



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 (26)

Le mercredi 11 avril 1990 - No 37

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Remarques finales	
M. Richard Holden	CAS-2239
M. Guy Chevrette	CAS-2240
M. Rémy Trudel	CAS-2244
M. Marc-Yvan Côté	CAS-2245
Dépôt de documents	CAS-2250

Présidente: Mme Pauline Marois

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$
(La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi
disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$)

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1080, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 26
Québec, (Québec)
G1R 5E6 tél. 418-643-2754

Courier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mercredi 11 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**

(Dix heures trente-cinq minutes)

La Présidente (Mme Marois): Veuillez prendre place. Nous allons reprendre nos travaux pour la dernière fois, ce matin, dans le cadre de la consultation générale et des auditions publiques sur l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux. Nous en sommes, ce matin, aux remarques finales. Il a été entendu entre les différents partis et députés indépendants que le temps serait imparti de la façon suivante: au député indépendant, dix minutes; au porte-parole de l'Opposition officielle, trente minutes, et au ministre de la Santé et des Services sociaux, trente minutes. J'inviterais donc... Je m'excuse, Mme la secrétaire, je crois qu'il y a un remplacement, ce matin.

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

La Présidente (Mme Marois): Merci, Mme la secrétaire. Ça lui permettra d'ailleurs d'ouvrir la séance de ce matin et de nous faire part de ses remarques.

Remarques finales

M. Richard Holden

M. Holden: Merci, Mme la Présidente. J'espère qu'on ne m'accusera pas de malhonnêteté intellectuelle si je dis au ministre qu'il a fait un travail surhumain en écoutant attentivement tous les groupes qui ont paradé devant cette commission, depuis le mois de janvier. On appelle ce procédé une consultation et, effectivement, Mme la Présidente, c'en était une, une vraie consultation. Comme loi, personnellement, je trouve l'avant-projet tellement vaste qu'on peut se demander si l'objectif ne pourrait pas être atteint par le biais de plusieurs lois séparément, comme on a fait avec la loi fédérale sur l'énergie. Mais si on est pour faire une seule loi, j'aimerais voir une espèce de code de la santé et des services sociaux où toutes les lois se rapportant à la santé se retrouveraient, un peu comme le Code du travail.

Je n'ai pas été aussi assidu que les députés des deux côtés de cette table, mais il m'a semblé qu'au fur et à mesure que les mois passaient, le ministre consultait de moins en moins ses conseillers assis à ses côtés. Je suis persuadé que le ministre et tous les membres de la commission ont beaucoup appris. Ça se voyait dans les

interventions et dans les questions. Espérons que les fonctionnaires en ont fait autant.

J'ai suivi les travaux de la commission parce que la minorité que je représente a des inquiétudes très sérieuses au sujet de l'avant-projet. Au lieu de faire un relevé de ce que j'aimerais voir dans la réforme que le ministre va proposer, permettez-moi de faire un exposé de ce que je ne veux pas voir dans la nouvelle loi.

Premièrement, ce que j'appelle les **méga-**boards qui auraient monopolisé le système et que le ministre a dit qu'il allait laissé tomber. Je n'étais pas là quand il l'a dit, mais j'ai compris par la suite. Deuxièmement, tout contrôle ou toute interférence dans les fondations; peut-être pas tout contrôle, mais certainement l'interférence dans les fondations. Troisièmement, toute diminution dans la représentation sur les corporations et dans le nombre de corporations. En fait, j'aimerais voir une corporation de plus. Quatrièmement, tout empêchement aux professionnels de la santé de siéger dans les comités des organismes et bureaux. Cinquièmement, c'est une affaire personnelle, **toute** réaffectation de mon hôpital de comté, le Queen Elizabeth. Sixièmement, tout changement de contrôle par les minorités culturelles de leurs institutions.

Let me repeat for the benefit of the anglophone press the items which I am asking the minister not to bring back in his revised Legislation on Health and Social Services. First, the superboards which gobble up the existing smaller institutional boards, which the minister has already said will probably not be in the new law. Any form of detailed and smothering interference in the operation of foundations. Any reduction in the number of corporations and in the minority representation on the corporate boards. All form of prohibition against health professionals as far as their right to sit on boards and participate in decision making. Any change in the support of such family oriented institutions as the Queen Elizabeth Hospital and the Reddy Memorial Hospital (both of which happened to be in my riding). And all measures to undermine or weaken the control by minority cultural groups over their own **institutions** and social services.

J'ai raison de croire, Mme la Présidente, que le ministre n'est peut-être pas tout à fait d'accord, mais qu'il est d'accord avec moi sur certains de ces éléments dans l'avant-projet qui doivent disparaître dans toute législation future. Ce n'est pas le ministre qui m'inquiète. Ce sont les hommes et femmes qui travaillent dans l'ombre sans que nous, les élus, puissions les interroger ou les confronter. Comme on dit en

anglais, Mme la Présidente: Time will tell".
Merci pour le temps.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le député de Westmount. J'inviterais maintenant le porte-parole de l'**Opposition** officielle et leader de l'**Opposition** à bien vouloir intervenir auprès des membres de cette commission.

M. Guy Chevette

M. Chevette: Merci, Mme la Présidente. Au terme de cette consultation-marathon sur la réforme de notre système de santé et de services sociaux, il nous prend une envie irrésistible de pousser un soupir de soulagement. Cependant, en temps que parlementaires et démocrates, nous devons nous **rejoir** d'un tel degré d'intérêt pour cet exercice. Mes premiers mots seront donc pour remercier tous ceux et celles qui ont fait l'effort de réfléchir, de préparer un mémoire et de venir le présenter en commission parlementaire.

Notre appréciation globale de ces vingt-six jours d'auditions s'avère ambivalente. Certes, les mémoires, tous plus intéressants les uns que les autres, ont jeté un éclairage non négligeable pour les parlementaires sur ce que devait être cette réforme. Mais du même souffle j'ajouterais: **N'a-t-on** pas refait, en quelque sorte, l'exercice de la commission Rochon? N'était-ce pas là, encore une fois, une façon habile de gagner du temps? Ce que nous avons entendu, les commissaires l'avait déjà entendu et analysé. **L'ex-ministre**, Mme Thérèse **Lavoie-Roux**, quant à elle, l'avait validé au cours de sa tournée panquébécoise.

La question qui s'impose à ce stade-ci est la suivante: Avons-nous, en termes d'étape, progressé vers l'élaboration d'une véritable réforme? Il sera difficile d'y répondre tant et aussi longtemps que nous serons dans le noir quant à la teneur du produit fini, car avant que le coq n'ait chanté trois fois - dès la deuxième semaine d'audition - le ministre avait renié son avant-projet de loi.

Dans les faits, nous nous retrouvons dans une situation analogue à celle qui a suivi le dépôt du rapport Rochon. L'ultime rendez-vous, le **véritable** débat, est par conséquent reporté à l'automne prochain. Dans les circonstances, il sera indispensable de tenir une consultation restreinte devant la commission des affaires sociales, lors de son dépôt.

A ce jour, une chose est claire, le ministre de la Santé et des Services sociaux a choisi de se constituer une véritable liste d'épicerie en prenant nombre d'engagements et en donnant raison à plusieurs groupes. En tant qu'**Opposition** officielle, nous entendons nous assurer qu'il livre la marchandise. D'ailleurs, je reviendrai en conclusion avec une courte **énumération** - mon collègue le fera - afin que tous puissent bien

mesurer l'ampleur de la tâche qui attend le gouvernement.

