nadeau, c'est que, pour moi, il est très clair qu'il y a une nécessaire complémentarité. Il y a peut-être même des remplacements de certaines choses qui pourraient être faits par des organismes communautaires. En termes d'opinion.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Gagné. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, M. Trudel.

M. Trudel: Merci, M. le Président. C'est vrai qu'on sait d'où ils viennent, les entrepreneurs au Québec. Vous prenez déjà de l'avance sur ce que pourrait être l'organisation de la gestion du système de santé et des services sociaux dans votre région et on ne peut que vous féliciter de cela en termes de déjà vous préparer à comment vous allez occuper cette responsabilité. Je constate bien que c'est avec dynamisme que vous entendez relever ce défi de la responsabilisation régionale et de la promotion de la santé et du bien-être dans votre milieu. Comme diraient les psychologues, vous voulez être sûrs de ne pas manquer votre coup, vous

faites du renforcement positif pour être sûr que le comportement du **ministre** ne changera pas d'ici à la **fin** de la commission et que, quand il arrivera à son projet de loi, il y aura véritable régionalisation. Vous autres, vous êtes prêts à sauter là-dedans.

Comme futur membre de la régie, allez-vous être prêts à vous soumettre aux élections au suffrage universel pour être membres du conseil d'administration de cette régie?

Le Président (M. Joly): Excusez, M. Racine.

M. Racine (Marcel): On nous prête peut-être l'intention d'être membres du futur conseil de la régie, mais, actuellement, notre rôle, c'est de mettre en place une instance régionale. Alors, on n'est pas rendu à l'étape, on ne connaît pas les règles du jeu. Est-ce qu'on sera intéressés à l'époque? On ne le sait pas. Probablement que les gens du réseau aussi, d'après des orientations qui avaient été données au niveau des conseils d'administration, ne seraient pas nécessairement sur les conseils d'administration.

M. Trudel: Exprimé autrement, peut-être un peu plus sérieusement, est-ce que vous êtes d'accord avec cette formule au niveau de la responsabilisation et de l'imputabilité, avec la formule de l'élection au suffrage universel des membres du conseil d'administration des futures régions régionales responsabilisées et véritablement régionalisées au sens de la capacité de prendre des décisions, d'assumer les arbitrages, de faire la répartition des ressources, etc.?

M. Racine: Effectivement, on est pour et, en même temps, que ça se fasse aussi dans le respect de la concertation.

M. Trudel: Mais encore? Le respect de la concertation: vous voulez dire quoi par là? (18 heures)

M. Racine: C'est parce qu'à un moment donné, comme on l'exprimait dans un groupe précédent, ça peut être conflictuel entre les deux, l'imputabilité et la concertation. Mais la concertation, c'est ce qui fait notre force, comme on le disait. C'était vrai à Québec, c'est encore aussi vrai, peut-être plus même, en **Chaudière-Appalaches**. M. le ministre pourrait se rappeler le dernier sommet à ce sujet-là; tous les projets de santé et de services sociaux ont fait l'objet d'une quelconque concertation. Alors, quand on sait qu'on a une force, on ne veut pas la perdre non plus.

M. Nadeau: Moi, j'aimerais juste ajouter.. Je trouve **intéressant** qu'il y ait une représentativité par, appelons ça collège électoral, pour assurer une certaine représentativité de différentes couches de la **population**. Parce que, quand vous parlez de représentativité par suf-

frage universel, il y a des mécaniques à établir, etc. Sur le principe, je pense que, moi, personnellement, je suis favorable, mais il s'agirait de voir les modalités, comment ça s'actualiserait.

M. Trudel: Au niveau de ce même volet que les organismes communautaires, sur lequel le ministre vous a questionnés, vous êtes dans le réseau, c'est quoi, votre explication à vous, du fait que les organismes communautaires soient venus nous dire assez largement: Décentraliser, oui; une véritable décentralisation de tout ce réseau, mais surtout pas le communautaire; nous, on veut rester rattachés au ministre et au ministère? Comment vous expliquez cette attitude que nous avons reçue de la part des groupes communautaires?

M. Nadeau: Moi, je pense que c'est un réflexe normal, une certaine peur de se faire, soit récupérer ou utiliser. Si c'est fait dans des cadres et que les organismes communautaires ont un mot à dire aussi, ce n'est pas juste, les décisions ne sont pas seulement parachutées par, exemple, le conseil d'administration de la régie, mais les organismes communautaires ont leur mot à dire dans la répartition de l'argent, selon une façon quand même qui fait en sorte de ne pas privilégier des traitements de faveur. J'ai l'impression que les organismes communautaires embarqueraient, mais il s'agira de leur vendre.

