



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 (25)

Le mardi 10 avril 1990 - No 36

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Union des municipalités régionales de comté du Québec	CAS-2203
Hôtel-Dieu de Lévis	CAS-2207
M. Jean Rochon	CAS-2216

Autres intervenants

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

M. Guy Chevette
M. Marc-Yvan Côté
M. Henri Paradis
M. Francis Dufour
M. Serge Marc»
M. Jean Garon
M. Rémy Trudel

- * M. Michel Fernet, UMRCQ
 - * M. Ralph Mercier, idem
 - * M. Gilbert Normand, Réseau québécois des villes et villages en santé
 - * M. Robert Carrier, Hôtel-Dieu de Lévis
 - * M. Hervé Moysan, idem
 - * M. Clarence Pelletier, idem
 - * M. Carrol Grondin, idem
 - * M. Roch Boucher, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$
(La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi
disponible sur microfiches au coût annuel de 180 \$)

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1000, Comoy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28
Québec, (Québec)
G1R 5E5 tél. 418-643-2764

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0623-0102

Le mardi 10 avril 1990

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

(Neuf heures trente-huit minutes)

de rien; je vous laisse aller, monsieur. Merci.

Le Président (M. Joly): Nous allons commencer nos travaux. Je demanderais aux parlementaires de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. Bonjour à tout le monde, bienvenue. La commission est réunie afin de procéder à une consultation générale et tenir des auditions publiques et ce, dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Mme la secrétaire, est-ce que nous avons des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Vermette (Marie-Victorin) sera remplacée par M. Dufour (Jonquière).

Le Président (M. Joly): Jonquière.

La Secrétaire: Oui.

Le Président (M. Joly): Le député de Jonquière, parfait, merci. Alors, premièrement, je vais vous dire ce qu'on va faire, aujourd'hui, comme travail. Nous allons rencontrer l'Union des municipalités régionales de comté du Québec, l'Union des municipalités du Québec, le Réseau québécois des villes et villages en santé, le centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis et, finalement, le Dr Jean Rochon.

Je demanderais, maintenant, aux représentants du groupe l'Union des municipalités régionales de comté du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît. L'UMRCQ, Union des municipalités régionales de comté du Québec. Voici, je demanderais à la personne responsable du groupe, de bien vouloir s'identifier et aussi identifier les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

**Union des municipalités régionales
de comté du Québec**

M. Fernet (Michel): Michel Fernet, au nom de l'Union des municipalités régionales de comté. Je cède la parole, M. le Président, à M. Ralph Mercier qui, au nom de l'Union des municipalités du Québec et de l'Union des municipalités régionales de comté, voudrait vous livrer un message et vous faire une déclaration.

Le Président (M. Joly): Je vous rappelle aussi le mandat de la commission. En fait, je pense qu'on se doit d'être pertinents et si vous avez des messages autres que l'évolution du projet de loi, je ne crois pas que ce sort fa tribune appropriée. Alors, je ne veux présumer

M. Mercier (Ralph): M. le Président, je vous remercie. M. le ministre, mesdames et messieurs les députés. Ce matin, comme vous l'a indiqué M. Fernet, je représente, bien sûr, l'UMRCQ qui est entendue à la table à cette heure-ci et également, bien sûr, vous le savez, je suis vice-président de l'Union des municipalités du Québec et, à ce titre, je représente cette union. Également aussi, à la table, nous accompagnent aujourd'hui, des gens - ils se sont déjà identifiés d'ailleurs - le Dr Gilbert Normand et M. Réal Lacombe du Réseau québécois des villes et villages en santé. Donc, M. le Président, je m'adresse à vous et, bien sûr, aux membres de cette commission au nom de ces trois groupes.

M. le Président, l'on sait qu'au cours des dernières années et, M. le ministre, vous êtes conscient de ça, que, bien sûr, ces trois groupes, particulièrement l'Union des municipalités du Québec, l'UMRCQ, ont collaboré de façon fort importante avec le gouvernement dans la gestion d'un nombre de dossiers importants. Sur le plan de la santé, on a pu voir aussi au cours des années une concertation, une collaboration, un "partnership" qui...

Le Président (M. Joly): M. Mercier, j'apprécierais beaucoup si vous pouviez aller au but et nous présenter votre mémoire. D'ailleurs, vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire. S'il vous plaît.

M. Chevrette: S'il vous plaît, M. le Président...

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

M. Chevrette: ...je comprends qu'on puisse se douter, qu'on peut présumer, mais vous avez laissé des groupes définir leur mouvement, définir le nombre de membres qu'ils représentaient, définir les objectifs du mouvement. Je ne sais pas quel est votre empressement ce matin, mais j'ai vu une corporation professionnelle venir nous parler d'elle-même sans nous parler quasiment du projet de loi et vous l'avez laissé au moins se définir pendant de longues minutes. Il y en a qui ont pris même cinq à dix minutes pour parler d'eux-mêmes avant de parler de la réforme et je n'ai jamais vu un président s'emballer très rapidement pour leur dire d'accoucher. Je pense qu'ils peuvent prendre le temps qu'ils veulent bien...

Le Président (M. Joly): M. le leader de

l'Opposition, je vous remercie de vos remarques...

M. Chevette: ...pour nous présenter ce qu'ils ont à nous présenter.

Le Président (M. Joly): M. Mercier, vous pouvez aller, vous pouvez continuer.

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

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

M. Côté (Charlesbourg): Alors, d'abord, tout le monde sait que l'UMRCQ et l'UMQ ne présenteront pas de mémoire. Ça ne prend pas cinq heures pour nous dire qu'il n'y aura pas de mémoire. C'est clair. Alors, à partir de ça, si c'est ça que vous avez décidé, dites-le-nous et bon, merci. Ça me paraît très évident.

Le Président (M. Joly): Non, je ne voudrais quand même pas présumer. Je vais vous laisser alter encore quelques minutes et si je vois que nous n'entrons pas dans le cadre du mandat de la commission, eh bien, à ce moment-là, je devrai trancher. Alors, M. Mercier, je vous donne le bénéfice du doute.

M. Mercier: Alors, M. le Président, avec le respect qui est dû à cette commission, je vous indique qu'effectivement, et je pense que je vais m'abstenir d'ajouter une foule d'éléments qui sont déjà connus non seulement des membres de cette commission, mais également aussi du public en général, M. le Président, M. le ministre, MM. les membres de la commission, effectivement, les trois groupements dont je suis le **porte-parole** ne présenteront pas ce matin et, ça, c'est très clair, les mémoires tels qu'il avait été convenu avec la commission.

M. le Président, je pense qu'il y a une situation qui existe à l'heure actuelle qui ne peut pas favoriser effectivement ce **"partnership"** avec le gouvernement actuel dans les conditions actuelles et tant et aussi longtemps, M. le Président, que cette situation existera ou perdurera, c'est bien évident qu'on ne peut pas entreprendre avec vous ou les membres de la commission un entretien ou un dialogue qui se veut **constructif**, tel que nous voudrions, bien **sûr**, le faire.

Le Président (M. Joly): Donc, si je comprends bien, vous aimeriez...

M. Mercier: M. le Président, je vous dis tout simplement: Nous allons nous retirer, les trois groupements, de cette table.

Le Président (M. Joly): Alors, merci, M. Mercier. Il nous a été... M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Très briève-

ment, c'est un geste que nous déplorons et que je n'hésite, en aucune manière à déplorer, de la part de l'UMRCQ, en particulier, qui, encore la semaine dernière, intervenait pour faire changer l'horaire de ce matin au moment où elle connaissait exactement ce qui allait se passer et à laquelle demande on a adhéré, tout le monde ensemble, sur le plan de la commission. Et, en cela, l'UMRCR, l'UMQ ne sont pas différentes des groupes d'intérêt qui sont venus devant cette commission parlementaire défendre leur propre intérêt, alors que cette commission-là voulait situer tout le monde au-dessus des intérêts personnels et des intérêts des différents groupes au niveau de la santé et des services sociaux à travers le Québec dans une réforme où, effectivement, la décentralisation des pouvoirs ou la régionalisation allait impliquer le monde municipal. Et, dans ce sens-là, c'est un choix qui est le vôtre, et chacun, évidemment, vivra avec ses choix. Quant à nous, c'est définitivement un point de vue que je ne partage pas et, évidemment, quand j'aurai à faire la réforme et à prendre des décisions finales, j'en tiendrai compte.

Une voix: Merci.

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

M. Chevette: Merci, M. le Président

Le Président (M. Joly): Excusez, M. le leader. **Est-ce** que monsieur, ici, voulait peut-être ajouter quelque chose?

M. Normand (Gilbert): Oui. Je voudrais ajouter d'abord que je suis le **porte-parole** du Réseau québécois des villes et villages en santé et qu'il n'est jamais facile de porter deux chapeaux. Comme M. Mercier a anticipé en disant qu'il était le porte-parole des trois groupes - parce qu'on avait convenu effectivement que, comme maire, je serais solidaire avec les deux unions, mais que, comme médecin, j'avais à voir aux intérêts des citoyens - M. le ministre, nous ne ferons pas la présentation orale de nos documents, mais nous aimerions quand même les déposer.

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

M. Chevette: Oui, M. le Président, je considère que l'Union des municipalités régionales de comté, l'UMQ, l'Union des municipalités du Québec, et également l'autre groupe ne viennent pas ici avec une forme de corporatisme, contrairement à ce que laissait entendre le ministre. Ils viennent comme représentants de toutes les catégories de citoyens, que ce soient des médecins, que ce soient des infirmiers et

infirmières, de simples journaliers, ils viennent au nom des contribuables québécois. C'est ce que je pensais être le rôle de l'Union des municipalités régionales de comté. Ils viennent défendre purement et simplement l'ensemble de leurs concitoyens quant au champ de taxation qui leur **nermettait** de se doter ou pas de différents services et qui est envahi unilatéralement par une décision gouvernementale. Donc, je considère que c'est nettement différent d'un groupe qui vient en fonction de cet intérêt personnel comme groupe. Je voulais donc faire la distinction là-dessus, au départ.

Deuxièmement, ce n'est pas la mienne, c'est celle qui est partagée par un joyeux paquet de monde, présentement au Québec et, je dirais, par une très forte majorité des 10 000 élus au niveau municipal, que de voir mettre fin unilatéralement au pacte des années 1979-1980 quant au champ de taxation en fiscalité municipale comme telle. Donc, moi, c'est un premier élément de distinction que je voulais faire, M. le Président.

Le deuxième, c'est qu'il **m'apparaît** important de lancer un appel au gouvernement, précisément, et de lui demander de réviser ses positions, de décréter un moratoire sur ses décisions unilatérales, afin de vous permettre, précisément, M. le Président, de permettre aux deux Unions de pouvoir, à mon point de vue, continuer à collaborer avec l'État, à cause des nombreux champs d'intérêt, en particulier dans le domaine environnemental, en particulier également...

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, M. le leader, je pense que je me devrai de vous refuser ce que j'ai refusé au groupe qui est venu se présenter devant nous ce matin parce que, dans le fond, vous faites exactement ce qu'eux auraient voulu faire. Alors, je ne crois pas que ce soit pertinent, ce matin, dans le cadre du mandat qui nous est confié. Alors, à moins que vous ne reveniez sur la réforme et sur les buts de notre rencontre de ce matin, je me devrai quand même de trancher.

M. Chevette: Pardon?

Le Président (M. Joly): Non. Je ne pense pas qu'ici, ce matin, c'est la place pour faire du capital politique. Alors, partant de là, je me dois d'être impartial, monsieur.

M. Chevette: M. le Président, s'il vous plaît, j'ai une question de règlement.

Le Président (M. Joly): Allez, question de règlement, M. le leader.

M. Chevette: Question de règlement sur l'affirmation que vous venez de faire du capital politique. Vous avez tenté d'en faire, d'essayer

de bloquer tout, y compris l'expression d'opinion de l'Union des municipalités régionales de comté tantôt parce que vous aviez présumé, et c'est grâce à une intervention sur la question de règlement que vous vous êtes réajusté.

Le Président (M. Joly): Non, en aucune façon, M. le leader, je n'abonde pas... J'ai même dit à M. Mercier que je ne voulais pas présumer, et comme M. Mercier continuait, quand j'ai vu que la pertinence n'y était pas, c'est là que je me suis imposé. Partant de là, si c'est exactement le même contexte, je me dois, encore là, de dire que je n'abonde pas dans votre sens et que je me devrai de trancher.

M. Chevette: Comme président, nous n'avez pas à abonder dans le sens ou pas d'un intervenant. Votre rôle de neutralité... S'il vous plaît, c'est à moi, là.

Le Président (M. Joly): L'article 211, M. le leader, dit que tout discours doit porter sur le sujet en discussion. Le sujet de la discussion est le mandat que j'ai clairement lu et élaboré ce matin. Partant de là, si ce n'est pas dans le contexte, je me devrai d'être radical, comme ça peut vous sembler, mais d'être ferme et d'être juste.

M. Chevette: Le mandat de la commission, M. le Président, est de demander aux groupes qui défilent devant nous de se prononcer sur la réforme qui est en cause. L'Union des municipalités régionales de comté, l'Union des municipalités du Québec, et le Réseau québécois des villes et villages en santé sont venus nous dire qu'ils avaient des mémoires qu'ils veulent déposer et des mémoires qu'ils n'ont pas l'intention de commenter ou qu'ils n'ont pas l'intention de livrer ici, sauf qu'ils souhaitent... Ces trois groupes souhaitent cependant que ces mémoires soient consignés, comme vous l'avez fait à plusieurs reprises au niveau de cette commission-là, à moins que vous y voyiez des objections ce matin. J'en arrivais à vous dire que, personnellement, je propose que ces mémoires-là soient consignés aux procès-verbaux et qu'on puisse également, je pense, analyser le bien-fondé... Je pense que, comme corps public devant un Parlement, on doit être en droit de laisser exprimer les individus qui viennent pour et au nom de trois groupes simultanément, on doit être au moins en mesure d'écouter patiemment sans gigoter sur notre chaise, sans présumer de ce qu'ils ont à dire, au moins écouter les motifs pour lesquels ils refusent de rendre public leur mémoire, de le défendre, de le soutenir devant la commission parlementaire.

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

M. Chevette: S'il vous plaît, là!

Le Président (M. Joly): Allez, allez! Je vous laisse aller, continuez.

M. Chevrette: Arrêtez de parler, vous m'interrompez vous-même.

J'allais dire ceci. Votre rôle fondamental, M. le Président, c'est au moins d'écouter les motifs que l'Union des municipalités et l'Union des municipalités régionales de comté ont à exprimer.

M. Paradis (Matapédia): M. le Président, question de règlement, sur la même question de règlement.

Le Président (M. Joly): M. le député.

M. Paradis (Matapédia): J'aimerais vous rappeler, M. le Président, sur la même question de règlement, qu'une multitude de groupes ne seront pas entendus à cette commission. Ils ont demandé que leur mémoire soit déposé, c'est ce qui sera fait demain. Ils ne viennent pas ici pour se donner une tribune pour défendre d'autres intérêts, ils ont demandé de déposer leur mémoire, ce sera fait, et le ministre et les différents officiers du ministère les prendront en considération lorsque viendra la temps d'élaborer la politique finale, le projet de loi. Enfin, on verra. Ils ne sont pas venus ici, les quelque 60 ou 70 groupes qui ne seront pas entendus, faire exactement le même plaidoyer, pourquoi ils ne déposeront pas leur mémoire.

Je rappelle tout simplement aux gens, aussi, qui sont élus, que ce soient des députés, que ce soient des maires, qu'ils représentent une population. En ce sens, s'ils ont des choses à dire, qu'ils le disent clairement ou, sinon, qu'ils déposent leur mémoire comme les autres groupes.

Le Président (M. Joly): Comme il relève de la responsabilité du président d'accepter le dépôt des mémoires, d'emblée, je vous dis que j'accepte les mémoires qui ont été mentionnés ce matin, les trois mémoires qui feront partie du groupe pour dépôt à la fin de la commission.

Une voix:...

Le Président (M. Joly): Et les autres. Est-ce que ça peut satisfaire tout le monde? Si tel est le cas, j'ai pris une décision, laquelle décision, je pense, de par nos règlements, est non discutable. À moins qu'il y ait une pertinence encadrée, je vais reconnaître les intervenants; sinon, je ne voudrais pas que cette commission serve de tribune pour autre chose que l'avancement du mandat qui nous a été donné.

M. Chevrette: Je voudrais référer à deux cas précis. Nous avons passé une heure à écouter les médecines alternatives ici, une heure de temps. Ils nous ont expliqué ce qu'ils faisaient, il

n'y avait même pas un lien direct, pas même un lien. Le ministre se rappellera, on leur a même dit qu'ils savaient profiter de tribunes pour faire valoir leur point de vue au-delà même de la réforme sur laquelle ils n'ont pas dit un mot.

M. Côté (Charlesbourg): La médecine alternative...

M. Chevrette: On a écouté pendant une heure et là, ce matin, je ne sais pas par quelle crainte, on ne voudrait pas qu'ils ouvrent la trappe, quasiment.

Le Président (M. Joly): Je vais reconnaître M. Fernet qui a demandé la parole en premier, par après, M. le député de Jonquière, et, par après, monsieur dont le nom m'échappe. M. Fernet.

M. Fernet: M. le Président, je respecte votre décision de ne pas nous permettre d'élaborer davantage sur les raisons qui nous motivent à nous présenter ici ce matin, mais je voudrais quand même faire une mise au point. Je m'inscris en faux contre les paroles du ministre lorsqu'il dit que l'UMRCQ, par la parole de votre humble serviteur, a tenté de déplacer le rendez-vous que nous avions avec la commission cet après-midi, pour ce matin, au moment où nous savions déjà que ce n'était pas possible de venir déposer, que nous avions l'intention de ne pas venir déposer notre mémoire de façon verbale.

L'UMRCQ a décidé, par son comité exécutif de vendredi après-midi dernier seulement, qu'elle ne participerait pas à cette commission et les démarches que j'avais faites personnellement pour tenter de l'avoir ce matin, étant donné les préoccupations et les engagements que le président avait plus tard en journée, ne me permettaient pas à ce moment-là de juger de l'opportunité ou pas de venir ici.

Donc, je veux assurer le ministre au moins sur ce point-là qu'il n'y avait pas de planification et de petits tours de passe-passe auprès de la commission. Merci.

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

M. Dufour: M. le Président, je ne veux pas remettre en cause votre décision concernant la discussion des mémoires, parce qu'ils ont décidé de ne pas en présenter juteusement, mais dans cette commission, que je sache, le ministre a tenu des propos qui, à mes yeux, ne sont pas mérités vis-à-vis des unions municipales. Jusqu'à maintenant, les Unions des municipalités, les deux, ont toujours été d'excellents collaborateurs et des partenaires pour le gouvernement. Je peux vous dire, comme témoin et acteur de ce qui se passe depuis quatre ans au gouvernement, que j'aurais

peut-être été moins - vous allez peut-être dire d'une façon partisane - collaborateur dans certains dossiers qui, effectivement, nous ont amenés à ce cul-de-sac qu'on vient de vivre... qu'on vit actuellement.

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

M. Dufour: Je pense que ça... Bien oui! Mais il faut le dire. Écoutez un peu, on n'est pas ici en commission parlementaire...

Le Président (M. Joly): Écoutez bien, là.

M. Dufour: ...pour bâtonner les gens qui viennent, qui sont intervenants. Un instant!

Le Président (M. Joly): Je m'excuse là, mais si c'est ça le débat, je vais suspendre et nous allons...

M. Dufour: Le ministre a engagé des propos et c'est pertinent de lui répondre.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, je trouve ça tout à fait...

M. Dufour: On n'est pas ici pour botter le derrière au monde qui vient se présenter devant nous et qui nous dit ce qu'il pense.

M. Côté (Charlesbourg): ...exceptionnel que le député de Jonquière soit ici aujourd'hui alors qu'on a passé depuis le 23 janvier et que vous n'êtes jamais venu.

M. Dufour: Je défends mes dossiers, moi.

M. Côté (Charlesbourg): Ouais, ouais.

M. Normand: M. le Président.

Le Président (M. Joly): Un instant! Il y a monsieur que j'avais reconnu d'abord.

M. Normand: M. le Président, la situation est assez pénible et négative comme ça. Nous sommes conscients que des mois de travail risquent de s'envoler en fumée. J'espère que le ministre comprendra notre position que le Réseau québécois des villes et villages en santé a besoin de la coopération des deux Unions des municipalités pour le bien-être des citoyens. Ici, en tant que représentant de gens qui travaillent à la santé et à la qualité de vie des citoyens, nous demandons au ministre de recevoir nos textes et nous vous demandons la permission de nous retirer.

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup, Dr Normand, de votre civisme. Je vais reconnaître M. le député de Salaberry-Soulanges.

M. Marcil: M. le Président, c'était un peu dans la même ligne de pensée, dans le sens qu'on accepte le dépôt des mémoires. Donc, compte tenu que les participants ne veulent pas débattre le mémoire, est-ce qu'on pourrait appeler l'autre groupe, s'il vous plaît?

Le Président (M. Joly): Je ne voudrais pas enlever le droit de parole à M. Mercier, en conclusion, mais toujours, s'il vous plaît, dans le respect de cette institution. S'il vous plaît!