Outre les engagements du ministre, la réforme devra reposer sur un certain nombre d'éléments pour que notre formation politique puisse y adhérer.

Tout d'abord, les grands principes. Selon la commission Rochon, l'universalité, l'accessibilité et la gratuité des services de santé et des services sociaux doivent être considérées comme les acquis les plus précieux de notre système. Nous partageons entièrement cette analyse et le ministre, comme il l'a évoqué dans son allocution d'ouverture, semble également la faire sienne. Rien dans l'exercice que nous venons d'accomplir ne l'autorise, estimons-nous, à changer son fusil d'épaule. Le consensus en faveur d'un réseau public fort et entièrement financé par l'État persiste. Notre réseau a fait la preuve qu'il est capable de contrôler ses coûts et il n'a rien à envier au système américain. Bref, les tenants de la privatisation n'auront pas su nous convaincre. Cependant, si le gouvernement décidait d'aller de l'avant avec des expériences de privatisation, nous lui demandons de l'inscrire clairement dans le futur projet de loi afin d'écarter toute approche déguisée dans un article de loi, tout en maintenant toute espèce de projet pilote. Si privatisation il doit y avoir, qu'elle passe la rampe de l'Assemblée nationale et qu'elle se fasse au grand jour.

En ce qui regarde la gratuité des soins, toute formule de ticket modérateur doit être rejetée. Le gouvernement a pris des engagements fermes; l'**Opposition** officielle s'assurera qu'il maintienne le cap. L'idée d'un impôt à rebours s'avère, à nos yeux, plus insidieuse. Une telle formule introduit dans le système un facteur de discrimination économique qui, à moyen terme, aura pour effet de briser la solidarité de la société québécoise qui veut que, riches ou pauvres, tous aient droit au même traitement devant la maladie. Exiger une contribution supplémentaire clairement identifiée "santé", c'est courir le risque qu'à tort ou à raison des individus réclament de meilleurs services. En fait, si l'on doit augmenter le niveau de financement, que l'État fasse des choix politiques clairs.

Comme il s'agissait simplement, ici, d'énoncer notre attachement aux trois grands acquis du système, nous reviendrons ultérieurement sur la question du financement.

Les nouvelles orientations. Lorsque l'on touche à un secteur aussi névralgique que celui de la santé et des services sociaux, il est essentiel d'éviter la réforme pour le plaisir de la réforme. Sans objectifs fondamentaux, jongler avec des structures apparaît comme un exercice inutile, coûteux, voire périlleux, le danger étant, bien sûr, de voir la structure comme une fin en soi et non plus comme un outil d'atteinte d'objectifs clairement définis. Nous avons lancé une mise en garde au début de la commission

parlementaire; nous nous devons de la répéter. La propension du réseau à se replier sur ses structures étant une tendance lourde, constamment, tel un phare, le ministre devra avoir à l'esprit ces objectifs.

Recentrer le système d'abord sur le bénéficiaire. Le réseau n'existe pas pour lui-même. Voilà une vérité de La Palice que d'aucuns ont eu tendance à oublier depuis sa création. C'est donc l'objectif no 1 qui devra guider le ministre tout au cours de sa réflexion sur le projet de loi. À cet égard, nous le suivrons à la trace pour nous assurer que le bénéficiaire y trouve son compte. Concrètement, cela veut dire que le projet de loi devra contenir un certain nombre de dispositions qui nous tiennent à coeur.

La définition des droits des bénéficiaires devra être la plus large possible et ne contenir que les restrictions absolument nécessaires. Qui plus est, on doit s'assurer que les services soient disponibles. En effet, à l'heure où le gouvernement n'investit plus dans la création de places en centres d'accueil, qu'il existe un moratoire sur les centres d'accueil privés et sur les familles d'accueil, comment concevoir que les CLSC puissent refuser ou, encore, n'avoir aucun moyen de donner des services à des personnes qui résident chez elles ou en maison d'hébergement? Peu importent les droits que l'on confère à un individu, ils ne seront d'aucune utilité si leur exercice en est restreint par des mécanismes de protection inadéquats. Le comité des bénéficiaires devra aussi pouvoir agir avec un maximum d'efficacité, ce qui implique qu'on lui assure **légalement** et financièrement un minimum d'indépendance vis-à-vis de l'institution où il oeuvre. De plus, les bénéficiaires devraient composer en majorité leur comité.

Il ne fait également aucun doute qu'une fonction d'**ombudsman** doit être créée et généralisée. L'abondance des plaintes mais surtout l'importance de recours souples, efficaces et non judiciaires exigent la création de mécanismes locaux et régionaux de protection, de même que l'extension de la juridiction du Protecteur du citoyen au réseau.

L'exercice des droits du bénéficiaire ne se limite pas à des recours contre les établissements. L'expérience ayant démontré qu'il est plus qu'aléatoire de porter plainte contre un professionnel de la santé qui aurait commis une faute lourde, le ministre doit donc s'engager à ce que l'Assemblée nationale réétudie cette question au moment du dépôt de son projet de réforme. En définitive, recentrer le système sur le bénéficiaire consiste à accroître la qualité des services, ce qui implique notamment des intervenants et des intervenantes motivés dont le travail est reconnu à sa juste valeur.

Une vraie politique de santé et de bien-être. Un des fondements de la réforme repose sur la conviction qu'il est désormais nécessaire que le Québec se dote d'une politique globale de

santé et de bien-être, avec des objectifs bien définis. À cette nouvelle orientation, le Québec s'inscrit dans un courant international qui a vu le jour à la fin des années soixante-dix et qui tire son origine dans le constat qu'un réseau uniquement axé sur un système de soins est incapable de rehausser l'état de santé de sa population. En fait, il s'agit d'une réaction à l'adage qui veut que le **réseau** de santé soit un gouffre sans fond. Dans cette optique, la notion de santé se veut beaucoup plus globale et ne se définit plus comme simplement l'absence de maladie.

Une véritable politique de la santé n'interpelle plus uniquement le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais l'ensemble du gouvernement. Les notions de qualité de l'environnement, de sécurité routière, de lutte à la pauvreté ou de politique familiale, par exemple, sont au coeur de l'élaboration de cette politique. Le livre blanc déposé par l'**ex-ministre**, Mme Thérèse Lavoie-Roux, contenait l'embryon d'une politique de santé. L'actuel ministre nous a soumis que l'élaboration de la politique définitive irait **en** parallèle avec la réforme des structures attendue pour l'automne prochain.

Nous croyons, pour notre part, qu'il s'agit probablement de la plus grande erreur du gouvernement et c'est là le plus gros reproche que nous pouvons lui adresser, à savoir que l'élaboration de la politique de santé et son étude en commission parlementaire auraient dû précéder le dépôt d'un projet de loi sur les structures. Ne fallait-il pas définir le pourquoi avant de s'attaquer au comment? En fait, l'absence de discussion durant cette commission parlementaire - il y a un seul groupe, soit l'Association des pharmaciens des établissements de santé, qui a abordé la réforme à travers les lunettes des objectifs de santé - donc, ce fait nous laisse l'impression d'un vide immense.

Dans la mesure où le ministre a abandonné son projet de loi dès le début de la commission parlementaire et que les discussions se déroulaient constamment au niveau hypothétique, il eût mieux valu employer ce temps à se doter d'une politique de santé. Une politique de la santé qui recevrait l'adhésion de la population serait appelée à devenir un instrument de mobilisation efficace. En imprimant un nouveau souffle au réseau, elle serait susceptible d'apporter les changements de mentalité qui s'imposent. De plus, elle faciliterait la rationalisation des ressources, puisque les priorités et les moyens d'action auraient fait l'objet d'un consensus national.