M. Trudel: Très bien. Merci beaucoup de cette présentation. Je souhaite vivement que ce dynamisme qui vous anime aujourd'hui puisse servir. Je n'ai pas de doute là-dessus. Les nouvelles "bibites" régionales qui seront créées, nous, on est un petit peu plus sceptiques, on va attendre le projet de loi et sa description précise, mais je constate avec joie que vous êtes, comme d'habitude dans cette région-là, extrêmement dynamiques et vous êtes prêts à relever le défi de la responsabilité et de tout ce que cela veut dire en termes d'imputabilité et de difficultés, parfois. Merci beaucoup de votre présentation.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup de votre présentation et de votre ouverture d'esprit. Je pense que ce qu'on doit souligner aussi, c'est qu'il y a une excellente collaboration avec 03 dans la mise au monde et que d'avoir un parent proche qui se préoccupe de son petit comme ça, c'est toujours très bon et très sain. Évidemment, dans pas grand temps, vous pourrez voler de vos propres ailes, en souhaitant qu'aucune des sous-régions de votre grande région puisse éventuellement avoir le jugement occasionnel, mais quand même qui est déjà arrivé, que Chaudière-Appalaches avait vis-à-vis de la grande région 03,

quant à l'équité dans la répartition des ressources, ce sera votre défi. Je ne serai probablement plus en politique, mais je vous observerai de ce côté-ci du fleuve. Bonne chance!

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. À mon tour et au nom des membres de cette commission, merci de votre participation. Je vais maintenant demander aux gens représentant les centres hospitaliers ayant un département de santé communautaire et les centres hospitaliers universitaires des régions de Québec et Chaudière-Appalaches de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Centres hospitaliers ayant un DSC et centres hospitaliers universitaires des régions de Québec et Chaudière-Appalaches

Madame et messieurs, bonjour et bienvenue à cette commission. Nous retrouvons le Dr Brunei, qui connaît déjà les règles du jeu: une dizaine de minutes, le plus concis possible et, par après, les membres de cette commission vous poseront quelques questions. Si vous voulez bien, Dr Brunet, nous présenter les gens qui vous accompagnent, s'il vous plaît.

M. Brunet: Merci, M. le Président. M. le ministre, MM. de l'Opposition, MM. les députés, je vous présente d'abord, à mon extrême gauche, Mme Odette Laplante, chef du DSC de Lévis; mon voisin de gauche, M. Jean-Yves Légaré, qui est directeur général de l'hôpital du Saint-Sacrement; à mon extrême droite, Jean-Paul Fortin, qui est au DSC du CHUL, et Dr Réjean Paradis, qui est le chef du DSC de l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Il me fait plaisir, au nom de mes collègues directeurs généraux et des chefs des DSC de la région 03, d'avoir l'opportunité de vous présenter notre mémoire.

Nous voulions vous présenter sommairement les principaux éléments qui ont été soulevés à l'intérieur du mémoire que nous vous avons soumis. Nous profitons également de l'occasion pour déposer un document complémentaire, qui démontre quelques exemples de projets en santé communautaire qui ont été réalisés par les DSC de nos régions au cours des dernières années.

Nous avons aussi voulu souligner que nous sommes tout à fait d'accord avec l'adoption d'une politique de santé et de bien-être orientée vers des résultats à atteindre et rappeler, en même temps, que les DSC de nos régions ont déjà, par la mise sur pied d'équipes de travail en collaboration avec le CRSSS 03, dressé un état de situation pour chacun des objectifs de santé et de bien-être.

Nous avons été surpris des préoccupations soulevées à date en commission parlementaire en regard du changement on profondeur do la mission des DSC Ce n'est, en effet, que depuis les années 1983 1984 que les DSC sont on mesure

de répondre plus efficacement à leur mandat de santé publique, suite au transfert des effectifs de première ligne dans les CLSC au fur et à mesure de leur création. Nous croyons donc que les DSC ont développé, au cours des dernières années, l'expertise nécessaire à l'exercice du mandat qui leur est dévolu.

De plus, nous croyons absolument essentiel, afin d'assurer le développement de la santé publique à l'échelle régionale et sous-régionale, de conserver les fonctions actuelles des DSC, qui leur permettront de consolider et de développer l'expertise et les compétences nécessaires. Il n'est toutefois pas de l'intention des DSC de revendiquer le monopole des fonctions de planification et de programmation qui, à notre avis, sont l'apanage de chacun des établissements du réseau et des conseils régionaux.

Nous nous questionnons donc sur l'Intérêt de briser une combinaison gagnante qui a permis des réalisations significatives et qui possède plusieurs avantages. La situation actuelle permet aux DSC d'être près de la population. Nous croyons qu'il est dangereux de trop centraliser des fonctions qui nécessitent une souplesse et une spécificité au niveau des interventions. En effet, il est très difficile d'intervenir **efficacement sur le terrain auprès d'une population dispersée géographiquement ou de taille importante** en tenant compte également de la multiplicité des intervenants, partenaires et décideurs.

Quant aux interventions des CLSC, ces derniers constituent des partenaires privilégiés à l'échelle locale, notamment au niveau des activités de première ligne telles l'administration de vaccins et des activités de promotion auprès de groupes cibles.

La proximité du secteur hospitalier favorise le développement de l'expertise qui nécessite des liens avec les services cliniques, la recherche et l'enseignement. Le centre hospitalier constitue, à notre avis, un environnement professionnel qui favorise l'exercice de nos fonctions. La présence de services, tels que la cardiologie, l'infectiologie, la psychiatrie, la pédiatrie, l'obstétrique-gynécologie, la gériatrie et autres, facilite l'implication nécessaire de divers intervenants, tant au niveau de la prévention des maladies cardiovasculaires, comme exemple, que du contrôle des maladies infectieuses, de la promotion de la santé mentale, de la santé de la mère et de l'enfant ou de l'autonomie des personnes âgées.