M. Mercier: M. le Président, tel que vous l'avez mentionné vous-même, je pense que cette commission est en place pour l'avancement des travaux, particulièrement en ce qui concerne cet avant-projet de loi.
(10 heures)

M. le Président, je dois vous dire que, effectivement, pour l'avancement d'un dossier comme celui-là, M. le ministre le sait très bien, je pense que le partenariat du milieu municipal et des autres groupes, c'est extrêmement important. Si nous ne le retrouvons pas effectivement à l'heure actuelle, en raison de la problématique qui existe entre le gouvernement et le milieu municipal, donc, les citoyens également du milieu qui sont touchés, M. le Président, c'est pour ces raisons-là, effectivement, que nous devons nous retirer de cette table, n'ayant pas ce climat qui doit être sain.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Mercier. Je remercie, au nom de cette commission, les membres des trois mouvements, des trois groupes - je ne devrais pas dire les trois mouvements mais les trois groupes - et vous souhaite bon voyage de retour. Merci. Je vais maintenant appeler le centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis, s'il vous plaît.

Alors, bonjour messieurs et bienvenue à cette commission. J'espère que le sujet sera pertinent. Alors j'apprécierais beaucoup si le représentant du groupe pouvait s'identifier, et aussi nous présenter les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Hôtel-Dieu de Lévis

M. Carrier (Robert): Très bien. Alors mon nom est Robert Carrier, président au conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Je suis accompagné dans ma présentation du mémoire préparé par notre centre hospitalier, et qui porte sur l'avant-projet de loi, de MM. Hervé Moysan, directeur général et Roch Boucher, directeur des services hospitaliers, du Dr Carrol Grondin, directeur des services professionnels, et du Dr Clarence Pelletier, président du comité de l'enseignement. Alors je vous remercie, je remercie les membres...

Le Président (M. Joly): Alors vous connais-

sez un peu les règles. Vous avez une dizaine de minutes pour nous **exprimer** votre mémoire.

M. Carrier: Parfait. Oui, très bien.

Le Président (M. Joly): Et par après les membres de cette formation se réservent le loisir de vous poser quelques questions.

M. Carrier: Très bien, merci.

Le Président (M. Joly): Alors allez, M. Carrier.

M. Carrier: Je remercie les membres de la commission d'avoir accepté de nous recevoir et de nous avoir donné ainsi la chance de présenter un concept qui **nous** tient à coeur. Notre centre hospitalier est un centre de soins de courte durée de 504 lits, affilié à l'Université Laval, et administrant un département de santé communautaire. Il offre toute la gamme de soins spécialisés à la population résidant sur le territoire de la région **Chaudières-Appalaches**. L'Hôtel-Dieu de Lévis a connu une évolution importante depuis les 15 dernières années. L'augmentation du nombre de lits et des effectifs médicaux, l'acquisition d'équipement de haute technologie, l'ajout de nouveaux professionnels de la santé, la couverture de toute la gamme de soins spécialisés, et la qualité reconnue de sa contribution à l'enseignement témoignent du dynamisme du centre hospitalier. L'Hôtel-Dieu de Lévis a ainsi étendu progressivement son rayonnement en collaboration avec les autres établissements de la région **Chaudière-Appalaches** en offrant, dans un contexte de complémentarité, des soins spécialisés, notamment en traumatologie, cardiologie, oncologie, psychiatrie, urgentologie, neurologie, pneumologie, radiologie et médecine nucléaire. Il se place désormais parmi les centres hospitaliers les plus importants du réseau des **hôpitaux** affiliés à l'Université Laval.

C'est parce que nous croyons à l'importance de la mission régionale que notre centre hospitalier a progressivement **développé** et à la nécessité de conserver dans le réseau des établissements de santé de ce type que nous avons voulu réagir à **l'avant-projet** de loi et préparer le mémoire que nous vous présentons aujourd'hui. Il nous apparaît, en effet, important que l'autonomie des raisons, objectif majeur de la réforme administrative, puisse également s'affirmer sur le plan de la distribution des services de santé. Or, la proposition contenue dans l'avant-projet de loi de création de centres hospitaliers universitaires suivant les critères proposés aboutirait à subordonner, sur le plan des services hospitaliers, le plus grand nombre des régions du Québec à quelques-unes d'entre elles. Cela n'est souhaitable, selon nous, ni sur le plan de la distribution des services de santé et de leur accessibilité, ni sur le plan de la formation des

médecins et autres professionnels de la santé. Je tiens, enfin, à signaler que le mémoire que nous présentons a reçu l'appui de plusieurs centres hospitaliers dont la mission s'apparente à celle de **l'Hôtel-Dieu** de Lévis.

Je cède maintenant la parole à M. Hervé Moysan, notre directeur général, qui vous présentera les grandes lignes du mémoire.

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

M. Moysan (Hervé): Merci, M. le Président. Disons, tout d'abord, que l'Hôtel-Dieu de Lévis souscrit entièrement à l'approche par objectifs de santé et de bien-être mise de l'avant dans l'avant-projet de loi. Il voit là une façon à la fois réaliste et efficace pour améliorer l'état de santé des Québécois. Par ailleurs, l'analyse exhaustive de l'avant-projet de loi a été faite par plusieurs instances qui représentent le centre hospitalier et à qui nous avons pu faire valoir notre point de vue. Mais en raison de l'impact qu'il peut avoir sur notre établissement, sur tous les établissements ayant une mission comparable à celle de l'Hôtel-Dieu de Lévis et, en définitive, sur la structuration des services de santé au Québec, nous voulons réagir plus particulièrement à la section de l'avant-projet de loi prévoyant l'octroi d'un statut de centre hospitalier universitaire, CHU, ou d'institut universitaire à un certain nombre de centres hospitaliers et mettre de l'avant le concept de centre hospitalier régional universitaire, CHRU. Nous comprenons que la proposition de l'avant-projet de loi tient compte de la nécessité de rechercher une certaine concentration de l'enseignement universitaire et de la recherche, de la prestation des services ultraspecialisés, ainsi que de l'évaluation des technologies. Mais cette concentration proposée, avec ses conséquences prévisibles en termes de développement à venir des services, aboutit aussi à une structuration de la distribution des services de santé qui n'aidera pas à solutionner les problèmes avec lesquels les centres hospitaliers et le réseau de la santé sont confrontés quotidiennement. On parle de l'encombrement des services d'urgence, de délais d'attente pour hospitalisation, de la difficulté de rétention des médecins en région, de la difficulté d'accès à des soins adaptés pour les personnes âgées.

Nous pensons que, pour de meilleurs services à la population du Québec, le réseau des centres hospitaliers doit assurer, au niveau de chacune des régions, l'accès à une gamme complète de services spécialisés. Le réseau québécois des services de santé et de services sociaux, s'est d'ailleurs progressivement organisé autour de cette notion de régions, en **dévelop-** pant dans chacune d'elles des organismes dynamiques, capables de répondre aux besoins spécifiques du milieu. L'avant-projet de loi renforce

ce positionnement régional en préconisant la mise sur pied d'instances régionales, de régies possédant des mandats particuliers. Dans ce contexte, il nous paraît important de favoriser dans chacune des régions la présence de centres hospitaliers ayant un statut et des mandats particuliers, à la fois régionaux et universitaires.

Pour assurer l'accessibilité aux soins, l'adéquation entre les besoins et les services, ainsi que la continuité des services dans chacune des régions qui sont trois des objectifs mis par la commission Rochon, nous proposons la création de centres hospitaliers régionaux universitaires.

Offrant la gamme complète de services spécialisés, le CHRU peut être appelé à développer certains secteurs de distinction, en fonction des priorités provinciales et régionales. Il a également pour fonction de promouvoir le développement de mécanismes de complémentarité des services dans sa région, de concert avec d'instances régionales. Il a enfin le mandat de participer à la formation universitaire, notamment en médecine familiale.

Nous pensons qu'en raison de sa mission spécifique, le centre hospitalier régional et universitaire offre le champ idéal pour la formation de médecins omnipraticiens et que ceci est donc compatible avec des objectifs de concentration et de rationalisation des universités.

De plus, la présence universitaire permettra de conserver en région les expertises nécessaires à la dispensation et au développement de services spécialisés complets, incluant certains secteurs de distinction. Il faut aussi noter que la formation en région de professionnels de la santé favorisera le maintien en région de ces professionnels ainsi que l'établissement de liens et de références avec leur milieu d'origine.

Enfin, l'Hôtel-Dieu de Lévis considère que la fonction de santé communautaire a avantage à être unifiée sur le plan régional, et que le centre hospitalier régional universitaire, de par les volets de sa mission, est, parmi les centres hospitaliers, celui qui est le plus en mesure d'assumer cette fonction. Nous croyons, de plus, que le réseau de la santé a intérêt à se doter d'un système de santé publique fort en préservant intégralement l'ensemble de la mission de santé communautaire.

Est-ce à dire que le centre hospitalier régional universitaire s'inscrit dans une structure du réseau, chapeauté par des établissements offrant des services ultraspécialisés et détenant une mission suprarégionale? Vous aurez deviné que notre proposition ne va pas du tout en ce sens. Tout au contraire, les centres hospitaliers régionaux universitaires offrent la gamme complète de services spécialisés et se voient octroyer un plein statut universitaire.

L'ultraspécialité et la suprarégionalité doivent, selon nous, être restreintes à des secteurs limités et leur existence résulter des faibles

volumes appliqués. Elles ne devraient pas conférer aux établissements qui les accueillent, et pour l'ensemble de leurs activités, un statut suprarégional. Comme nous avons essayé de le démontrer, une telle structuration du réseau n'aboutirait pas, selon nous, à une amélioration des services dispensés à la population du Québec en concentrant l'expertise, les services et la clientèle au niveau d'un certain nombre de centres hospitaliers situés en région urbaine. Tout au contraire, la création de centres hospitaliers régionaux universitaires permettra de renforcer l'expertise des centres hospitaliers en région, d'assurer la présence des professionnels les plus qualifiés, de développer des liens de complémentarité entre établissements et avec les professionnels sur le territoire. Le centre hospitalier régional universitaire sera ainsi en mesure d'assurer une meilleure accessibilité à la santé et aux soins, l'adéquation entre les besoins et les services ainsi que la continuité des services dans chacune des régions.

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

M. Carrier: M. le Président, M. le ministre et membres de la commission, nous vous remercions d'avoir accepté de nous recevoir et espérons que les éléments de réflexion que nous avons soumis sauront retenir votre attention et contribueront à faire avancer la réflexion sur les modifications à apporter à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il nous apparaît que la proposition que nous vous avons présentée, en capitalisant sur les ressources et les capacités actuelles du réseau, tout en assurant un certain partage, facilitera une meilleure répartition des médecins sur le territoire et, en définitive, permettra de consolider et d'améliorer les services dispensés à la population du Québec. Merci.

Le Président (M. Joly): M. Carrier, merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je suis très heureux de recevoir ce matin, et d'avoir l'insigne honneur de recevoir comme dernier mémoire de gens qui veulent se faire entendre, les représentants de l'Hôtel-Dieu de Lévis. M. le Président, pourriez-vous rappeler à l'ordre le député de Jonquière?

Le Président (M. Joly): C'est parce que M. le député de Jonquière n'est pas membre régulier ici. Alors il ne connaît pas, en fait, le sérieux de cette commission.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Puisque, effectivement, le document que vous présentez est un

document qui va directement au coeur de certains problèmes au niveau du réseau, dans la volonté que vous avez déjà depuis un certain temps de vous faire reconnaître comme un CHU, centre hospitalier universitaire, et je pense que c'est un débat qui est sur la place publique depuis un certain temps déjà. Vous êtes un hôpital affilié à l'Université Laval. J'aimerais vous entendre sur ce que serait pour vous, demain matin, la différence entre un centre hospitalier universitaire qui serait reconnu et un centre hospitalier qui est affilié à l'Université Laval et ce que ça va vous apporter de plus, demain, dans le concret, comme hôpital, l'hôpital "leader" de la nouvelle région Chaudière-Appalaches.

M. Moysan: Effectivement, M. le ministre, l'Hôtel-Dieu de Lévis est affilié à l'Université Laval et compte bien le demeurer. Je pense que la question de l'affiliation est différente de la question du statut et ce à quoi on réagit finalement, c'est la proposition de création de centres hospitaliers universitaires qui, du même coup, à notre avis, aboutirait à concentrer les ressources, les effectifs et les technologies dans un certain nombre de centres hospitaliers et donc, à drainer d'une façon - à moyen terme en tout cas - la clientèle vers ces centres hospitaliers. Ce qui fait que la mission régionale qu'assume l'Hôtel-Dieu de Lévis actuellement, je pense qu'elle serait en péril, disons, dans le contexte où notre centre hospitalier ne serait pas reconnu comme universitaire.

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

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends, c'est que ce que vous amènerait la désignation officielle d'un CHU, c'est plus de possibilités que vous en donne un centre hospitalier affilié?

M. Moysan: Absolument, M. le ministre. Le statut de CHU, finalement, viendrait confirmer et renforcer, d'une certaine façon, la mission régionale que l'Hôtel-Dieu de Lévis assume déjà et qui, finalement, serait sans doute en péril dans la mesure où certains CHU seraient appelés à se développer davantage dans le futur.
(10 h 15)

M. Côté (Charlesbourg): Et vous croyez que dans la mesure où ça serait ça... Je vais y aller directement au lieu de tourner autour. Est-ce que vous croyez que ce serait plus facile de développer l'Hôtel-Dieu de Lévis dans d'autres créneaux d'excellence ou dans des créneaux d'excellence que vous avez, si vous étiez un centre hospitalier universitaire reconnu au lieu d'un centre hospitalier affilié?

M. Moysan: C'est vraiment le but du mémoire, disons, que de préserver le développe-

ment à venir du centre hospitalier et de dire: vous continuez à développer sa mission régionale et, bien sûr, de développer certains secteurs d'excellence en retenant en particulier des médecins les plus qualifiés dans notre milieu, en développant la fonction d'enseignement donc, en développant à la fois les services et l'expertise de notre milieu.

Le Président (M. Joly): M. Carrier.

M. Carrier: J'aimerais quand même ajouter que lorsqu'on parle de développement on parle de développement dans le contexte de mission régionale et de complémentarité avec les autres centres hospitaliers de notre région. C'est uniquement dans cet esprit-là, pour un meilleur rôle régional, que nous parlons de développement. Je ne voudrais pas que vous soyez effrayé par les développements ou les coûts de développement des...

M. Côté (Charlesbourg): C'est-à-dire que ça ne m'effraie pas parce que s'il y a du développement il va devoir se faire quelque part. Historiquement, vous avez toujours dit que vous n'aviez pas été les enfants choyés de cette grande région de Québec, de ce que j'ai compris, en termes de développement. Peut-être du côté sud vous avez été parmi les plus choyés mais dans l'ensemble global de la grande région de Québec vous avez excellé grâce à vos initiatives. Mais est-ce qu'on peut se retrouver dans une situation, dans l'hypothèse où vous seriez reconnus. Est-ce qu'on se retrouve dans la situation où, effectivement, le Département de santé communautaire devrait demeurer à l'Hôtel-Dieu de Lévis? Parce que là, ça c'est l'autre question. Donc, ce que vous voulez, c'est tout. Est-ce que le Département de santé communautaire ne devrait pas, dans ces conditions-là, être rattaché à un autre hôpital dans la région de Chaudière-Appalaches, compte tenu du fait que 70 %, m'a-t-on dit, en tout cas, on a entendu du monde avant, de la population est davantage rurale et 30 % urbaine et que le DSC rattaché à l'Hôtel-Dieu de Lévis serait rattaché davantage à un milieu urbain qu'à un milieu rural?

Le Président (M. Joly): M. Moysan.

M. Moysan: Le volet santé communautaire fait partie effectivement de la proposition transmise dans le mémoire, M. le ministre. Ce qu'on pense qui est important, disons, c'est que l'ensemble de la population du territoire ait accès à des services de santé communautaire de façon équitable et, dans ce contexte-là, on pense que le Centre hospitalier régional universitaire est en mesure d'assumer une répartition équitable des services en santé communautaire. Parlant de clientèle, disons, il faut noter que la moitié de la clientèle de l'Hôtel-Dieu de Lévis est aussi

une clientèle rurale en termes de bassin de population et c'est finalement l'ensemble des populations à la fois urbaine et rurale qui doivent être desservies par le centre hospitalier ou par le Département de santé communautaire. Le centre hospitalier ayant une mission régionale couvrant l'ensemble du territoire on pense qu'il serait en mesure de dispenser les services à l'ensemble du territoire.

M. Côté (Charlesbourg): Tout le monde reconnaît que l'Hôtel-Dieu de Lévis est et doit être et doit continuer d'être l'hôpital d'importance dans la nouvelle région Chaudière-Appalaches. Comment voyez-vous la complémentarité avec Montmagny, avec Saint-Georges, les deux hôpitaux de Beauce et Thetford-Mines, parce que ce sont des hôpitaux qui sont nécessairement à l'intérieur d'une région? Comment voyez-vous le rôle d'un leader régional par rapport aux autres centres hospitaliers au niveau de la même région?

Le Président (M. Joly): Dr Pelletier, je crois, est-ce que vous auriez...

M. Pelletier (Clarence): Non. Moi, ce n'est pas tellement sur la réponse à cette question. Peut-être laisser répondre M. Moysan à cette...

M. Côté (Charlesbourg): Non, mais il peut compléter. C'est sur DSC, j'imagine?

M. Pelletier: Non, non. Pas du tout. Moi, c'était sur... Dans les toutes premières questions que vous avez posées, M. le ministre, à savoir quelle était un peu la différence entre le centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier affilié, qu'est-ce que ça donnerait de plus si demain on était reconnu centre hospitalier universitaire?

Là-dessus, je vais apporter quelques précisions. C'est que, dans le concept que l'Hôtel-Dieu de Lévis apporte, c'est-à-dire celui de centre hospitalier régional universitaire, ce que l'on sous-tend là-dessus, d'abord, remet en question en quelque sorte la classification des centres hospitaliers que l'on retrouve dans l'avant-projet de loi. C'est pour ça que c'est difficile pour nous de parler en même temps de CHRU et de CHU.

Le CHRU, pour nous, c'est un centre hospitalier qui, de par son nombre de lits de courte durée, de par le bassin de population qu'il draine, de par l'expertise des différentes spécialités médicales qui s'y trouvent, est non seulement capable mais est le mieux placé pour la formation des médecins et, en particulier, les médecins de famille. Je trouve que c'est un point très important parce que l'avant-projet de loi ne distingue pas la formation des médecins de famille de la formation des médecins spécialistes. Or, c'est une formation qui est totalement différente.

L'avant-projet de loi, vous le savez, veut concentrer en un certain nombre d'hôpitaux très restreints qui seraient responsables de la formation des médecins et, à ce moment, on ne distingue pas du tout médecins de famille et médecins spécialistes. Je ne pense pas que ce soit vraiment une bonne façon d'envisager la formation des médecins.

Un médecin de famille, en particulier, ce qu'il a besoin, c'est d'être exposé à des maladies, non seulement dans les livres mais dans le concret, en ayant un contact avec les malades, ce que très souvent il n'a pas lorsqu'il est regroupé dans un centre hospitalier où il doit passer par le résident 1 qui, lui, passe par le résident 2 et ainsi de suite jusqu'au résident 5? Donc, il y a vraiment un morcellement de l'exposition au niveau des patients. Nous, on pense que le CHRU est le mieux placé pour former ces médecins-là. On pense aussi que si on regarde un des principaux objectifs du gouvernement, et j'oserais dire de la société québécoise depuis les 10 ou 15 dernières années, c'est-à-dire la répartition uniforme des médecins sur le territoire, le simple fait d'avoir des unités d'enseignement et de formation de médecins de famille qui se retrouveraient dans chacun de ces centres hospitaliers fictifs, qu'on appelle, nous, régionaux-universitaires permettrait la rétention de ces médecins parce que la formation, entre autres, d'un médecin de famille est actuellement de deux ans, ce qui veut dire que quelqu'un qui, pour dire quelque chose, irait faire sa formation en médecine familiale dans un centre hospitalier régional universitaire pourrait se retrouver dans une région X, nommons-en une pour le "fun", pour le plaisir, la région 06 ou 07, malheureusement je ne sais pas à quelle région ça correspond-

Une voix:...

M. Pelletier: En tout cas... La Gaspésie, pour dire quelque chose. Prenons la Gaspésie ou Chicoutimi, pour donner un exemple. Après avoir vécu un an ou deux ans dans ce milieu, il y a une foule d'obstacles forcément qui tombent, qui sont très souvent des obstacles à l'installation de médecins en périphérie. Bon. C'est surtout dans ce contexte-là que je voulais préciser. C'est difficile pour nous de toujours chevaucher entre CHU, CHRU. Pour nous, le CHRU, ça remet totalement en question la classification actuelle de l'avant-projet de loi.

M. Côté (Charlesbourg): Il y avait mon autre question.

M. Moysan: Il est important de noter qu'il y a deux volets majeurs à la proposition que l'on fait, effectivement. Il y a la question de l'enseignement - dont vient de parler le Dr Pelletier - qui est importante et qui est très liée

en même temps à l'existence même de l'hôpital régional dont on parle. Il est très marqué entre les deux. **Parlons** de complémentarité, je voudrais signaler qu'il s'en fait déjà de la complémentarité sur le territoire. L'Hôtel-Dieu de Lévis a déjà beaucoup de programmes communs avec les centres hospitaliers et ce qu'on veut faire finalement, c'est continuer à développer des complémentarités dans le cadre des nouvelles régions.