Pour obtenir cette adhésion, nous croyons qu'il faudrait prévoir dans la nouvelle loi le dépôt, devant l'Assemblée nationale, de la politique de santé et son étude par la commission des affaires sociales. De la même manière, les régies régionales, qui auront à définir comment les objectifs pourraient être atteints, devraient

être tenues de procéder à des consultations au niveau local.

Par ailleurs, la création d'un poste de super sous-ministre, que les Américains appellent le "surgeon general", c'est-à-dire de responsable de la santé publique à l'échelle du Québec, concrétiserait et renforcerait cette nouvelle approche par objectif de santé. Cette orientation, qui présuppose que le Québec se dote d'instruments permanents de cueillette d'informations pour évaluer l'efficacité des mesures mises de l'avant, conduit inéluctablement à un nouveau discours, celui de la prévention.

Donc, la prévention et la promotion de la santé. S'il existe des concepts à la mode dans le réseau, c'est bien ceux de la **prévention** et de la promotion de la santé. Concepts miraculeux en ces temps de restrictions budgétaires, on leur prête des vertus qu'ils n'ont pas à court terme, parce qu'ils requièrent des investissements importants dont les **résultats** ne deviennent tangibles qu'à long terme. C'est sans doute **pourquoi**, malgré la popularité de ces concepts, le virage **prévention** demeure si difficile à prendre. Ajoutons à cela les habitudes du **curatif** qui sont solidement incrustées dans le réseau et l'on comprendra le défi qui attend un ministre so-disant prêt à négocier ce virage.

Les choix législatifs, notamment au niveau de l'organisation du réseau, et les priorités budgétaires du gouvernement témoigneront de la véritable détermination du ministre qui, à ce chapitre, pourra compter sur notre appui. Néanmoins, il est encore trop tôt pour porter un jugement.

Le "mur à mur". Une orientation toute nouvelle qui devra, selon nous, guider la réécriture du projet de loi repose sur ce qu'il convient d'appeler le refus des solutions dites "mur à mur". Réflexe important qui a caractérisé l'administration publique au cours des vingt dernières années, la recherche de solutions globales applicables de Montréal à Chapais, en passant par Rivière-au-Renard, a fait la preuve de son inefficacité, voire de sa contre-productivité dans certains cas. Si le gouvernement opte pour une véritable régionalisation, le projet de loi devra exprimer clairement sa confiance envers les administrations locales.

Certes, des balises claires seront toujours nécessaires pour assurer la qualité des services à travers l'ensemble du Québec, mais la marge de manoeuvre doit exister. À titre d'exemple, la composition des conseils d'administration des régies régionales devrait pouvoir se moduler en fonction des réalités du milieu ou, encore, les régies régionales devraient pouvoir décider du degré d'intégration des divers établissements. Dans la même veine, il va de soi qu'il appartiendra au ministère de revoir substantiellement sa réglementation qui, de l'avis de plusieurs, pour ne pas dire de tous, est jugée trop envahissante.

Le financement du réseau. Avant de nous entretenir de l'organisation de la structure comme telle, permettez-moi quelques mots sur un sujet pour ainsi dire incontournable, le financement du réseau. Un constat, tout d'abord, s'impose. Le système de santé et de services sociaux a, tout compte fait, bien réussi à contrôler les coûts lorsqu'on le compare à ceux d'autres sociétés occidentales. De plus, le pourcentage du produit intérieur brut que le Québec consacre aux soins de santé et de services sociaux, toujours eu égard aux mêmes comparaisons, n'est pas exorbitant. Il serait donc, à notre avis, **exagéré** de prétendre qu'il y a péril en la demeure. Cependant, et c'est maintenant devenu une évidence, le vieillissement de la population québécoise, de même que son appauvrissement, exerce une pression financière importante sur notre réseau. Le gouvernement, par la voix du ministre de la Santé et des Services sociaux, a maintes fois souligné que l'État avait atteint sa capacité maximale de payer, soulignant du même souffle que la solution résidait dans une meilleure efficacité du réseau et dans un contrôle plus suivi des dépenses de façon à permettre d'importantes réallocations des ressources. Bien sûr qu'il y a, sur les 10 000 000 000 \$ que dépense annuellement l'État, des ressources mal utilisées, mais nous estimons qu'à court terme le gouvernement devra injecter de l'argent neuf, ne serait-ce d'ailleurs que pour compléter sa réforme. Mais c'est surtout parce que les économies substantielles qu'il prévoit sont à moyen terme. Les sommes supplémentaires que nous réclamons engendreront des économies si elles sont investies dans la prévention, le maintien à domicile, la construction de places en centres d'accueil, le développement d'une véritable technologie médicale québécoise et la formation professionnelle des salariés du réseau.

Par ailleurs, le contrôle des coûts doit, à notre avis, porter surtout sur les dispensateurs de services et non seulement sur les usagers. Cela n'exclut pas, bien entendu, une sensibilisation accrue des utilisateurs sur les coûts du réseau et, à cet égard, l'introduction d'un carnet de santé apparaît intéressante. En contrepartie à ce contrôle des coûts, le gouvernement aura à étudier sérieusement le régime de responsabilité des médecins et à proposer des solutions visant à réduire l'incidence financière des actes médicaux dits défensifs. Une réévaluation complète de la procédure entourant l'introduction de nouveaux médicaments dans les centres hospitaliers devrait également permettre de dégager une certaine marge de manoeuvre.

Finalement, une réorganisation des structures axée sur la complémentarité et l'absence de duplication des ressources est de nature à faire économiser de gros sous.

L'organisation des structures. Pour l'Opposition officielle, outre les grandes orientations

énoncées précédemment, l'organisation des structures dans le futur projet de loi devra reposer sur trois fondements essentiels: la régionalisation, le rôle central des CLSC et la complémentarité entre les divers établissements.

Nous croyons fermement à une régionalisation réelle et complète pour la simple et bonne raison qu'un pouvoir décisionnel plus près des citoyens est mieux en mesure de répondre à leurs besoins et aspirations. Cela implique que non seulement la régie régionale dispose de pouvoirs substantiels, mais qu'elle soit habilitée à prendre des décisions finales et sans appel au ministère. Même si elle est responsable et imputable de ses budgets, on devra, en contrepartie, permettre à la régie de disposer, à des fins de réallocation, de l'argent non dépensé.

La fin des solutions dites "mur à mur" suppose l'attribution d'une marge de manoeuvre importante au pouvoir régional. Ainsi, à l'intérieur des balises législatives, on doit permettre des modulations quant à la composition du conseil d'administration, quant au fonctionnement interne de la régie et, bien entendu, sur ce que deviendra le grand rôle des régies, à savoir l'élaboration des moyens à utiliser pour atteindre les objectifs de santé déterminés par le ministère. Cependant, nous croyons qu'avant d'opérer cette régionalisation, le gouvernement devra clarifier les mandats des établissements et des organismes pour éviter les dédoublements et mettre fin aux luttes corporatistes stériles.

Sur la délicate question de l'imputabilité qui, de tout temps, a fait obstacle à la régionalisation, nous attendons de voir la solution proposée par le ministre. Soulignons seulement qu'à nos yeux les régies devront être imputables au ministère et à la population des régions, ce qui sous-tend que les sous-régions y trouvent également leur compte. J'ajouterais que, si le gouvernement rejette pour l'instant l'idée d'un suffrage universel, une disposition dans le projet de loi devrait garder la porte ouverte à des expérimentations. En effet, nous avons pu constater en commission parlementaire que certaines régions sont manifestement prêtes à aller de l'avant dans ce sens.