Je demanderais au Dr Paradis de continuer la lecture du mémoire.

M. Paradis (Réjean): M. le Président, M. le ministre, j'ai la lourde tâche, dans les quelques minutes qui vont suivre, de vous résumer les 10 autres pages qui restent. Alors, on va essayer d'être très brefs. Je pense que notre Intérêt important d'être ici, aujourd'hui, c'est d'échanger avec; vous, d'écouter vos questions et de répon-

dre à certains éléments qui vous préoccupent. Rapidement, on a déposé, pour les fins de votre **Information**, un document qui, en fait, donne quelques exemples de réalisation en santé communautaire. C'est la brique qu'on vous a remise. Évidemment, on va vous faire grâce de les lire un par un. Pour nous, ce qui est important, c'est que la plupart de ces dossiers-là originent soit de préoccupations de groupes du milieu, soit d'établissements publics ou privés, à l'échelle locale. Ces dossiers sont le résultat d'une concertation entre les intervenants du réseau de la santé ainsi que d'autres secteurs d'activité et démontrent de quelle façon les DSC peuvent appuyer concrètement les orientations du ministère.

Or, on a choisi, on vous a sorti quelques exemples un peu plus particuliers. Alors, il y en a trois qu'on vous a mis au niveau de l'allocation, du document au niveau de... Ces dossiers-là portent plus spécifiquement sur l'alimentation en milieu scolaire, le sida et le projet Villes et villages en santé. Encore là, je ne vous lirai pas systématiquement le contenu, l'argumentation qu'on soulève au niveau de ces pages-là. Mais vous savez comme nous, M. le ministre, que point n'est besoin de souligner l'importance d'acquiescer de saines habitudes alimentaires dès le plus jeune âge. On sait que vous avez de jeunes enfants. Je pense que, bientôt, ils vont être exposés à des interventions de prévention et de promotion de la santé, notamment au niveau de la politique alimentaire en milieu scolaire.

Bref historique. C'est un dossier qui a débuté en 1984. Ça a débuté par des besoins au niveau des commissions scolaires, de concert avec les DSC de la région, pour entreprendre les actions concrètes pour agir sur l'alimentation des jeunes à l'école. Il y avait évidemment la préoccupation d'amélioration des services alimentaires comme un élément important pour promouvoir la saine alimentation. Il fallait évidemment tenir compte du contexte socio-économique des écoles et offrir une alimentation à un prix abordable pour atteindre les clientèles les plus défavorisées. Peut-être, l'élément important là-dedans, c'est que la mise à contribution de l'expertise du DSC ait rendu possible cette expérience, en collaboration avec les milieux scolaires et les CLSC concernés. Aujourd'hui, les intervenants reconnaissent que ce projet a contribué positivement à ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation et le MAPAQ développent une orientation dans laquelle doivent se situer les actions du milieu scolaire en matière d'alimentation et de nutrition. C'est ainsi que c'est devenu une préoccupation commune et ça a requis, dans ce contexte, une étroite collaboration avec les différents partenaires de la santé, de l'éducation et de l'agro-alimentaire, tel que je viens de le soulever.

Or, il s'agit pour nous d'un exemple, d'une

approche intersectorielle et multidisciplinaire qui porte fruit, comme en témoigne la production de divers guides qui ont été élaborés à date. Alors, il y a plusieurs matériaux qui ont déjà été produits. Il y a des sessions de formation qui vont être en cours incessamment. Et tout le processus d'implantation, de concert, évidemment, avec le ministère de l'Éducation et le MAPAQ, se fait à compter de l'automne prochain.

Alors, je pense que c'est un bon élément d'exemple de dossiers qui démontrent l'intersectorialité, la préoccupation des DSC au niveau de la promotion et de la prévention et de leur intérêt à interagir avec une foule d'intervenants à l'échelle locale pour amener une sensibilisation régionale et provinciale.

L'autre exemple qu'on veut vous citer est peut-être un peu plus spécifique, peut-être plus au niveau du volet santé, malgré que la préoccupation sociale soit très forte, comme vous le savez, dans le dossier du sida. C'est seulement en 1987, en fait, que le sida a commencé à peine à poindre comme problème majeur de santé publique. Les chefs de DSC de la région répondaient positivement à une demande du ministère et procédaient à la création d'une équipe régionale d'intervention spécialisée. Dès le départ, le mandat de cette équipe, c'était de voir à une harmonisation des services médicaux et psychosociaux offerts à la clientèle atteinte du sida ou porteuse du virus. L'équipe d'intervention s'est associée à des organismes du réseau et à un organisme communautaire, MIELS du Québec, et a mis sur pied un réseau de médecins omnipraticiens et d'intervenants psychosociaux. Cette collaboration avec différents intervenants des DSC, CLSC, cabinets de médecins et organismes communautaires a permis le développement et l'implantation de programmes de promotion et de prévention.

