



Assemblée nationale
Québec

journal des Débats

COMMISSIONS PARLEMENTAIRES

Quatrième session - 32e Législature

Commission permanente des affaires
sociales

**Audition de personnes et d'organismes
sur la réglementation des établissements
découlant de la Loi sur les services de
santé et les services sociaux (1)**

Le mardi 4 octobre 1983 - No 146

Président: M. Richard Guay

Table des matières

Décès de M. Fabien Bélanger	B-7847
Ordre des travaux	B-7847
Remarques préliminaires	
M. Pierre-Marc Johnson	B-7850
Mme Thérèse Lavoie-Roux	B-7851
M. Pierre-Marc Johnson (réplique)	B-7854
Auditions	
Association des hôpitaux du Québec	B-7857
Association des centres d'accueil du Québec	B-7876
Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec	B-7890
Association des centres de services sociaux du Québec	B-7895
Fédération des CLSC du Québec	B-7908

Autres intervenants

M. Hubert Desbiens, président
M. Jules Boucher, président suppléant

M. Richard French

- * M. André Brousseau, Association des hôpitaux du Québec
 - * M. Jacques Nadeau, idem
 - * M. Normand Choinière, idem
 - * Mme Ghislaine Gosselin, idem
 - * M. Jacques Mackay, idem
 - * M. Marcellin Dallaire, Association des centres d'accueil du Québec
 - * M. Pierre Cloutier, idem
 - * M. Pierre-Paul Lachapelle, idem
 - * M. André Groulx, Association des centres hospitaliers et
des centres d'accueil privés du Québec
 - * Mme Clémence Labrèche, idem
 - * M. Gilles Gaudreault, idem
 - * M. Louis-Philippe Thibeault, Association des centres de services sociaux
du Québec
 - * M. Jean-Pierre Duplantie, idem
 - * M. Jean Beaudry, idem
 - * M. Claude Lancop, idem
 - * M. Marcel Sénéchal, Fédération des CLSC du Québec
 - * M. Maurice Charlebois, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 30 \$ par année pour les débats de la Chambre
30 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
Chèque rédigé à l'ordre du ministre des Finances et adressé à
Éditeur officiel du Québec
Diffusion commerciale des publications gouvernementales
1283, boulevard Charest-Ouest
Québec G1N 2C9
Tél. (418) 643-5150
0,75 \$ l'exemplaire - Index 5 \$ en vente au
Service des documents parlementaires
Assemblée nationale
Édifice H - 4e étage
Québec G1A 1A7

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Le mardi 4 octobre 1983

Audition de personnes et d'organismes sur la
réglementation des établissements découlant de la loi 27

(Treize heures dix-sept minutes)

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

La commission élue permanente des affaires sociales est réunie pour entendre les personnes et les groupes intéressés à faire des représentations en regard de l'adoption de la réglementation sur l'organisation et l'administration des établissements découlant de la loi 27.

Les membres de la commission sont: MM. Boucher (Rivière-du-Loup), Lafrenière (Ungava), Mme Dougherty (Jacques-Cartier), MM. Gravel (Limoilou), Johnson (Anjou), Mmes Juneau (Johnson), Lavoie-Roux (L'Acadie), MM. Leduc (Fabre), Picotte (Maskinongé), Rochefort (Gouin), Sirros (Laurier).

Les intervenants sont: MM. Beauséjour (Iberville), Bélanger (Mégantic-Compton), Bisailon (Sainte-Marie), Blais (Terrebonne), French (Westmount), Mme Harel (Maisonneuve), MM. Hains (Saint-Henri), Laplante (Bou-rassa) et Marx (D'Arcy-McGee).

Comme il s'agit de notre première réunion, il serait dans l'ordre de désigner un rapporteur, s'il vous plaît.

Les groupes qui ont été invités à participer aujourd'hui sont l'Association des hôpitaux du Québec, l'Association des centres d'accueil du Québec, l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil du Québec et l'Association des centres de services sociaux du Québec.

M. Johnson (Anjou): Pour aujourd'hui, M. le Président, il faudrait ajouter l'Association des CLSC également ce soir.

Le Président (M. Desbiens): L'Association des CLSC en soirée, comme cinquième intervenant.

M. le ministre, vous avez des remarques préliminaires?

Décès de M. Fabien Bélanger

M. Johnson (Anjou): Oui. M. le Président, d'abord, encore une fois, je m'excuse auprès de vous, auprès des collègues et auprès de nos invités pour les modifications à l'horaire d'aujourd'hui, reliées à des problèmes techniques plus qu'autre chose.

Deuxièmement, comme il s'agit de

notre première séance, je voudrais, au nom des députés de ce côté-ci de la table, exprimer nos sympathies à nos collègues d'en face et à la famille du député de Mégantic-Compton. Nous suspendrons les travaux des commissions parlementaires - donc les travaux de cette commission - mercredi, à l'occasion des funérailles de M. Fabien Bélanger.

Ordre des travaux

J'ai eu l'occasion de m'entretenir avec Mme la députée de L'Acadie au sujet de l'horaire, étant donné que l'horaire initial que nous avions prévu prévoyait que nous devions siéger mercredi, ce qui est impossible. Et, par ailleurs, les engagements que Mme la députée a, ou que j'ai moi-même, ne simplifient pas notre tâche. Cependant, je pense que nous en sommes arrivés à dresser un calendrier dont je voudrais faire état ici et qui m'apparaît recueillir l'assentiment de ceux qu'on aura pu consulter, dans la mesure où on les a déplacés. Je m'excuse auprès de ceux qu'on n'a pas eu le temps de consulter. Je me dis que cela devrait être cependant le calendrier final sur lequel on arrête.

Aujourd'hui, il y aurait donc, à compter de maintenant jusqu'à environ 18 heures ce soir, l'Association des hôpitaux du Québec, l'Association des centres d'accueil du Québec, l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec. Ce soir, à compter de 20 heures, l'Association des centres de services sociaux du Québec et l'Association des CLSC du Québec. Jeudi, le 6 octobre, nous commencerions nos travaux à 9 h 30 le matin plutôt qu'à 10 heures pour les terminer à 13 h 30 plutôt qu'à 13 heures. Nous entendrions à ce moment la Corporation des médecins du Québec, ce qui était déjà prévu, je pense, dans l'horaire initial et, dans la mesure où cela lui est possible, l'Association des conseils des médecins et dentistes du Québec. Il y a une certaine cohérence, d'ailleurs, à entendre ces deux groupes à l'enfilade, compte tenu de leurs préoccupations et des lois qui les régissent.

Nous ne siégeons pas jeudi après-midi. Cependant, nous reprendrions en soirée, cette fois, à 19 h 30 plutôt qu'à 20 heures, pour entendre la corporation des infirmières,

l'Association des pharmaciens des établissements et la Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec - la FASSQ - en soirée jeudi, qui vient, encore une fois, à compter de 19 h 30.

Mardi, le 11 octobre, nous ne siégeons pas pendant la journée, des engagements nous retenant de part et d'autre. Cependant, nous commencerions nos travaux cette fois à 19 heures jusqu'à probablement 22 h 30 ou 23 heures. Nous entendrions mardi soir la coalition - ce qu'on a convenu d'appeler la coalition - c'est-à-dire le regroupement des corporations professionnelles non médicales et non infirmières impliquées dans le secteur de la santé en particulier. À l'intérieur de ce mémoire, il y aura aussi la présentation de deux interventions particulières de deux groupes que, pour les fins de la discussion, on va appeler les groupes A et B. Deuxièmement, l'Association des cadres intermédiaires des affaires sociales ou l'ACIAS.

Mercredi, le 12 octobre, ce sera une bonne journée pour tout le monde. Le matin, à compter de 9 h 30, la corporation des infirmières auxiliaires suivie de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. L'après-midi, à compter de 15 heures, l'association des directeurs généraux suivie de la conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux. En soirée, nous entendrions les représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Pour la gouverne des gens de l'auditoire et de nos collègues, nous aurons normalement, d'ici une heure, une copie dactylographiée de ce projet d'horaire.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: De fait, j'avais convenu avec le ministre qu'on pouvait s'organiser à l'intérieur de cet horaire. Mais, nous procédons actuellement à l'étude d'un projet de règlement. Je ne sais pas si c'est arrivé fréquemment; je me souviens d'avoir assisté à l'étude d'un règlement très court dans le secteur de l'habitation. De mémoire, je ne me souviens pas qu'il y ait eu d'autres règlements soumis à une consultation comme celle-ci. Évidemment, on se trouve dans un contexte tout à fait différent de celui d'un projet de loi pour lequel on procède par un discours de deuxième lecture. Mais surtout, on procède en commission parlementaire à des amendements article par article. Alors, il n'est pas question de procéder de cette façon ici. J'aimerais simplement, M. le Président, par votre entremise, demander au ministre si on peut compter sur sa bonne foi pour qu'une fois tous les mémoires entendus, sans qu'il y ait proposition d'amendement ou

de vote - enfin, pas de proposition d'amendement formelle - les membres de cette commission parlementaire puissent repenser, avec le plus de célérité possible, les règlements, sinon on pourrait se demander quelle serait la place même de l'Opposition à ce moment-ci, parce que les gens vont venir exprimer leurs griefs, enfin leurs griefs ou leurs remarques - ce ne sont pas nécessairement des griefs - et il n'y aura pas de lendemain, sauf que le ministre retournera avec ses règlements au Conseil des ministres et la réglementation sera éventuellement adoptée. Est-ce qu'on pourrait trouver une procédure pour qu'à la fin de cette commission parlementaire, de part et d'autre, comme je le disais tout à l'heure, en fonctionnant avec célérité, on puisse étudier un par un les articles, que le ministre nous indique ses intentions et que, de notre côté, nous puissions également lui faire d'autres suggestions qu'il intégrera ou n'intégrera pas? Il me semble que cela donnerait une signification plus grande au travail que nous nous apprêtons à accomplir dans les jours qui viennent.