La régionalisation, si souhaitable soit-elle, devra être précédée d'un réajustement des budgets afin de corriger les inéquités interrégionales qui existent actuellement dans le réseau. De plus, elle ne constituera un moyen efficace d'assurer l'équité au chapitre de la répartition des effectifs médicaux sur le territoire québécois qu'à la seule condition que le gouvernement procède à la régionalisation des enveloppes budgétaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il faudra aussi que le ministre étudie sérieusement la possibilité de mettre sur pied des centres hospitaliers universitaires régionaux. C'était le dernier groupe, d'ailleurs, M. le ministre, hier.

Le désir d'accroître la complémentarité des

établissements origine d'une volonté d'offrir des soins plus intégrés et de réduire le dédoublement des fonctions et des tâches qui occasionne des coûts importants pour le système. Le ministre a rejeté l'idée des conseils d'administration unifiés, et ce, dès le début de la commission parlementaire. D'ailleurs, c'est à notre grande satisfaction qu'il l'a fait. Toutefois, l'objectif de complémentarité doit demeurer et se retrouver dans le projet de loi et, en ce sens, la législation devra favoriser la concertation et même la fusion sur une base volontaire de conseils d'administration. De plus, des ouvertures législatives devraient prévoir que les régies régionales puissent assurer la complémentarité des services sur un territoire donné.

(11 heures)

À notre avis, les notions de complémentarité et d'intégration des soins vont au-delà de la simple fusion des conseils d'administration. Elles nous interpellent sur une vision plus fondamentale de l'organisation du réseau et, plus particulièrement, sur le rôle du CLSC. Ce dernier doit devenir le pivot central du réseau. En raison de sa mission qui est de dispenser des services de santé et des services sociaux et communautaires dans une approche globale et multidisciplinaire avec un ancrage au niveau local et axé sur les besoins de sa population, le CLSC cadre parfaitement avec les nouvelles orientations que nous avons définies précédemment. Ainsi, dans un système converti à la prévention et à l'intervention précoce, le CLSC a un rôle moteur à jouer.

Le CLSC doit se voir reconnaître une vocation fondamentale dans le renforcement et le développement des solidarités collectives. En fait, il est nécessaire qu'il puisse oeuvrer à la reconstruction des milieux de vie. Cette nécessité de rebâtir les réseaux d'entraide ne peut que s'accroître, compte tenu des phénomènes collectifs auxquels nous sommes confrontés: l'éclatement de la famille, la violence, la délinquance, l'isolement, la pauvreté, les MTS, etc.

Dans notre discours d'ouverture, nous avons insisté fortement sur ce qui constituait, à nos yeux, la priorité des priorités, à savoir contrer le phénomène d'un Québec qui se brise en deux mis en lumière par le Conseil des affaires sociales. Le CLSC, parce qu'il se situe au niveau local, constitue sans aucun doute l'instrument privilégié pour faire face à cette nouvelle réalité de la société québécoise qui est la désintégration de certaines collectivités et l'inéquité vis-à-vis du droit le plus cher de tout individu, celui de vivre en santé.

Les CLSC doivent également devenir la clé de voûte du développement du maintien à domicile, et ce, dans toutes ses dimensions. C'est devenu une priorité dans un système comme le nôtre qui met déjà trop l'accent sur l'institutionnalisation de ces personnes en perte d'autonomie. Nous l'avons dit et je le répète, nous estimons qu'il faut dès aujourd'hui investir massivement

dans le développement de stratégies et de services orientés vers le maintien des personnes dans leur milieu naturel. Hériter risquerait de nous exposer à des lendemains douloureux.

Les services psychosociaux des CLSC constituent un de leurs atouts les plus importants. Seul organisme du réseau à offrir une approche globale et **multidisciplinaire**, le CLSC est déjà prêt pour le virage prévention. Il faut donc consolider cette approche. Les moyens financiers dont disposeront les CLSC nous permettront de jauger le sérieux du virage gouvernemental en matière de prévention.

Le gouvernement devra aussi chercher à développer chez la population le réflexe du CLSC. Pour ce faire, des campagnes de publicité seront nécessaires, mais il faudra aussi instaurer un certain contrôle sur le développement des polycliniques, ou même des cliniques externes dans les hôpitaux, qui constituent souvent un dédoublement important des ressources. Évidemment, dans la mesure où l'on accorde plus d'importance aux CLSC et que l'on crée des habitudes dans la population, il devient essentiel d'en accroître l'accessibilité. En résumé, nous voyons un brillant avenir pour les CLSC.

Quant aux autres établissements du réseau, entre autres les centres de services sociaux et les départements de santé communautaire, le ministre aura un choix à faire quant à leur mandat et quant à leur point d'attache. La décision du ministre devra reposer sur un critère de rapprochement de la population concernée.

Mme la Présidente, je laisse maintenant la parole à mon collègue, M. Trudel, qui terminera la lecture du présent mémoire avec le dessert de l'action communautaire.

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

M. Rémy Trudel

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. Au cours des années quatre-vingt, le secteur communautaire a connu une résurgence considérable. Il s'est imposé parce qu'il est normal que, confrontés à certains problèmes, les milieux locaux inventent des moyens de s'entraider. Les citoyens agissent ainsi comme des citoyens responsables et démontrent qu'ils n'attendent pas tout de l'État. Par conséquent, l'État doit éviter, par ses décisions, de contrer l'action communautaire. En fait, le rôle du gouvernement consiste à favoriser, à encourager l'action communautaire, tout en évitant de croire que ce secteur communautaire va maintenant se porter au secours de l'État en des périodes budgétaires difficiles.

Le communautaire se porte au secours des citoyens. Il contribue à soutenir une manière de vivre en société qui leur permet de se comporter, individuellement et collectivement, d'une façon plus autonome et plus responsable. Autonomie et

financement du secteur communautaire, deux mots clés et deux concepts à concilier dans la réforme. C'est là le défi qui attend le ministre.

Les organismes communautaires ont exprimé des craintes légitimes à l'égard de la régionalisation. Le gouvernement doit prendre l'engagement que la nouvelle technique de gestion financière par programme consacra une place protégée aux organismes communautaires. Il doit aussi établir une base triennale de financement et des mécanismes d'accréditation qui tiennent compte des particularités du monde communautaire. Finalement, nous croyons que l'État devra assumer le financement des regroupements nationaux et régionaux qui, seuls, permettent au mouvement communautaire de faire entendre sa voix de manière efficace.

Par ailleurs, en bref, après 26 jours d'audition, quelque 175 groupes et deux invités qui sont venus nous donner leur vision de toute réforme du système de santé et de services sociaux au Québec, le ministre a pris un bon nombre d'engagements. En fait, nous avons relevé 19 pages. Il convient, avant qu'il récrive au complet son projet de loi, de lui rappeler quelques-uns de ces engagements.

Ainsi, si le ministre tient à la parole donnée, il faudra donc s'attendre à des modifications en ce qui concerne un certain nombre d'aspects. Par exemple, la participation des professionnels au conseil d'administration des établissements; à la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, il disait que d'exclure les médecins du conseil d'administration, il y a là de l'argumentation qui a été mise sur la table et qui nous porte à réfléchir et à dire: Je pense qu'on va revoir nos choix. Quant à l'intégration ou à l'injection de sommes additionnelles dans le réseau, à la corporation des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec il a dit: Je ne veux pas dire qu'on n'en a pas besoin, je pense qu'on pourra conclure, à la fin de l'exercice de la réforme, qu'on aura certainement besoin de sommes additionnelles.