Je vous ferai grâce des autres chapitres. Je laisse ça à votre lecture. Actuellement, on peut dire que le réseau médical comporte plus de 50 médecins répartis dans les CLSC, les polycliniques, les unités de médecine familiale et les cliniques externes d'hôpitaux. Et le réseau psychosocial est composé de travailleurs sociaux et de psychologues des CSS, des hôpitaux et CLSC permettant d'assurer que le réseau médical ait une approche globale et accessible auprès des personnes atteintes du sida, alors, toute la question du "counseling", du support et de l'aide à domicile. Alors, c'est un autre exemple donné au niveau de l'intégration d'une approche, d'une préoccupation de santé publique et d'interventions cohérentes et intersectorielles et ça implique tant le secteur privé que le secteur public. Pour nous, la mise en place de l'équipe et le développement de réseaux intégrés ont permis des collaborations interprofessionnelles et interétablissements les plus fructueuses.

(18 h 15)

L'équipe s'est aussi associée avec des mi-

lieux de recherche et des cliniques spécialisées dans les hôpitaux. Je pense que, pour cet exemple-là particulier, l'affiliation hospitalière a sûrement été d'un bénéfice probant.

Or, au niveau provincial, il y a évidemment des liens de créés avec l'équipe provinciale. Et, encore là, comme je l'ai dit tantôt, ceci est un exemple concret d'intervention intégrée.

L'autre projet, le projet Villes et villages en santé...

Le Président (M. Joly): Excusez, Dr Paradis...

M. Paradis (Réjean): Pardon?

Le Président (M. Joly): ...de façon la plus concise possible, s'il vous plaît.

M. Paradis (Réjean): Oui.

Le Président (M. Joly): Parce qu'on a déjà débordé.

M. Paradis (Réjean): Bon, d'accord. Écoutez, Villes en santé, c'est un autre exemple, je pense, d'une approche qui est en train de lever de terre, qui est très populaire à l'heure actuelle. Puis on considère qu'un support tangible d'un DSC de la région, qui a hébergé le centre de coordination, a sûrement été bénéfique. Il y a eu différents mécanismes développés, développement, promotion, diffusion de l'idée avec toutes les municipalités. Aujourd'hui, simplement pour vous dire qu'il y a plus d'une vingtaine de municipalités au Québec - du Québec, pardon - dont plusieurs dans les régions 03 et 12.

C'est un autre exemple d'intersectorialité et de l'accentuation mise sur la promotion de la santé, le lien entre le préventif et le curatif, l'intégration santé sociale et intersectorielle. Il y a un paquet d'autres exemples qu'on pourrait vous soulever. Vous connaissez tous, je pense, la publication **Mieux vivre avec son enfant**. C'est un autre exemple d'une production d'un DSC de la région. C'a été fait de concert avec les pédiatres d'un centre hospitalier. Et, quand on considère que ce petit livret-là est réédité à 100 000 exemplaires par année, c'est un autre exemple de réalisation.

Pour aller rapidement au niveau des conditions de pratique - M. le ministre, je suis à la page 11...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est important que vous me rameniez à la page 11.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paradis (Réjean): Écoutez, rapidement, il y a des conditions de pratique. C'était dans

notre mémoire. On l'a détaillé. En y revenant rapidement, on considère que la proximité de la population, des intervenants, des partenaires et décideurs est un élément important. Et surtout en santé publique, on doit agir concrètement sur les problèmes de santé, les causes et les facteurs de risque qui leur sont associés et agir rapidement dans les situations où la protection de la santé publique l'exige et ce, sans devoir fournir soi-même tous les services directs.

Or, ça, c'est un exemple où les partenaires - je pense que ça vous a déjà été expliqué, exposé à quelques reprises par d'autres partenaires - c'est un élément important à tenir en considération, la proximité du milieu et des intervenants.

L'autre corollaire à ça, évidemment, c'est le territoire à couvrir. Je pense qu'on vous a dit qu'une population trop dispersée géographiquement ou encore un terrain de taille trop importante peut être préjudiciable pour les interventions sur le terrain, de concert évidemment avec tous les intervenants, partenaires et décideurs. Alors, pour nous... Le milieu hospitalier, je pense, vous a été exposé préalablement. De par sa crédibilité, de par l'accessibilité de tous les services cliniques disponibles, nous considérons que c'est un avantage, à l'heure actuelle, pour l'exercice de fonction en santé publique.

La masse critique d'expertise. Je pense que les liens avec les milieux cliniques de formation et de recherche le permettent...

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, Dr Paradis. J'ai déjà débordé de 50 % votre temps, 15 minutes au lieu de 10. Alors, s'il vous plaît, résumez.

M. Paradis (Réjean): M le...

Le Président (M. Joly): Brièvement.

M. Paradis (Réjean):...Président, en conclusion, quoique le débat actuel ne doit pas être confiné à une question de structure, on doit, je pense, définir les éléments d'une meilleure coordination, toujours dans le cadre d'une dynamique régionale, auxquels on est prêts à s'inscrire, auxquels on veut s'inscrire. Et je pense que, pour nous, ce qui est important, c'est que le devenir de la santé communautaire soit reconnu. Je pense qu'il y a des éléments intéressants de ce côté-là. L'approche objectif santé et bien-être du ministère pour nous démontre l'importance de la santé publique au Québec. Alors, je termine là-dessus. Je m'excuse, M. le Président, j'avais dit au départ, je n'ai pas tenu ma promesse, que j'allais être concis pour favoriser l'échange.