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

M. Johnson (Anjou): M. le Président, avant de passer à mes propos préliminaires sur ce que je pourrais me permettre d'appeler l'économie générale du projet de règlement qu'on a devant nous, j'aimerais faire certains rappels. Le règlement que nous avons en ce moment et qui régit, notamment, le domaine hospitalier, est un règlement qui remonte à 1972. Nous avons créé un précédent, cette année, en invitant les associations à venir s'exprimer en commission parlementaire. M. Castonguay et M. Forget, dans le passé, ont adopté de la réglementation qui touchait les établissements. Ils sont venus en commission parlementaire. Cependant, ce n'étaient pas des commissions parlementaires où on entendait des parties, mais strictement des commissions parlementaires au cours desquelles il y avait des échanges entre les députés. En ce sens, nous croyons que, cette année, le précédent que nous créons va dans le sens de la plus grande ouverture possible et du plus grand échange possible de points de vue venant des principaux intéressés, disons-le, qui sont des intéressés organisés dans le réseau des affaires sociales, en présument, évidemment, que les députés s'occupent des principaux intéressés aussi, de leur part, qui sont l'ensemble des citoyens. En ce sens, je pense que, loin d'être restrictive, au contraire, notre approche est beaucoup plus réceptive que ce qu'on a connu, de fait, dans le passé.

Deuxièmement, je voudrais souligner que je pourrai faire part, je pense, en cours

de route, de certaines de mes réactions à des propositions qui sont faites. Je pense, cependant, que je ne peux malheureusement pas prendre l'engagement de dire que nous allons faire l'équivalent d'une discussion article par article, dans la mesure où, en fin d'audition, disons le mercredi soir 12 octobre, il sera extrêmement tôt pour réagir, d'autant plus que nous aurons reçu d'autres mémoires de personnes et de groupes qui n'ont pas été convoqués à cette commission. Il y a des rencontres de hauts fonctionnaires et de celui qui vous parle avec d'autres groupes également. Je pense qu'ils veulent se faire entendre là-dessus, mais en dehors du cadre formel de la commission parlementaire, pour toutes sortes de raisons. Dans ce sens-là, il serait peut-être un peu prématuré de dire que je pourrai faire connaître la position arrêtée sur chacun des articles; c'est évident. Cependant, j'accepterais, si mes collègues y consentent aussi, qu'on puisse faire une espèce de tour de table sur l'ensemble du projet et regrouper par thèmes plutôt que par articles les préoccupations qui seront dégagées ici, probablement après avoir entendu la Fédération des médecins spécialistes, qui sera le dernier groupe, le mercredi soir. Je ne pense pas que cela prenne quatre heures. Cela prendra sûrement une heure et demie, probablement deux heures. C'est un mémoire qui a sûrement une certaine importance, mais on aura, à ce moment-là, je pense, une heure au cours de laquelle je pourrai recevoir, avec grand plaisir, les propos de l'Opposition.

Je donne l'assurance à Mme la députée de L'Acadie ainsi qu'à ses collègues que, s'ils veulent me faire parvenir des commentaires ou des points de vue, je serai absolument réceptif à cela à la suite de la commission parlementaire. Le règlement ne sera pas adopté dans la semaine qui suivra, qu'on se comprenne bien. Cela va prendre quelques semaines avant qu'on y arrive. Au cours de cette période, encore une fois, je pourrai recevoir, sur une base individuelle... Mme la députée de L'Acadie connaît ma disponibilité, quand elle doit me rejoindre, et je recevrai sûrement les commentaires de l'Opposition de la même façon que je recevrai les commentaires d'autres groupes alors qu'on sortira de la commission parlementaire.
(13 h 30)

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Écoutez, je ne sais pas si c'est la formule idéale. Je remercie le ministre quand même pour son ouverture. Est-ce qu'on pourra, simplement en dégageant les grands thèmes, arriver aux mêmes fins? On manque un peu d'expérience dans ce genre de processus. On va essayer de fonctionner à l'intérieur de ces balises,

surtout avec l'assurance que le ministre continuera de recevoir des représentations qui pourraient lui être faites par l'Opposition.

Le Président (M. Desbiens): Alors, on peut passer aux commentaires préliminaires? L'entente est satisfaisante? Oui, excusez-moi.

Mme Lavoie-Roux: Ce n'est peut-être pas le moment, mais comme le ministre indiquait que plusieurs groupes - je ne sais pas s'il y a des individus - qui ont envoyé des mémoires ne seront pas entendus, je demanderais qu'ils soient inscrits au journal des Débats.

M. Johnson (Anjou): Sûrement, je n'ai aucune objection. Je déposerai l'ensemble, à compter de la séance de ce soir ou à compter des séances de jeudi, au fur et à mesure qu'entreront les mémoires que nous recevons en identifiant le rédacteur, celui qui a le mandat de façon précise, et on les déposera, pour les fins de la transcription, au journal des Débats. Je m'excuse, le secrétariat me souligne que j'ai fait un lapsus ou, pire, une erreur. Les mémoires seront déposés, proprement dit, devant la commission, et seront accessibles pour consultation par la suite. Ils ne sont pas transcrits dans le journal des Débats.

Mme Lavoie-Roux: Mais ils font partie des archives.

M. Johnson (Anjou): Ils font partie de l'ensemble des documents de la commission. Aucun problème, sauf qu'ils ne sont pas transcrits dans le journal des Débats.

Le Président (M. Desbiens): Alors, je reviens à une étape de la procédure. De toute façon, je reviens à la nomination d'un rapporteur. Il faut qu'un rapport soit soumis et déposé, de toute façon, alors cela nous prend un rapporteur. Est-ce qu'il y a une proposition pour nommer un rapporteur?

M. Johnson (Anjou): Le député de Rivière-du-Loup?

Le Président (M. Desbiens): Le député de Rivière-du-Loup est proposé.

M. Boucher: L'adjoint au leader a-t-il le droit d'être rapporteur?

Le Président (M. Desbiens): M. Boucher (Rivière-du-Loup) agira comme rapporteur. M. le ministre, pour les remarques préliminaires.

Remarques préliminaires

M. Pierre-Marc Johnson

M. Johnson (Anjou): Nous y voici, M. le Président. L'adoption du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements revêt évidemment une importance majeure pour les établissements et les structures organisées qu'on retrouve dans le réseau des affaires sociales. Il vise essentiellement à s'intégrer dans une perspective de vision d'ensemble des services sociaux et sanitaires dont notre population dispose, à travers un réseau complexe d'établissements et de lois, dans des objectifs qui sont fort connus, qui sont d'accès à des services de qualité, de complémentarité entre les parties constituantes et d'harmonisation des rôles des nombreux intervenants.

La conception d'une telle rédaction, d'une telle réglementation est une activité, par définition, fort complexe. Qu'il me soit permis de rappeler qu'en 1962, au moment des premières grandes réformes d'intervention de l'État au niveau des services de santé, il aura fallu presque sept ans pour mettre au point les premières réglementations. Évidemment, le contexte dans lequel nous travaillons aujourd'hui est quelque peu différent. Des réglementations ont touché les établissements à compter de 1972 et de 1974 également et le processus de modification de la réglementation a pu s'accélérer avec le temps.

Il n'en demeure pas moins que ce sont des sujets d'une certaine complexité pour lesquels, diront certains, les gens ne se battent pas dans les autobus et qui semblent loin des préoccupations quotidiennes des citoyens, mais qui sont des enjeux importants pour nos établissements et ceux qui y sont des acteurs importants.

C'est pourquoi le projet de règlement qui a été publié dans la Gazette officielle et qui fait l'objet de cette consultation publique et ouverte en commission a été précédé d'une série de consultations très diversifiées, très nombreuses et je dirais très intenses, à un niveau privé, avec certains intervenants qui ont accumulé avec l'expérience une certaine sagesse des choses, peut-être, et aussi de consultations informelles avec des organismes, en tant qu'organismes, dont je dirais, pour l'essentiel, sûrement la majorité des intervenants que nous voyons ici aujourd'hui.

J'ai fait valoir, au moment de l'adoption de la loi 27, les grandes orientations que nous avions choisies. On me permettra ici d'en rappeler quelques-unes dans la mesure où elles sont reliées à ce projet de règlement. D'abord et avant tout, premier objectif ou première priorité, je devrais dire, de la mise en vigueur des dispositions de la loi 27 quant à sa

réglementation, le rapprochement et une forme d'intégration la plus harmonieuse possible et sûrement en tout cas une intégration accrue de la profession médicale à l'établissement.

C'est ainsi qu'à l'occasion de la loi, nous avons défini de façon nuancée, pour utiliser un euphémisme, les chefs de départements cliniques dans la structure hospitalière. Dans le même ordre d'idées, le rapprochement entre les médecins et l'institution, on préconise dans ce règlement la constitution d'un comité mixte consultatif à la direction générale des établissements des centres hospitaliers afin de favoriser, sur les questions importantes et principales, un échange du point de vue médical et du point de vue administratif dans l'établissement hospitalier.

Dans le même esprit, nous favorisons l'intégration du pharmacien dans l'organisation hospitalière. Je sais que nous aurons à cet égard des points de vue très diversifiés qui nous seront soumis. Nous voulons également favoriser l'intégration des ressources médicales et autres dans les départements de radiologie et de biologie médicale, dans la mesure où il s'agit là de départements qui ont cette caractéristique d'être des soutiens à l'activité générale hospitalière, mais également d'être dans bien des cas des départements où il y a déjà des formules d'expérimentation et de vécu très concret d'une relation particulière entre la profession médicale et la dimension administrative, comme les autres professions, donc d'être un laboratoire, dis-je, d'une certaine façon de cette intégration.