À la Corporation des établissements privés pour personnes âgées du Québec, quant à la réglementation des foyers pour personnes âgées: Ce sont davantage les foyers clandestins qui doivent être l'objet de notre inquiétude à ce moment-ci, sur le plan du minimum de services à donner. À la Corporation du centre Marie-Vincent et à la Fondation Marie-Vincent, concernant la connaissance des services en CLSC: Les gens ne connaissent pas l'existence des CLSC, ils se dirigent donc directement à l'urgence. Il y a une méconnaissance des services qui sont existants et c'est un constat très important qu'il faudra faire des efforts de ce côté-là.

À la Coalition des aînés du Québec, quant au maintien à domicile: Le maintien à domicile, si on veut être capables de faire face à nos défis de l'an 2000 et d'en maintenir davantage à

domicile, on a un besoin de réajustement extrêmement important. Au Conseil régional de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, concernant le rôle des régies régionales: Pour bien se comprendre, il ne faudrait surtout pas que la régie devienne un dispensateur de services. Au Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue: On parle de décentraliser l'enveloppe de la RAMQ, c'est une idée attrayante. Au groupe La Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda: Si on avait 100 000 \$ demain, concernant les investissements dans le communautaire, je suis convaincu que le communautaire, avec certaines balises, serait bien placé et il en coûterait pas mal moins cher et rapporterait davantage que de le mettre dans un hôpital, je suis sûr de ça.

À la Fédération du Québec pour le planning des naissances, sur le rôle du communautaire: Je trouve attrayante l'idée d'un conseil national communautaire auprès duquel on pourrait se référer pour un certain nombre de choses; un rapport de force, je ne déteste pas ça. Et un dernier, à la FTQ: Tout le monde a peur des OSIS. De toute façon, il faut tenter d'éviter qu'il y ait deux catégories de patients, ceux qui ont de l'argent et ceux qui n'en ont pas. Nous avons 17 de ces pages en termes d'engagements.

Ma conclusion, Mme la Présidente, sera courte et simple: nous avons bien hâte de voir la loi. L'Opposition officielle apportera sa collaboration dans la mesure où certains engagements du ministre que nous jugeons essentiels s'y retrouveront. Dans la mesure aussi où ce projet de loi tiendra compte de la nouvelle réalité québécoise et de son incidence sur le bien-être futur des Québécois et des Québécoises, nous y collaborerons. Merci, Mme la Présidente.

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

M. Marc-Yvan Côté

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Je prends acte du mémoire qu'a déposé l'Opposition officielle à cette commission parlementaire qui me semble très bien ramasser ce qu'on a pu entendre au cours de cette commission parlementaire.

Au début de cette commission parlementaire, je m'étais fixé comme objectif d'écouter les points de vue de chacun avec toute l'ouverture d'esprit possible, d'explorer toutes les pistes de solution de façon franche et directe, de même que de prendre les engagements nécessaires le plus rapidement possible pour que l'on puisse passer à l'action. Les deux premiers objectifs sont atteints. Quant au troisième, je peux vous assurer qu'il le sera très bientôt.

Vous comprendrez que je n'en suis pas aujourd'hui à l'étape des solutions finales et des

décisions définitives. Les travaux de réflexion réalisés jusqu'à maintenant et tout le bagage de connaissances et d'informations précises acquis durant cette commission parlementaire me permettent de confirmer ce matin que la période des grandes consultations quant à la réforme est bel et bien terminée. Il n'en demeure pas moins, cependant, qu'il me faut maintenant procéder à la validation d'un grand nombre d'idées et de données sérieuses qui ont été avancées pendant cette commission parlementaire. Mais si tout se déroule selon l'échéancier prévu, je serai en mesure de saisir l'Assemblée nationale, à l'automne, d'un projet de loi sur la réforme de la santé et des services sociaux.

Pour en revenir à cette commission parlementaire qui a commencé ses travaux le 23 janvier dernier, je dois dire tout de suite que la participation a été, à mon point de vue, excellente et dynamique. Il faut d'abord rappeler que cette commission a battu certains records de l'histoire du parlementarisme du Québec: 266 groupes ont déposé un mémoire, 178 auraient pu être entendus. Nous n'en avons entendu que 175, puisque 3 ont décidé de ne pas se faire entendre. Ces groupes provenaient très majoritairement du secteur de la santé et du secteur des services sociaux. Toutes les sphères d'intérêt ont, je crois, été représentées: administrateurs, professionnels, différentes catégories de personnel, regroupements d'établissements, organismes communautaires, représentants de groupes de citoyens et chercheurs.

Je ne saurais passer sous silence les contributions tout à fait remarquables de M. Claude Castonguay, en début de commission, et du Dr Jean Rochon qui nous a livré hier ses commentaires sur la question. Il s'agit des deux seules personnes à qui le gouvernement du Québec, à 20 ans d'intervalle, a confié le mandat spécifique d'analyser l'ensemble des services de santé et des services sociaux au Québec. Je dois également souligner la participation de plusieurs autres représentants de secteurs d'activité qu'il me fait plaisir de remercier, d'abord pour l'intérêt qu'ils ont manifesté à l'endroit de nos travaux, mais aussi pour leur excellente contribution. Je m'adresse ici, particulièrement, aux vrais élus municipaux et non pas aux organismes qui les représentent, à ces individus qui nous ont maintes fois offert leur collaboration, aux représentants du milieu des affaires, aux communautés religieuses et aux autres.

J'ai, par ailleurs, noté que la population et les usagers avaient été fort peu représentés à cette commission parlementaire. Sans doute faut-il y voir là les effets du fonctionnement actuel du système de santé et de services sociaux qui est beaucoup axé sur l'organisation et les structures. Ce mode de fonctionnement, nous en sommes tous un peu responsables, à tous les échelons du système, du ministère aux établissements en passant par les conseils régionaux.

C'est d'abord cette mentalité qu'il faut changer aujourd'hui pour faire en sorte que la santé et le bien-être soient avant tout l'affaire des citoyens.

Permettez-moi enfin de remercier tous les députés libéraux qui ont suivi depuis le début cette commission parlementaire avec une assiduité et un intérêt remarquables. Je tiens aussi à souligner de manière tout à fait particulière la collaboration des membres de l'Opposition et de l'Opposition officielle et à les remercier pour leur contribution à la qualité des débats, puisque, effectivement, ça été une commission assez extraordinaire et depuis 20 ans que je suis ici, je pense que, quant à moi, c'est la meilleure commission que je n'ai jamais vue sur le plan de la qualité du questionnement et de la volonté d'avoir de l'information qui peut guider les choix du législateur.

(11 h 15)

Pour un nouveau ministre, une commission parlementaire d'une telle ampleur représente un défi extraordinaire. J'ai appris, bien sûr, mais j'ai surtout beaucoup noté dans mon carnet vert, qui contient davantage que 18 pages, au cours de cette commission, et cela va alimenter largement ma réflexion au cours des prochaines semaines.