Le Président (M. Joly): L'effort est louable.

M. Paradis (Réjean): Merci.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Évidemment, je pense qu'on pourrait avoir un échange assez long. Mais je vais commencer par la page 13. Ce n'est pas la page chanceuse.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Vous m'avez rappelé à la page 11 tantôt et vous avez dit en conclusion: "Nous croyons donc que le débat actuel ne doit pas être confiné à une question de structure." Moi aussi je suis d'accord avec ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Des fois, on a l'impression que plusieurs viennent défendre leurs structures au niveau des départements de santé communautaire. Le débat a changé depuis le début de la matinée parce qu'on arrive... et le message est bon parce qu'il donne du fond sur le plan de rattachement à la population. L'impact recherche, la masse critique me paraissent des éléments qui, effectivement, sont des éléments dont on doit tenir compte quant aux décisions à prendre. Là-dessus, m'a-t-on dit, parce que mon expérience est très limitée dans ce domaine-là aussi, alors je suis là pour m'instruire... Vous êtes le 173e mémoire, mais ça s'en vient. À Toronto, il y a un département de santé communautaire, donc, pour beaucoup plus de monde. C'est quoi, la masse critique pour un département de santé communautaire? Disons que, demain matin, il y aurait un département de santé communautaire à Québec avec une possibilité de rattachement à certains centres hospitaliers, disons à trois, des satellites, qui auraient chacun leur spécialité. Est-ce que, pour autant, la santé communautaire s'en porterait plus mal et qu'on aurait à travailler à l'intérieur d'un bassin de population qui est de quoi? 400 000, 500 000 personnes?

M. Brunet: M. le ministre, sur l'exemple de Toronto. Je pense que la ville de Toronto a une structure de santé communautaire qui est valable, qui est intéressante. Elle est, malgré tout, divisée en trois sections presque autonomes, ou relativement autonomes. C'est une structure qui est extrêmement lourde et extrêmement difficile à faire fonctionner, qui est entièrement différente de la nôtre. C'est une orientation vraiment complètement différente, qui est beaucoup basée sur les municipalités, sur une présence très considérable de citoyens dans la structure, qui a sûrement des avantages et qui a certains avantages, qui a des inconvénients. Je pense que le Dr MacPherson qui a été chef de DSC à Montréal,

au Montreal General, a été aussi chef du DSC de Toronto. J'ai eu l'occasion de discuter de ça avec lui déjà. Il y a des avantages et des désavantages dans les deux formules. Le plus gros désavantage de la formule de Toronto ou de l'Ontario, c'est qu'il semble qu'en dehors de villes comme Toronto, c'est extrêmement difficile d'avoir du monde valable et ça en a beaucoup moins d'impacts et c'est beaucoup moins dynamique. Il y a presque uniquement à Toronto où on a réussi à développer des principes de santé communautaire et, pour éviter la grosseur, on a dû diviser, atomiser en trois parties différentes. C'est un concept vraiment différent. Ce n'est pas du tout une structure bureaucratique. Ce n'est pas une régie régionale, c'est un organisme communautaire qui est composé en majorité, malgré tout, de citoyens et d'élus municipaux, alors c'est totalement différent, c'est un autre modèle.

M. Côté (Charlesbourg): Je laisse Toronto parce que vous me donnez des explications qui sont intéressantes, donc il y a des points positifs, il y a des points négatifs aussi. C'est une autre forme d'organisation. Prenons la région que vous représentez, parce que c'est quand même un vaste territoire où il y a six départements de santé communautaire. Comment se fait la gestion de la qualité? Est-ce qu'elle est différente dans un département de santé communautaire comme dans un autre? Comment se fait l'interrelation entre les différents départements de santé communautaire quant à vos préoccupations, à vos objectifs? Est-ce qu'il y a une communication? J'ai compris tantôt, dans la présentation du Dr Brunet, que pour les objectifs de santé il y avait une collaboration avec le CRSSS. Est-ce que c'est nouveau? Est-ce que ce sont les objectifs de santé qui ont amené cette nouvelle dynamique sur le plan de la concertation? Quelle était la concertation auparavant? Quelle est la coordination ou la complémentarité de chacun des départements de santé communautaire? Parce que, aujourd'hui, c'est une belle manifestation de solidarité de l'ensemble de la région. Elle est peut-être plus visible aujourd'hui parce que c'est la commission qui la permet, mais peut-être qu'elle était présente avant.