Pour faire la complémentarité, il faut une masse critique. Ce qu'on veut actuellement par la création d'un centre hospitalier régional universitaire dans la région, c'est la conservation de cette masse critique qui permettra de faire de la complémentarité avec d'autres centres hospitaliers du territoire. On ne veut absolument pas tout regrouper, il est important de noter ça. On veut développer en même temps les sous-régions et conserver, si possible, en sous-régions l'ensemble des services qui pourront rester en sous-régions, en développant de tels programmes avec ces entreprises hospitalières. Mais encore faut-il avoir, comme je disais, la masse critique nécessaire pour pouvoir le faire, et que cette masse-là ne soit pas drainée vers les futurs CHU éventuellement.

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

M. Chevette: Je voudrais vous remercier. En fait, comme dernier mémoire, vous conservez quand même un point d'originalité. C'est peut-être intéressant parce que vous êtes les premiers à nous parler précisément de centre universitaire régional. Le hasard a voulu que, dimanche, je participe à une fondation et les médecins de ma région abondent exactement dans le même sens. Je n'avais pas lu votre mémoire, à l'époque. Ils abondaient exactement dans le même sens en ce qui regarde, en particulier, la formation de médecine de famille. Je trouve ça intéressant, neuf et, comme approche, ça m'apparaît intéressant en particulier face à l'objectif de la rétention des médecins en région. Ça, je trouve que c'est un point fort intéressant à regarder. En tout cas, moi, ça me plaît comme approche parce qu'on a voulu tellement par le passé insister exclusivement sur l'incitatif fiscal que si on liait le lieu de formation, à ce moment-là, il se crée des habitudes, il se crée des amitiés dans le milieu, il se crée un entourage, une ambiance qui fait que ça peut-être autant d'influence qu'un décret punitif ou qu'un décret incitatif.

Ça, je trouve que c'est intéressant, c'est intelligent comme formule, à mon point de vue, de penser à diversifier les lieux de formation, et peut-être de vivre une gamme de situations beaucoup plus intéressantes qu'une seule concentration, et ce, dans un grand centre urbain. En particulier face à... dans un grand centre

urbain qui pourrait se dépeupler et qui ne reflète pas effectivement la société québécoise telle quelle. Donc, sur ce côté-là, moi, je voudrais vous remercier d'avoir développé cet aspect-là.

Il y a seulement, cependant, c'est la reconnaissance... Étant donné qu'on a 16 ou 17 régions administratives, avec le dernier découpage c'est 16 régions administratives, M. le ministre? 16 régions, cela voudrait dire qu'il faudrait accréditer 16 centres hospitaliers. On a toujours, dans une région, à l'intérieur d'une région, au moins un centre hospitalier dit régional. Est-ce que vous voyez, la question que je pose, dans un premier temps, c'est est-ce que vous voyez ce lieu de formation déborder le simple statut de médecin de famille ou si vous le voyez aussi former dans d'autres spécialités de base qui sont normalement dévolues ou reconnues aux régions. Par exemple, 18 à 20, on peut s'entendre sur un chiffre de 18 ou de 20 spécialités de base. Est-ce que vous verriez une formation élargie, même dans ces centres régionaux universitaires.

Une voix: Le Dr Grondin.

M. Grondin (Carroll): Oui, M. Chevette, il est possible, effectivement, que les centres hospitaliers régionaux universitaires reçoivent les gens en formation en vue d'une spécialité. Si on prend l'exemple de l'Hôtel-Dieu de Lévis, comme on offre déjà toute la gamme des services spécialisés, il serait effectivement possible d'en venir à des ententes pour des stages ad hoc dans certaines spécialités. En fait, même si nous n'avions pas le statut de centre de CHU, rien n'exclurait, sur ce plan-là, qu'on contacte les centres hospitaliers et que, par la voie du contrat d'affiliation, ces stages-là soient prévus. Effectivement, actuellement, on n'est pas un CHU, et on reçoit effectivement, dans certains secteurs, notamment en psychiatrie et en radiologie, des gens qui viennent faire des stages d'un mois, deux mois, trois mois, et qui retournent à leur port d'attache. Alors ça n'exclut absolument pas ça, mais il faut comprendre que la formation médicale à laquelle seraient voués les centres hospitaliers régionaux universitaires serait d'abord et avant tout la formation des omnipraticiens, ce qu'on appelle des médecins de famille.

M. Chevette: Non mais je me disais, le court laps de temps que j'ai occupé le poste de ministre, je me rendais compte que pour l'égalité des services, là, l'équité dans les services, et un standard de qualité qu'on pouvait retrouver dans l'ensemble des régions du Québec, je pense qu'on s'entendait assez facilement, dans tout le réseau, pour dire qu'il y a 18 à 20 spécialités de base que l'on devrait retrouver dans chacune des régions du Québec. Et à ce moment-là, si on s'entendait sur les 18 à 20 spécialités de base, eh bien qu'on puisse, au moins par des stages,

effectivement, parce que si on veut créer un attrait autre que l'attrait financier pour s'organiser, pour que les médecins s'installent en région, d'une façon équitable, si on ne veut pas y aller par le pouvoir coercitif, en disant, bien, c'est tant de chaises universitaires réservées pour les régions sinon bonjour Luc, il va falloir qu'on trouve des moyens. Je trouvais que c'était une approche assez intéressante. Il y a une chose que je veux vous demander: la décentralisation qui est proposée, naturellement ne parle pas d'une décentralisation face à l'ultraspécialisé. J'ai peut-être mal interprété ce que vous avez dit dans votre mémoire ou ce que j'ai entendu, mais, face à l'ultraspécialisé, on va devoir tenir compte dans la répartition des enveloppes de la RAMQ en régions. Il va falloir qu'on accepte qu'il y ait, on ne peut pas avoir des centres ultraspécialisés de grands brûlés dans toutes les régions du Québec. Donc ça c'est admis, tout le monde comprend ça, à ce moment-là, est-ce que vous favorisez ou j'ai cru comprendre que vous ne favorisiez pas nécessairement la décentralisation des enveloppes de la RAMQ. J'aimerais que vous nous disiez, si j'ai bien compris, ou si j'ai des doutes, ou qu'est-ce que vous avez voulu dire?

M. Moysan: Ce que nous faisons, en fait, c'est un constat, effectivement. Comme vous dites, c'est que des centres de grands brûlés, il ne peut pas y en avoir dans tous les hôpitaux du Québec. Il y a donc une concentration qu'il faut rechercher absolument pour des raisons de qualité. Et ce qu'on dit, en même temps, par contre, c'est que les critères de reconnaissance d'un centre hospitalier universitaire ne devraient s'appliquer uniquement en fonction de critères d'ultraspécialité ou de recherche, par exemple. Et que le fait, par exemple, d'avoir un hôpital régional, disons, offrant une gamme complète de soins spécialisés, constitue la base idéale, d'après nous, pour former des médecins omnipraticiens. Maintenant, ce n'est pas non plus exclusif. Cela n'interdit pas un centre hospitalier, dépendant du contexte, de développer certaines pointes d'excellence. L'Hôtel-Dieu de Lévis, par exemple, va probablement avoir une unité d'enseignement en psychiatrie. Je pense que c'est une bonne chose et ça vient compléter la mission générale, mais ce sur quoi on s'appuie essentiellement, c'est la médecine de famille, disons, comme critère essentiel pour la reconnaissance universitaire. (10 h 30)

M. Chevette: D'une façon plus pointue, face à la décentralisation de la RAMQ, vous qui faites partie d'une nouvelle région administrative, comment voyez-vous ça? Il y a beaucoup de médecins avec vous là, dites-vous ça.

Une voix: Je ne comprends pas.

M. Pelletier: On comprend mal la question.

M. Chevette: La décentralisation complète, non seulement des sommes d'argent du ministère par région mais de la RAMQ, des enveloppes de la RAMQ, pour traiter les gens, tant pour le corps médical, à partir de tels critères, éloignement, distance, nombre de municipalités, etc., je suppose que ça ne sera pas bêtement tant par tête, comment voyez-vous ça, vous?

M. Pelletier: Voulez-vous parler des primes d'éloignement ou encore des avantages fiscaux ou autres pour ces choses... Je comprends...

M. Chevette: Bon! La commission Rochon arrive à la conclusion, à moins que je ne me trompe, que décentraliser les enveloppes, les sommes d'argent de la RAMQ au niveau des régions serait le remède le plus approprié, sans le dire de même, ce serait le remède à la répartition équitable des médecins sur le territoire. Je pense que vous avez compris ça autant que moi. À partir de cela, est-ce que vous croyez que dans une région aussi à proximité, que Lévis, de Québec c'est une bonne chose d'avoir une décentralisation des enveloppes de la RAMQ?

M. Moysan: Il y aura sûrement, éventuellement, des problèmes de frontières. Ce n'est pas forcément facile, disons. Par contre, il est clair que la proposition qu'on fait va dans le sens d'une autonomie de la région. Autonomie, en particulier, au niveau de l'ensemble des services spécialisés. Ce qu'on dit, finalement, c'est que la population de la région Chaudière-Appalaches devrait avoir accès, sur le territoire de la région, à l'ensemble des services spécialisés et, ces services spécialisés, on va les développer en complémentarité avec les CH qui sont déjà sur le territoire, à savoir définitivement dans le sens d'un développement des services dans la région, donc un meilleur partage des enveloppes.

M. Chevette: Dernièrement, vous avez dû fermer une salle d'opération chez vous. Est-ce que vous pourriez me donner le motif?

M. Moysan: Du dernier budget, M. le député, on ajuste les budgets. Ce que je peux vous dire, disons, c'est que, depuis cinq ans, l'Hôtel-Dieu de Lévis, en salle d'opération, malgré un contexte difficile, malgré un budget serré effectivement, il s'est ajouté tout près de 20 000 heures en salle d'opération. Alors, c'est un réaménagement. C'est un choix qui est fait, disons, de mode de fonctionnement. Il y a des changements, effectivement, au niveau des clientèles. Il y a des changements au niveau des technologies qui font que la restructuration s'en est suivie. Mais je peux vous dire qu'il y a 20 000 heures qui ont été rajoutées au budget 1990-1991 par rapport au budget 1984-1985.

M. Chevrette: Comment expliquez-vous que vous fermez une salle d'opération et que vous ajoutez des heures? Expliquez-moi ça.

M. Boucher (Roch): M. le Président, je pourrais **peut-être** me permettre...

M. Chevrette: Est-ce que vous auriez le goût de me dire que la santé budgétaire est presque aussi importante?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Boucher: Effectivement, je pense que c'est un prérequis. Maintenant, en ce qui concerne la réponse à donner de façon précise, à la salle d'opération, je dois vous avouer qu'on ne s'attendait pas à ce genre de question-là à l'intérieur d'un débat.

M. Chevrette: C'est en vous voyant que j'y ai pensé.

M. Boucher: Vous êtes bien aimable. Je pourrais peut-être préciser que, comme M. Moysan vient de le souligner, il y a eu des heures d'ajoutées. Ce qui est **peut-être** important de mentionner, c'est la répartition avec laquelle ces heures-là ont été effectuées à l'intérieur du volume d'activités potentielles du bloc opératoire. J'aimerais **peut-être** dire que les minutes opératoires, si on se réfère depuis les cinq dernières années... La disponibilité du temps opératoire a progressé depuis les cinq dernières années. Donc, on laisse plus de disponibilité aux chirurgiens d'exercer. Maintenant, ces disponibilités-là se sont effectuées en soirée, la fin de semaine et même la nuit, compte tenu des urgences ou des cas qui se présentaient et aussi la problématique d'hospitalisation et l'achalandage au niveau des lits. Maintenant, la fermeture d'une salle de jour, on ne peut pas nécessairement conclure qu'il y a moins de disponibilités opératoires si les disponibilités sont réparties en dehors de l'horaire normal, **c'est-à-dire** passé 16 heures, le soir, la nuit ou les fins de semaine.

M. Chevrette: Est-ce que vous pourriez me dire... l'unification des conseils d'administration prévue dans la loi, à l'intérieur d'une région, comment réagissez-vous à ça? Le projet de loi dit qu'il voudrait, le plus possible sur le territoire, voir regroupés les conseils d'administration. Je comprends que ça n'a pas été le fondement de votre mémoire. Mais comment avez-vous réagi à ça? Vous n'avez pas peur parce que vous êtes le plus gros de la région mais...

M. Moysan: Je ne suis pas **sûr** de bien comprendre la question, M. le Président, mais je pourrais peut-être répondre en deux temps. D'abord, sur le principe d'un conseil régional, disons, à partir du moment où on veut être un

centre hospitalier régional, je pense qu'il est logique de s'attendre à ce qu'il y ait une représentation régionale au conseil d'administration. C'est **peut-être** le premier volet de la réponse.

M. Chevrette: Le regroupement au niveau des conseils qu'on proposait dans l'**avant-projet** de loi?

M. Moysan: C'est différent. Par contre, si on parle de la proposition de l'avant-projet de loi, comme on disait tout à l'heure que la proposition qu'on fait actuellement c'est d'avoir un plein statut universitaire, ça inclut également que, comme tout CHU, le conseil d'administration...

M. Chevrette: Et la présence des professionnels au conseil?

M. Moysan: ...aurait son statut. Ce qui n'exclut pas une représentation de l'ensemble du territoire.

M. Chevrette: La présence des professionnels au conseil, la **juger-vous** indispensable?

M. Moysan: Je pense que l'expérience a montré qu'elle a été utile. Personnellement, j'ai participé au conseil d'administration depuis une dizaine d'années et je peux vous dire que, dans de nombreux dossiers, la présence des professionnels ou encore de syndiqués, d'employés du centre hospitalier est importante.

M. Chevrette: J'avais une dernière question. Je pourrais la laisser à mon collègue de Lévis.

Une voix: Consentement.

Une voix: On consent. On sait que...

M. Côté (Charlesbourg): J'ai vu ça dans le visage du député de Lévis, quand il est arrivé. Il est, comme moi, très expressif, à l'occasion, du visage.

M. Garon: Ça doit être à midi et demi.

Le Président (M. Joly): On vous devine, M. le député. On ne vous reconnaît pas, on vous devine.

M. Garon: J'aurais une question, une seule. La régionalisation des centres hospitaliers en soi, je pense, est un bon principe. Mais, dans quelles conditions est-ce que ça doit être fait pour que ça n'équivale pas à dire qu'il y a des régions qui sont bien traitées sur le plan de la médecine et d'autres deviennent... comme dans les autobus, avancer par en arrière. Si on regarde la région de Québec, il y a six grands hôpitaux, il y en a

cinq à Québec, un à Lévis. J'ai le sentiment que Lévis ne progresse pas beaucoup **actuellement**. Il perd son unité de médecine familiale, a les moins gros budgets de la région de Québec. Il n'a même pas l'indexation au cours de la dernière année. Des choses qui doivent apparaître à Lévis se retrouvent ailleurs. La régionalisation dans des conditions comme celles-là, vous n'avez pas l'impression que... Indépendamment de la fierté, de dire: On a un hôpital régional. Vous ne craignez pas que... Dans quelles conditions ça doit être fait, pour que ça n'équivaille pas à avoir une médecine de moindre qualité?

M. Carrier: Si vous me le permettez, l'objectif du rapport, de notre mémoire... La réponse à vos interrogations, on peut la trouver dans une rationalisation des services et des ressources. **C'est** ce que l'on veut, c'est ce **qu'on** demande. Si les services et les ressources sont rationalisés, comme on le prétend avec les mesures recommandées, sans nécessairement augmenter les coûts, parce qu'on utiliserait, à ce moment-là, des ressources qui sont sur les lieux, je pense qu'on répondrait à vos interrogations. Maintenant, ma réponse n'est peut-être pas complète.

M. Garon: Ce que je veux dire, au fond, c'est: Comment pouvez-vous offrir une médecine de même qualité avec des budgets moindres que ceux des autres hôpitaux? À moins que vous ne soyez surefficaces, et là vous êtes le modèle à suivre, ou, à ce moment-là, vous n'avez pas les budgets suffisants. Il ne faut pas compter d'histoires. Tous les chiffres que je vois de vos per diem, vous êtes sous-budgétisés par rapport aux autres grands hôpitaux de la région de Québec. Vous êtes bien meilleurs, vous êtes plus efficaces et plus productifs ou bien vous êtes sous-budgétisés. J'aimerais avoir une réponse...

Le Président (M. Joly): Dr Grondin, je pense que vous voulez répondre. M. Moysan.

M. Moysan: M. le Président, c'est justement parce qu'on voit... c'est un danger à la proposition de création de CHU et à la structuration du réseau qui va en résulter, qu'on met de l'avant le concept de centre hospitalier universitaire. C'est d'abord un centre hospitalier universitaire. Il est régional également, mais il est universitaire. On pense qu'à moyen terme, s'il doit y avoir un rééquilibrage des budgets éventuels, c'est par rapport à une affirmation de la mission de l'Hôtel-Dieu de Lévis, à la rétention de médecins dans ces hôpitaux-là et dans ces régions-là et à l'excellence de la médecine qui va être pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Lévis, comme dans tous les hôpitaux régionaux qui existent à l'heure actuelle.

Le Président (M. Joly): Merci, je dois...

M. Chevrette: Je voudrais vous remercier de votre mémoire et, en particulier, en tout cas, l'aspect neuf qu'on retrouve, avec les incitatifs véritables, en région, pour les **"omni"**, les médecins de famille. Je vous remercie infiniment, c'est un apport précieux pour la commission.

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

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, je veux remercier les gens de l'Hôtel-Dieu de Lévis de leur présentation et, comme le dit le député de Joliette, même comme dernier mémoire entendu à la commission, après **175**, 176 mémoires, vous avez trouvé le moyen d'avoir une pointe d'originalité qui n'avait été à peu près pas entendue jusqu'à maintenant. C'est **peut-être** qu'il y a quelque chose là d'intéressant à explorer. Je veux vous souhaiter bonne chance pour le futur immédiat et le futur à moyen terme, sur le plan de ce que vous avez entrepris comme travail. Évidemment, une région se doit d'avoir des outils, à partir du moment où on reconnaît une région. Je suis un de ceux qui ont toujours défendu ça et qui va continuer à le défendre, quitte à ce que ce soit au propre détriment de la région que je représente. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, au nom des membres de cette commission.

M. Carrier: Merci.

Le Président (M. Joly): Moi aussi, je tiens à vous remercier. Je souligne aussi la présence du Dr Laplante qui était parmi nous. Merci.

Nous suspendons nos travaux jusqu'à 15 h 30, ici, dans le même salon. Merci.

(Suspension de la séance à 10 h 43)

(Reprise à 15 h 32)

La Présidente (Mme Marois): Si les membres de la commission veulent bien reprendre leur siège, la commission va reprendre ses travaux.

Alors, je rappelle en ce début de séance, d'avant-dernière séance, en ce qui concerne cette consultation, que nous tenons des audiences publiques dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux. C'est en effet notre 25^e séance de travail, aujourd'hui, qui a débuté ce matin.

Nous invitons donc, cet après-midi, le Dr Jean Rochon, qui a présidé les travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, à bien vouloir témoigner devant nous et échanger certains propos avec les membres de la commission. Bienvenue à nos travaux. On me souligne que vous avez environ 30 minutes pour faire une intervention de départ et que, par la suite, de part et d'autre, chacun

des partis politiques dispose aussi de 30 minutes chacun pour discuter et échanger des avis avec vous. Ça va.

M. Jean Rochon

M. Rochon (Jean): Merci, Mme la Présidente et **Mmes** et **MMs**, les membres de la commission. Je voudrais d'abord dire que je suis **particulièrement** heureux - je devrais l'avouer - un peu ému de me retrouver ici avec vous à la fin de vos travaux, aujourd'hui. Même si, pendant les deux dernières années, j'ai été à l'extérieur du Québec physiquement, je pense avoir réussi à demeurer assez près et à suivre assez bien ce **qui** se passait au Québec grâce à un bon réseau d'amis qui m'ont tenu informé régulièrement et qui m'ont **fait** parvenir, entre autres, les journaux du Québec par lesquels j'ai pu, au moins là, suivre les travaux de la commission.

En me présentant devant vous, j'ai pensé que, surtout dans une première introduction, j'espère pouvoir contribuer à vos travaux en visant deux éléments dans une présentation. D'abord, sur la base de l'expérience que j'ai pu vivre en Europe, au cours des deux dernières années, j'aimerais peut-être brosser rapidement un tableau de ce qui me semble être carrément des consensus qui se retrouvent un peu partout à l'extérieur du Québec et qui semble être un mouvement général.

Pour moi, ça a été très intéressant de constater graduellement ce qui se passe dans d'autres pays et ce qui va dans le même sens que ce qui semble se passer au Québec **actuellement**, parce que c'est un peu une validation de certaines orientations de société et de certains choix sociaux qui se font actuellement.

Dans un deuxième temps, même si vous ne m'avez pas demandé directement de venir témoigner à savoir si, deux ans après, j'osais dire la même chose, j'essaierai peut-être de **m'adresser** un peu à cette question.