Trois types de discours: d'abord, j'ai pu relever trois types de discours que je veux vous livrer, tel que je l'ai perçu. Certains groupes sont venus nous répéter ici les mêmes prises de position qu'ils maintiennent depuis le début de la consultation sur le système de santé et de services sociaux, c'est-à-dire depuis le début des travaux de la commission Rochon et, dans certains autres cas, les mêmes discours qu'en 1970, au moment des grandes réformes. D'autres ont davantage permis de faire avancer le débat en adaptant leur position, dans un réel effort pour contribuer à améliorer le système de santé. D'autres, enfin, nous ont proposé des solutions originales, bien au-dessus de la défense d'intérêts particuliers, avec l'objectif de recentrer véritablement les services autour de la personne à aider et à soigner. Je tiens à saluer particulièrement ces contributions.

Il y a eu des paradoxes. Permettez-moi de vous en livrer quelques-uns. Si de nombreux problèmes doivent retenir notre attention, je dois tout de suite souligner, avant de vous présenter mes propres perceptions, qu'à bien des égards le système québécois de santé et de services sociaux n'est pas un mauvais système, bien au contraire. Plusieurs même envient le niveau de qualité et de continuité de services que la société québécoise a atteint au cours des vingt dernières années. Le témoignage du Dr Rochon, hier, faisant référence à ce qui se passait dans des pays dits très avancés d'Europe fait en sorte qu'on a des pierres d'assise avec nos CLSC qui sont extrêmement importantes, qu'on ne retrouve pas ailleurs.

Cela dit, à travers toutes les prises de position qui ont marqué nos discussions, j'ai pu

cependant relever quelques contradictions fondamentales. D'abord, tout le monde s'entend sur la nécessité de décentraliser. Par contre, les représentants d'organismes communautaires, d'établissements universitaires et d'établissements privés nous ont dit, chacun sans doute pour de bonnes raisons, qu'ils voulaient relever directement du ministre ou du ministère. La décentralisation, c'est nécessaire, mais pour les autres. De deux choses l'une: ou les mécanismes proposés dans l'avant-projet de loi sont inappropriés, ou bien certains ne souhaitent pas vraiment la décentralisation, pour protéger des intérêts. J'aime mieux croire à la première hypothèse et c'est celle-là que nous examinons.

J'ai également relevé le fait que tout le monde se plaignait du manque de flexibilité des structures et de la réglementation. Pourtant, plusieurs désirent tout de même que leurs fonctions, que leur champ d'activité, que l'encadrement de leurs ressources, bref, que chaque élément qui les concerne directement fasse l'objet, si possible, d'un article du projet de loi.

J'ai encore noté que tout le monde s'entendait sur les coûts importants du système et qu'il était possible de réaliser des gains dans plusieurs secteurs. Pourtant quand il s'agit de son secteur propre, chacun ramène souvent les problèmes au sous-financement. En clair, on nous dit: M. le ministre, vous pouvez certainement faire des gains et si, par hasard, vous trouviez de l'argent, transférez-le chez nous. L'expérience vécue au cours de cette commission parlementaire me laisse croire que le Réseau de la santé et des services sociaux du Québec n'est constitué que de parents pauvres. Cela n'est cependant pas mon opinion personnelle et j'ai encore frais à l'esprit les CHU qui sont venus nous dire qu'ils étaient les parents pauvres du système. Imaginez-vous les autres!

J'ai également relevé que tout le monde est d'accord pour dire qu'il y a des problèmes et que des changements sont nécessaires, mais quand il s'agit de modifier ses propres fonctions ou ses responsabilités, souvent, tous les arguments sont invoqués pour ne rien changer. J'ai enfin noté que tout le monde souhaite la démocratisation du système. Cependant, on ne veut surtout pas que cette démocratisation s'exerce à nos dépens, qu'elle nous fasse perdre un pouvoir de représentation que l'on juge toujours minimal.

Il est clair que j'aurai bientôt à faire un arbitrage à ce sujet. Je devrai me rappeler, là comme ailleurs, que la personne doit être au centre du système. Bien au-delà de ces quelques contradictions, je le répète, j'ai beaucoup appris de cette commission parlementaire et j'ai même pris à nouveau certaines notes dans mon cahier vert. Ce sont ces notes et, bien sûr, celles de l'Opposition, si on m'en fait parvenir une copie, au cas où j'aurais oublié des choses, qui guideront mes décisions. Le temps est venu de vous en livrer quelques-unes.

Des objectifs de résultats. J'ai d'abord appris que l'on ne pouvait plus, à partir de maintenant, investir 11 000 000 000 \$ sans se donner des objectifs clairs. Ces objectifs doivent viser des résultats mesurables et permettre d'apprécier véritablement notre performance. Il faut décider dès maintenant de l'endroit où l'on veut aller et de la manière de s'y rendre; en d'autres mots, choisir le cap, évaluer les équipements, bien répartir les tâches entre les membres de l'équipage et maintenir la vitesse de croisière. En somme, il nous faut une destination, le bateau requis, un capitaine pour gouverner, ainsi qu'un équipage connaissant parfaitement ses tâches respectives. Excusez le Gaspésien d'origine; il **m'apparaît** qu'il y a des choses qui marquent pour la vie et ça nous suit partout.

J'ai aussi appris que tous les services mis en place depuis vingt ans n'avaient pas réussi à réduire vraiment les inégalités dans la société québécoise, malgré tout l'argent et l'expertise qu'on y a investis. Il faut d'abord se rendre à l'évidence que des écarts persistent, même dans l'accès aux services: des territoires, des régions et des groupes sont mal desservis par rapport à d'autres. Mais, plus encore, toutes les enquêtes qui ont mesuré, au cours des dernières années, l'importance des problèmes de santé et des problèmes sociaux chez les divers groupes de la **population** nous révèlent qu'il y a des inégalités importantes auxquelles il faut aujourd'hui s'attaquer. Vous m'avez convaincu que la lutte aux inégalités sur tous les fronts devrait donc être l'objectif central du système de santé et de services sociaux au cours des années quatre-vingt-dix.

J'ai appris qu'on ne pouvait plus, aujourd'hui, se limiter à une seule stratégie pour améliorer la santé et le bien-être de la population: l'investissement dans le curatif. La prévention et la promotion de la santé doivent certainement être renforcées et mieux articulées, sur le terrain et à tous les échelons du système. En fait, la **prévention** et la promotion de la santé doivent être une préoccupation permanente de chacun des intervenants.

J'ai aussi appris que la réduction des problèmes de santé et de bien-être ne peut uniquement reposer sur la contribution du secteur public. J'ai également retenu qu'il faut miser davantage sur la capacité des gens, des groupes et des communautés de se prendre en main. Nos programmes et nos interventions doivent reposer sur cette base. Vous m'avez convaincu que la collaboration des autres secteurs d'activité est essentielle au système de services parce que la santé et le bien-être, c'est d'abord un objectif social avant d'être un domaine d'expertise. Et, même à titre de domaine d'expertise, le système de services doit diversifier ses stratégies de façon à atteindre la meilleure performance possible.

Dans tout cela, le rôle du ministère. Vous

m'avez convaincu que la réglementation, les normes et les directives pesaient lourd sur le fonctionnement du réseau public. Vous m'avez également convaincu que l'on ne pouvait plus gérer à la pièce et évaluer la performance uniquement en fonction du contrôle de dépenses et de l'équilibre budgétaire. Le **ministère** doit aujourd'hui réévaluer son rôle de façon à exercer véritablement un leadership, et son leadership.

Quant à la décentralisation, j'ai encore appris, au cours de cette commission, que l'on souhaite **une** véritable décentralisation et que les régions sont prêtes. Je suis heureux de constater que la majorité des intervenants à cette commission parlementaire partage le point de vue selon lequel il faut éviter de centraliser **régionalement**, c'est-à-dire d'instaurer des bureaucraties régionales. J'ai également apprécié le fait que **les** sous-régions, les établissements et les organismes communautaires désiraient aussi la liberté d'action, toujours doublée de la liberté de subventionner.