Dans ce même souci d'intégration, nous avons opté également pour la création dans tous les hôpitaux de courte durée d'un département de médecine générale et pour l'organisation d'un service médical dans tous les centres d'accueil d'hébergement. Encore une fois, sur les modalités, je suis sûr que nous aurons, venant des différents intervenants, des points de vue extrêmement intéressants à entendre.

Deuxièmement, une autre grande orientation ou une priorité qu'on retrouvait dans l'adoption de la loi 27, c'était la régionalisation de certaines problématiques en même temps que des moyens à mettre en oeuvre pour régler certains des problèmes. C'est ainsi que nous avons inscrit dans la loi - je le rappelle - que certaines questions devaient impliquer le conseil régional à différents titres, que ce soit au niveau des plans d'effectifs médicaux, de la procédure des changements de vocation ou des politiques d'admission.

Aux fins d'assurer la plus grande équité possible pour nos concitoyens, nous estimons nécessaire d'introduire dans la réglementation un système régional et possiblement sous-régional pour les admissions en centres

d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins prolongés. Il faut tenir compte évidemment de l'alourdissement considérable des services pour les bénéficiaires dans ces établissements et de la nécessité, d'une part, d'être équitable vis-à-vis des citoyens et, d'autre part, de mieux utiliser les ressources. C'est pourquoi nous nous proposons de mettre en place un système intégré pour les admissions dans ces établissements, sous la responsabilité de chacun des conseils régionaux. Nous voulons en outre, ce qui m'apparaît majeur pour ne pas dire essentiel, que ce système soit étroitement coordonné avec l'ensemble des ressources très diversifiées que nous avons sur notre territoire pour le maintien à domicile et notamment la ressource remarquable que constituent dans ce cas les centres locaux de services communautaires.

Un tel système vise donc à intégrer les efforts d'un ensemble d'établissements coordonnés au niveau des régions, avec des comités, dans certains cas, sous-régionaux pour certaines activités, le tout fondé sur une évaluation médico-sociale qui vise à utiliser au maximum les ressources disponibles de telle sorte qu'elles soient utilisées aussi de la façon la plus pertinente possible.

Troisième grande série de priorités ou de préoccupations que l'on retrouvait dans la loi 27. Nous avons manifesté un souci particulier pour permettre au conseil d'administration de chaque établissement d'agir par lui-même sur un certain nombre d'activités très importantes décrites à l'article 8 du règlement et qui, d'ailleurs, historiquement, se retrouvaient en général nommées par le règlement gouvernemental. En ce sens, je dirai que ce règlement comporte, par sa seule existence, une forme de déréglementation importante: nous passons d'un règlement ou d'un ensemble de règles juridiques de législation déléguée de quelque 300 articles à un règlement qui en aura une centaine. On réduit presque des deux tiers la réglementation affectant les établissements, en étant conscient cependant qu'on change des choses et certaines choses, d'importance.

Que ce soit, par exemple, pour l'organisation de l'enseignement, de la recherche, de la répartition des lits, de l'organisation des services religieux, de la condition de vie des bénéficiaires, nous estimons que les conseils d'administration de chaque établissement sont les mieux habilités à prendre des décisions locales pourvu qu'elles respectent les orientations générales du ministère et les priorités régionales.

Je m'en voudrais, avant de clore ces premiers commentaires, de ne pas souligner le caractère particulier que comporte donc l'adoption de ce règlement. Encore une fois, c'est un précédent que les établissements du réseau des affaires sociales et les structures

qui y sont organisées, professionnelles, corporatives ou syndicales, soient appelés à venir s'exprimer dans ce forum. Je pense que cela en vaut sûrement le coup pour le ministère qui y trouvera des éclairages importants et cela en vaut le coup - j'en suis sûr - également pour nos collègues qui se préoccupent, je dirais, de certains des aspects de cette réglementation, sûrement pas de l'ensemble. Je souhaite donc que nos travaux puissent commencer avec célérité et qu'ils nous permettent, encore une fois, dans une attitude caractérisée par l'ouverture d'esprit, de trouver certaines solutions dans l'adoption de ce règlement d'importance pour nos établissements.

Le Président (M. Desbiens): Merci. Mme la députée de L'Acadie.

Mme Thérèse Lavoie-Roux

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. Je voudrais d'abord remercier le ministre d'avoir accédé à notre demande réitérée de tenir cette commission parlementaire. Je pense que c'est heureux et c'est un heureux précédent. D'ailleurs, cela se situe dans la ligne des projets de réforme des travaux de l'Assemblée nationale auxquels mon collègue de Westmount a été particulièrement associé.

C'est évident, comme le ministre l'a souligné, que ce projet de règlement se situe dans le sillage de la loi 27. On ne se référera pas ici au débat sur la loi 27 qui a été un débat assez épique, assez long et qui a eu lieu à des heures assez tardives, dans lequel on a tenté de sauver les meubles concernant les efforts très importants de la part du ministère de contrôler davantage les établissements, de leur soustraire des prérogatives, particulièrement en ce qui a trait à l'organisation de leurs conseils d'administration, et ceci au profit d'une centralisation plus grande qui s'est faite par le truchement des conseils régionaux de services sociaux et de services de santé ou encore directement aux mains du ministère. C'est presque déjà de la vieille histoire, on ne pourra pas modifier la loi. On va plutôt s'arrêter au projet de règlement lui-même. (13 h 45)

Le ministre a bien indiqué - je voudrais moi aussi le souligner - que les efforts qui sont faits dans le but d'une intégration accrue de la profession médicale en établissement hospitalier c'est une chose dont les médecins s'étaient plaints depuis longtemps et qui était fondée sur des faits réels, étant passée dans ce mouvement de balancier alors que l'on accordait peu d'importance à l'apport des médecins dans l'administration hospitalière... On est passé de cette attitude où les médecins étaient les seuls maîtres à bord à cette attitude opposée

et maintenant on revient à une attitude qui m'apparaît plus réaliste et qui devrait procurer un équilibre plus facile pour le fonctionnement des hôpitaux. Vous avez mentionné quelques moyens qui sont prévus pour cela, comme le comité consultatif, sur lesquels les différents groupes auront des remarques à nous faire.

Il y a également - comme le ministre l'a souligné - la régionalisation de certaines problématiques particulièrement eu égard à l'admission. Là, on entre dans cette tendance du ministère à vouloir toujours tout uniformiser, alors que cette formule peut s'avérer heureuse - quoiqu'on n'en ait pas encore fait la démonstration - dans certaines régions. Elle ne s'avère peut-être pas aussi nécessaire dans d'autres régions plus petites.

Je voudrais surtout situer mes propos, M. le Président, dans ce que j'appellerais le climat dans lequel devront s'appliquer ces nouveaux règlements qui tirent leur faiblesse du fait qu'on fait des règlements sans en être arrivé à des réponses plus précises sur une foule de questions fondamentales. Entre autres, la complémentarité des établissements en trop qui, d'ailleurs, a été soulevée par le ministre et qui reste tout autant en suspens aujourd'hui qu'hier.

Depuis quelques années, le ministère des Affaires sociales a entretenu, sinon provoqué, une grande ambiguïté relativement au mandat confié par la loi aux différents établissements du réseau des affaires sociales. Les rumeurs de changement de structures ont été constantes. Au moment où les compressions budgétaires soumettaient des établissements à rude épreuve, le réseau aurait eu besoin de toutes ses énergies pour faire face à la crise et trouver moyen de servir la clientèle aussi bien avec moins de ressources. Dans un moment comme celui-là, il aurait fallu donner des orientations claires, cohérentes et surtout bien ajustées aux réalités de l'heure.

Malheureusement, si on circule le moins dans le réseau, on se rend compte que l'attitude du ministre a probablement aggravé la situation. On observe que toutes les hypothèses ont cours tant sur l'avenir des services que sur les présumées orientations du ministère. L'énergie qui devrait être au service de la clientèle est détournée par des débats dont l'enjeu est confus. On doit dépenser temps et efforts pour faire reconnaître des réalités expérimentées quotidiennement avec souvent un sentiment de futilité devant l'absence de rationalité et le peu d'écoute auxquels les intervenants du milieu sont confrontés.

Il faut bien réaliser, M. le Président, que ce n'est pas ce genre de climat qui peut permettre au personnel que les coupures ont épargné de faire preuve d'engagement et de créativité. C'est dans ce contexte que le projet de règlement sur l'organisation et

l'administration des établissements a été publié le 10 août dernier, en pleine période de vacances. Ce règlement est caractérisé, entre autres, par un désir d'uniformiser, sans égard aux coûts - on pourrait prendre comme exemple l'obligation qui est faite de créer une clinique de radiologie partout, quelle que soit l'importance de l'hôpital, le rôle qu'il remplit, etc. - de saper aussi les conseils d'administration des établissements, en détaillant pour eux d'une façon presque exhaustive tous les titres de règlements de régie interne qu'ils devront faire sur une foule de sujets, leur laissant peu d'initiatives, et peut-être en occupant leurs énergies à des choses moins utiles que d'autres, compte tenu des besoins particuliers de chacun des milieux. Il y a aussi des modifications dans les pouvoirs et mandats des divers établissements et des conseils régionaux qui sont de nature à augmenter la confusion plutôt qu'à clarifier les choses, qu'il s'agisse des CHSP, des CAH, des CLSC ou des CSS et on est bien loin de cette définition claire du rôle de complémentarité mentionné par le ministre au début de son allocution.

On aurait espéré que cette clarification des missions des divers établissements se fasse sur la place publique et ne soit pas laissée au hasard des rivalités internes du ministère venant se concrétiser par des règlements dont la cohérence, à certains égards, est pour le moins boiteuse.

Tous sont conscients que les priorités médicales et sociales se sont déplacées au cours des dernières années ou ont évolué au cours des dernières années, d'une part à cause du vieillissement de la population et d'autre part à cause d'une exacerbation des problèmes sociaux causés par une crise économique qui se prolonge et une évolution des valeurs traditionnelles qui taxe plus fortement la famille, la jeunesse et les personnes seules. Non seulement ce débat ne se fait pas, mais on n'hésite même pas, pour en arriver à des modifications dans les pouvoirs et les mandats des établissements, à utiliser le projet de règlement pour modifier certaines dispositions de la loi. Du moins, c'est l'évaluation que nous en faisons et le ministre pourra nous corriger si nous avons tort.