Alors, d'abord, rapidement, ce qui semblait être des consensus qui sont dans le sens, je pense, des principales recommandations de la Commission d'enquête sur l'organisation des services de santé et des services sociaux, mais aussi des consensus qui au-delà, je pense, des conclusions et des recommandations de la Commission semblent être des éléments de l'évolution du Québec. Ça, ça se voit surtout d'après ce que j'ai pu constater, en tout cas, de ce qu'on a fait du rapport de la Commission et qui était peut-être pour l'ensemble, je pense, de mes collègues, aussi, à la Commission et pour moi, personnellement, une des meilleures récompenses qu'on pouvait avoir, parce que, sur la fin des travaux, je me rappelle très bien qu'on se disait, constatant **l'énormité**, c'est-à-dire pas **l'énormité**, mais l'ampleur du domaine et l'aspect énorme de certains problèmes, qu'une des contributions sûrement que devait faire ou tenter de faire une

commission de ce genre-là, au-delà de recommandations précises et d'éléments de solutions, j'espère, qu'on a pu proposer, était surtout d'avoir amorcé un débat qui devait se continuer et de permettre aux gens de vraiment récupérer, d'intégrer et de faire leur, les recommandations de la Commission et de décider ce qu'ils voudraient en faire.

Alors, à travers ce débat, on sent vers où évolue le Québec et je pense que ça rejoint, souvent, des mouvements qu'on voit se passer dans d'autres pays. Je les mettrais sous trois titres. Il y a des consensus, d'abord, qui s'établissent clairement au niveau des politiques de santé qu'on doit retrouver. Actuellement, le décompte qu'on en fait, si on prend l'exemple de la région européenne de l'organisation mondiale de la santé où j'oeuvre actuellement, il y a une vingtaine de pays sur les 32 pays de la région qui ont déjà, à un niveau ou l'autre, mais à un niveau officiel de prise de position politique et gouvernementale, adopté une politique de santé où, en général, on retrouve les caractéristiques suivantes. Ce sont, en général, des politiques de santé qui sont intégrées au développement social et économique du pays et non pas des politiques qui tiennent seules par elles-mêmes, mais qui sont vues comme des éléments du développement du pays, de la société en question où la santé est vraiment campée comme, à la fois, un facteur de développement et une résultante du **développement** de la société.

Ce qu'on retrouve aussi beaucoup, de plus en plus comme caractéristique et comme filon de ces politiques, c'est ce qu'on pourrait **peut-être** appeler un effet du rapport de la Commission sur l'environnement, qui était connue sous le nom du rapport Brundtland, étude faite par les Nations Unies, où on tente de récupérer, dans un sens, la notion du développement durable et de voir quelle solution on peut apporter à court terme et immédiatement aux problèmes auxquels font face les systèmes de santé ou une société par rapport à des systèmes de santé, mais en tenant compte non seulement des problèmes actuels, mais de l'effet sur la génération qui va suivre et du développement dans le temps d'une génération à l'autre.

La troisième caractéristique de ces politiques, c'est leur aspect de plus en plus **écologique** où on campe les services de santé de plus en plus dans un contexte où la personne humaine est vue comme le centre de préoccupation, mais dans un contexte social, économique et, évidemment, tenant compte de l'environnement physique.

Finalement, ces politiques ont de plus en plus la caractéristique d'être des politiques qu'on appelle, dans le jargon, des politiques qui sont ciblées. Il y a tout un débat à savoir jusqu'à quel point on doit quantifier les cibles - ça, ça varie selon les milieux - d'avoir des politiques qui, au-delà du discours plus général et des

grands choix de société, identifient des cibles précises à atteindre dans une échelle de temps déterminé. C'est aussi une caractéristique qu'on retrouve.

Deuxième niveau de consensus, si on regarde à l'intérieur de ces politiques, il y a trois grands points qui se dégagent clairement. Un, c'est une préoccupation grandissante pour l'équité. Et on a des données qui ressortent récemment où on montre que même avec les efforts investis au cours des cinq à six dernières années, c'est à ce moment-là - je me réfère toujours au contexte européen - où on a vraiment eu un effort organisé, structuré autour du développement des politiques de santé, malgré les efforts actuels, les écarts entre les groupes, à l'intérieur d'un pays et parfois même entre les pays, non seulement ne semblent pas avoir diminué mais, dans la plupart des cas, se sont même un peu élargis. Il semble clair que ceux qui étaient en meilleure position ont pu faire des gains grâce à ces politiques **mais** ceux qui étaient en moins bonne situation de départ n'ont pas facilement pu démarrer jusqu'à présent.

Au-delà de l'équité, il y a une deuxième grande caractéristique qui se dégage de toutes ces politiques et c'est vraiment le choix clair et une orientation très nette sur des axes de prévention et de promotion de la santé. Encore là, sans nier la part importante des services de santé, mais ça apparaît clairement comme un message qui est passé, c'est que des politiques de santé pour l'avenir doivent être établies d'abord sur des objectifs de promotion et de prévention, s'adressant autant aux facteurs déterminants de la santé qu'à la responsabilisation des individus et des collectivités. Finalement, ce qu'on retrouve aussi comme il semble que ce soit l'évolution au Québec, ce sont des politiques qui, s'adressant aux services de santé, centrent vraiment le développement des services sur les besoins de la personne, sur le consommateur des services.

Un troisième niveau de caractéristiques des politiques qui se dégagent est au niveau des moyens d'actions. Il y a trois grands moyens d'actions qu'on retrouve à peu près partout, à des degrés différents, dans ces politiques: un qui est l'intersectorialité très nette où, là aussi, on semble partout avoir compris que beaucoup de problèmes de santé, non seulement ne vont pas se régler, sans une approche intersectorielle, mais très souvent la prévention et la promotion passent par d'autres secteurs que celui qui est le secteur officiel de la santé.

Une deuxième caractéristique au niveau des moyens est celle d'établir la base des systèmes de santé sur les soins primaires. Là, il y a des choix très **nets** qui semblent être faits dans à peu près tous les pays. Finalement, il y a vraiment un mouvement général qui est en dehors même de la discussion **sur** la décentralisation et la participation des communautés locales

au niveau le plus petit dans un sens où des décisions peuvent se prendre quant à l'organisation et la distribution des services de santé. Le débat en est vraiment un au niveau des moyens, mais n'est plus au niveau du pour ou du contre la décentralisation.

C'est un peu, en guise d'introduction, ce que je voulais rappeler: les lignes de force au niveau politique, les choix politiques et les grands moyens d'actions qu'on retrouve actuellement, et que je perçois en Europe, et qui me semblent recouper beaucoup ce qui se passe actuellement au Québec. Je pense que ça peut être vu comme une certaine validation des orientations qu'on a prises.

Maintenant, en s'adressant plus directement au rapport que la commission a présenté et le voyant dans le contexte de ce qui s'est passé depuis ce temps-là, **au** Québec, encore là, de ce que j'ai pu voir ou, j'espère, un peu apprendre au cours des deux dernières années dans un contexte un peu différent, il y a certains éléments sur lesquels j'aimerais revenir. Je dois vous dire et je devrais avouer que le rapport étant à écrire sur ces questions-là, je me sentirais carrément dans une position de récidiviste. Je ne sens vraiment pas le besoin, et je le dis bien honnêtement et sincèrement, de considérer des revirements importants ou des remises en question importantes, dans le sens de ce que la commission a présenté. Mais si c'était à refaire, je pense qu'on serait en moyen, aujourd'hui, avec ce qu'on a pu apprendre au cours des deux dernières années, d'aller peut-être plus loin ou d'être plus positif, plus fort dans certaines des orientations qu'on a voulu suggérer.

Un premier point sur lequel, je pense, on pourrait et on devrait considérer aller plus loin est celui de la place qu'on a voulu donner, et qu'on discute actuellement, aux services de première ligne dans un système de santé. Ces services de première ligne étant reliés, comme un facteur déterminant, à l'accès pour tous aux soins généraux, à l'information dont les gens ont besoin quant à la nature et aux moyens de résoudre leurs problèmes de santé, aux interventions de la prévention et aussi à des avenues, à une contribution importante et à des développements importants qui peuvent être faits par certains secteurs, certains domaines et, entre autres, je pense qu'on peut faire une référence aux soins infirmiers où peut-être qu'on aurait pu pousser plus loin l'analyse, voir jusqu'à quel point il y a un élément de développement pour l'avenir. Il y a une voie de développement pour l'avenir pour les soins infirmiers dans ce qui peut être fait au niveau des soins généraux et au niveau d'une approche **plus** globale de la communauté. Le domaine de la réadaptation aussi, au niveau des soins généraux, c'est à revoir et à analyser avec plus de profondeur et je pense que là, il y a énormément de possibilités qui sont à

découvrir. Et ce que l'on voit beaucoup se développer dans les systèmes au niveau des soins généraux, ce sont les services surtout à deux types de clientèles, si je peux prendre ce terme-là, qui sont de plus en plus présentes, soit celle des personnes âgées évidemment, mais aussi les personnes qui ont besoin de soins qu'on appelle **paliatifs**. Et avec l'évolution des problèmes de santé, le vieillissement de la population, c'est un groupe qui augmente de plus en plus. Il y a toute une technologie qui s'est développée de façon importante de ce côté-là et qui trouve une place importante au niveau des soins primaires. Cela est possible pour mettre ça plus concrètement avec ce qu'on voit se développer comme technologie.

(15 h 45)

On réfère souvent aux technologies en pensant au niveau les plus sophistiqués, les technologies de pointe très spécialisées ou surspécialisées. Il y a tout un secteur de technologies de faible intensité et d'application au niveau des soins généraux qui sont en développement, et je donnerai quelques exemples seulement pour illustrer. Si on prend des technologies qui visent plus directement les consommateurs, les patients ou les clients, selon comment on veut les appeler, il y a tout le domaine des aides domestiques et les aides à la mobilité de toute nature qui se développent actuellement et qui permettent vraiment... qui ouvrent des possibilités qui n'existaient pas il y a même cinq ans. Il y a tout le secteur des communications, ce que les gens appellent les ordinateurs maisons, qui permettent de garder à domicile une personne en contact et même de pouvoir facilement déclencher un signal d'alarme, ce qui permet de garder en toute sécurité et de maintenir des gens qui ont différents types de problèmes, grâce à cette technologie, dans un contexte de domicile. Il y a beaucoup de technologies, qui visent carrément les professionnels de la santé et des services sociaux, qui se sont développées, soit des moyens diagnostics où, de plus en plus, on peut faire des diagnostics et des traitements à domicile. Il y a des exemples récents dans le domaine, par exemple, des traitements d'insuffisance respiratoire qui étaient difficiles à imaginer en dehors du milieu hospitalier où, dans certains cas et selon certaines conditions, on peut aller jusqu'à transporter à domicile des soins importants, et il y a tout un secteur de surveillance clinique de signes vitaux qui peut être fait, et facilement, dans un contexte familial et qui sont des technologies, encore là, faciles d'exportation.

Finalement, il y a tout le domaine des communications. En plus de ce qu'on fait directement qui vise le client ou le producteur de services, le domaine des communications. Là, je donnerai seulement un exemple. Ça rejoint aussi un des développements qui se fait au Québec actuellement, ce qu'on appelle, de façon générale, les fameuses cartes à puce qui mettent vraiment

à la disposition du consommateur, très localement, le minimum de renseignements qui sont nécessaires pour pouvoir donner des services de façon très décentralisée et au niveau des soins généraux. À cela, on peut donner l'exemple aussi de systèmes experts qui se développent comme support à la décision professionnelle dans différents milieux et qui permettent aussi de maintenir à un niveau de soins généraux ce qui devait se faire avant centralement.

Cela dit, quand on voit ces développements se faire, on constate, maintenant **peut-être**, plus facilement qu'il y a deux ans comment le Québec a une position un peu unique en certains rapports et, à plusieurs égards, une longueur d'avance par rapport à beaucoup de pays qu'on peut voir. On a, d'abord, au Québec, et c'est peut-être une des choses qui me frappent encore plus aujourd'hui, une infrastructure de soins généraux au niveau de soins primaires qu'à peu près aucun pays n'a. Finalement, c'est notre réseau de **CLSC**. Je n'essaie pas de dire qu'on aurait dû dire que je dirais aujourd'hui que tout doit être fait par les CLSC. Je pense que c'est un réseau qui a passé par une phase de **développement** et qui continue à se consolider **actuellement**. Alors, ce n'est pas une invitation à faire "**réécarter**" le réseau mais ça donne quand même une stabilité et un centrage d'un ensemble de services qui peuvent vraiment, que par leur existence, produire un point, un focus d'intégration et de coordination, que par leur présence. Et ça, c'est une infrastructure qui a été améliorée mais qui n'existe, à peu près en aucun endroit au monde, qu'au Québec actuellement, je pense.

Un autre atout que le Québec a eu et ça, la Commission l'avait vu comme un acquis, mais je pense que je le dirai encore plus fort aujourd'hui, c'est cette intégration qu'on a réussi à faire, pas toujours sans douleur, mais qu'on a réussi à faire, des services sociaux et des services de santé. Et ça, pour le développement des soins généraux, c'est un atout essentiel parce que la plupart des problèmes doivent s'affronter par une bonne intégration de ces deux types de services.

Il y a ce qu'on a vu au Québec et qui nous avait beaucoup frappés, je pense, à l'époque et qui a probablement été une révélation pour votre commission aussi, le niveau, quand même, de développement des concertations au niveau des régions et au niveau local, concertations entre établissements et concertation, de plus en plus, avec d'autres secteurs de l'activité publique ou sociale et, parmi les autres secteurs, il y a un développement, au Québec, je ne sais pas jusqu'à quel point ça frappe au Québec ou qu'on le sent, mais qu'on utilise beaucoup à titre d'exemple dans d'autres milieux, c'est le développement du mouvement, je ne sais pas quel titre on lui a donné officiellement, des villes et des villages en santé, comme étant un secteur d'implication des

municipalités, dans le cadre, carrément, de leur mandat, mais dans une approche très intersectorielle et très fonctionnelle, très articulée avec le système de santé. Donc, l'importance du niveau primaire, de la première ligne, serait peut-être à accentuer pour le développement, pour l'avenir, sur la base du développement technologique qui permet d'aller plus loin et des facteurs uniques qu'on a à Québec, auxquels j'ai fait référence, qui nous permettent de faire ce développement.

Un deuxième point sur lequel on pourrait peut-être pousser plus loin la réflexion et les recommandations avec ce qu'on peut connaître maintenant, qui était peut-être moins évident parce que, là-dessus, il y a beaucoup d'expériences qui commencent à devenir connues récemment, c'est tout le domaine de l'évaluation et spécialement l'évaluation de la qualité de ce qui est produit par un système de santé.

Évidemment, il y a le domaine... et il y a peut-être quatre ou cinq exemples qu'il faut donner **rapidement** pour voir de quoi on **parle**. Premièrement, il y a sûrement l'évaluation du développement technologique, ça, je passe rapidement parce que le Québec a déjà une action très concrète dans ce domaine et c'est une décision qui avait été prise même avant la fin des travaux de la commission. Et ça, on le retrouve dans la plupart des pays européens et **là-dessus**, le Québec, je pense qu'on est peut-être même en... ce n'est pas facile de profiter de l'expérience d'ailleurs parce qu'on est un peu à l'avant du développement ou en même temps que ceux qui poussent le développement actuellement.

Il y a tout le domaine, qui est assez bien connu aussi, qui se développe, celui de l'assurance de qualité au niveau de la production des services comme tels. Maintenant, au-delà de ça, il y a au moins trois types d'évaluation de qualité qui deviennent de plus en plus réels et qui semblent être très porteurs pour l'avenir. Il y en a un, qui est une approche - et ça, on la voit beaucoup actuellement, si un pays a l'avance **là-dessus**, c'est peut-être la Hollande - où on a mis l'accent beaucoup sur le développement d'un système de surveillance et de rétroaction, c'est-à-dire surveillance de "monitoring", si on peut prendre le terme, de ce qui se passe au moment où se déroule un épisode de services, et l'épisode de services est devenu le dénominateur d'analyse, où on réussit à capter l'essentiel de ce qui se donne comme services et d'en faire une rétroaction d'informations, quant à ce qui a été produit par cet épisode, à ceux qui étaient responsables de le produire, les professionnels et les administrateurs. Ils ont développé des systèmes qui visent, par exemple, directement le praticien de médecine familiale, ou qui visent les spécialistes dans différents domaines ou qui visent les hôpitaux où vraiment l'information est captée, recueillie, rapidement analysée et redonnée au système, et que ce circuit d'informations com-

mence à donner des résultats en termes d'intégration de services et un impact sur les coûts par les phénomènes connus de régression vers la moyenne. Quand on sait qu'on produit la même chose à un coût beaucoup plus grand que tout le monde, automatiquement ça amène un comportement. C'est une motivation comme telle à rejoindre ce qui semble être la moyenne de production en termes de coût.

Dans les mêmes pays, en Hollande encore surtout, il y a un autre type de développement qu'on fait qui est vraiment de l'évaluation de qualité, mais orientée aussi vers l'aspect de l'efficacité et de l'efficience des soins. Ça vise soit carrément l'utilisation des services comme tels où, sur une base du client comme tel et en tenant compte des moyennes qu'on retrouve à l'intérieur de différents secteurs de pratique, on a pu développer graduellement des standards statistiques qui, là encore, donnent des indications très nettes quant à l'utilisation souhaitée et souhaitable des services de santé et aux coûts auxquels cette utilisation peut correspondre...

On a fait le même genre d'expérience pour l'évaluation de l'efficacité des services dans l'intégration de services interétablissements. En prenant un type de problème que présente une personne, en prenant le dénomination d'une épisode de soins, on peut retracer, à partir de l'hôpital en passant par la clinique médicale ou le CLSC et les soins à domicile, un épisode qui peut se définir, sur lequel on peut calculer de façon concrète ce qui a été produit, à quel coût, dans quel délai et avec quel type de résultat.

Un autre développement intéressant, **en plus** de ces systèmes de surveillance et ces systèmes d'évaluation de l'utilisation des services, est vraiment ce qu'on appelle dans le jargon des développements des modèles de pratique où, sur la base des connaissances acquises, et c'est vraiment un secteur intéressant de l'intégration de connaissances biomédicales et de l'approche globale par rapport à des problèmes de santé, on doit partir des connaissances sur la cause, l'incidence, les conséquences, les complications possibles, le moyen de contrôler les complications possibles d'un problème de santé ou un problème social. On peut développer vraiment un mode de pratique qui semble, à l'expérience et qu'on peut vraiment démontrer de façon quasi expérimentale, être une approche un peu modèle qui sert de ligne de conduite.

On l'a fait, par exemple, où on le développe actuellement pour des problèmes comme l'abus de l'alcool ou l'abus de drogue, comme approche; avoir un impact sur ces problèmes. Ça a été **fait** pour le "management" de problèmes comme le cancer du sein. On le fait pour des problèmes plus légers mais qui, de façon surprenante, ont un impact énorme sur l'utilisation de services de santé, comme différents types de réactions allergiques à différentes situations (le diabète, l'hypertension artérielle, l'arthrite **rhumatoïde**).

Ce sont vraiment des secteurs où existent présentement - c'est la Suède qui a surtout développé ça - des modèles de pratique qui permettent non seulement d'améliorer la qualité des services, mais en plus, en général, de produire une aussi bonne qualité sinon une meilleure très souvent à meilleur coût et qui rejoint beaucoup les préoccupations et les besoins d'éducation continue. Ça permet vraiment d'articuler et de fournir un créneau pour la formation continue des différents personnels impliqués autour d'un modèle de pratique.

Donc, l'évaluation de la qualité, je pense qu'aujourd'hui on a, de façon qui se démontre actuellement ou qui commence à donner des résultats, des moyens d'aller beaucoup plus loin et le Québec, je pense, a les moyens technologiques de s'impliquer **là-dedans**. Il pourrait en profiter pour se joindre à ces comparaisons internationales qui se font pour aller plus vite dans le développement de nos connaissances là-dedans. Dans les quelques minutes qu'il me reste, je voudrais toucher un troisième point où je pense que la Commission n'aurait pas pu facilement aller plus loin, mais où il me semble, avec la discussion qu'il y a eu autour des recommandations de la Commission et de l'évolution du débat, j'espère qu'on pourrait, en retravaillant là-dessus, articuler mieux notre argumentation de l'époque. C'est en rapport avec le financement du système. On en parle beaucoup et c'est sûrement un point central. Il y a une constatation à laquelle tout le monde doit se rallier: sûrement que la pression pour un plus grand nombre de services va continuer à se maintenir dans le domaine de la santé, ne serait-ce qu'à cause de deux facteurs qui sont déterminants et sur lesquels on n'a pas de contrôle immédiat, soit la démographie, le vieillissement de la population et, deuxièmement, le développement technologique qui, nécessairement, rend possible la production d'un plus grand nombre de services et d'une plus grande diversité de services.