Je suis maintenant convaincu que la décentralisation, autant au niveau régional, sous-régional que local, va de pair avec le renforcement des mécanismes d'imputabilité. Il s'agit ici de deux aspects d'une même réalité et nous les examinerons donc ensemble. Je peux tout de suite vous dire que, si on choisit de décentraliser, ce sera une vraie décentralisation vers les régions, vers les sous-régions et vers le local. Chacune de ces instances doit avoir la marge de manoeuvre et les leviers d'action nécessaires.

On nous a parlé de pouvoirs de taxation et d'élection régionale. Pour la taxation, ce que j'ai bien compris, surtout dans le débat actuel, c'est qu'il n'en **est** pas question. Qui veut vraiment d'un cinquième palier de taxation au Québec, surtout par les temps qui courent? Quand à l'élection, il faudrait examiner s'il est **possible** d'utiliser les élus déjà en place (**municipalités**, MRC et députés). Plusieurs nous ont proposé cette avenue qui mérite un examen sérieux et beaucoup plus approfondi.

La participation des citoyens et les mécanismes de recours. **Par** ailleurs, la commission m'a confirmé dans l'idée que la santé et le bien-être étaient trop importants pour être laissés uniquement entre les mains d'experts. Nous serions alors, le député de Joliette et moi-même, exclus. J'ai appris également que la population désirait avoir une place prépondérante au sein des conseils d'administration et que ce principe était admis. J'ai aussi appris que les experts désirent aussi avoir leur place. L'avant-projet de loi va peut-être trop loin **sur** ce plan. Ce qu'il faut, c'est trouver un lieu véritablement démocratique où l'expertise, par son éclairage, viendra enrichir le processus démocratique.

Je tiens ici à rassurer les communautés religieuses quant à l'utilisation de leur actif par les conseils d'administration des établissements dont elles sont propriétaires. Aucun droit ne leur

sera aliéné et elles pourront continuer d'être représentées aux conseils d'administration.

J'ai appris qu'il était parfois difficile pour l'usager de faire valoir certains droits. Dans le cas de clientèles plus vulnérables - je pense notamment aux personnes âgées et à certaines personnes présentant une incapacité - la situation peut parfois devenir dramatique. C'est un aspect du fonctionnement du système de services que je considère prioritaire. Voilà sans aucun doute un élément central qui nous permettra de replacer **véritablement** la personne au centre du système, au-delà des discours et des slogans.

Je sors confirmé dans ma conviction que la qualité du service passe par la compétence et le dévouement de nos ressources humaines. Des efforts particuliers seront investis dans la valorisation du personnel. J'ai l'intention de suivre de près les effets des dernières négociations sur la réduction des horaires difficiles et des postes à temps partiel, sur la formation en cours d'emploi et le perfectionnement. D'autres mesures seront prises si celles qui ont été prévues n'atteignent pas leur objectif. Je me propose également d'en arriver, pour le personnel cadre, à un véritable régime qui puisse à la fois répondre au plan de carrière de l'individu tout en favorisant l'objectif d'une plus grande mobilité.

J'ai appris que le chevauchement des fonctions et des responsabilités des établissements constituait souvent un obstacle majeur à la complémentarité des services. Il faut revoir tout cela dans la perspective du **mieux-être** du citoyen. La définition du champ d'activité de chaque établissement doit permettre au citoyen de s'y retrouver facilement et d'obtenir des services continus. Nous ne sommes plus à l'époque où une catégorie d'établissements pouvait prétendre offrir la gamme complète des services disponibles. C'est cette philosophie qui, pour beaucoup, nous a conduits au chevauchement actuel. C'est le réseau qui doit prendre charge de la continuité des services.

Vous m'avez convaincu que, si des réaménagements devaient être faits, notre objectif ne sera pas de conserver intactes des structures, mais surtout de les mettre au service de la personne à desservir. J'ai aussi appris que, ce faisant, il fallait s'assurer que les expertises qui se sont développées au cours des 20 dernières années soient mises au service de la population de la façon la plus efficace possible.

J'ai constaté une fois de plus le dynamisme des organismes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux. Je connaissais leur aptitude à répondre aux nouveaux besoins sociaux. J'ai appris qu'ils sont une force d'innovation majeure par leur façon d'explorer de nouveaux modes d'intervention. Je suis convaincu, aujourd'hui, qu'il faut leur laisser toute l'autonomie pour définir leur pratique, mais les organismes communautaires doivent également recon-

naître l'entière liberté du système public de les financer selon un mode de collaboration qui satisfasse les deux parties. Il est impossible que la liberté soit toute du même côté et les obligations, de l'autre côté. Il faut respecter le principe de la double liberté.

(11 h 30)

J'ai appris que certaines institutions du réseau avaient un problème de crédibilité face aux organismes communautaires et notamment face à certains conseils régionaux. Je veux insister ici sur l'importance du défi que la collaboration avec le secteur communautaire représente pour les établissements publics. Il s'agit souvent d'une question d'attitude et ce n'est pas le ministre ou le ministère qui peut la régler ou l'imposer de quelque façon. Dans plusieurs régions, la collaboration a depuis longtemps dépassé la méfiance. C'est à partir de ces exemples, ceux de l'Outaouais et des Bois-Francs pour n'en citer que deux, qu'il faut explorer toutes les formes possibles de collaboration.

J'ai appris, au cours de cette commission, que le secteur privé joue un rôle important dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il a d'ailleurs manifesté son intérêt à l'accentuer dans l'avenir. Vous m'avez convaincu que cette collaboration était souhaitable, mais qu'elle devait être bien encadrée et balisée. Je tiens cependant à réaffirmer que le système de santé et de services québécois ne sera jamais soumis uniquement aux lois du profit. Il s'agit là de services publics qui doivent être considérés et gérés comme tels.

J'ai appris que notre façon d'allouer des ressources était parfois inquiétante pour certaines régions et sous-régions, ou encore certains groupes. Les débats les plus virulents tenus au cours de cette commission parlementaire ont justement porté sur la question de l'équité.

J'ai également appris que l'architecture de base, c'est-à-dire l'accès aux services, doit être consolidée dans certains territoires. C'est une première condition à remplir pour lutter efficacement contre les inégalités. Je considère donc que notre façon d'allouer les ressources doit être modifiée et qu'il s'agit là d'une priorité.

J'ai entendu beaucoup parler de sous-financement au cours de cette commission. Pourtant, j'ai appris que certaines provinces qui dépendent plus que nous - je pense notamment à l'Ontario - sont aux prises avec les mêmes problèmes. J'ai appris également que les pays qui investissent moins - c'est le cas du Japon - obtiennent par contre de bien meilleurs résultats. Ce ne serait donc pas uniquement une question d'argent.

Je connais bien nos contraintes financières. Par exemple, la baisse des transferts fédéraux s'accroît d'année en année. C'est ainsi que, dans le budget fédéral de février dernier, le manque à gagner pour l'année 1990-1991 atteint

157 400 000 \$ au seul chapitre de la santé et des services sociaux du Québec. Ce manque à gagner sera de 279 100 000 \$ en 1991-1992 et cela concerne uniquement le dernier budget fédéral. Si l'on évalue l'impact global du désengagement fédéral dans le domaine de la santé et des services sociaux depuis 1982, ce manque à gagner atteint 248 000 000 \$ dans le budget de 1990-1991. Dès l'an prochain, la perte sèche pour le Québec s'élèvera à 1 123 100 000 \$ dans le domaine de la santé, de quoi ébranler certaines colonnes du temple, bien sûr.