Ainsi dans le domaine de l'admission des bénéficiaires dans les établissements de soins prolongés et d'hébergement, pourquoi confier au conseil régional certaines fonctions de gestion du système élaboré par lui, fonctions qui sont actuellement assumées par des établissements du réseau? S'il y a un problème de fonctionnement, pourquoi passer immédiatement à une solution structurelle? Pourquoi faire assumer par les CLSC la fonction de placement dévolue aux CSS aux termes de la loi (loi S-5, article 1, paragraphe j)? Peut-être y a-t-il lieu de le faire? Mais qu'on ne le fasse pas par

règlement, qu'on le fasse dans un débat public.

Également, le projet de règlement fait du pharmacien un chef de département clinique au même titre que les médecins et sans égard à son statut de cadre intermédiaire. Il lui donne certains statuts et privilèges quant à l'évaluation de sa pratique professionnelle, privilèges et statuts qu'il n'a jamais eus dans la loi. Je ne me prononce pas sur le bien-fondé de cette décision, mais sur la façon dont on procède pour l'introduire dans les faits.

Pourquoi ne retrouve-t-on plus dans ce projet de règlement l'hôpital de convalescence? Le ministre aura peut-être des explications. Est-ce un oubli ou a-t-on décidé de faire disparaître ce type de ressources pourtant indispensables, à ceux qui ne peuvent trouver dans leur milieu la sécurité et les soins nécessaires à cette étape de transition avant le retour à la vie normale? À moins qu'on n'envisage de les soigner dans un centre hospitalier, au coût élevé que l'on connaît et dans le contexte d'engorgement et de listes d'attente que l'on connaît aussi.

L'impact de ce projet de règlement sur la population elle-même est moins évident à première vue puisqu'il s'agit de l'organisation et de l'administration des établissements. Il n'est pas nécessaire, toutefois, d'être expert dans l'administration des services de santé et des services sociaux pour savoir que le cadre organisationnel peut favoriser ou au contraire entraver la dispensation de services valables. Certaines règles peuvent soumettre la clientèle à des expériences pénibles, précisément au moment où les personnes sont malades ou aux prises avec des problèmes personnels ou familiaux assez graves pour faire appel à des services sociaux.

Ainsi, pourquoi soumettre à un examen psychologique de routine toute personne âgée, handicapée ou malade lorsque sa condition ne lui permet plus de demeurer à domicile et nécessite un hébergement?

Comment peut-on imaginer qu'un délai de 24 heures peut suffire pour aviser un bénéficiaire de sa sortie d'un CHSP ou d'un CAH quand on sait que le séjour dans ces établissements est parfois de plusieurs mois et souvent de plus d'un an et que plusieurs de ces personnes, croyant y finir leurs jours, n'ont plus de milieu où retourner? Je crois qu'à cet égard, le ministre devrait s'abstenir de suggérer qu'un délai de 24 heures peut être suffisant. Il devrait plutôt se fier aux établissements pour assurer une préparation adéquate de ces sorties et leur assurer la contribution du personnel nécessaire pour favoriser, quand c'est possible, une réinsertion dans un milieu plus normal. Ce n'est qu'un exemple de la façon dont se manifestent des règlements qui, à première vue, ne semblent pas toucher à la vie des

bénéficiaires, mais qui quand même sont faits en fonction des services aux bénéficiaires.

Ce dernier point que je soulève illustre ce que nous déplorons souvent, à savoir que la préoccupation du système prévaut sur la préoccupation de la clientèle. On a le sentiment qu'il faut que cela roule, il faut que l'on case les gens, et tant pis s'ils ont des problèmes.

À plusieurs reprises, on a l'impression que le gouvernement, une fois de plus, veut régler par de la "structurite" et parfois de la surréglementation des problèmes de ressources. L'info-admission de la région de Montréal, par exemple, est considérée par certains comme inefficace, comme n'ayant pas réussi, parce que justement ils n'ont pas su s'organiser, parce qu'il y a un manque de ressources, il y a un manque de lits. Je n'ai pu m'empêcher de sourire en voyant la règle du non-dépassement de 48 heures en salle d'urgence, laquelle, pourtant, avait fait l'objet d'une directive de la part de l'ancien ministre, le Dr Lazure, il y a maintenant près de trois ou quatre ans. On connaît tout le succès qu'elle a eu parce que précisément il y avait un manque de ressources. Cela devait, à ce moment-là, être la grande solution au problème de l'engorgement des urgences.

M. le Président, ce ne sont là que quelques remarques qui, je pense, illustrent bien que si, d'une part, je conviens que j'accepte les explications du ministre selon lesquelles on a fait des consultations nombreuses et privées - a-t-il pris soin de dire - il reste que ce projet de règlement, il est fort heureux qu'on l'amène ici. D'ailleurs, la substance importante contenue dans plusieurs des mémoires indique bien que la consultation avait besoin de se faire publiquement.

J'aimerais aussi que le ministre nous indique pourquoi les clarifications des vocations des établissements dans le réseau n'ont pas été faites avant de procéder un peu à la pièce pour introduire des modifications aux établissements du réseau sans que le vrai débat ait eu lieu. Je regrette, par exemple, à cet égard... On sait qu'il y a un vieux débat - je ne sais pas s'il est vieux - mais en tout cas relativement vieux, entre la vocation des CSS, la vocation des CLSC, la vocation des centres hospitaliers de soins prolongés et les centres d'accueil d'hébergement. Si, d'une part, l'initiative qui est prise dans le règlement d'accorder un service médical dans les centres d'hébergement s'avère une chose qui m'apparaît sage, compte tenu de l'alourdissement des clientèles, d'autre part, il faut bien constater que c'est une espèce de statu quo pour les centres hospitaliers de soins prolongés pour lesquels, du moins dans les règlements, on ne prévoit pas de tâches

ou de vocation de travail de réadaptation auprès des clientèles qu'ils servent. Je pense que ceci rejoint les remarques que je faisais lors de l'étude des crédits en disant que, tant dans le cas des bénéficiaires des hôpitaux de soins prolongés que dans celui des personnes âgées en centre d'accueil - quoiqu'il y ait certaines indications ici, dans le projet de règlement, pour ces dernières - dans le premier cas, on n'a vraiment pas développé, au sein du ministère, une philosophie pour le soin des bénéficiaires qui doivent séjourner dans les hôpitaux de soins prolongés.

M. le Président, je ne veux pas continuer mes remarques plus longuement, mais je pense que nous verrons, au fur et à mesure des interventions qui seront faites devant la commission, si ces remarques sont appropriées ou si, au contraire, elles ne reflètent pas, dans une certaine mesure, les plaintes et l'insatisfaction que l'on rencontre dans le réseau, à savoir qu'à l'intérieur du ministère des Affaires sociales, il y a un malaise profond quant aux orientations qui doivent être données aux différents établissements pour vraiment retrouver ce réseau d'établissements qui sont complémentaires les uns par rapport aux autres et non pas en venir, par une incapacité de prendre des décisions ou de discuter de ces problèmes sur la place publique, à une paralysie plus ou moins grande des établissements qui, au point de départ, doivent être utilisés pleinement au service des bénéficiaires. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Merci. Est-ce qu'il y a d'autres interventions?

M. Johnson (Anjou): Oui, M. le Président.

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

M. Pierre-Marc Johnson (réplique)

M. Johnson (Anjou): Je pense que la députée de L'Acadie comprendra - avec tout le respect que j'ai pour les gens que nous devons entendre et c'est pour cela que nous sommes ici - qu'il y a des choses que je ne peux évidemment pas laisser passer - je pense que la députée de L'Acadie me connaît assez bien pour cela - surtout à l'égard des faits et aussi à l'occasion de certains procès d'intention qui peuvent nous être faits. Je reprendrai certains de ces éléments le plus rapidement possible. (14 heures)

J'y vais un peu en vrac. D'une part, on nous dit: Vous obligez les conseils d'administration à adopter toutes sortes de règlements, c'est une approche centralisatrice

qu'on retrouve dans cela comme dans l'admission, comme dans les décisions que vous prenez sur les CLSC, les CSS, etc. Je dirai que, dans le cas des conseils d'administration, ce qu'on fait essentiellement, c'est qu'on fait une nomenclature des objets sur lesquels doivent se prononcer les conseils d'administration, compte tenu de la définition qui est donnée de leur vocation et de leurs responsabilités. Et on dit qu'ils doivent adopter des règlements sur ces matières. Donc, on présuppose qu'ils s'arrêtent et qu'ils réfléchissent un peu à certains aspects de l'administration des services, des comités de bénéficiaires, de la présence des services de pastorale et d'une série de choses comme celles-là, et que c'est à eux de prendre la décision alors qu'historiquement, ce qu'on faisait, c'est qu'on mettait cela dans le règlement "provincial". C'est pour cela que notre règlement passe de 300 et quelques articles à une centaine. On délègue, à toutes fins utiles; il y a possibilité pour des établissements de préciser certaines choses eux-mêmes dans la mesure où, le cas échéant, cela s'applique à eux.

Deuxièmement, concernant les 48 heures de durée maximale dans les salles d'urgence, ce qui fait sourire la députée de L'Acadie, je dirai que la coalition des malades présidée par M. Brunet est entièrement d'accord avec cette disposition-là. Non seulement elle est d'accord, mais elle la réclame depuis un certain temps.