Là, je vais simplement essayer de rappeler ce qui a été notre discours à l'époque et comment, avec **l'évolution** des choses, on pourra essayer de le camper un peu plus ou de réaffirmer ce qu'on voulait dire à l'époque. La première question à se poser et à laquelle il faudra essayer de répondre, c'est: Devant une pression plus grande pour plus de services, est-ce qu'on fait face à un problème d'un réseau qui est **sous-financé** ou qui manque d'abord de ressources, ou **est-ce** qu'on fait face à un problème d'une meilleure utilisation des ressources qu'on a, un problème d'efficacité? Ce n'est pas facile de répondre à une question comme ça mais, en accumulant les informations additionnelles qu'on peut retrouver à différents endroits depuis deux ans, je pense qu'on peut réaffirmer que ce n'est sûrement pas essentiellement et d'abord un problème de sous-financement. On ne peut que l'affirmer par voie de

comparaison, mais je ne vois pas quel autre moyen on peut avoir.

Si on regarde le niveau de financement et le niveau de services d'un système comme celui du Canada en général, mais du Québec en particulier, par rapport à tous les pays qui nous sont comparables - et là, je pense à ceux de l'Europe de l'Ouest et de l'Europe centrale surtout - on sort toujours dans la bonne moyenne ou un peu plus en avant dans la comparaison. Je ne peux pas entrer dans les détails ici, vous connaissez les chiffres mieux que moi, vous pouvez vous y référer. Mais ça, je pense que c'est un fait très clair où on n'est pas dans une situation où on peut vraiment démontrer ce sous-financement. Si on n'a pas une situation de sous-financement, il y a quand même une certaine stabilité et un contrôle qui se sont installés dans ce système-là et qui ont montré qu'à **l'expérience**, après 10 ans, il y a une augmentation mais elle n'est pas **débridée**, elle n'est pas hors contrôle non plus. Elle a suivi les rythmes d'augmentation qu'on a bien voulu lui donner.

(16 heures)

On en revient donc, je pense, nécessairement à regarder beaucoup plus précisément la question d'efficacité du système. Il y a une première question qui se pose. En termes d'efficacité et d'ensemble de services rendus, on en revient nécessairement au fait qu'il faut s'adresser à la gamme de services, tandis qu'à va toujours falloir regarder cette gamme de services, l'augmenter plus; ça fait une pression sur le système. Ou est-ce qu'on doit désassurer certains services? Je pense qu'on a posé la question. Là-dessus, il me semble que ce n'est pas poser la bonne question que de se demander: Est-ce qu'il faut assurer différents services ou désassurer des services? Je relierais ces commentaires-là à ceux que je faisais précédemment sur les moyens additionnels qu'on a de l'évaluation de la qualité, et de l'évaluation de la qualité prise au sens large, y comprenant l'aspect de l'efficacité et des coûts-bénéfices comme l'aspect de la qualité. On peut améliorer la gamme de services. Elle doit être améliorée. Je pense qu'on l'avait dit et on doit le réaffirmer. C'est un élément dynamique. Ça ne peut pas être statique et simplement évoluer en rajoutant des couches.

La façon de réaménager la gamme de services devra se faire d'abord en partant de l'évaluation de l'efficacité de ce qu'elle comprend. Il y a beaucoup de travaux qui se font, il y a des discussions et juste à titre d'exemple, je ne veux pas cibler un bouc émissaire plus qu'un autre, mais prenons le domaine des médicaments, c'est sûrement un secteur où il peut se faire beaucoup plus de précision au niveau de l'évaluation de l'efficacité des médicaments, des choix et de l'amélioration de ce qui est à faire dans une gamme de services de base, le principe étant que, si on veut maintenir le système qu'on a, si

on veut maintenir un système qui se réfère à une politique où l'équité est un objectif important, on ne peut pas vraiment assurer à l'ensemble des citoyens une gamme de services qui correspond aux besoins que peut avoir la population par rapport aux services de santé.

Donc, on peut améliorer la gamme et, à partir de là, vraiment faire face à la question de l'efficacité des services. L'efficacité des services, en améliorant la qualité en partant... La plupart des expériences d'évaluation de qualité auxquelles je faisais référence précédemment nous amènent à conclure que, ordinairement, en améliorant la qualité, surtout d'une gamme de services ou d'un épisode de soins, c'est drôle mais ça correspond plutôt à une diminution de coûts qu'à une augmentation de coûts, en général, quand c'est fait sur une base de qualité. Donc, un premier élément pour améliorer l'efficacité, en passant par l'enjeu sur la qualité.

Un deuxième est sûrement celui de la compétition. On en parlait beaucoup et on pourrait peut-être aller plus loin qu'on a pu aller là-dessus. Effectivement, une compétition, une émulation, surtout si elle est faite en fonction de résultats qu'on peut identifier, qu'on peut mieux mesurer, qu'on peut mieux cibler, c'est à souhaiter; un meilleur ensemble de jeux incitatifs qui amènent cette compétition, c'est aussi à souhaiter. Là, je fais deux remarques. D'abord, c'est très important, si on veut ce genre de compétition, qu'on fasse affaire, dans un sens, avec des unités qui ont une autonomie de gestion, dont ils sont financièrement imputables. On n'a pas ça à la base, des unités qui ont l'autonomie mais une imputabilité financière qui correspond... On ne peut pas vraiment parler de compétition.

Maintenant, ceci, ces conditions d'avoir ce genre de joueurs, que l'autonomie et l'imputabilité, on semble dire bien facilement que le seul endroit où ça existe, c'est dans le système privé, c'est dans les organismes privés ou dans un système de marché libre qu'on trouve ça. C'est contesté actuellement et c'est contesté non seulement de façon théorique - je me réfère encore au contexte européen - mais on développe beaucoup plus une approche d'introduire la compétition dans un système public. Je pense qu'il y a un économiste bien connu qui est Enthoven qui a voulu vraiment développer ce thème-là et qui l'a fait selon une trame particulière mais qui représente peut-être un peu trop l'exportation du modèle américain dans d'autres systèmes. Il y a des approches un peu plus originales actuellement et là, ça rejoint d'autres recommandations et d'autres analyses que vous faites actuellement au niveau de votre commission et qui étaient dans le sens de nos recommandations aussi, où, à partir d'un dénominateur bien identifié - au Québec, je pense que ça correspond au concept d'une région, c'est ce qu'on aurait - à partir d'une approche de programmes où on peut identifier des grands

programmes qui déterminent les résultats et qui allouent les ressources pour ces programmes-là, on maintient le contenu total, on peut définir quelle est l'enveloppe globale qui va être donnée pour l'ensemble et pour les différents secteurs et contrôler l'évolution des coûts par là. À l'intérieur de ça peut s'ouvrir, dans le système public, le jeu des incitatifs et de la compétition et, dans un système vu de façon assez large, ça n'exclut pas différents groupes dits privés, qu'ils soient de nature communautaire ou autres, essentiellement à but non lucratif, par exemple, mais qui peuvent faire partie de réseaux à l'intérieur du système public ou de l'enveloppe des fonds publics allouée pour une région donnée.

Donc, le discours sur le financement revenant deux ans après, c'est sûrement un domaine sur lequel on peut travailler plus, mais, je pense, plus pour clarifier les concepts, pour aller chercher les expériences les plus récentes qui se font actuellement et pour voir comment on peut, avant de modifier et de chambarder le système qu'on a, aller vraiment en améliorer l'efficacité. Je donnerais juste un exemple sur lequel malheureusement je ne peux pas vous donner de détail mais qui m'a frappé, il y a 15 jours. Avant de partir, on a appris que le système en Hollande, spécialement, où il y a un rapport qui a été produit à peu près en même temps que le rapport de notre Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux et qui était connu sous le nom de son président, le rapport Deker proposait vraiment pour la Hollande un modèle, pas de privatisation, mais d'intégration de tous les jeux du marché libre et de la compétition à l'intérieur, en privatisant graduellement un système public. Le rapport que l'on a discuté et sur lequel on a travaillé pendant deux ans dans ce pays-là, pour voir comment on pourrait faire l'amorce, vient d'être mis de côté carrément par le gouvernement, après deux ans, qui a dit: Identifions nos problèmes, revenons à des cibles très précises et rassortons l'efficacité de notre système public, quitte à aller chercher des éléments de ça, mais après, plutôt que de chambarder un système. Ça, c'est le genre de chose qui se passe dans le contexte européen, actuellement. Je pense que ce sont des leçons pour nous.

Je vais terminer en soulignant deux points - je n'entrerai pas dans les détails parce que j'ai déjà épuisé mon temps - qui, dans le débat actuel que vous avez tenu, pourraient prendre plus de place et vont devoir être campés de façon un peu plus solide, je pense. Il y a tout le secteur des ressources humaines où on a ouvert un chapitre là-dessus. Je voudrais juste redire que plus on regarde ces questions-là, plus on voit les moyens qui sont mis en place pour l'évaluation de la qualité, les jeux d'incitatifs qui sont proposés pour amener une compétition même dans un système public, c'est relié de très près

au développement des ressources humaines, autant à leur formation de base mieux axée sur les objectifs de santé qu'à la formation continue et aux jeux d'incitatifs qui peuvent aussi toucher les individus et les groupes d'individus. Il y aurait **peut-être** une réflexion de plus à faire sur la flexibilité et la souplesse qu'on doit aller chercher pour maintenir évidemment des grands standards qui assurent là aussi l'équité, mais aller **au-delà** de ça et permettre, à ceux qui réussissent à collaborer de façon claire à atteindre certains objectifs et à améliorer l'efficacité du système, d'y trouver leur compte aussi, et ça, ça devient important.

Un dernier point, et je sais que c'est actuellement un débat au Québec et je le mentionne peut-être pour y revenir pendant la discussion où je pense que ça serait important, et qu'il y a moyen de clarifier le débat, et là, c'est **peut-être** à cause de mes attaches antérieures que ça m'a un peu plus frappé parce que je l'ai vu évoluer, c'est le débat autour de la place de la santé publique dans un système de santé. Je veux juste dire en terminant que c'est important de ne pas l'oublier et de recamper la fonction de la santé publique à l'intérieur d'un système de santé, parce qu'elle est reliée de très près à d'autres aspects du développement qu'on voudra faire. Donc, ces **points-là**, je pense, la question des soins généraux, l'évaluation de la qualité, le discours sur le financement et le maintien des bonnes questions pour arriver aux bonnes conclusions, les ressources humaines et la place de la santé publique **m'apparaîtraient** peut-être des points où l'expérience des dernières années amène certaines ouvertures que j'ai essayé de vous résumer et de vous brosser très globalement. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Merci de cette présentation. J'inviterais maintenant le ministre de la Santé et des Services sociaux à échanger certains propos avec vous.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. D'abord remercier de manière tout à fait spéciale le Dr Rochon d'avoir accepté de venir passer une petite heure et demie avec nous. Ça doit très certainement lui rappeler quelques souvenirs, compte tenu du temps qu'il a mis. Et saluer tous ceux et celles qui aujourd'hui **sont** ici et pas ici et qui ont collaboré de près ou de loin à l'élaboration du rapport qui, bien sûr, est à la base de ce que nous tentons de faire et qui, pour une autre étape, se terminera demain. C'est d'autant plus important que l'expérience que vous avez acquise nous sera très profitable, j'imagine, dans cette commission, et que vous nous avez déjà dit à l'avance être disponible **dans** les journées, les semaines et les mois futurs pour être capables d'en arriver à de bonnes conclusions.

Si je comprends bien, aujourd'hui, avec le

recul, avec l'expérience que vous avez en particulier des pays d'Europe, vous feriez à peu près le même diagnostic, le même constat que vous avez fait à l'époque et qui a été repris par plusieurs personnes, un système prisonnier d'intérêts de groupes. Ça demeure toujours. Ma première question, c'est: A la lumière de cette expérience européenne, puisque vous avez cité la Hollande, la Suède et que vous auriez probablement pu en citer d'autres aussi, est-ce que la problématique vécue, le diagnostic vécu ou le constat fait au Québec, on retrouve le même genre de constat dans ces pays-là? Parce que, si on s'interroge là-bas aussi, c'est **peut-être** parce qu'il y a des problèmes aussi là-bas. Est-ce qu'on retrouve ce même diagnostic dans des pays comme la Hollande, la Suède ou d'autres?

M. Rochon: Oui, effectivement. Ce qui est remarquable, c'est qu'actuellement à peu près tous les pays, y compris ceux qui ont des systèmes connus depuis longtemps comme étant certains modèles - il y a eu le modèle suédois auquel on se référerait, il y a eu le modèle finlandais - tous ces pays, au cours des quelques dernières années et, de façon surprenante, à peu près en même temps que le Québec a amorcé cet examen **aussi**, remettent en question le fonctionnement de leur système de santé et constatent aussi à peu près les mêmes genres de problèmes qu'on a constatés au Québec, de sorte que c'est actuellement un peu un mouvement général de réexaminer les systèmes de santé, de constater que ce sont des systèmes, en général, qui ne sont pas vraiment orientés sur des résultats à produire, qui consomment énormément d'énergies et de ressources pour leur fonctionnement interne; il y a beaucoup de résolutions de conflits qui ne se font pas et qui ne sont pas tournées vers la production et les éléments de solution qui sont cherchés pour débloquer ces systèmes vont absolument dans le même sens. Ce à quoi je faisais référence, c'était décentralisation, participation de la communauté, intégration des communautés locales et responsabilisation, plus grande **imputabilité** des différents niveaux.

M. Côté (Charlesbourg): Lorsqu'on aborde des changements aussi importants que ceux-là - nous avons commencé la commission avec M. Castonguay qui a fait à peu près le même travail il y a une vingtaine d'années, on la termine avec vous qui l'avez fait récemment - ça fait référence à toute une recherche historique mais on sait que, dans ces grands moments où on doit changer de cap ou s'évaluer, c'est toujours très difficile de **s'auto-évaluer**. Je ne sais pas si je me trompe, mais il y a en particulier des producteurs de services qui sont très résistants au changement ou qui appréhendent le changement. Est-ce que c'est une **constatation** que l'on peut faire aussi dans les pays européens et comment est-ce que vous expliquez cette résistance au

changement?

M. Rochon: Oui, je pense que je pourrais dire qu'en général les changements sont difficiles à faire, difficiles à introduire et surtout difficiles à maintenir le temps suffisant pour produire les résultats qu'on peut attendre de ces changements, parce que c'est, en général, au moins en termes d'un certain nombre d'années qu'il faut compter pour qu'une nouvelle façon de faire soit vraiment assez implantée. Compte tenu de la nature des problèmes auxquels on s'adresse aussi, le changement de la situation ne peut pas se faire rapidement. Ça, je pense que c'est une donnée générale. Je suis porté à croire qu'il ne faut peut-être pas être surpris de ça parce qu'on dit qu'en général l'être humain est résistant au changement plutôt que le contraire. Il faut peut-être comprendre aussi que plus on a une situation qui nous satisfait dans le présent, moins on est incité, au départ, à changer. Peut-être aussi qu'il y a une responsabilité qui n'a pas toujours été assez bien assumée par ceux qui veulent gérer le changement pour réussir à montrer à ceux qui ont peut-être naturellement une résistance à changer, à essayer de leur faire voir leur avantage et à trouver là encore un minimum, au moins, de motivation pour aller vers le changement.

Certains outils qui semblent aider et qui sont beaucoup utilisés actuellement, c'est vraiment de passer par peut-être un peu plus aussi qu'on a pu le dire, c'est-à-dire en favorisant beaucoup des expériences nouvelles. Quand on regarde différents pays, ce qui provoque le plus de résistance et qui est le plus difficile, ce sont des changements qui semblent s'amorcer et venir comme un train qui va passer de toute façon partout et à travers tout le monde, alors qu'il y avait encore beaucoup de discussions, de pouvoir y aller, surtout si on a un système où on peut introduire une certaine dynamique, en favorisant des expériences qui ne sont pas nécessairement toutes à généraliser, chacune d'elles, mais qui peuvent montrer une panoplie de différents moyens et avoir l'avantage de régler de façon beaucoup plus rationnelle certaines discussions, parce qu'il y a des éléments qui ne se règlent jamais en discussion parce que ça rejoint trop soit des croyances que les gens peuvent avoir, ou des états d'âme, comme on dit, et il n'y a rien qui va passer par-dessus ça que l'expérience qui se développe, montrant des résultats différents en faisant des choses différentes. Donc, la voie de l'expérimentation, d'une meilleure information qui circule quant aux résultats de ces expérimentations, ça brise des résistances, et ça, c'est beaucoup utilisé actuellement.

(16 h 15)

Comme j'ai la chance de le voir par le biais d'une organisation internationale, on le voit peut-être plus parce que ce que peut faire une organisation internationale, c'est de faire la

fertilisation croisée entre ces différentes expériences et en les faisant connaître beaucoup d'un endroit à un autre. Alors, c'est ce que le pays peut faire, mais il peut voir ce qui se fait ailleurs et comment son expérience à lui peut profiter à d'autres, actuellement. Donc, oui, ça se fait partout, mais ce n'est pas immuable, comme comportement.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, si on avait un gros deux heures, je pense qu'on pourrait continuer dans cette voie-là, parce qu'on est amené à certains changements à la fois des distributeurs de services et des consommateurs de services aussi; c'est dans les deux sens. Vous avez beaucoup abordé la dynamique et le fonctionnement, beaucoup parlé d'évaluation de la qualité avec les expériences hollandaises, tant sur le plan des techniques, pour avoir une certaine assurance qualité... On a parlé depuis plusieurs mois, en particulier depuis la commission parlementaire, je pense, d'objectifs des résultats qui, pour nous, apparaissent extrêmement importants si on veut changer la dynamique qui va un peu dans cette tendance d'avoir des objectifs qui nous permettent d'évaluer le rendement.

Vous nous avez parlé de quelques expériences au niveau de la Hollande. Est-ce que, à ce niveau-là des objectifs de résultats, il y a des expériences un peu plus pointues qui ont été tentées un peu partout en Europe? Est-ce qu'on peut déjà percevoir des résultats, si c'a été fait? Finalement, quels conseils pourriez-vous donner, pièges à éviter ou bons coups à faire? Vous savez, les politiciens aiment ça, faire des bons coups de temps en temps, alors... On aime ça.

M. Rochon: Objectifs de résultats, je peux sûrement réaffirmer que c'est une caractéristique, actuellement, qui est devenue très répandue, très acceptée, à partir même du niveau des politiques de santé et, donc, de l'orientation des efforts d'évaluation qui sont faits d'aller au-delà de la qualité immédiate du produit, d'aller non seulement au résultat pour la personne ou le client qui a bénéficié d'un service, mais vraiment au-delà de ça, pour les résultats à titre d'impact sur des populations. Je vais vous dire là-dessus que le débat est surtout jusqu'où on s'engage et, surtout quand ça vient d'un politicien, jusqu'où les politiciens sont prêts à s'engager sur des objectifs, en termes de résultats, qui sont ciblés au point d'être chiffrés, quantifiés, avec une échelle de temps. Il y a un débat là-dessus parce que ce n'est pas toujours facile de se compromettre. Mais ce n'est qu'à cette marge-là qu'on discute encore actuellement.

Des expériences, oui. Je pense que, si on fait le tour, probablement que, au moins pour la vingtaine sur les 32 pays européens qui ont fait le pas d'avoir une politique de santé orientée

vers des résultats et avec des cibles précises, chacun de ces pays-là, à différents niveaux, pourrait sûrement sortir quelques exemples où on commence à voir certains résultats. Maintenant, je pense que ça rejoint beaucoup la remarque que je faisais tout à l'heure, en réponse à l'autre question, je pense qu'il faut être prudent. C'est depuis assez récemment que cette nouvelle approche s'est généralisée: avoir une approche de résultats et coordonner des ressources en fonction de ces résultats. Dans la plupart des cas, pour les résultats qu'on vise vraiment, il va falloir maintenir cette approche pendant un certain nombre d'années encore, trois, quatre à cinq ans, pour que graduellement on commence à accumuler un bon nombre de résultats qu'on peut quantifier. Je reviendrai aux exemples, parce que c'est ça que j'ai pu le plus documenter et auxquels j'ai fait référence en parlant de l'évaluation de la qualité. L'approche, par exemple, suédoise des modèles de pratique, ce n'est pas seulement une théorie actuellement, c'est en partie mis en pratique et ça a apporté certains résultats. Il y a différents projets qui ont été faits simultanément dans différents pays où, par exemple, on a attaqué certains problèmes de financement au niveau des hôpitaux et certains problèmes de production, des problèmes de santé carrément, comme le problème des infections hospitalières, par exemple, où, par des systèmes d'évaluation et de rétroaction de l'information, relativement rapidement, en moins d'un an ou deux, on a obtenu des résultats **complètement** différents quant aux risques pour la santé que comportaient ces infections hospitalières dans certains **hôpitaux**. Et, à différents niveaux, on pourrait aller chercher un certain nombre d'exemples pointus comme ça qui démontrent que ça fonctionne. Mais je pense qu'il faut être prudent parce que c'est encore relativement récent que la plupart des pays en sont arrivés au niveau du terrain à commencer à appliquer des politiques et des moyens qui visent et qui commencent à documenter les résultats qui changent en bout de ligne.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, si je comprends le message, c'est la voie de l'avenir, mais il va falloir y aller par étapes et très graduellement. On ne peut pas penser, demain matin, avoir des objectifs de résultats pour l'ensemble de la politique de santé et de bien-être au Québec. On risquerait de se casser la gueule.