M. Brunet: Oui. Je pense qu'elle a toujours été présente. Je dois dire qu'on a eu, depuis le début d'ailleurs et pendant plusieurs années, une organisation qui fonctionnait, qui se réunissait à peu près tous les deux ou trois mois où on réunissait les directeurs généraux et les chefs de DSC de l'ensemble de la région 03 pour s'entendre sur des... Parce que ce n'est pas la première crise que vivent les DSC; je veux dire le partage DSC-CLSC a été douloureux, M. le ministre. Ce n'est pas très vieux, les plaies sont guéries, mais c'est récent encore, c'est fragile. Et au niveau de la concertation, on pourrait

peut-être parier un peu plus de la rive nord parce que ça s'est fait plus au niveau de la rive nord. C'est sûr que les dépôts du projet de loi de la ministre, du mémoire, ont probablement eu un rôle, je dirais, **enzymatique** important, je veux dire, pour favoriser là des rapprochements et il y a eu beaucoup d'efforts. Je laisserais peut-être le Dr Fortin expliquer rapidement ce qui s'est fait très brièvement depuis, je dirais, presque douze mois, dans la région de Québec, pour faire la concertation.

M. Fortin (Jean-Paul): Alors, en gros, ce qu'on a fait, c'est qu'on a regardé l'ensemble des dossiers qui étaient en force actuellement au niveau du secteur nord. On a identifié quels étaient les dossiers les plus forts selon les différents départements de santé communautaire, on a mis ça ensemble et on a commencé à regarder comment on pouvait se concerter et se coordonner entre nous. On est arrivés à une proposition où on s'est entendus pour, lorsqu'un dossier doit être géré ou doit être mené sur une base régionale, identifier - et il y a un accord là-dessus avec l'ensemble des chefs impliqués - une personne responsable de cette partie de dossier-là sur le plan régional et qui serait choisie en fonction de sa compétence et aussi de sa capacité de motiver les gens. Les DSC ont accepté de rendre disponibles les ressources qu'ils utilisent dans ces dossiers-là pour qu'elles soient sous l'autorité fonctionnelle de ce responsable-là qui, lui, a comme mandat premier de s'assurer qu'on a une vision d'ensemble de la région par rapport à ces problèmes-là, qu'on regarde les solutions qu'il faut trouver pour ces problèmes-là, afin d'en arriver à proposer des gestes et des actions concrètes sur le terrain. Alors, ça, ce sont des choses qui sont non seulement dites mais **écrites**. Il y a un projet d'organisation et de fonctionnement qui a été proposé de ce côté-là, qui a été discuté même avec les conseils régionaux et je crois qu'à cet égard-là il y a eu un rapprochement extrêmement important qui a permis la formation d'équipes avec une masse critique plus importante, de diminuer l'édification qu'il pouvait y avoir et, à mon avis, on a fait un bon bout de chemin pour atteindre des objectifs de **rationalisation**.

M. Brunet: Si vous le permettez, M. le ministre, la rive sud voudrait s'exprimer aussi.

Mme La plante (Odette): Vous nous demandiez quelles étaient les collaborations avec le conseil régional? Pour compléter un petit peu, depuis l'année dernière, quand on parlait de la nouvelle région Chaudière-Appalaches et de la préparation du sommet socio-économique, les trois départements de santé communautaire de la nouvelle région, avec le conseil régional, se sont mis ensemble pour documenter la région. Personne ne connaissait l'image de cette région-là

et on n'avait jamais regardé les chiffres de cette façon-là. On a décrit la population, ses problèmes de santé et son réseau de services. Je pense que les occasions étaient peut-être moins présentes avant parce que les champs de préoccupations étaient moins communs entre les DSC et le conseil régional, mais je pense qu'il y a beaucoup de collaboration qui se fait sur les préoccupations qui sont communes aux deux.

Le **Président (M. Joly):** Merci, Mme La plante. M. le ministre pour terminer.

M. Côté (Charlesbourg): Ça va. J'ai un Conseil des ministres qui attend là, j'ai un dossier, vous m'excuserez si je dois **quitter** en douce, mais je vous remercie de votre présentation et je suis très heureux qu'il y ait une collaboration très étroite avec le CRSSS qui deviendrait une régie régionale, parce que ça va prendre de la complémentarité, ça va prendre un regroupement des efforts de tout le monde et, si vous avez déjà commencé à le faire, tant mieux pour les bénéficiaires, parce que ce sont eux qu'on veut servir.

Quant aux choix finals, ils viendront éventuellement, en se rappelant toujours qu'on va tenter de faire pour le mieux. Merci!

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

M. Trudel: Merci beaucoup, M. le Président. Je remercie les gens de cette présentation et de l'importante documentation qu'ils ont déposée, avec des exemples de collaboration, de travaux, de mandats, de réalisations qui ont été faites en matière de santé publique pour l'ensemble des organismes ou des établissements que vous représentez. Comme département de santé communautaire, c'est particulièrement impressionnant. Vous soulignez deux exemples dans votre résumé, le résumé de votre mémoire, en particulier ce projet Villes et villages en santé. Rouyn-Noranda est l'un de ces centres urbains qui font partie de ce réseau québécois et, effectivement, le rôle déterminant du **département de santé communautaire** et des ressources du département de santé communautaire, il faut le souligner, est de prime importance dans la réalisation de toute l'implantation de cette philosophie de la promotion de la santé au coeur de la cité, si on retournait à la philosophie grecque, en quelque sorte.
(18 h 30)

En matière d'organisation, Dr Brunet, vous dites, à la question du ministre par **rapport à la comparaison avec Toronto**. On a été **obligés**, en quelque sorte, d'atomiser par secteur des morceaux de cet unique département de santé **communautaire**. Est-ce que vous pensez qu'on pourrait arriver à cela à l'intérieur des futures

régies régionales en matière de planification des ressources, en respectant les critères - c'est vous autres, les spécialistes de la santé communautaire et de la santé publique - que vous nous avez donnés à la fin de votre mémoire? Est-ce que ça vous paraît possible ou si vous êtes carrément en train de nous dire: Écoutez, c'est une question qui est tellement complexe, tellement difficile et tellement importante que ce doit être une décision réservée au ministère, à l'État.