La pression sur nos établissements de courte durée est évidente. Nous la connaissons. La problématique du vieillissement de la population est une problématique qui est au coeur du développement du réseau des affaires sociales. Pour faire face à cette question de fait qui est le vieillissement de notre population, il faut, d'une part, espérer que l'ensemble du réseau chez les intervenants que sont les médecins, que sont les administrateurs, que sont les personnels nombreux et multidisciplinaires qu'on rencontre dans les établissements de santé et de services sociaux, que tous ces intervenants deviennent conscients, profondément conscients des exigences de ce que signifie le vieillissement de la population.

Je donnerai un exemple de cela qui s'est passé tout récemment dans la région de Montréal: l'hôpital de Verdun, où il y a un département de santé communautaire. Dans ce département de santé communautaire, en 1976, les gens de 65 ans et plus constituaient 8,4% ou 8,9% de la population. En 1986, dans deux ans, ils constitueront plus de 12% de la population. Quand on a fermé le service d'obstétrique, sur recommandation du conseil régional de Montréal, cela a été un drame. Je me souviens d'ailleurs que les

députés d'en face l'ont évoqué. J'ai eu le plaisir de constater hier qu'on inaugurerait une unité de gériatrie active dans cet hôpital. Et, avec l'argent, avec les ressources libérées par cette rationalisation, on répondait à un nouveau besoin de la population dans un coin donné du territoire. C'est cela qu'il faut voir se faire un peu partout sur le territoire.

Je pense qu'à partir du moment où des décisions difficiles doivent être prises par le pouvoir politique en matière de rationalisation, les établissements sont aptes à répondre à ces nouveaux besoins, parce qu'il y a là une expertise assez remarquable, sauf qu'il nous appartient quand même de donner des orientations et de décider des priorités de développement, puisque c'est notre responsabilité de dispenser des deniers publics et, comme personnes élues au suffrage universel, jusqu'à nouvel ordre, de choisir et de justifier des orientations qu'on prend sur la place publique. C'est exactement ce que nous faisons ici.

Je ferai remarquer aussi à Mme la députée de L'Acadie que, de 1976 à 1983, il y a eu ouverture de 8014 lits de centres d'accueil d'hébergement, dont 3932 dans la seule région 6-A, c'est-à-dire l'île de Montréal. Il y a en ce moment, à différents stades de construction, de mise en plan, d'appel d'offres ou autres, 1400 lits de plus qui sont en préparation. Je lui ferai remarquer également que, pour la période 1982-1986, à différents stades de développement - j'inclus là-dedans des choses qui sont des ouvertures, d'autres qui s'en viennent et d'autres qui sont en construction ou en plan - on parle, pour une période de cinq ans, de 1149 lits de plus en courte durée sur le territoire du Québec, dont presque les deux tiers dans la région montréalaise; j'inclus cette fois, évidemment, Laurentides-Lanaudière et la Montérégie. Une croissance de 443 lits, pour la même période, de soins prolongés. C'est très clair qu'il y a une pression sur nos hôpitaux de courte durée. Il y a des problèmes à régler. Cela veut dire, par définition, l'injection de ressources additionnelles; je viens d'en faire le bilan et les perspectives. Mais cela veut dire aussi l'utilisation maximale des ressources disponibles.

Je reviens à une autre remarque qu'elle vient de faire où elle nous présente un peu l'approche de la nécessité d'encadrer le processus d'admission sur le plan régional. D'abord, une question de fait m'apparaît extrêmement importante. Qu'est-ce que le règlement dit? Il n'impose pas une formule unilatérale à toutes les régions du Québec en termes d'admission au niveau des comités régionaux ou sous-régionaux. Il dit que chaque région doit se doter d'un système d'admission. C'est ce que le règlement dit. On a cité l'exemple de Montréal pour dire: Info-admission - je ne cite pas Mme la

députée de L'Acadie; j'en cite d'autres - c'est tout croche. C'est vrai qu'il y avait des aspects d'info-admission qui étaient "tout croches". C'est vrai qu'il y avait des formulaires en quatorze copies, en douze pages et demie, avec l'intervention d'une demi-douzaine de personnes, que ce soit l'hôpital, le travailleur social de l'hôpital, mais peut-être aussi revus par le CSS, sans compter celui du CLSC qui pouvait intervenir, le médecin, à travers tout cela, en cabinet privé ou celui qui travaille au département de médecine qui s'occupe des personnes âgées dans un hôpital de courte durée, le tout s'en allant au conseil régional et, de temps en temps, se perdant dans la poste royale. Ce que le projet vise à faire et ce qui se passe dans la région de Montréal depuis cet été, c'est qu'il y a maintenant une formule d'évaluation unique. Il n'y a plus 32 intervenants. Il y en a deux. C'est clair pour le citoyen, c'est clair pour les professionnels qui interviennent. C'est vrai que c'est exigeant pour ceux qui ont des points de vue différents. Mais au moins le citoyen ne sera pas renvoyé d'une place à l'autre. Il y a un intervenant qui doit assumer une responsabilité. Il y a évidemment une expertise sociomédicale qui doit être au dossier.

Dans le cas de l'expertise médicale, je rencontrais récemment des médecins qui font de la pratique gériatrique dans la région de Montréal, encore une fois, qui se disent, je ne dirai pas enchantés, mais absolument satisfaits de ce formulaire qui a l'avantage d'être bref, d'être clair, d'être précis et de permettre de façon efficace l'expression d'un jugement médical sur la nécessité, par exemple, ou la "souhaitabilité", si on me permet de m'exprimer ainsi, de classer un bénéficiaire pour les fins d'hébergement.

Je reprendrai aussi la notion des 24 heures. On nous dit: C'est bien épouvantable! Là, vous voulez que les hôpitaux aient le moyen de dire à quelqu'un qui est en CHSP depuis quatorze ans qu'il sort dans 24 heures alors qu'il n'a plus de milieu familial. D'abord, je suis sûr que c'est un lapsus de la députée ou qu'elle ne voulait pas dire cela. Je ne tiens pas pour acquis que, dans les hôpitaux, il y a du monde qui met dehors des gens qui sont là depuis douze ans pour les envoyer dans la rue. Je ne connais pas cela. À ma connaissance, cela n'existe pas dans le réseau des affaires sociales, et si cela existe, ce doit être des cas marginaux.

Ce que le règlement dit, c'est que, pour une personne qui est en établissement, le minimum d'avis qui doit lui être donné, si elle est en soins prolongés, c'est 24 heures. En ce moment, il n'y a pas de minimum. Je pense qu'il n'y a personne qui fait des folies comme cela, mais il faut en mettre un quelque part dans le règlement pour s'assurer que, si jamais quelqu'un, à un moment donné,

décidait quelque part, marginalement, de faire maison nette, il y ait un minimum d'encadrement et de protection pour le citoyen à cet égard.

Sur la question des CLSC et des CSS, le choix que nous faisons dans cette réglementation, pour clarifier peut-être un peu une fois pour toutes la notion d'une responsabilisation d'un organisme, encore une fois pour le bien-être des citoyens, pour qu'ils ne se fassent pas renvoyer d'un endroit à un autre, le choix que nous faisons, dis-je, c'est de valoriser dans le processus d'admission le rôle du centre local de services communautaires, là où il existe, par définition; il n'y en a pas partout. Pourquoi? Parce que le centre local de services communautaires, s'il arrive à l'occasion qu'on fasse des études sur les possibilités de malaria en l'an 2028, en cas d'inondation d'une rivière, parce qu'il y a quelqu'un qui a eu un Canada au travail ou un Chantier-Québec pour faire une étude de cette nature, il reste que, fondamentalement, les CLSC sont des organismes bien branchés sur les ressources communautaires.

Deuxièmement, ils sont axés sur des services que j'appellerais non médicaux ou périmédicaux, des services importants pour les citoyens, le maintien à domicile qui inclut la dimension de soutien de nature infirmière, par exemple, ou encore les services à domicile qui peuvent être de brancher quelqu'un sur les popotes roulantes, de s'assurer que des équipes peuvent aller faire le grand ménage une fois de temps en temps, quand ce n'est pas de les brancher sur un organisme bénévole qui s'occupe de faire un appel téléphonique tous les jours pour savoir si les gens sont bien, parce que le besoin de sécurité pour les personnes âgées à domicile est un besoin qui n'est pas de nature purement médicale.

Évidemment, il y a des problèmes de nature médicale et où intervient un processus médical ou infirmier, mais il y a aussi des besoins de sécurité. La réponse à ces besoins de sécurité des personnes âgées peut venir des organismes communautaires du CLSC et de l'implication dans la communauté de personnes qui fournissent ce type de services et souvent de nombreux organismes bénévoles.

Quant aux hôpitaux de convalescents, je prends bonne note de ce que me dit la députée de L'Acadie. Je dirai simplement que le projet de règlement, dans sa formulation, n'a jamais prétendu ou ne veut pas abolir les hôpitaux de convalescents. La première analyse juridique que nous avons faite, devant les réactions de certains de ces établissements, est qu'on les identifie aux hôpitaux de courte durée et que c'est le régime juridique des hôpitaux de courte durée, ce qu'ils recherchent d'ailleurs, qui s'appliquerait à eux.

Ceci dit, si, pour des fins de clarification, des besoins de sécurisation, il faut clarifier les textes pour s'assurer qu'on ne fera pas des hôpitaux de convalescents d'autres types d'établissements que ce qu'ils sont; on est ici pour cela. On est ici pour écouter ce que les gens ont à dire et déjà d'ailleurs plusieurs d'entre eux m'ont fait connaître leur inquiétude devant cela, mais n'y a pas là d'intention cachée. Il y a simplement le fait que, juridiquement, nous pensions, en définissant deux catégories d'établissements dans le secteur hospitalier, qu'on simplifierait les choses. Nous pensions que nous protégerions la vocation des hôpitaux de convalescents. Il semble que certains juristes du côté de ces hôpitaux soient inquiets. Je veux dire qu'on va régler le problème dans ce sens. Il ne s'agit pas de changer leur vocation unilatéralement, absolument pas, surtout dans le contexte de l'utilisation d'une réglementation comme celle-là.