M. Rochon: C'est-à-dire que je pense qu'on peut avoir des objectifs pour l'ensemble de la politique. On peut entreprendre un mouvement dans ce sens-là. Si on regarde ce qu'est le mouvement général, je ne pense pas qu'on se trompe à ce niveau-là. Mais, d'y aller progressivement, c'est probablement ce qui est le plus sage.

Je pense qu'il faut aussi, si on veut vrai-

ment mesurer les objectifs de résultats, avoir un point de départ où il y a la masse critique en termes d'ensemble d'objectifs et de résultats qu'on vise pour une population donnée, pour qu'on puisse vraiment avoir un impact et qu'on y aille de façon progressive, mais de façon assez régulière aussi où les étapes, on les franchit à mesure qu'elles se présentent.

M. Côté (Charlesbourg): Un des dossiers qui a été largement discuté, où je pense que la Commission a pu constater qu'il y a beaucoup d'évolution, c'est la régionalisation avec beaucoup plus de pouvoirs sur le plan régional, avec tout ce que ça comporte. Et, dans ce **sens-là**, nous avons dit que nous irions au maximum possible, mais tout en maintenant **l'imputabilité**. Donc, c'est un phénomène qui fait... Et vous en avez glissé un mot tout à l'heure lorsqu'on a parlé **d'imputabilité**. Vous en avez parlé en particulier au niveau du financement avec des conditions. Quelles sont les principales expériences les plus intéressantes au niveau des pays européens, en particulier au niveau de la décentralisation et de véritables pouvoirs réels au niveau des régions et mécanismes **d'accompagnement** sur le plan de **l'imputabilité**?

M. Rochon: Ça, ce n'est pas **facile** à résumer parce que c'est très divers. Il y a à peu près... Il n'y a pas deux pays, je pense, surtout en Europe, qui le font exactement de la même façon. Si j'essaie de prendre ça par partie de l'Europe pour vous résumer un tableau **rapidement**, on pourrait voir l'image suivante, je pense. En général, les pays du nord de l'Europe, comme la Scandinavie, ont une histoire et une tradition qui sont d'abord centrées sur des systèmes à forte décentralisation où on a vraiment **développé**, avec le temps, des services de santé et des services sociaux sur une base locale et où on a graduellement plutôt centralisé que décentralisé les services, par exemple, de niveau tertiaire. Récemment, ce qu'on voit dans ces **pays-là**, c'est un examen nouveau et un retour sur leur structure traditionnelle décentralisée. Parce que comme eux avaient passé à travers un mouvement de centralisation pour bâtir l'équilibre de ce qui se fait au niveau local et de ce qui peut se faire au niveau national et au niveau central, le mouvement était allé un peu trop loin et on revient sur des structures locales qui rejoignent beaucoup, dans ces **pays-là**, la structure municipale. Le groupe ou le regroupement des différents regroupements municipaux a plus une implication dans les services de santé que c'est le cas chez nous dans notre contexte, par exemple, de services de santé et services sociaux.

Si on se tourne vers le sud de l'Europe et qu'on regarde des pays, **peut-être** un des plus beaux exemples où les choses évoluent **rapidement** actuellement, c'est l'Espagne. **Là**, on retrouve plus une décentralisation au niveau

d'entité politique plus large que les municipalités. Bon. Il y a les quatre ou cinq communautés autonomes qui, carrément, recréent un pouvoir politique qui, sous certains égards, est un peu comparable au pouvoir provincial, même s'il est moins vaste, moins large comme étendue, qu'on retrouve au niveau du pouvoir provincial dans un système comme le système canadien. Ça, il y a un mouvement très rapide à ce niveau-là, d'une **imputabilité** vraiment de nature politique pour l'ensemble des services à une population.

En Europe centrale, je pense que, si on regarde la France, l'Autriche, il y a une décentralisation qui peut ressembler plus à ce qu'on essaie de faire actuellement, c'est-à-dire en créant des instances spécifiques pour l'ensemble des services de santé et des services sociaux à travers le système de santé, et que l'imputabilité qui est donnée à ces systèmes-là est peut-être plus, actuellement, soit de nature administrative ou, ce qu'on développe, ce qu'on expérimente beaucoup actuellement, c'est le développement d'ententes contractuelles entre un pouvoir central et des instances décentralisées régionale qui n'ont pas nécessairement une assise politique comme les municipalités ou les regroupements municipaux dans le nord de l'Europe ou comme les gouvernements sous-nationaux dans le sud de l'Europe.

Finalement, s'il y a un autre exemple qu'on peut sortir, qu'on peut identifier, il y a aussi, en Europe centrale, l'autre modalité. Ce sont des pays déjà à structure très décentralisée, comme la Suisse ou l'Allemagne de l'Ouest, par exemple, qui ont toujours eu une structure décentralisée, mais où on voit que le mouvement, actuellement, est de compter sur cette décentralisation et de donner plus de moyens, de responsabilités au niveau décentralisé avec beaucoup, je dirais, de décentralisation au-delà de l'instance sous-nationale, provinciale ou régionale où on tente même d'aller rejoindre des expériences au niveau local, au niveau des communautés qui peuvent prendre en charge différents moyens. Ça, ça rejoint autant des groupes, des organisations différentes que des instances politiques sur un territoire.

Alors, c'est excessivement diversifié. Je pense qu'en général, on peut dire que c'est soit campé sur le système politique du pays ou qu'on rebâtit, à l'intérieur du système de santé, des instances où on rejoint une imputabilité qui n'est pas politique carrément, qui est plus de nature, je dirais, contractuelle, mais par entente sur des périodes de temps suffisamment longues et sur un ensemble de responsabilités suffisamment larges pour que ces gens-là puissent avoir vraiment une autonomie de gestion, une autonomie d'allocation de ressources et une imputabilité des fonds qu'ils doivent administrés.

M. Côté (**Charlesbourg**): Est-ce que, dans certains cas, l'imputabilité va jusqu'à des pou-

voirs de taxation au palier régional ou au palier directement relié à la santé?

M. **Rochon**: Oui. Ça, c'est clairement le cas surtout pour les pays qui **ont déjà** un système. Je pense qu'il faut dire... Je ne pense pas... Il n'y a pas d'exemple que je pourrais vous citer, récemment, au cours des dernières années, d'une nouvelle structure qu'on aurait créée, spécialement à partir du système de la santé et des services sociaux, où on serait, actuellement - ça existe peut-être, mais je ne pourrais pas vous en citer une - allés jusqu'à donner, créer un pouvoir de taxation. Ça existe, mais dans des pays qui ont eu une évolution et une tradition d'avoir un pouvoir local qui avait déjà un pouvoir de taxation et je fais encore référence, par exemple, à la Scandinavie qui avait, dans la responsabilité historique qu'elle a eue, une beaucoup **plus** grande implication dans les services de santé et les services sociaux qui avaient leur pouvoir de taxation. Alors, ça existe, mais ce n'est pas de création récente.

M. **Côté (Charlesbourg)**: Évidemment, le temps passe vite. Je ne sais si, parmi vos amis qui vous ont envoyé quelques articles de journaux du Québec, on vous a parlé de **notre** épisode des sages-femmes comme une alternative. On en parle de manière très intensive depuis le mois de décembre et on va continuer d'en parler probablement encore quelques mois. Alors, j'aimerais aborder tout le phénomène des médecines douces qui **m'apparaît** en montée très importante au niveau du Québec, peut-être davantage dans les pays de plus longue tradition, mais en montée assez importante au niveau du Québec, et un autre phénomène aussi, celui des organismes communautaires qui ont été très présents à cette commission, très organisés, structurés et qui nous ont adressé un message assez uniforme, craignant toujours, **peut-être** à juste titre, que les établissements ou le réseau s'accaparent du communautaire. Sur ces deux éléments, qui **m'apparaissent** très importants, j'aimerais savoir, de par votre expérience, les tendances qui viennent d'ailleurs pour les organismes communautaires et aussi pour tout le phénomène alternatif des médecines douces. On nous a dit, à un moment donné, pratiques alternatives parce que, si on parlait de médecines douces, on risquait de heurter les **oreilles** un peu plus fragiles, alors je **vous** laisse choisir le terme que vous souhaitez et nous faire part des expériences ailleurs et comment on ferait pour introduire ça au Québec de manière plus importante si jamais on le décidait. Est-ce que c'est un moyen pour alléger les coûts au niveau du système?
(16 h 30)

M. **Rochon**: Beaucoup de questions dans une.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je me dépêchais, parce que je m'aperçois qu'il ne me reste pas grand temps.

M. Rochon: C'est ça. Ce que j'en sais ou ce que je pourrais sûrement dire sur le développement d'approches alternatives, des médecines douces, ou de tout ce qu'on peut classer dans cette immense catégorie, c'est sûrement général. Alors, écoutez, je vais être prudent parce que ça ne fait quand même pas très longtemps que j'ai vu ce contexte-là et c'est un monde vaste et très diversifié. Mais, mon impression est que ça remonte même à plus longtemps que l'époque où on a connu vraiment un essor et un **développement** de ces différents types de pratiques. C'est, là aussi, très différent parce que les différences culturelles d'un pays à l'autre sont énormes et il y a beaucoup de diversité, alors, je ne serais pas capable de vous donner un tableau de tendances européennes là-dessus. Mais, à travers l'Europe, différentes approches alternatives par rapport aux problèmes de santé me semblent exister et avoir leur place sans poser de problèmes d'ajustement avec les systèmes de santé ou les services professionnels plus officiels du système de santé.

Aller jusqu'à vous dire si on a pu documenter que l'utilisation systématique de médecines alternatives, par exemple, a eu un impact sur les coûts, ça, je ne pourrais pas vous dire. Je ne connais pas d'études ou de documents qui se sont vraiment intéressés à cette question et qui ont produit des résultats **là-dessus**. Ça existe peut-être, mais ça, je ne pourrais pas vous le dire. C'est un phénomène qui existe, c'est un phénomène qui est normal et c'est un phénomène qui se développe graduellement dans les différentes sociétés, les différents pays européens.

M. Côté (Charlesbourg): Je me garde le privilège de vous reparler plus tard. Il y a deux thèmes que vous avez abordés, les ressources humaines, en dernier, qui font l'objet de préoccupations de la commission, alors on pourra toujours s'y référer. Mais je veux regarder la santé publique, parce que le débat commence effectivement à prendre forme sur la santé publique au niveau du Québec. Si je vous demandais une définition, ça **inclut** quoi ou ça exclut quoi, la santé publique, au niveau du Québec? Choisissez le volet que vous voulez nous donner. Je pense que ça **m'apparaît** important dans le débat actuel, compte tenu des décisions qu'on aura à prendre. Santé publique, c'est quoi?

M. Rochon: Je pourrais vous donner deux définitions, l'englobante et la restrictive.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je veux juste celle

que ça devrait être.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Je pense qu'il faut voir les deux dans leur prolongement. Très rapidement. La fonction de santé publique, comme fonction - et là, je ne fais vraiment référence à aucun élément de structure - qui est importante pour tout système de santé et définie depuis des années et des années, a été reprise récemment, en Angleterre, par une étude qui a été faite, parce que, là aussi, avec l'évolution et les changements qui se sont introduits dans le système de santé on s'est reposé des questions sur la place et l'évolution de la santé publique, comme fonction. Alors, ce qu'on a connu sous le nom du rapport Metchison a redéfini la santé publique dans les mêmes termes où elle est définie depuis des décennies, comme étant l'amélioration - et tenez-vous bien, c'est très englobant - de la santé de la population par la protection, la promotion, la prévention et la coordination des ressources communautaires. C'est la grande définition et ça reste vrai, je pense, pour définir ce qu'est la fonction de la santé publique dans un système. Et quand ces **définitions-là** ont été campées, il faut dire que les systèmes de santé étaient dans une forme assez simple où il y avait essentiellement des praticiens isolés privés et ce qu'il y avait d'organisé, c'était la santé publique. Si on regarde chez nos voisins, les Américains, on confie même aux structures de santé publique dans ce cas-là, en plus de la fonction classique de protection de la santé publique, la santé du public, la fonction d'assurer les soins minimums requis par les gens qui sont laissés pour compte par le système et les avantager. Alors, ça **varie**, comment on intègre cette grande définition dans des structures dans un système dépendant du contexte et du système.

Pour vraiment pouvoir camper et intégrer au système du Québec, si on se rapproche du Québec maintenant, la fonction de santé publique, moi, je serais porté à me référer à la définition plutôt restrictive qui, à mon sens, identifie ce qui est spécifique à la santé publique, vraiment ce que sont les approches qui ont comme objet d'approche d'intervention une population comme entité. Ce qui veut dire que l'approche générale des actes, à mon sens, de prévention, de promotion et de coordination de ressources communautaires, dans le mesure où **ça** été intégré dans un système de santé plus large et pris en compte par des structures autres que les structures dites de santé publique, c'est un signe de succès et c'est un signe de **développement**, de bonne pénétration et d'intégration d'une préoccupation de population et de santé publique. Il reste, à ce moment-là, pour assurer le maintien ou l'apport vraiment de santé publique à ce qui se fait de prévention, de promotion et de coordination de services dans un

système, à bien camper et à développer, dans un encadrement plus structurel aux besoins, les approches de population. Ça, ça comprend - je pense qu'on peut les énumérer très rapidement pour faire le tableau - un, il y a sûrement - et ça, je pense qu'il n'y a pas de débat là-dessus au Québec - ce qui est carrément des actions de protection de la santé du public vis-à-vis d'un risque qui peut provenir d'un environnement, d'une épidémie ou quoi que ce soit du genre.

Il y a, deuxièmement - bon, je vais me référer à des termes peut-être plus anciens - ce qu'on appelait toujours la fonction épidémiologique, que d'autres appellent maintenant, pour avoir un terme plus nouveau et peut-être un peu plus à la mode, le diagnostic de la communauté - et il y a peut-être d'autres termes qu'on peut utiliser pour ça - qui concerne carrément la santé publique, parce que c'est vraiment d'être capable en tout temps de connaître et de décrire une population quant aux problèmes qui existent, à la distribution de ces problèmes-là et à l'évolution, dans le temps, de problèmes de santé au sens large parce que, de plus en plus, on travaille avec des paramètres de problèmes sociaux qui ne sont pas carrément du domaine biologique comme tel. Donc - et je pense qu'on a fait, dans le débat, beaucoup référence, au Québec, à ce qu'on appelle la connaissance ou la surveillance - à mon avis, ce n'est pas particulier, la connaissance ou la surveillance à la santé publique, mais les activités de surveillance, pour assurer la protection du public, et de connaissances épidémiologiques d'une population, ça, c'est de la santé publique par nature, comme outil.

Il y a, troisièmement, les actions qui visent carrément des populations. L'exemple classique pour simplifier les choses, c'est vraiment une action de dépistage d'un problème X. Le protocole, si vous voulez, du dépistage, la surveillance du déroulement d'un dépistage et son évaluation, pour être sûrs qu'on a vraiment atteint la cible qui était visée, ça fait référence à des outils qui sont du métier de la santé publique. La réalisation du programme comme tel, ça, ça peut être plus souple. Il peut y avoir des éléments très cliniques là-dedans, mais il y a un élément de coordination là qui se réfère à un dénominateur de population qui est particulier aussi.

Et, finalement, il faut peut-être souligner certains aspects de l'évaluation. Encore là, ce n'est pas toute l'évaluation qui appartient à la santé publique, mais cet aspect de l'évaluation qui se réfère à mesurer l'impact, sur une population, de mesures qu'on a prises. Alors, on parle d'objectif de résultats. Quand on mesure un objectif de résultats, il y a différents niveaux pour ça. Il y a le niveau où on va mesurer ce qui a été produit de façon immédiate et la qualité du produit. On peut mesurer le résultat sur ceux qui ont reçu ce produit-là et, en bout

de ligne, on veut connaître quel impact ça eu sur une population après un certain temps: Est-ce qu'on a vraiment réglé ce problème-là ou changer sa nature? Et cette troisième dimension-là qui revient à des données de population, c'est, par nature, je dirais, vraiment de la santé publique. Donc, la protection, l'analyse du diagnostic de la communauté ou la fonction épidémiologique des actions sur des populations et les évaluations d'impact sur des populations, c'est peut-être plus carrément le noyau de la fonction de la santé publique. Et ça, de plus en plus, dans les pays... Et, pour ça, l'Europe n'est pas, en général, un bon exemple, je pense, parce que je pense que ça serait honnête et correct de dire qu'on a probablement développé plus au Canada, en général, et aux États-Unis et que le pays européen qui a peut-être suivi, comme au Québec, le développement, pas qui a suivi, mais qui nous a précédés dans le domaine, c'est l'Angleterre, par exception. Alors, les autres ne sont peut-être pas tellement un exemple là-dessus parce qu'ils ont une fonction de santé publique, en général, peu développée, je pense. Mais ceux qui l'ont développée tentent de plus en plus de camper cette fonction, d'abord par son aspect de contenu, donc, un peu professionnel, pas nécessairement médical, mais la partie professionnelle qui assure le contenu que je viens de définir, dans une fonction qui prend la configuration, de façon générale, de, ce que les gens vont appeler, un directeur de la santé ou un directeur, pas des services de santé, mais de la santé au niveau provincial, au niveau régional ou au niveau local qui assume, vis-à-vis du décideur ou de la politique, l'information et le contrôle des risques pour la population sur un plan très technique et très professionnel. Ça, cette fonction-là, dans notre système, peut s'amorcer à différents niveaux à condition qu'on ait un dénominateur sur lequel on peut travailler. Il y a sûrement une place pour ça au niveau provincial. À mon avis, je pense qu'il y a une place pour ça au niveau régional aussi.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière en terminant, parce que je sais que mon temps est fini. S'il y a une place au niveau provincial, s'il y a de la place au niveau régional, est-ce qu'on rattache ça à des centres hospitaliers?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Je pense que je vais me mettre la tête sur le billot.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: La décision qui avait été prise, il y a 20 ans, de rattacher la santé publique ou l'unité structurelle de la santé publique à des centres hospitaliers reposait sur une analyse dont les principaux éléments, je pense, étaient les

suiuants. On disait: Ce qui est important, c'est que cette fonction, la restrictive que j'ai tenté de définir, soit vraiment dans un cadre organisationnel qui peut rejoindre une population et qui peut être un point de ralliement pour une population qui est suffisamment nombreuse pour être un dénominateur utile. En général, on s'entend que c'est de l'ordre de 250 000 et plus où on commence à avoir vraiment quelque chose qui est une population en termes techniques comme ça. Plus petit, tu n'as pas vraiment d'action de population que tu peux vraiment contrôler, en règle générale.

Il y a 20 ans, carrément, au Québec, l'hôpital, pas nécessairement tous les établissements hospitaliers du Québec, mais il y avait un concept, à l'époque, qui était très fort et très en développement qui était ce qu'on appelait l'hôpital communautaire et qui nous venait aussi de la traduction anglo-saxonne, britannique plus spécialement, de "Community Base Hospital" où il y avait là des établissements hospitaliers qui, graduellement, avait développé une panoplie de services qui débordaient beaucoup le rôle classique de l'hôpital. Maintenant, c'était une époque où, au Québec, il y avait très peu de chose qui existait autour. Alors, je ne pense pas qu'il y ait eu de perversion comme telle au niveau des centres hospitaliers qui ont intégré et, je pense, très bien développé, au Québec, de façon générale, si on regarde la trame sur 10 ans, la fonction de la santé publique.

Maintenant, ce qui m'a frappé beaucoup, je pense, et encore plus peut-être avec un peu de recul en dehors du Québec, c'est tout ce qui s'est développé autour de la communauté que dessert un centre hospitalier communautaire auquel on se référerait comme concept dans le temps. Il s'est développé tout le réseau des soins primaires qui n'existait pas à l'époque, qui est devenu, je pense, important et, comme je l'ai dit, je pense qu'il faudrait peut-être tabler plus là-dessus. Il s'est donc développé l'ensemble des ressources communautaires. Il y a toute une action et même une implication de beaucoup d'autres secteurs. On a fait référence à l'implication des villes, des cités, des villages et d'autres groupements, ce qui fait que l'infrastructure n'est pas tellement raccrochée, actuellement, autant à un type d'établissements, que ce soit hôpital ou autre.

Je dois avouer que ça m'est moins facile de voir actuellement lequel de l'ensemble des établissements rayonnant au niveau d'une population de cet ordre-là aurait, par sa nature, une position un peu spéciale pour continuer le développement de cette fonction. Quant aux arguments qui prévalaient pour identifier ce point d'ancrage, je pense qu'on pourrait sûrement refaire l'argumentation pour un rapprochement beaucoup plus clair au niveau de l'autorité régionale, si on fait de l'autorité régionale vraiment un responsable de nature sociale et

politique pour l'ensemble de la population. Si la région n'est qu'un point de décentralisation d'un ministère, c'est une tout autre entité. Je pense que ça ne répond pas à ça. Mais si c'est vraiment ce décideur, je pense que la même argumentation, qui identifiait le centre dit hospitalier, le concept de centre hospitalier communautaire, nous ramène à regarder beaucoup la région à ce moment-là.