M. Brunet: Je voudrais préciser - et je pense que c'est extrêmement important de préciser certaines choses - qu'il y a, dans la structure ontarienne, une organisation de santé publique qui est autonome. Pour la ville de Toronto, c'est une organisation où les comités consultatifs, l'équivalent de leurs conseils régionaux, sont représentés, où les municipalités sont représentées, et c'est une organisation en soi qui répond au ministère pour ce qui concerne la santé publique. Il existe en Ontario des conseils régionaux qui s'appellent des conseils consultatifs quelconque - je ne pourrais pas vous en préciser le nom - mais qui forment un organisme différent.

Ce qui m'inquiète, dans la proposition qui est discutée parfois ou de ce qu'on peut entendre, c'est l'idée d'intégrer la fonction santé publique à l'intérieur d'une régie régionale dont les fonctions ne sont vraiment pas des fonctions de santé publique, mais des fonctions de planification de services de santé, de planification. Je pense que la régie régionale prévoit avoir des pouvoirs sur les budgets, sur le financement des hôpitaux, sur l'organisation des hôpitaux; en tout cas, ma perception, c'est qu'elle va en avoir son voyage, je veux dire qu'elle va être occupée en masse.

Je comprends difficilement ce désir d'obtenir un organisme qui doit se préoccuper de santé publique, qui a une fonction complètement différente, marginale. Qu'à l'intérieur des DSC, il y ait une partie de planification, je pense que ce n'est pas une raison pour les transférer à l'intérieur de la régie. S'ils font trop de planification, peut-être qu'on devrait les ramener à leur rôle de santé publique plus spécifique. Mais je vois difficilement qu'on intègre deux fonctions qui, à mon avis, vont se marier difficilement, et ça n'a été fait dans aucun pays que je connais. Des pays qui sont très régionalisés, comme la Suède ou les pays scandinaves, n'ont jamais, à ma connaissance, intégré la santé publique à l'intérieur de leur régie régionale. Ce sont des organismes différents qui ont une responsabilité et qui peuvent répondre, pour certaines choses, à la régie, mais qui vont répondre au ministre pour l'essentiel de la santé publique.

M. Trudel: Ce que vous dites, c'est: Ne mélangez pas les genres...

M. Brunet: Ni les espèces.

M. Trudel:... au niveau... Ni les espèces.

M. Brunet: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Ce que vous dites, c'est qu'administrativement, en termes de coordination, c'est une bonne idée. Peut-être les régies régionales, mais ne leur demandez pas de devenir des dispensateurs de services, en particulier dans le domaine de la santé communautaire. Vous nous dites ça: Soyez très prudents, parce que vous nous énumérez des conditions qui doivent nous apparaître essentielles pour un bon exercice de votre mandat. Si le ministre donnait suite quand même, parce qu'il vous disait tantôt: Oui, j'apprends assez vite et vous allez peut-être finir par me convaincre - nous autres, on pense faire la même chose avec lui sur la souveraineté; vous allez peut-être réussir à le convaincre - et qu'il décidait d'y aller avec son intention première de rattacher les départements de santé communautaire aux futures régies régionales, est-ce que vous pensez qu'on ne devrait pas s'assurer d'un certain rapport de forces si l'État désignait une espèce de surveillant général au Québec, responsable général, au ministère, de la santé publique, de façon que les missions fondamentales qui vous sont dévolues et la responsabilité de la santé publique soient assurées en quelque sorte et que, si vous étiez pris dans une mécanique administrative régionale - j'essaie de refléter ce que vous m'avez dit jusqu'à maintenant - il y ait quelqu'un, au niveau supérieur, pour surveiller l'accomplissement du mandat dans des conditions adéquates, est-ce que ça vous apparaîtrait assez important que l'on puisse désigner, au niveau de l'État, une espèce de responsable général de la question de la santé publique, avec mandat de surveillance des organismes régionaux, en quelque sorte, en ce qui concerne la réalisation de cette partie du mandat de la santé publique?

M. Brunet: Je répondrai que la présence d'un responsable de la santé publique, de toute façon, m'apparaît nécessaire. Mais ça ne corrigerait pas l'erreur de les intégrer à des régies régionales. M. Légaré?