Je conclus donc ainsi. Je pense avoir répondu à certains des arguments sur des questions de fait. Je pense avoir évoqué un bilan et des perspectives de ressources qui ont crû et qui vont continuer de croître au niveau des centres hospitaliers de courte durée comme de soins prolongés d'accueil et d'hébergement. Je pense aussi - j'espère - avoir clarifié certaines choses au niveau de nos intentions puisqu'il est donné à l'Opposition, je présume, d'avoir ce rôle qui est peut-être souvent extrêmement stimulant intellectuellement, mais je dois vous dire que j'ai fait ma croix sur l'idée que je serais dans l'Opposition.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, on ne peut pas se répondre tout l'après-midi. Mais je ferai remarquer au ministre que, pendant au moins - disons qu'il a pris vingt minutes pour répondre, en tout cas, peu importe; douze minutes, bon - huit ou neuf minutes, il a répondu à côté des points que j'avais avancés en me faisant une longue description du nombre de lits qu'il avait ouverts et sur le fait que notre population vieillissait. Mais pas plus tard que vendredi dernier, j'ai parlé du vieillissement de la population et comment elle exerçait de pression sur nos établissements, j'en ai parlé aujourd'hui même dans mon intervention, mais j'en suis sur la façon dont on a fait les règlements - c'est surtout là-dessus qu'a porté mon intervention - sans avoir au préalable clarifié les missions respectives des différents établissements dans le réseau. Quand j'ai parlé des CLSC, je n'ai pas parlé de leur vocation, parce que vous nous avez fait une longue description de ce qu'ils pouvaient faire dans la communauté pour les

soins à domicile. Pour ce qui est des services à domicile, tout le monde est d'accord là-dessus. Je vous ai posé la question: Est-ce qu'on ne va pas modifier une loi par un règlement? C'est la question précise que je vous ai posée. Quand j'ai parlé des 48 heures au ministre, M. le Président, j'ai dit: On peut bien mettre 48 heures; on l'a déjà fait dans une directive et on peut le mettre dans cinq règlements, mais tant que la pression ne diminuera pas, les 48 heures deviennent, à toutes fins utiles, nécessaires. On peut se donner l'impression de régler quelque chose.

En passant, je dirai au ministre que c'est vrai qu'il a ouvert 3000 places en centres d'accueil dans la région de Montréal. Je l'ai mentionné vendredi et je vous en ai même accordé le crédit. Mais il y avait 3000 personnes sur les listes d'attente en 1981 et il y a encore 3000 personnes sur les listes d'attente en 1983, justement à cause du vieillissement de la population.

M. Johnson (Anjou): Il y en a 1200 à Montréal actuellement.

Mme Lavoie-Roux: Je ne sais pas où vous avez pris vos chiffres, car ce sont des chiffres que j'ai obtenus jeudi dernier.

M. Johnson (Anjou): Je ne vous demanderai pas vos sources.

Mme Lavoie-Roux: Je pense qu'on a dû les obtenir au conseil régional.

M. Johnson (Anjou): Ils viendront nous expliquer cela la semaine prochaine.

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

Mme Lavoie-Roux: De toute façon, le problème de vieillissement, tout le monde s'entend là-dessus. Les 24 heures, le ministre les interprète dans le sens d'au moins 24 heures. Je pense que ce serait peut-être mieux de parler d'un délai raisonnable, puisqu'au moins 24 heures, cela donne la possibilité à un établissement de dire: J'ai donné mon délai de 24 heures et c'est suffisant. On peut se chicaner là-dessus, mais je ne crois pas que le ministre ait répondu aux objections de base que j'ai soulevées dans mon introduction. Je vous remercie.

Le Président (M. Desbiens): Je comprends que, ne pouvant terminer la discussion, on va passer aux auditions. Le premier groupe est l'Association des hôpitaux du Québec, représentée par M. André Brousseau, président. Si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent, s'il vous plaît. J'aimerais quand même rappeler, au début, ce qu'on fait à chaque audition.

Autant que possible, on essaie de se limiter dans la présentation du mémoire comme tel, puisque cela permet d'allonger le temps de la discussion, le temps étant toujours limité. C'est un rappel qu'on fait couramment. M. Brousseau, si vous voulez y aller.

Auditions

Association des hôpitaux du Québec

M. Brousseau (André): M. le Président, M. le ministre des Affaires sociales, mesdames et messieurs les députés, je suis particulièrement heureux, à titre de président de l'Association des hôpitaux du Québec...

Le Président (M. Desbiens): C'est vous qui allez faire le commentaire. Est-ce qu'il serait possible de vous placer au centre?

M. Brousseau: J'allais les présenter, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Ce n'est pas cela. Excusez, vous m'interprétez mal. Est-ce vous qui allez présenter le mémoire?

M. Brousseau: Oui.

Le Président (M. Desbiens): S'il vous plaît, j'aimerais que vous vous placiez au centre pour que tout le monde puisse vous voir.

M. Brousseau: D'accord.

Le Président (M. Desbiens): Pour que les gens ne prennent pas un torticolis.

M. Johnson (Anjou): On ne veut pas seulement vous entendre, mais on veut aussi vous voir, M. Brousseau.

M. Brousseau: M. le Président, M. le ministre des Affaires sociales, mesdames et messieurs les députés, je suis particulièrement heureux, à titre de président de l'Association des hôpitaux du Québec, d'avoir l'occasion de vous faire connaître le point de vue des 200 centres hospitaliers du Québec que nous représentons sur ce projet de règlement si important pour eux et dont les conséquences peuvent être ressenties d'une façon significative au niveau des services à la population.

À cette fin, je suis accompagné, à ma gauche, du Dr Jacques Mackay qui a dirigé le comité ayant procédé à la rédaction du mémoire que nous vous avons transmis; du directeur général de l'association, M. Jacques Nadeau; du directeur général adjoint, M. Normand Choynière, et de Me Ghislaine Gosselin, adjointe au directeur général pour les affaires juridiques à l'association.

Nous sommes à votre disposition et

nous essaierons d'apporter des réponses à vos interrogations. Mais, avant de ce faire, j'aimerais vous rappeler les principaux thèmes que nous avons beaucoup plus longuement développés dans notre mémoire et son annexe.

Le premier, c'est le comité consultatif à la direction générale. Tout d'abord, nous tenons à vous rappeler notre ferme volonté de nous associer à la poursuite des principales visées de ce projet de règlement et, en particulier, de celles découlant d'une orientation fondamentale tracée par le projet de loi 27 adopté en 1981. Notre association, au nom des centres hospitaliers publics du Québec, souscrit pleinement à cette intention de poursuivre le processus d'intégration des médecins à la vie hospitalière en s'assurant particulièrement de leur contribution à la définition des objectifs de l'organisation et en les impliquant dans les divers mécanismes de décision conduisant à l'allocation et à l'organisation des ressources de l'établissement. C'est ainsi que nous accueillons très positivement, sujettes à quelques ajustements, les principales dispositions touchant la constitution d'un comité consultatif à la direction générale. Ce mécanisme déjà instauré dans plusieurs hôpitaux selon diverses modalités a démontré son utilité. En ce faisant, le gouvernement confirme aux médecins une position privilégiée leur permettant d'influencer plus que tout autre groupement professionnel la gestion de leur établissement. C'est là une étape majeure du processus auquel nous faisons antérieurement référence.

La deuxième tête de chapitre: Les départements cliniques. Le gouvernement nous semble, toutefois, prendre une position nettement excessive en matière d'organisation hospitalière. Les articles 69 et 70 du projet imposent, sans nuances, un modèle unique dans les secteurs de la radiologie et des laboratoires en confiant des responsabilités particulières aux départements cliniques. Bien plus, de façon franchement irréaliste, il impose la constitution de tels départements cliniques dans tous les hôpitaux et ceci, sans égard à la pertinence ou à la faisabilité.

Tous connaissent l'allure que confère la formule: une pointure habille tout le monde. Les hôpitaux la refusent. Nous avons longuement motivé notre requête de retrait de ces articles dans notre mémoire. Cette seule formule proposée par le gouvernement ne peut, non plus, être remplacée par une autre panacée. Les solutions seront individuelles, propres à chaque hôpital. Qui, d'ailleurs, mieux que le conseil d'administration de chacune de ces institutions est mieux placé pour décider de ce qui peut et doit être fait, compte tenu du contexte humain et social? Le chemin parcouru est déjà intéressant et les hôpitaux

reconnaissent les besoins à combler en termes de médecins-cadres formés à l'administration et intégrés à l'équipe de gestion.

Il faut que le gouvernement réalise, toutefois, que sa proposition contribuera bien plus à amplifier qu'à résoudre les problèmes auxquels elle s'adresse. Il devrait se rappeler la première règle de l'art en médecine: d'abord, ne pas nuire.

Concernant les privilèges, les statuts et le membership du Conseil des médecins et dentistes, ce mémoire s'est voulu constructif et nous croyons, en plusieurs domaines, avoir émis certaines propositions dignes d'intérêt. Soulignons nos recommandations en matière de composition du Conseil des médecins et dentistes et en matière de modalités d'exercice des fonctions des chefs de départements cliniques. Nos propositions à cet effet veulent encore accentuer les orientations prises par le projet de loi 27: rôle prépondérant en matière d'octroi de privilèges, de statut, de plans d'effectifs médicaux, de fixation des exigences propres de l'établissement à l'égard de ses effectifs médicaux et dentaires, etc.

Nous avons voulu aussi nous inscrire dans la foulée des visées de la loi 27 en matière de définition du statut des médecins et dentistes en le rattachant à l'établissement plutôt qu'au Conseil des médecins et dentistes et en établissant un lien tant avec l'activité clinique qu'avec le plan d'effectifs médicaux et dentaires. Nous avons aussi apporté certaines suggestions favorisant une mise à jour de la notion de privilège, celle-ci étant élargie aux fonctions spécifiques exercées par les médecins dans l'établissement.