(16 h 45)

J'ajouterais - et c'est vraiment peut-être là que je peux m'exposer beaucoup, mais je pense qu'il faut le dire - qu'il y a peut-être un effet pervers qui s'est glissé un peu dans le système; le phénomène des associations d'établissements vient introduire un peu une déviation, je pense. Il me semble que - encore là, je ne veux accuser personne de quoi que ce soit - c'est dans la nature normale d'une association d'établissements de faire la promotion des intérêts de ses établissements dans un système et la promotion des intérêts d'un type d'établissements, n'importe quel type ou d'un type de groupes particuliers. C'est important pour la dynamique du système et elle doit être là, mais ce n'est pas évident que ça peut servir longtemps et être très porteur pour le développement imaginaire, vers l'avenir, de la fonction de la santé publique. Cette raison en plus, je pense, ajoute non pas une remise en question, parce que je répèterais que, si c'était à refaire, je pense que c'était une bonne décision, il y a vingt ans, de prendre ça et je pense encore qu'il faut dire que ça a été, en général, bien fait. C'est plus ce qui s'est développé autour et ce qu'il est possible de développer dans l'avenir, selon les orientations qu'on prendra, qui pourrait demander certains rajustements peut-être de ce côté-là. Je vous ai vraiment dit ce que je pensais.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): En vous entendant, des bouts, je pensais que vous auriez pu faire un habile politicien, mais, sur la dernière question, je pense que c'est vrai que c'était se mettre la tête sur le billot.

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Chevrette: Merci, Mme la Présidente. Tout d'abord, vous me permettez, Mme la Présidente, de remercier le ministre d'avoir, à la suite de notre suggestion de vous entendre, consenti à ce faire. Je voudrais le remercier et saluer ceux et celles qui avaient survécu à la première nomination...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: ...et, également, ceux qui sont restés en collaboration avec la commission après les deuxièmes nominations.

Ceci dit, vous me permettez de vous dire que j'ai trouvé le rapport de la commission Rochon extrêmement fantastique en ce qui regarde, en particulier, toute la partie analytique. C'est sans doute un recueil de constats extraordinaire qui reflète, d'après moi, ce que les gens du réseau pensaient et, qui plus est, avance des hypothèses de solutions fort habiles dans certains cas. Je pense, entre autres, à la répartition des effectifs médicaux qui, sans s'en parler, s'effectuerait très facilement en décentralisant l'enveloppe de la RAMQ.

Il y a certains points sur lesquels j'ai eu des désaccords. Je l'ai dit, entre autres, sur le pouvoir de taxation à court terme, sur le type électif, je ne suis pas certain qu'il n'y aurait pas moyen de repenser, par exemple, pour faire coïncider des modes électifs avec le pouvoir municipal, en même temps que le pouvoir municipal, utiliser des moyens de votation très concrets, ou des occasions de votation pour rendre les gens imputables devant une population. Mais ça, c'est à partir des éléments que vous avez soumis qu'on a réussi à se bâtir d'autres hypothèses, qui deviendront des alternatives, mais qui vont dans le sens, quand même, d'une représentativité et d'une véritable imputabilité devant la population. Donc, là-dessus, ça va.

Le seul reproche concret que je vous ai fait - M. Bertrand en a pris note à une couple d'occasions et, s'il était là chaque fois que j'ai eu à en parler... Je demeure convaincu que, si vous aviez prouvé quelques aberrations du système, vous auriez sans doute amené des gens à s'accrocher un peu moins à leurs acquis corporatifs. Ils auraient été mal placés pour venir discuter exclusivement la conservation de leur poste ou de leurs privilèges. Ils auraient peut-être été plus ouverts au partage d'objectifs plus globaux, plus collectifs, plus communautaires. C'est peut-être le seul reproche que j'ai fait, mais je tiens à vous le répéter pour vous montrer que je ne parle pas dans le dos des gens.

Ceci étant dit, vous êtes arrivé avec des questions assez formidables. Moi, je vais essayer de concentrer mon questionnement sur le financement tantôt, au moins quelques minutes, puisque le ministre m'a fait signe qu'il n'aurait pas le temps de l'aborder et que, de toute façon, c'était dans mon questionnement. Mais avant de passer au questionnement spécifique, je vous dirai que j'ai une inquiétude majeure. Tout le monde se targue de bâtir une politique de la santé axée sur la personne. Ça paraît bien dans un discours, ça paraît bien dans la bouche d'un universitaire, mais aussi de politiciens, puis probablement de toutes les têtes des réseaux.

Ceci dit, je prends les personnes âgées. On dit: La personne avant toute chose. Au Québec,

on vit un grave problème de manque de places pour les personnes âgées, on a un moratoire sur les places en foyer privé, on ne donne plus de lit conventionné, il s'est bâti 70 lits, en moyenne, au cours des dernières années, on n'a pas ou peu de ressources pour améliorer le service à domicile, puis on dit: La personne avant toute chose. Je voudrais savoir - puis ça va toucher le financement automatiquement, quand même je ne voudrais pas - comment on peut être cohérent avec le principe de la personne avant toute chose, à partir de l'exemple que je vous donne, et qu'on puisse réaliser véritablement une politique de santé, au Québec, qui tienne compte d'abord, mettons, de la personne âgée, parce qu'on n'a pas le choix, c'est une évidence qui nous saute aux yeux à tout le monde. Comment peut-on bâtir une politique de santé au Québec, à court terme, avec des besoins de santé illimités puis des ressources financières très limitées?

M. Rochon: O.K. Si on fait référence spécialement aux personnes âgées, je pense qu'on ne peut pas dire que les besoins ou les problèmes de santé des personnes âgées sont illimités. Au contraire. Et là, je vais citer, de mémoire un peu, mais je pense que la plupart des études aussi qui ont été faites là-dessus nous montrent qu'il y a peut-être 20 % des personnes âgées qui ont des problèmes de santé importants pour utiliser beaucoup les services de santé; 70 % à 80 % sont comme l'adulte, ils sont peut-être plus fragiles sur certains aspects, mais ils ne sont pas nécessairement des gros utilisateurs du système de santé.

Deuxièmement, ce qui ressort de plus en plus, aussi, c'est que les personnes âgées - et, maintenant, on a des groupes de plus en plus âgés, on parle des vieux et des vieux vieux, et on regarde à partir de 65 ans pour vraiment voir les problèmes de santé, les problèmes sociaux des personnes - il faut les prendre par tranches de cinq ans, parce que ça change rapidement. Alors ce sont les vieux vieux, 80-85 ans, c'est dans ces tranches-là que commence vraiment une plus grande utilisation de services. Et, en général, de plus en plus, la période de temps où l'utilisation est intense est de plus en plus courte. Ça, ça rejoint vraiment des endroits où il y a eu d'autant plus les programmes de promotion de la santé, même pour les personnes âgées, et de prévention qui sont efficaces et maintiennent les personnes autonomes et dans leur milieu. De plus en plus, c'est plus tard dans la vie, et non pas pendant toute la vieillesse, et pour une période de plus en plus courte où ces personnes-là vont consommer de façon intense les services de santé.

Donc, il faut vraiment se sortir de cette idée. Je pense que ce ne sont pas les faits, ça ne correspond pas aux faits de dire que les personnes âgées, surtout si on dit 65 ans et plus,

ce sont des gens qui, chaque année, ont besoin de plus en plus de services de santé et de services sociaux et en utilisent beaucoup plus. Ce n'est pas le cas. Et, encore une fois, plus la prévention est efficace, plus on raccourcit dans le temps cette période d'utilisation.

Deuxièmement, ce qui se fait, et ça, je pense que c'est le témoignage de ce que je vois faire dans différents pays aussi, dans le contexte où je suis, comme au Québec, l'accent est vraiment mis - et ça, il y a des résultats dans le genre d'exemples que le ministre demandait, on voit régulièrement des publications de témoignages ou d'analyses ou de recherches qui sont faites de services à intensité à la maison, au milieu de résidence, qui se développent et qui maintiennent les personnes dans ce contexte. Non seulement on voit des hôpitaux qui transforment et qui réussissent à garder moins longtemps, où des gens vont être là moins longtemps pour des périodes vraiment aiguës, comme toute personne adulte qui a besoin à un moment donné de services hospitaliers, parce que les services à domicile sont forts. On voit même des centres d'hébergement convertir leurs services, en grande partie, en services à domicile. Et je faisais référence à toutes les nouvelles technologies qui se développent, qui rendent ça de plus en plus possible et sophistiqué, à coûts pas tellement grands.

Donc, ça, c'est la réalité. Alors, si on reprend l'argumentation et l'approche de centrer sur la personne, c'est à partir des besoins réels et de ce que veulent ces gens-là pour continuer leur vie qu'on bâtit la politique, les programmes et les objectifs de résultats de programmes qui visent à l'autonomie, au maintien de la personne à domicile et qui deviennent même, à ce moment-là, très pertinents, par rapport au problème de financement qu'on a, parce que ça va dans le sens du type de services et de résultats qu'on démontre qu'on peut obtenir, qui sont moins coûteux pour le système. C'est quand on ne s'en occupe pas et qu'on ne s'en occupe pas en fonction des besoins réels de ces gens-là qu'on provoque des coûts énormes pour le système, parce que, là, on ramasse le résultat de ce qu'on n'a pas réglé au moment où on pouvait vraiment avoir un impact sur le problème.

M. Chevette: Oui, mais si je vous ai posé la question, c'est parce que j'ai observé, au cours des trois ou quatre dernières années en particulier, peut-être même des cinq ou six dernières années, qu'il se crée de plus en plus de maisons d'hébergement parce qu'il n'y a pas de place nécessairement en centre d'accueil. Il y a 20 ans, ou il y a 25 ans, il y avait des personnes autonomes qui entraient dans les centres d'accueil, on n'a pas de cachette, il y en a qui y ont été 25, 30 ans. C'est sûr que le système ne pouvait pas se payer ce luxe-là. Ça, je ne veux pas discuter de ça.

Mais aujourd'hui, nos centres d'accueil sont devenus des centres hospitaliers de soins de longue durée à toutes fins pratiques, quand on regarde l'alourdissement des clientèles, et on voit que les maisons d'hébergement qui, sous prétexte d'hôtellerie et de sécurité physique à court terme, deviennent petit à petit des maisons d'hébergement qui, à toutes fins pratiques, jouent le rôle de centres d'accueil et les CLSC même refusent d'aller desservir ces gens-là, sous prétexte qu'ils n'ont pas les budgets pour. Pourtant, c'est un citoyen, c'est la personne avant toute chose. Moi, c'est ça qui me "bug" le plus, de voir vos beaux discours sur la personne avant toute chose et que le système n'évolue pas dans le sens de donner au moins des ressources à la personne ou à l'individu; sinon, on ne corrigera jamais le réflexe institutionnel. On n'en arrivera jamais à se bâtir des politiques cohérentes face à la personne. C'est un peu dans ce sens-là que je vous posais la question.

M. Rochon: Ça, si je saisis bien votre question, je serais entièrement d'accord avec vous, dans ce que je comprends et ce que j'essayais de décrire. Pour moi, ce qu'on appelle un centre d'hébergement, c'est un milieu de vie, c'est une résidence. Il me semble que ça devrait être vu exactement comme le domicile et, quand on développe les services à domicile et surtout si on veut avoir un impact et inclure dans le dénominateur des gens qu'on essaie de desservir, ceux qui en ont peut-être le plus besoin pour éviter que leur cas ne s'aggrave, il me semble qu'ils devraient être là-dedans. Est-ce que les ressources qu'ont les CLSC ou autres les obligent à faire des priorités et quels sont leurs critères de priorisation? C'est une autre histoire que je serais bien prêt à discuter en ayant les données. Je serais entièrement d'accord avec vous. Pour moi, un centre d'hébergement, c'est un endroit de résidence, c'est un domicile.

M. Chevette: Vous avez dit une phrase qui était extrêmement intéressante en ce qui regarde la politique et les objectifs de santé. Selon vous, est-ce que les structures doivent être un moyen de réaliser les objectifs? Et, si oui, est-ce qu'une politique doit nécessairement venir en parallèle tout au moins avec des réformes de structures? Je m'arrête là.

Une voix: On devine le reste.

M. Chevette: Non, mais c'est parce que je sais qu'il est vite et qu'il a compris.

M. Rochon: En tout cas, j'ai compris quelque chose, je vais vous répondre là-dessus.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Non, mais sérieusement, ce que

je dirais, c'est que des structures, je n'irais pas jusqu'à dire, si on utilise les mots dans le même sens, qu'elles sont des moyens nécessairement de réaliser les résultats comme tels.

M. Chevette: Les objectifs.

M. Rochon: Les objectifs. Je les vois plus comme étant l'encadrement, l'infrastructure qu'on veut développer pour permettre que les objectifs se réalisent. Là, il va falloir être plus spécifiques. Je pense que c'est beaucoup plus, par exemple, un programme qui va vraiment camper ce qu'il faut pour aller réaliser des objectifs et mesurer ce qu'on a fait, mais le programme, pour exister, il lui faut un cadre et la structure fournit ça. Dans ce sens-là, si on axe de plus en plus vers une politique qui vise à des objectifs en termes de résultats, quand on en arrive aux politiciens, et j'appliquerais le même raisonnement aux gestionnaires, au niveau des ensembles, au niveau des structures, mais encore plus aux politiciens, je pense que ce que ça commande carrément pour l'avenir, c'est qu'on ait de plus en plus des décideurs politiques qui se voient plus comme des gens dont le rôle est de bâtir ces infrastructures, les mettre en place, d'y amener les incitatifs nécessaires pour que le jeu se fasse à l'intérieur de la structure, qu'ils se voient beaucoup plus comme les architectes de ça, premièrement.

Deuxièmement, qu'ils voient beaucoup plus leur rôle de développement de ces structures comme cadre comme étant des gens qui représentent les intérêts des consommateurs. Ça, je ne dis pas ça pour avoir l'air populaire, mais je pense que ça fait partie de la dynamique. Qu'ils se mettent en position de représenter carrément, ayant mis en place, pour les producteurs, l'encadrement et les incitatifs qu'il leur faut, et qu'ils continuent à jouer leur rôle en étant les représentants des besoins des consommateurs plutôt que, souvent, comme c'est le cas actuellement, je pense, les décideurs politiques mis en position de plutôt parler pour ou contre, ou discuter avec les producteurs. Et ça, ça fait une dynamique qui devient complètement différente. Et surtout d'éviter, je dirais, dans une dynamique qui s'engage à faire des résultats dans un cadre de programmation, de programmes, d'être dans la position, comme décideurs politiques, comme c'est trop souvent le cas, actuellement, à cause de la dynamique du système, de ceux qui essaient de faire l'arbitrage des allocations de ressources. Ils doivent être plus l'architecte de l'encadrement qui permet le jeu de la dynamique qui va les faire, les arbitrages. Puis, d'assurer que, du point de vue du consommateur, l'équité va être protégée là-dedans. Ça, c'est leur rôle, puis ils doivent y tenir. L'orientation du système, c'est essentiellement par là qu'elle doit passer.

(17 heures)

M. Chevette: Vous parlez de compétition et

d'émulation à l'intérieur du système public. Quand vous avez commencé à vous exprimer, j'ai dit: Voilà Castonguay assis à la table, parce qu'il a parlé d'émulation et de compétition. Sauf que Castonguay y allait par le biais de la privatisation et vous, vous y allez par la compétition et l'émulation dans le réseau public. Moi, j'aimerais vous entendre un peu plus là-dessus, parce que j'ai l'impression que, sur le plan théorique, c'est beau, mais instaurer une compétitivité à l'intérieur d'un même réseau, comment vous faites ça sur le plan concret?

M. Rochon: C'est essentiellement, je pense, une question - et là, je vais revenir au langage qu'on a employé à la commission, parce que je ne peux pas en trouver un meilleur - du type de dynamique qu'on veut déclencher et entretenir. Dans le système privé - je ne suis pas un économiste, je vais être obligé de parler de ça en termes de l'homme de la rue un peu - ce que je comprends très bien, c'est que dans un système qu'on dit privé et qui répond aux lois du marché libre pour le type de compétition qui est là, les producteurs, dans un système comme ça, sont quand même commandés par le produit qu'ils doivent fournir et, en bout de ligne, par le résultat qu'ils doivent atteindre en fonction d'une clientèle qu'ils doivent desservir. Ils sont très orientés sur le client, sur la satisfaction du client et sur le produit qu'ils doivent lui donner comparativement à ce qu'il veut. Sauf que les jeux qu'ils font pour l'arbitrage et l'équilibre, pour qui ils produisent, correspondent à ceux qui ont les moyens de venir chercher le produit qu'ils donnent et c'est ça qui les satisfait, ça les maintient dans le circuit.

Si on regarde un système public et surtout un système public de services de santé et de services sociaux, ce n'est pas de défendre un système public par principe, parce que c'est mieux pour aucune raison d'idéologie ou théorique, mais pour la production de services de santé et de services sociaux, une fois qu'une société a fait le choix d'avoir un objectif prioritaire d'équité, qui veut dire qu'on va produire des services et les distribuer non pas d'abord selon les moyens, mais selon les besoins, et que, dans une société, il y a et il y aura malheureusement probablement encore très longtemps, sinon toujours... Là, on voit que, malgré les efforts faits, on mesure encore les écarts, non seulement on ne les ramasse pas, mais le jeu général du développement économique et tout le reste tend à les élargir encore plus.

Sur la base de ça, si on a un objectif d'équité et si on veut servir selon le besoin, et non pas selon les moyens, on va dire qu'il n'y a qu'un système public qui peut vraiment faire ça, parce que ce n'est pas la logique du système privé de marché libre. Mais qu'est-ce qui empêche qu'un système public, par exemple, qui veut justement satisfaire les besoins d'un con-

sommateur, ne soit viré pour avoir un jeu d'incitatifs qui l'amènent à fonctionner en fonction de ça? C'est là qu'on revient au centrage sur la personne, sur le client, sur ses besoins et sur les résultats à atteindre pour ça. Si le jeu des incitatifs et la dynamique tourment vers ça, je ne peux justement pas comprendre pourquoi des établissements, parce qu'ils sont publics, dans un système public, n'auront pas un comportement qui va ressembler à celui du système dit privé.

Je ne vois pas pourquoi la compétition n'appartiendrait en exclusivité qu'au système privé. C'est la façon dont on gère nos systèmes publics dans le système de la santé qui fait qu'ils se comportent comme ça. On finance les établissements parce qu'ils existent, qu'ils sont un établissement et, plus ils peuvent justifier qu'ils ont un gros déficit, plus il faut les financer. Il n'y a rien là-dedans qui motive bien gros pour produire et satisfaire plus le client. Même, au contraire, si tu satisfais plus ton client en étant plus efficace, tu vas avoir un budget moins gros peut-être; au lieu d'être récompensé par le système, tu vas fermer des parties de ton établissement puis tu vas être un moins gros D.G. Alors, ce ne sont pas les gens qui sont fautifs, ce n'est pas le système public qui est complètement pas bon, c'est le jeu d'incitatifs qu'on a mis dedans. Alors c'est ça qui me fait dire que ça m'apparaît simple.

Maintenant, de faire le changement dans le système, ce ne sera pas facile. Le ministre posait la question, il va falloir que la pression soit assez forte, qu'elle soit maintenue assez longtemps, probablement que les récompenses soient importantes, mais il faudra toujours le bon dosage, comme on dit, de la carotte mais du bâton aussi. Mais il n'y a pas de raison pourquoi ça ne devrait pas se faire.

M. Chevette: Maintenant, vous avez parlé de prévention, le tournant de la prévention, il faut le prendre. Où est-ce que vous prenez l'argent pour le prendre?

M. Rochon: Dans le système.

M. Chevette: Dans le système, vous dites qu'il ne faut pas "désassurer" des services.

M. Rochon: Non, j'ai dit qu'on... Non. Tout simplement, je pense que le mot "désassurer" ne peut pas vouloir dire ce qu'on veut dire. Encore là, je reviens... Il faut toujours se coller à notre point de départ. Si on a une politique qui vise l'équité et la distribution selon les besoins et qu'on a une gamme de services qui sont définis pour répondre à ces besoins-là, si on commence à dire "désassurer", à ôter certains services, donc on veut moins, on ne rejoindra pas notre objectif et là, ça va devenir de pis en pis. On va moins répondre aux besoins, il va y avoir plus de

demandes, ça va coûter plus cher, c'est la spirale infernale qui commence. Donc, ce n'est pas de dire... Parce que "désassurer", ça veut strictement dire que tu identifies un certain nombre de services qui vont te permettre de récupérer l'argent qui correspond à ton déficit, quelque chose du genre, si tu te désassures. C'est un objectif financier ou de rééquilibre financier.

Par contre, et je le répète, on a toujours dit que la gamme de services, ça ne peut pas être immuable. Au contraire, plus on va avoir l'évaluation de la qualité dans le système et les moyens d'information qui permettent de le faire - ça aussi, c'est un peu l'oeuf et la poule, cette histoire-là. On attend toujours, on n'utilise pas, on ne prend pas de décision en fonction des évaluations qu'on peut faire avec l'information qu'on a parce qu'il n'y a pas assez d'information, ce n'est pas assez parfait, ce n'est pas assez complet, c'est un peu la fuite en avant. Ça va vraiment s'améliorer et la progression de l'amélioration des systèmes d'information et d'évaluation va avancer d'autant plus qu'on va s'en servir, parce qu'on va avoir des questions de plus en plus précises et on va savoir où on manque d'information.