D'autre part, le vieillissement démographique commence déjà à avoir un impact sur la demande de services. Déjà les personnes âgées de 65 ans et plus représentent près de 10 % de la population, mais accaparent 40 % de l'ensemble des dépenses du réseau. En l'an 2000, les personnes âgées représenteront 13 % de la population. Lorsque l'on sait que la proportion du budget de l'État consacrée à la santé et aux services sociaux constitue près du tiers, il y a de quoi s'interroger. Il faut bien analyser ces contraintes et apporter les ajustements nécessaires à notre mode de financement et à la gestion du régime.

J'ai appris qu'un principe fondamental doit nous guider dans les choix à faire dans ce domaine. Ce principe, c'est l'équité. Au nom de ce principe, il est d'abord nécessaire de préserver le caractère redistributif du régime, des riches aux pauvres, des bien-portants aux malades. J'ai appris également, et M. Rochon nous l'a justement rappelé hier, que la gamme de services de santé et de services sociaux, qu'il appelle le panier de services assurés, doit être réévaluée constamment. En d'autres mots, réexaminer le médicalement et le socialement requis pour mieux tenir compte de l'évolution des besoins de la population, des évaluations de résultats et des découvertes scientifiques. Je m'interroge, par exemple, sur la nécessité de maintenir certains services dont l'efficacité n'est pas démontrée. N'est-ce pas le cas de certains types de médicaments prescrits sur des périodes inutilement longues et dont les effets sur la santé sont loin d'être évidents?

Je m'interroge également sur la qualité de certains services dispensés où l'on ne dispose pas des ressources humaines spécialisées et des équipements technologiques nécessaires, compte tenu du bassin de population ou du volume de clientèle insuffisant.

Enfin, j'ai constaté que plusieurs groupes rencontrés s'inquiètent des abus chez certains consommateurs, mais aussi chez certains producteurs de services, abus qui peuvent compromettre l'accessibilité des services de santé et des services sociaux à des clientèles qui nécessiteraient ces services.

Je tiens toutefois à réaffirmer que tous nos choix quant à la couverture de services assurés, quant à l'application des critères d'efficacité et de qualité, ainsi que toutes les décisions qui

suiront viendront confirmer notre responsabilité sociale envers les groupes les plus vulnérables. C'est véritablement cette responsabilité envers les plus démunis qui constitue le premier critère de base en matière d'accessibilité, de gratuité et d'universalité des services. Nous avons ici un examen sérieux à faire et à finaliser. Les contraintes actuelles nous imposent enfin d'utiliser plus efficacement les sommes investies par une gestion plus efficiente et de contrer les abus, autant chez les producteurs que chez les consommateurs.

En conclusion, cette commission parlementaire représentait la troisième grande consultation sur le système de santé et de services sociaux depuis 1985. Le temps est aujourd'hui venu de passer à l'action. Nous sommes actuellement à préparer la réforme et le plan d'implantation de cette dernière, à la lumière des travaux de la commission parlementaire. Il sera discuté avec les diverses instances gouvernementales au cours des prochains mois et des prochaines semaines. À la fin de l'automne, je compte déposer à l'Assemblée nationale un nouveau projet de loi. L'implantation de la réforme devrait, quant à elle, suivre immédiatement son adoption et de manière graduelle.

Certains éléments de cette réforme, cependant, peuvent dès maintenant être enclenchés avant l'adoption du projet de loi. H est évident que ce qui demande des amendements à la loi actuelle devra attendre la réforme, mais tout ce qui ne nécessite pas de tels amendements peut être amorcé maintenant. Je pense, par exemple, à des questions comme les urgences dans les hôpitaux, bien sûr, le perfectionnement du personnel et bien d'autres choses que vous pouvez imaginer.

Je tiens encore une fois à remercier tous les groupes qui se sont présentés à la commission parlementaire. Je réitère également mes remerciements à tous les membres de cette commission, y compris, bien sûr, tous les représentants de l'Opposition dont la collaboration sera, bien sûr, selon leurs principes. Je n'ai rien entendu, dans l'élaboration du discours de mes deux collègues, qui choquait mes oreilles pour faire cette réforme.

L'avenir du système de santé et de services sociaux dépasse les intérêts particuliers. C'est, au fond, la première leçon que je retiens de cette commission et c'est celle qui me guidera lors de la prise de décision. Je convie également tous les groupes concernés à adopter cette perspective qui constitue certainement la meilleure garantie de progrès.

En terminant, Mme la Présidente, vous me permettez de remercier de manière tout à fait particulière deux groupes de travailleurs: les gens de la commission, qui nous ont supportés depuis le tout début, qui ont fait un travail tout à fait exceptionnel, et aussi ceux que l'on qualifie toujours de fonctionnaires autour du ministre, à

qui on prête à l'occasion beaucoup plus de pouvoir qu'ils n'en ont en réalité; ils occupent le pouvoir que les hommes politiques veulent bien leur laisser occuper. Dans mon cas, je veux leur dire merci pour l'excellence du support que j'ai eu depuis les débuts de cette commission **parlementaire**, et vous dire que, si j'ai pu évoluer si rapidement, c'est très certainement dû à la compétence et à la clairvoyance des gens qui m'entourent, et non pas nécessairement à mes qualités de personne qui peut absorber rapidement. Merci.

Dépôt de documents

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le ministre. Pour nous permettre de rendre publics et de faire valoir les mémoires des groupes qui n'ont pu être entendus ici, tout au long de nos travaux, j'aimerais déposer la liste des personnes et des organismes qui nous ont fait parvenir un mémoire, dans le cadre de la présente consultation. Je crois que vous avez déjà en main cette liste. Aux mêmes fins, je vais déposer **90** lettres d'appui à des mémoires, lettres qui ont été soumises à la commission par des personnes ou des organismes, et ce, dans le cadre du présent mandat.

Je n'ai pas l'intention de rappeler les chiffres, mais je voudrais souligner aux membres de la commission que les gens des régions, les gens des institutions, les gens des organismes communautaires, les gestionnaires, les travailleuses et les travailleurs, les hommes et les femmes qui utilisent les services, ont pu faire valoir leur point de vue et ont été entendus. Ils nous ont dit, en fait, leurs besoins, leurs contraintes. Je voudrais, au nom des membres de la commission, les remercier pour leur contribution. Elle est, en fait, essentielle à l'amélioration du bien-être physique et social de la population québécoise, parce que je pense, comme l'ont mentionné tant le ministre que les représentants de l'Opposition, que c'est solidairement que nous **arriverons** à atteindre cet objectif de bien-être collectif.

Enfin, je m'en voudrais aussi de ne pas souligner l'excellente et extraordinaire collaboration que j'ai eue de la part de l'ensemble des membres de la commission, tant du côté de **l'Opposition**, du côté gouvernemental que du côté du représentant indépendant. Ça a été un plaisir pour moi de la présider. Je voudrais donc vous remercier, remercier aussi le **vice-président** qui a assumé, lorsque nécessaire, la responsabilité de la présidence de la commission. Je remercie aussi, bien **sûr**, le personnel de la commission. J'espère que nous aurons **l'occasion** de travailler à nouveau ensemble et dans un contexte aussi agréable.

Merci, nous ajournons nos travaux sine die.