Relativement à la pharmacie, ce projet de règlement fut, pour le milieu hospitalier, une surprise de taille en ce qui touche la pharmacie. L'approche gouvernementale, qui calque l'organisation du service et l'organisation professionnelle des pharmaciens sur celle des départements cliniques et des médecins, a déjà été rejetée par notre organisme au moment de l'adoption de la loi 27. Le point de vue que nous avons exprimé nous semblait alors compris, car aucune disposition législative nécessaire à la poursuite des objectifs, aujourd'hui repris, ne fut introduite. Au-delà de ces considérations, les mesures envisagées nous semblent nettement inopportunes et ceci, à maints égards. Quoique nous comprenions le désir de nos pharmaciens et la valeur de leur apport professionnel, nous sommes forcés de résister à cette démarche qui en ferait des professionnels à part.

Nos pharmaciens exercent des fonctions indispensables, mais pas plus que les biochimistes ou les psychologues. Chaque professionnel de la santé est un chaînon essentiel dans le processus de distribution des

soins. En vertu de cette réalité, il serait opportun que le gouvernement, s'il entend promouvoir le rôle de quelques professionnels de la santé, le fasse par des moyens plus contemporains et équitables.

L'organisation régionale des admissions. Notre mémoire, au chapitre de l'organisation régionale des admissions dans le secteur des soins prolongés et de l'hébergement, invite à l'adoption de mesures plus réalistes et simples, comme à un changement de cap en faveur de la prise en charge de cette question par les établissements plutôt que par les conseils régionaux. Il est, d'ailleurs, assez explicite quant aux modalités d'organisation au coeur desquelles se retrouve, notamment, un comité de référence géré par les établissements. Ce comité est supporté par le conseil régional au chapitre de l'organisation, conseil à qui est dévolu un important rôle de promotion, conforme au mandat général que lui confie la loi.

Nos recommandations visent aussi à simplifier une plomberie complexe, lourde et déshumanisante en limitant à des cas plus particuliers ce long cheminement qui a pour point de départ le CLSC et, comme point de chute, le conseil régional et son comité. Encore là, nous rencontrons une application excessive du système: une peinture habille tout le monde.

La classification des établissements. Nous avons longuement explicité dans notre mémoire notre point de vue sur l'importante question de la classification des établissements. Nous n'insisterons jamais assez sur les effets néfastes pour notre régime de santé et de services sociaux qu'entraîneront les orientations envisagées par le gouvernement. Toute structure d'organisation, comme ce régime, exige que ses diverses composantes soient bien définies et comportent des exigences de clarté de rôles et de cohérence des fonctions. Le projet soumis, loin de préciser en cette occasion les règles du jeu, contribue à la confusion qui s'installe graduellement. Un coup de barre s'impose.

La classification des établissements doit, d'abord, reconnaître que les centres hospitaliers existent pour satisfaire prioritairement les besoins de santé des Québécois et que les centres d'accueil doivent prioritairement s'adresser, quant à eux, aux besoins de nature sociale, notamment par la mise en place de services d'hébergement et de réinsertion sociale. Cette orientation doit être prise fermement et transmise clairement.

Nous voudrions, à titre de conclusion, résumer les grandes lignes de notre message: poursuivre le processus d'intégration des médecins à la vie hospitalière par des mesures positives comme le comité consultatif à la direction générale; ne pas nuire à ce processus et ne pas instaurer de

tensions inutiles dans les établissements en imposant des formules sans nuances et impraticables au chapitre de l'organisation administrative. Le gouvernement devra donc retirer les articles 69 et 70, en laissant la voie libre à d'autres modalités. Il devra s'appuyer surtout sur la capacité des conseils d'administration de décider ce qui peut et ce qui doit être fait pour atteindre cet objectif qu'ils partagent d'ailleurs et à l'égard duquel plusieurs d'entre eux se sont déjà engagés.

(14 h 30)

Le gouvernement doit aussi supporter l'objectif d'intégration des médecins par d'autres moyens, comme la précision des tâches dévolues aux chefs des départements cliniques, la révision de certaines notions, comme les privilèges et statuts, ainsi que la définition du membership du Conseil des médecins et dentistes; revenir à des visées plus réalistes et raisonnables tant à l'égard de l'organisation clinique et professionnelle de la pharmacie que dans le domaine des admissions en centre d'accueil et d'hébergement et en centre hospitalier de soins prolongés; clarifier les missions des diverses catégories et classes d'établissements en adoptant une position précise quant aux objectifs devant être poursuivis par le secteur social et le secteur de la santé.

Ces principaux éléments corrigés, nous pourrions alors convenir que la législation la plus significative dans le domaine des affaires sociales, introduite par l'actuel ministre des Affaires sociales il y a près de deux ans, aura été bien complétée par sa réglementation. Merci.

Le Président (M. Desbiens): Merci, M. Brousseau. M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Merci, M. Brousseau, du travail qui, comme d'habitude, est fait de façon exhaustive par votre association relativement à des projets de loi ou à des projets de règlements et, deuxièmement, d'avoir eu la gentillesse de nous faire un résumé de votre mémoire.

Je me permettrai quelques commentaires et surtout quelques questions. Dans un premier commentaire au sujet des pharmaciens, tout en comprenant votre point de vue, je vous rappellerai que vous semblez identifier le pharmacien à tous les autres - dites-vous - professionnels non médicaux de la santé qu'on retrouve dans les hôpitaux. Je me permets de vous souligner - peut-être voulez-vous qu'on entende un de vos collègues qui vous accompagnent commenter cela - que le pharmacien est le seul professionnel de la santé qui, en vertu de la loi régissant cette corporation, a le droit de refuser une ordonnance médicale ou de procéder à une substitution. Si je ne me trompe pas, aucun autre professionnel de la

santé oeuvrant dans l'établissement, à part les médecins, n'a ce type de privilège qui lui est consacré par une loi. C'est de cette notion de base que nous nous sommes inspirés pour introduire cette orientation. À partir même de la loi 27, il ne s'agit pas d'isoler le professionnel qui est le pharmacien. Notre objectif, au contraire, c'est de mieux l'intégrer à l'activité clinique puisqu'en vertu des lois et en vertu de la pratique il y est intimement relié. Je ne dis pas que les infirmières ne le sont pas; je ne dis pas que les physiothérapeutes ne le sont pas. Je dis simplement que la responsabilité de l'acte de donner une ordonnance juridiquement, est ultimement partageable entre le médecin et le pharmacien. On sait que cela n'arrive pas souvent. Il reste que la loi a toujours reconnu ce pouvoir au pharmacien de refuser une ordonnance ou de procéder à une substitution. Cela m'apparaît une réalité juridique et surtout historique, de même qu'une façon de qualifier l'activité clinique de ce professionnel en particulier. Cela m'apparaît un élément important à intégrer à ces commentaires.

Quant à la classification des établissements, j'aurais un commentaire également. Je ne veux pas utiliser des mots ou une phrase excessive, mais il me semble que votre mémoire est un peu réductionniste sur la notion de ce qu'est un établissement de santé, par exemple, un CHSP par opposition à un centre d'accueil d'hébergement. La réalité des centres d'accueil d'hébergement, à cause, justement, du vieillissement de la population et de ce qu'on appelle l'alourdissement des clientèles, c'est qu'ils ne sont plus seulement des endroits où se fait de l'hébergement. De plus en plus de centres d'hébergement - ils s'en plaignent dans bien des cas, d'ailleurs, et c'est pour cela qu'ils nous demandent plus de ressources - sont aux prises avec un groupe de patients qui exigent une attention et des services d'une nature qui relève, par exemple, des soins infirmiers à un niveau beaucoup plus élevé que c'était le cas il y a dix ans. C'est ce qu'on appelle l'alourdissement "qualitatif et quantitatif", entre guillemets, des clientèles en centres d'accueil d'hébergement. Je comprends que c'est du jargon, mais je pense qu'on peut se comprendre au niveau du jargon. D'ailleurs, c'est vous, en général, qui l'avez inventé; ce ne sont pas les politiciens.

Cela m'apparaît une réalité importante. Est-ce que je me trompe en disant que vous semblez en faire un peu abstraction dans votre façon de vouloir définir vraiment des champs très différents alors qu'il y a une certaine compénétration des réalités au niveau des bénéficiaires, donc, des exigences de services à l'égard de ces citoyens et de ces citoyennes?

J'aimerais, par ailleurs, spécifiquement

vous entendre sur la question des services cliniques. Je crois comprendre de votre mémoire et du résumé que vous en faites que ce que vous demandez, c'est le retrait de deux articles. Vous dites: Il y aurait peut-être autre chose. J'aimerais peut-être vous entendre parler sur autre chose, sur d'autres possibilités. Comment ferait-on faire un pas à cette présence médicale au niveau des services cliniques dans l'organisation administrative? Évidemment, après vous avoir entendu, je suis sûr qu'on entendra les commentaires de toutes sortes d'autres groupes là-dessus. J'aimerais voir si vous avez des solutions de rechange à nous proposer. Par exemple, est-ce que - je ne sais pas - cela devrait être les blocs de chirurgie plutôt que la radiologie ou le laboratoire? Est-ce que cela devrait être les unités de soins où cette structure s'applique? J'aimerais peut-être vous entendre un peu là-dessus. Ensuite, j'aurai une question sur le système régional, pour vous, M. Brousseau, ou vos acolytes, évidemment.

Mme Lavoie-Roux: Acolytes!