Si on fait ça, on va être amenés à réaménager constamment le panier de services ou la gamme de services et en réaménageant, encore une fois, partout où on a commencé à le faire. Et les exemples que je citais d'évaluation de la qualité, ça, ce sont des choses qu'on expérimente actuellement, où les résultats commencent à être apparents, ça nous amène à changer la gamme des services, d'abord pour en améliorer la qualité et, en général, à moindre coût. Alors, il y a de l'argent qui se récupère nécessairement comme ça.

Pour la prévention, je dirais, je répéterais, je pense qu'on l'a déjà dit, prévention-promotion. Au lieu de dire que si on vient à bout de sauver de l'argent dans le système en général, on va l'investir, finalement, dans la prévention, je pense qu'on n'y arrivera jamais parce qu'on veut le faire, cet investissement-là, pour avoir un impact sur ce qui amène une grande utilisation des services. Alors, il faut quasiment plus, au départ de l'attribution des ressources, bloquer un pourcentage pour ça. S'il faut aller jusqu'à le bloquer dans la loi, comme on a fait pour la loi sur l'assurance-santé, à l'époque, pour la formation de chercheurs, je pense, pour la recherche, on peut faire ça. S'il faut aller jusque-là, allons jusque-là et disons qu'il y a un minimum de tant pour cent qu'on va consacrer d'emblée à ça et on va distribuer le reste, le reste qu'on a, pour faire un peu ce qu'on peut avec. Je suis assuré que ça ne fera pas une différence majeure sur ce qui va se produire dans le système; au contraire, ça va juste mettre plus de pression à l'efficacité et la prévention-promotion va commencer à produire.

M. Chevette: Vous avez dit, au départ, quant au financement, que probablement vous inventorieriez davantage cette dimension, ce secteur du financement de la santé publique. Vous avez insisté là-dessus à la conclusion, vous récidivez sur tout, à peu près de façon identique, sauf que, sur le financement, vous gratteriez davantage, c'est un peu ce que j'ai compris.

M. Rochon: Non, ce que j'essayais de dire, c'est que j'essaierais de trouver un moyen, et je ne suis pas sûr de l'avoir trouvé aujourd'hui non plus, d'être encore plus articulé et plus clair ou plus détaillé, mais on a l'impression qu'on n'a pas été lus, ou entendus, ou compris dans ce qu'on a essayé de dire. Alors, comme je crois toujours au vieux principe que, quand le message ne passe pas, ça dépend de ceux qui expliquent plutôt que de ceux qui écoutent, si c'était à refaire, j'essaierais de dire un peu plus et un peu mieux.

M. Chevette: C'est un principe de pédagogie, en tout cas.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Vous affirmez cependant que ce n'est pas simplement une question de sous-financement. Est-ce à dire que vous reconnaissez qu'il y a une partie de sous financement ou si, exclusivement par le réaménagement de l'argent déjà disponible, c'est suffisant pour y aller à fond de train dans une réforme qui tiendrait compte des objectifs de prévention, etc.?

M. Rochon: Ce que j'ai essayé de dire, ce n'est pas que... Comme vous me le faites dire, qu'il n'y avait pas seulement une question de...

M. Chevette: C'est ce que j'avais compris, M. Rochon.

M. Rochon: C'est peut-être comme ça que c'est sorti, mais ce n'est pas ça que j'essayais de dire.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Ça arrive, des fois, que la spontanéité affiche...

M. Rochon: Ce que j'essayais de dire vraiment, c'est qu'il n'y a pas d'évidence, il n'y a pas de démonstration que notre système est sous-financé. Maintenant, c'est quoi le sous-financement, pour un système de santé? Il n'y a pas de critère absolu de ça. La seule façon de porter un jugement à savoir si on est sur ou sous-financés, c'est en se comparant à d'autres. Il n'y a pas un standard qui existe qui dit qu'un pays qui a ce niveau-là est sur ou sous-financé. Quand on compare le Québec à tout autre pays,

en faisant les ajustements nécessaires, on est ou carrément dans la moyenne, selon le groupe de pays qu'on prend, ou carrément dans le peloton qui est en tête. Alors, sur la base de ça, je me dis qu'il n'y a sûrement pas d'évidence qu'on est, se comparant à d'autres, sous-financés. Il pourrait y en avoir plus et on pourrait en consommer plus, c'est bien évident, mais ce n'est pas d'abord en en mettant plus dans un système ou, par ailleurs, si on regarde l'autre façon de répondre à la question qu'est l'efficacité du système pour produire, ou on ne s'est pas adressé à ça, si on ne commence pas par améliorer l'efficacité et qu'on commence à mettre plus d'argent dedans, et si on a effectivement des problèmes d'efficacité, comme ça je pense qu'on a des points qui le démontrent, on va continuer à en mettre plus et on ne s'en sortira jamais.

Éventuellement, on voudra peut-être en mettre plus dans le système. À ce moment-là, si on a d'abord amélioré l'efficacité du système, on pourra peut-être en mettre plus, mais de façon beaucoup mieux ciblée et en fonction de résultats qu'on sait qu'on peut atteindre, que juste de la mettre dans le système comme ça et qu'elle passe sans rien produire de plus.

M. Chevette: J'en aurais encore pour deux heures. Mon collègue veut questionner.

La Présidente (Mme Marois): C'est M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, maintenant, qui va échanger avec vous.

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Quelques autres aspects que vous avez touchés et dans le rapport, et dans la présentation d'aujourd'hui et qui, je pense, demandent peut-être un peu plus d'éclairage; enfin, je le souhaite fermement. Vous nous indiquez très bien les grandes tendances dans le milieu dans lequel maintenant vous êtes inséré, en termes de développement des systèmes de santé et des systèmes de services sociaux, les politiques: politiques de santé et de services sociaux et il y a des axes, comme vous l'avez bien décrit: les axes prévention et promotion qui se transportent sur le terrain de l'individu, en termes de responsabilisation, ou dans les milieux, en termes de déterminants de la santé.

Dans le contexte québécois, on en a parlé avec plusieurs questions qui viennent de vous être posées sur le virage prévention que doit prendre le système institutionnel, entre guillemets, mais il y a tout un grand pan, par exemple, de la pratique de la santé, qu'on touche très rarement, qui s'appelle tout le système privé, les cabinets, la pratique privée. Moi, j'aimerais ça que vous nous en disiez plus sur comment, à eux aussi, et c'est un très grand pan de la pratique médicale, des pratiques de santé, c'est très large, c'est très gros, c'est très cher, comment tout ce qui s'appelle pratique en

cabinet privé, polyclinique, on va aussi faire virer ça dans le sens des axes, dans le sens de la prévention et de travailler sur les déterminants?

M. Rochon: Deux choses: D'abord, je ne sais pas si votre question s'adresse à cette dimension-là, mais la place que peut prendre la prévention dans la pratique médicale clinique - c'est à ça que vous vous référez - est énorme, et je pense qu'elle prend quand même de plus en plus de place, j'espère. Qu'on pense, par exemple, à la façon de suivre une grossesse, qu'on pense à la façon de traiter l'hypertension artérielle, qu'on pense à l'influence que peut avoir le praticien qui traite quelqu'un pour des infections respiratoires à répétition, ou pour un problème respiratoire chronique par rapport à la consommation de cigarettes, on pourrait sortir plusieurs exemples où il y a une action non seulement qui peut se faire, mais qui souvent est déterminante si elle est faite par le praticien, par le médecin, qui peut avoir une influence énorme. Donc, il y a une place pour ça. Ça n'exclut pas ce secteur de production de services, au contraire.

Comment y arriver? Il y a probablement, au moins, deux grands moyens. C'est sûrement important que, de plus en plus, au niveau de la formation des médecins, la prévention soit de plus en plus intégrée à leur formation et qu'ils voient de plus en plus ce qu'ils peuvent faire dans ce sens-là. L'autre grand moyen est sûrement celui, encore - on revient aussi au niveau des incitatifs - de pouvoir payer aussi et payer autant, sinon plus, pour des approches de prévention, pour des soins préventifs que pour des soins curatifs. Ça, comment ça peut se faire? En général, des soins curatifs, évidemment, c'est plus facile à rémunérer dans un système de rémunération à l'acte, parce que c'est plus facile à identifier à l'unité.

(17 h 15)

Maintenant, je me réfèrais aussi, en parlant des approches qui essaient d'évaluer la qualité par le biais de l'utilisation des services et de l'intégration au taux d'épisode de soins, et ça, je pense que ça a commencé à se faire dans la tarification des médecins où, de plus en plus, même le paiement à l'acte peut comprendre un ensemble de services autour d'un client et d'un problème et, quand on a affaire à un problème d'approche préventive, comme l'hypertension, comme l'évolution d'une grossesse, par exemple, comme le suivi d'un diabète, surtout d'un diabète facilement contrôlable cliniquement, au lieu de rémunérer des actes, des visites, on va, par exemple, s'orienter pour rémunérer l'unité qui, au lieu d'être la visite, va être le traitement d'un épisode et qui va être d'autant plus efficace qu'il y a des éléments de prévention là-dedans, ça va amener une motivation. Alors, si les gens ont la formation de base pour être capables d'en faire

et que le jeu des incitatifs les amène à faire ça, ils vont en faire de plus en plus.

M. Trudel: Parce qu'il ne reste pas beaucoup de temps... Le jeu des incitatifs, comprenant peut-être des changements au niveau des modes de rémunération, et quand je dis ça, je ne veux pas prendre l'éternel rabat sur lequel on va finalement s'abattre, c'est celui du salariat-visite, le paiement à l'acte. Ce que vous dites, c'est qu'il y a beaucoup d'autres moyens...

M. Rochon: Oui.

M. Trudel: ...qui doivent être examinés si on veut prendre, si on veut aussi que tout le secteur, appelons-le privé, prenne un virage, parce que c'est très important dans le système, le nombre de personnes qui interviennent, le nombre de personnes qui sont vues. Finalement, si tout ce pan-là ne prend pas le virage de la prévention, je pense qu'on passe carrément à côté là-dessus.

Un autre aspect - je m'y suis attaché plus particulièrement pendant tous les travaux de cette commission et vous en parlez, évidemment, dans votre rapport - c'est toute la question du mouvement communautaire comme ressource alternative, complémentaire, partenaire. D'une part, vous décrivez, encore une fois, par rapport à l'expérience que vous vivez actuellement et les grandes tendances, qu'on s'en va vers l'approche programmes, objectifs, évaluation. Les groupes communautaires ne veulent absolument rien savoir, pour s'exprimer simplement, de cette approche, en disant: Nous, on ne veut pas se faire embarquer, en quelque sorte, dans un cadre. Vous décidez que c'est cela, comme objectif de santé ou de bien-être, et vous décidez que ça prendrait tel programme et nous, on a une façon d'être qui est autre, une façon d'intervenir qui est autre. Vous reconnaissez, dans votre rapport, entre autres, que ça a une valeur dans le système, ça, très importante. Comment, au niveau d'une loi, on peut réconcilier ça, l'apport essentiel des groupes communautaires, en termes de support versus l'approche programmes et objectifs de santé?

M. Rochon: Je serais porté à dire que les groupes communautaires sont probablement déjà actuellement et seraient, si on implantait vraiment une approche programmes à l'intérieur d'un cadre régional, sûrement dans un contexte comme ça, amenés à travailler dans le cadre de programmes sans trop le réaliser, un peu comme M. Jourdain, qui faisait de la prose sans le savoir. Non, mais vraiment, parce que l'approche programmes, ça ne veut pas dire, il ne faut pas que ce soit une consonance de standardiser et de contrôler sur le détail et sur le processus, au contraire. Si c'est une orientation vers des résultats et si un programme, au niveau d'une

région, demande la collaboration, la coordination d'un certain nombre de différents groupes, établissements et institutions, il n'y a rien qui empêche que des groupes communautaires reçoivent une partie de leur financement parce qu'ils concourent, participent à donner certains services qui sont utiles à l'intérieur d'un programme donné, comme une poutre, et qu'il y a une partie de leur financement rattachée là-dessus. Mais ça ne veut pas dire de tous les financer uniquement pour appliquer des programmes qui leur seraient donnés sans discussion ou qui leur seraient imposés. C'est probablement ça qu'ils ne veulent pas faire, mais d'être impliqués dans le jeu de coordination à l'intérieur d'une région, dans des programmes qui sont régis au niveau d'une région, je pense qu'ils le font probablement actuellement ou que ça peut se faire sans problème.

M. Trudel: Ce que vous dites, c'est que c'est possible d'y arriver, mais il faudrait partager le risque, autant du côté des groupes communautaires au niveau du risque programme, appelons-le comme ça, mais aussi du côté du pourvoyeur, du côté du payeur, en disant: Bon, on est peut-être en droit d'exiger moins de rigidité d'exécution dans le programme quand on sait qu'on est dans les objectifs généraux que l'on poursuit.

M. Rochon: Ce n'est pas leur imposer de fonctionner juste pour appliquer des programmes qui sont conçus en dehors, mais c'est de les copier dans l'ensemble des contributions dont on a besoin pour réaliser un programme.

M. Trudel: Un autre aspect maintenant. Vous aviez bien noté, bien documenté aussi, dans votre rapport, toute la relation pauvreté et consommation de soins de santé et de services sociaux. Il y a une relation directe entre l'augmentation de la consommation ou l'augmentation de la fréquentation des services, si je peux m'exprimer ainsi, et l'état de pauvreté d'une population. À cet égard, ces populations les plus démunies, dans des situations de pauvreté, donc qui consomment le plus de services, ce sont celles qui possèdent le moins de possibilités d'intégration sociale, d'intégration dans les réseaux. À qui devrait-on demander, dans notre système de santé et de services sociaux, prioritairement, de s'occuper de cette fonction d'intégration dans les réseaux, étant donné les réseaux sociaux, étant donné que ça a une influence sur la baisse, ça aurait une influence sur la baisse de consommation, de fréquentation, d'utilisation des services? À qui va-t-on confier ça de façon majoritaire dans le système?

M. Rochon: Je pense qu'essentiellement ça dépendra, et ça dépend probablement actuellement aussi sûrement, de la nature du problème à

la base de la non-intégration ou de la mauvaise intégration. Il y a sûrement, et on connaît tous ou on a vu des problèmes sociaux ou de santé qui sont assez graves et assez lourds pour devoir être pris en charge par des structures ou des équipes qui sont capables de donner certains services spécialisés, par exemple. Je penserais qu'actuellement il y a probablement place pour que certains problèmes d'intégration se réfèrent plus au CSS ou à un organisme du genre, par rapport à des problèmes d'intégration réelle aussi, ou à des situations de difficulté d'intégration, mais où le problème, à la source, est plus compliqué, moins difficile, ou peut être plus pris en charge par une structure plus légère comme le CLSC ou même, dans certains cas, un organisme communautaire, avec des approches alternatives.

Si on va de l'exemple le plus lourd, peut-être, d'un problème d'itinérance jusqu'à un problème de difficulté d'adaptation scolaire et sociale d'un enfant il y a probablement toute une gamme. Il faut préciser quel est le problème; l'intégration, c'est un peu le symptôme, ou la non-intégration, le problème à la source de ça, c'est peut-être ça qui détermine ça. Alors, je ne vois pas une solution univoque à ça, mais plus orientée sur le problème.

M. Trudel: Une des autres dimensions qu'on a bien discutées ici... Je pense qu'il me reste très peu de temps...

M. Chevrette: Il vous reste une minute et demie.

La Présidente (Mme Marois): ...question.

M. Trudel: Il reste une minute. C'est toute la question de la porte d'entrée ou des portes d'entrée dans le système. Quand on le regarde du côté des coûts, on a eu plusieurs observations et des analyses qui nous ont dit: Oui, mais ça rentre de partout dans le système et il n'y a pas de coordination, il n'y a pas de complémentarité ou, enfin, c'est difficile. Je la pose très carrément, la question: Si le système disait que, dorénavant, la porte d'entrée - je ne vais pas sur les détails - et le pivot du système, c'est le CLSC, qu'est-ce que vous dites de ça?

M. Rochon: Ça ne marchera pas.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevrette: Ça ne marchera pas?

M. Rochon: Ça ne marchera pas. Ça remonte à il y a 20 ans, c'était l'hypothèse de départ que, si on avait un système... On pensait à des systèmes à trois paliers: les niveaux tertiaire, secondaire et primaire. On a développé beaucoup cette conceptualisation du système de santé, avec

une porte d'entrée unique et ça n'a jamais marché. Je pense que la culture et la possibilité qu'a, dans le système, un citoyen du Québec de pouvoir rentrer par différentes façons est trop profonde pour qu'on puisse changer ça du jour au lendemain. J'irais même jusqu'à dire, à l'expérience, que c'est peut-être une bonne chose que les gens puissent rentrer par différentes places, selon la nature de leur problème.

La question devient plus - et c'est toujours le problème de trouver une question qui corresponde peut-être plus au problème que ça pose - que les portes d'entrée par où quelqu'un peut se présenter soient vraiment imbues d'une responsabilité d'agir comme portes d'entrée. On avait essayé d'être assez explicites là-dessus aussi. J'ai cru comprendre que ça se développe beaucoup déjà actuellement et qu'essentiellement les outils étaient qu'à une porte d'entrée, ça prend un accueil qui peut au moins fournir l'identification précise d'un problème ou référer à l'endroit où le problème peut être identifié et qu'à l'accueil se joint une fonction qui est d'établir - et là, ça rejoint la notion d'épisode de soins qu'on peut utiliser pour fins d'évaluation aussi - ce qu'on appelle, je pense, un plan de services quelconque qui n'a pas besoin d'être bien bien compliqué. Mais à l'identification d'un problème et de l'endroit où le plan de services comme base de coordination des services peut être donné, à ce moment-là, il peut y avoir par nature un certain nombre de portes qui sont des bonnes portes d'entrée du système. Mais de penser qu'une seule va pouvoir remplir ce rôle-là, je pense que ça a été une notion à un moment donné, mais qui est dépassée actuellement.

M. Trudel: Enfin, ça, ça aurait pu...

La Présidente (Mme Marois): Un bref commentaire, M. le député.

M. Trudel: Ah! très bref! Surprenant! Il est surprenant d'entendre cette façon de voir les choses mais, évidemment, il aurait fallu y revenir pour aller plus largement sur cette possibilité, parce que des expériences comme dans la région de Lanaudière, avec toutes les capacités d'accueil, nous ont presque démontré le contraire. Je ne questionne pas à savoir si c'était très scientifique, si c'était très large, etc. On a des indices.

Je n'ai plus le temps. Merci beaucoup de cette présentation. Je suis sûr que les observations, en particulier la question de prévention et de promotion, les déterminants de la santé et de la responsabilisation doivent être très certainement les axes fondamentaux sur lesquels on débat. Merci beaucoup, Dr Rochon.

La Présidente (Mme Marois): Merci.

M. Chevette: Moi aussi je voudrais remercier le Dr Rochon, vous souhaiter bonne chance dans votre mandat en haut, si on peut s'exprimer ainsi...

Une voix: Là-bas.

M. Chevette: ...L'Organisation mondiale de la santé. Et, revenez-nous. Peut-être qu'on pourra procéder à d'autres nominations éventuellement.

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier d'avoir accepté l'invitation de la commission. Ça a été un témoignage très intéressant. Je pense qu'il y a plusieurs pistes intéressantes vues dans un contexte encore beaucoup plus global que celui du Québec qu'il faudra encore davantage fouiller. Merci, et aussi un merci très spécial - si je ne faisais pas ce message-là de manière publique, je pense que j'aurais de la difficulté à avoir de la collaboration de certains de mes hauts fonctionnaires - quant à la facilité avec laquelle vous nous avez mis en communication avec les spécialistes de l'organisme que vous êtes, dans le cas de Saint Basile-le-Grand où, dans l'espace de 48 heures, vous avez permis qu'on franchisse toutes les barrières: de Washington, de Genève, du Danemark, et qu'on puisse bénéficier de l'expérience..

M. Chevette: Êtes-vous en train de dire qu'il est plus vite que le ministre de l'Environnement?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Non, ce que j'étais en train de vous dire, c'est que c'en était presque devenu le paradis, en termes de...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Alors, je vous remercie pour cette contribution tout à fait exceptionnelle qui a été très bénéfique pour le Québec. Et tout ça pour vous dire qu'il nous apparaît très important que des personnalités comme la vôtre, qui occupez des fonctions extrêmement intéressantes en Europe, puissiez nous apporter toute cette expertise de là-bas, au profit du Québec, mais aussi dire, d'après ce que j'ai pu comprendre, qu'il y a peut-être des choses qui se passent au Québec qui sont exportables aussi, et qu'on n'est pas si pires que ça, finalement. Merci bien.

La Présidente (Mme Marois): Je vais le faire

à mon tour, Dr Rochon. Je vous remercie de votre expérience et des connaissances nouvelles que vous nous avez apportées. Vous êtes la 175^e personne à se présenter devant notre commission. Vous n'êtes pas la moindre et ce que vous nous avez apporté aujourd'hui nous a sûrement ouvert des avenues nouvelles. Alors, merci pour cette contribution à nos travaux.

Je rappelle aux membres de la commission que nous ajournons nos travaux à 10 h 30, demain matin, mais que nous avons, d'autre part, une séance de travail à 8 h 30, à la salle 161, en face de la salle Louis-Joseph-Papineau. Merci.

M. Rochon: Merci, Mme la Présidente.

(Fin de la séance à 17 h 30)