M. Légaré (Jean-Yves): Écoutez, moi, j'ajouterais peut-être ceci: en tant que témoin, comme administrateur public, depuis quelques années, de tout ceci, avant les DSC, dans un centre hospitalier, dans un centre hospitalier à la naissance des DSC, dans un centre hospitalier pendant le vécu des DSC, dans un conseil régional pendant que vivaient encore les DSC qui se maintiennent très bien aujourd'hui, j'ai pu constater qu'en rattachant une fonction de dispensateur de services à une fonction administrative on fait en sorte que la fonction dispensatrice de services est influencée par la

fonction administrative; c'est-à-dire que la dominante d'une instance, si elle est administrative, influence, dans une certaine mesure, la fonction dispensatrice de services. Et, dans l'autre cas où elle est rattachée à un milieu dispensateur de services, on reste influencés par les technologies et les approches nécessaires à la dispensation des services.

Je pense aussi qu'il faut retenir qu'il est important d'être près de la population, mais qu'il est aussi important d'influencer le milieu hospitalier, qui est son corps médical, qui est son administration, tout son personnel, en même temps qu'on peut influencer une population face à une approche de population, pour des problèmes de santé publique, et également des expertises qui sont nécessaires pour permettre que cette fonction s'actualise correctement. Alors, à la question que vous vous posez, j'ai fait un peu un détour. Je pense, comme on l'a dit tout à l'heure, qu'on verrait davantage la justification d'un surveillant si... Vous en faites une proposition ou vous en avancez l'hypothèse... Le fait que ça soit rattaché à une structure administrative, même si c'est justifié, ça semble justifier davantage.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Légaré. Avec la permission des membres de cette commission, nous allons reconnaître M. le député de Lévis. D'accord? Il ne fait pas partie de cette commission, mais je pense que ce sont des gens de sa région, alors, M. le député de Lévis, brièvement, nous avons déjà largement dépassé.

Une voix: Ça ne sera pas sur les routes?

M. Garon: Non, ça ne sera pas sur les routes. C'est une question très brève. Comme je vois que vous êtes les centres hospitaliers ayant des départements de santé communautaire et centres hospitaliers universitaires, j'aimerais savoir si vous pensez qu'il ne serait pas utile que, dans les différentes régions du Québec, on ne concentre pas... Quand on regarde le rapport de Mme Lavoix-Roux, le livre rouge, présenté, je pense, l'an dernier, au printemps 1989, on dit qu'il y aura cinq hôpitaux universitaires à Québec, mais aucun sur la rive sud ou dans Chaudière-Appalaches. Ne pensez-vous pas que ce serait une bonne chose qu'il y ait des hôpitaux universitaires, je ne dis pas tous les hôpitaux, mais qu'il y ait au moins un hôpital universitaire par région? Ce ne serait pas anormal qu'il y ait un hôpital universitaire dans la région Chaudière-Appalaches, comme l'Hôtel-Dieu de Lévis, par exemple?

Le Président (M. Joly): S'il vous plaît, Dr Brunet, très brièvement.

M. Garon: Ou si... Mais comme il y a 40 %

de la population de la région de Québec...

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, M. le député. Je vais reconnaître le Dr Brunet, très brièvement, s'il vous plaît.

M. Brunet: Alors, la question est plus politique qu'administrative.

Le Président (M. Joly): Exactement. C'est pour ça que...

M. Brunet: Je pense que ce qu'on peut dire, quant à nous, au niveau des centres hospitaliers de la région de Québec, c'est qu'on a toujours vécu avec l'hôpital de Lévis comme un partenaire, comme centre hospitalier universitaire; et il a toujours été participant à nos réunions, jusqu'à maintenant, et il l'est encore, M. le député de Lévis, si ça peut vous rassurer. Cette décision-là ne dépendra pas de nous autres, à toutes fins pratiques. Mais, jusqu'à maintenant et encore aujourd'hui, l'Hôtel-Dieu de Lévis est invité à toutes nos réunions de coordination et de concertation, au niveau des hôpitaux universitaires de la région de Québec.

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

M. Trudel: Merci beaucoup de votre présentation et surtout de l'importante documentation que vous avez déposée devant cette commission, en espérant que le ministre saura y tirer toutes les informations nécessaires pour répondre à ce mandat essentiel que vous exercez bien au Québec.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. Dr Paradis, vous avez mentionné tantôt: **Mieux vivre avec son enfant.** Ça a été produit par quel DSC?

M. Paradis (Réjean): En toute objectivité, M. le Président, c'est par le département de santé communautaire de l'hôpital de l'Enfant-Jésus. C'est un document qui a été produit en 1977. Alors, je pense...

Le Président (M. Joly): Toujours d'actualité.

M. Paradis (Réjean): ...qu'une bonne génération de Québécois connaissent bien...

Le Président (M. Joly): Merci bien, ça m'intéressait. Alors, je voudrais rappeler aux membres de cette commission qu'a demain, le jeudi 5 avril, de 10 heures à 12 h 30, dans cette même salle, la commission des affaires sociales procédera à l'étude détaillée du projet de loi 22, qui est la loi modifiant les allocations d'aide aux familles. Nous allons maintenant ajourner au

mardi 10 avril, à 9 h 30, pour la poursuite de l'étude de l'avant-projet de loi intitulé Loi sur les services de santé et les services sociaux. Merci beaucoup.

(Fin de la séance À 18 h 41)