M. Johnson (Anjou): Collègues.

M. Nadeau (Jacques): M. le ministre, il y a plusieurs questions dans tout cela. Je vais essayer de les prendre une par une. D'abord, la question de la pharmacie. Je pense que c'est vrai que le pharmacien peut refuser une ordonnance et faire une substitution. Cependant, il ne change pas la médication. Il va changer le médicament, mais il ne changera pas la prescription médicale du médecin. Je pense que ce n'est pas une raison suffisante pour changer le statut de pharmacien dans l'établissement comme on est en train de le faire. Ce n'est pas possible parce qu'il n'y a pas de fondement, d'une part, légal aux modifications que vous voulez apporter. Que le pharmacien puisse être dans l'établissement en contact avec les médecins, qu'il soit membre du Conseil des médecins et dentistes, je pense qu'on a déjà fait un pas important à ce niveau. Qu'on lui donne la responsabilité de chef de service, qu'on le fasse nommer sur recommandation du Conseil des médecins et dentistes, qu'on le fasse évaluer par le Conseil des médecins et dentistes, il me semble que ce n'est pas dans le cadre de ce qu'on voulait quand on a parlé de la loi 27, quand on a parlé d'inclure le pharmacien au niveau du Conseil des médecins et dentistes. Tout cela me semble dépassé.

Le chef de service de pharmacie, c'est un cadre de l'établissement, à l'heure actuelle. Un chef de service médical, c'est un entrepreneur libre. Ces gens sont régis par des conditions de travail qui sont différentes. La nomination des cadres est

soumise au conseil d'administration qui fait cela par le biais du directeur général. Là, cela passerait par le Conseil des médecins et dentistes. On disait: La loi ne prévoit pas par règlement de statut et de privilèges que le conseil d'administration pourrait accorder au pharmacien. On est un peu surpris de voir que, partis de l'objectif de voir participer les pharmaciens à la vie du Conseil des médecins et dentistes, on se ramasse avec un chef de service, on se ramasse avec un modèle qui est comme celui du Conseil des médecins et dentistes. Il me semble que cela n'a pas de sens.

En ce qui concerne les missions des établissements, je pense que c'est un dossier important. Le rapport Castonguay disait: Il faut clarifier la mission santé, il faut clarifier la mission sociale. Il faut que cela soit clair. Il est arrivé au cours des années un certain nombre de réalités, dont le vieillissement de la population auquel vous faites référence, qui ont amené des modifications et certaines incohérences. Par exemple, dans les CHSP - c'est le problème que vous soulevez - et les centres d'accueil, on trouve des clientèles qui sont peu différenciées. Il y a, dans les CHSP, des gens qui devraient être dans des établissements d'hébergement. Il y a dans les centres d'hébergement des cas lourds, de l'alourdissement, des cas qui devraient être en CHSP. On est conscient de cela. On vous a, d'ailleurs, déjà proposé un certain nombre de mesures pour corriger des choses comme cela: une meilleure évaluation et une orientation subséquente des patients, une révision de certaines vocations en fonction des besoins réels - d'ailleurs, on sait que vous en faites à certains endroits, non sans difficulté, mais on en fait - une revue continue des ressources, ce qui peut vouloir dire des transferts de ressources entre établissements ou en ajouter.

Cependant, votre projet de règlement, au lieu de clarifier ces missions, je pense qu'il jette plus de confusion. Par exemple, on parle au niveau des centres d'accueil d'un même programme en matière d'activités thérapeutiques de jour. Quand on parle des centres d'accueil, on essaie d'y ajouter une mission hospitalière; on veut les doter d'un service médical, d'un service de pharmacie. Je pense qu'il faut voir tout cela dans un certain contexte au cours des dernières années. Il faut se rappeler que les centres de santé sont passés du côté social et que la majeure partie du budget de ces centres de santé provient à 80% des centres hospitaliers.

Il ne faut pas ignorer la tentative de discussion qu'il y a eu à l'intérieur de votre ministère - vous savez, c'est grand, le ministère des Affaires sociales - de faire un type d'établissement avec les centres hospitaliers de soins prolongés et les centres

d'accueil d'hébergement.

Quand on regarde tout cela et quand on regarde l'emphase que vous mettez à décrire dans les classifications les centres d'accueil, on a l'impression que vous voulez leur donner, parce qu'il y a de l'alourdissement de clientèle, presque des mandats de centres hospitaliers de soins prolongés. Nous disons que ce n'est pas ce qu'il faut faire. Il y a de la place pour de l'hébergement et aussi pour les soins prolongés, pour les gens qui doivent être en institution de soins prolongés. Définissons cela clairement. S'il y a des patients qui ne sont pas à la bonne place, qu'on les mette à la bonne place; s'il y a des ressources qui ne sont pas à la bonne place, qu'on les mette à la bonne place. On est prêt à faire cela.

Ce n'est pas pour dire que cela doit être tous des centres hospitaliers. S'il y a des centres hospitaliers de soins prolongés qui font de l'hébergement, ce seront des centres d'accueil. S'il y a des centres d'accueil qui sont d'alourdissement, ils devraient être des soins prolongés. Or, c'est ce qu'on dit: Il y a de la confusion là-dedans. Le projet de règlement, quand il définit les centres d'accueil, les centres hospitaliers de soins prolongés - je reparlerai plus des convalescents parce que c'est un problème qu'on considère réglé - vient mettre de la confusion et il y aurait avantage à préciser ces rôles de sorte que les patients soient à la bonne place. C'est dans l'intérêt des patients. Quand ils ont besoin de plus de ressources médicales, ils sont en CHSP; quand ils ont besoin de plus de ressources sociales, ils sont en centres d'accueil. C'est comme cela qu'on le voit.

Si on voulait seulement défendre la cause des hôpitaux, ce qu'on appelle du corporatif, on ne vous dirait pas aujourd'hui: S'il y a des gens mal placés, placez-les, s'il y a des établissements de soins prolongés mal classés, classez-les différemment et, s'il y a des centres d'accueil mal classés, classez-les différemment.

Je pense que c'est ce qu'on veut dire quand on parle de classification, quand on parle de clarification des rôles. Cela me paraît très important et on vous a proposé à cet effet des définitions qui, je pense, sont simples. On ne voit pas comment cela n'atteindrait pas les objectifs que vous poursuivez et que vous venez de m'énoncer.

Les départements cliniques. Nous étions pas mal convaincus que vous alliez nous en parler. Avec la loi 27, l'objectif était l'intégration des médecins. Vous vous rappelez sans doute qu'à la commission parlementaire sur la loi 27 notre association y était très favorable. C'est évident qu'on l'est encore sauf qu'on pense que cela ne peut s'appliquer sans nuances. C'est une solution simple à un problème complexe. Le seul modèle, c'est comme si on voulait en

faire une religion. C'est pour cela qu'on vous dit que cela semble excessif et ce n'est pas sûr que tous les professionnels seraient heureux de cela. Je ne parle pas seulement des autres professionnels; je parle aussi de certains professionnels médecins qui seraient obligés de le faire.

On veut que l'intégration se fasse. Comment? Vous nous posez un certain nombre de questions. Vous nous dites: Avez-vous des alternatives à cela? Serait-ce mieux qu'on s'en aille en chirurgie, dans les unités de soins? Je pense que vous connaîtriez la réponse plus que moi.

(14 h 45)

On sait qu'il y a des approches différentes dans notre milieu. Et, si on regarde dans le milieu anglophone, on voit que c'est quelque chose d'assez répandu. Dans les gros centres hospitaliers, on ne voit pas de problème majeur à intégrer davantage les centres hospitaliers. Dans les milieux universitaires, il y a des pas intéressants qui se font. On sait qu'actuellement - vous le savez sans doute - il y a des établissements qui sont en train d'en faire, de ces pas. Cependant, il y a des choses qu'on ne sait pas et il serait intéressant qu'on les regarde ensemble parce qu'il y a sûrement des conditions préalables à tout cela. Par exemple, est-ce qu'on va admettre et est-ce que tout le monde sera d'accord pour dire que le chef de département, qui gère les ressources non seulement médicales, mais l'ensemble des ressources d'un établissement, est un cadre de l'établissement, qu'il est alors dans la ligne hiérarchique de l'établissement et est payé comme cadre avec des conditions de travail comme cadre? Ce sont des éléments qu'on n'a pas regardés ensemble et qui réapparaissent extrêmement importants. La rémunération de ces gens. On l'a fait, par exemple, avec les départements de santé communautaire. Il y a des succès importants à ce niveau, mais je pense qu'il y a toute une problématique qu'il faut regarder à l'intérieur de cela. Demander à des chefs de départements cliniques de diriger des employés, de diriger des ressources, si ce n'est pas un cadre de l'établissement, cela ne nous apparaît pas avoir de l'allure. Il faut aussi regarder ces questions.

Au lieu d'arriver avec 56 solutions et de vous dire: On pourrait peut-être faire la chirurgie demain matin, on pourrait peut-être faire une couple d'unités de soins, nous disons: Écoutez, on vient de faire un pas extrêmement intéressant au niveau du comité consultatif à la direction générale. Les médecins et les chefs de départements ont là une position privilégiée pour se faire entendre.

Au niveau des privilèges et des statuts, vous avez vu dans notre document qu'on demande aux chefs de départements de jouer un rôle particulier à ce niveau. Nous disons

que tout cela créera un certain nombre de conditions favorables qui vont faire que, dans le milieu, tenant compte de leur spécificité propre, tenant compte des ressources qu'ils ont, ils pourront faire des pas à ce niveau. On ne pense pas pouvoir dire demain matin: Commencez donc par la pédiatrie ou commencez donc par cela, cela ira mieux. Je pense qu'on fait des pas intéressants qui suivent la loi 27. On les implique au comité consultatif: c'est un endroit privilégié par rapport à tous les autres professionnels; je veux dire qu'il y a là un travail qui se fera avec l'équipe de gestion, cela suivra son cours normal et vous aurez de plus en plus de chefs de départements qui auront des responsabilités administratives; encore faudrait-il qu'on règle un certain nombre de choses.

Il y a aussi le problème de la formation. Si on a formé pour diriger certains services, par exemple, des techniciens qu'on a envoyés pour être formés en administration ou des choses comme cela, on peut le faire avec autant de succès - c'est bien évident - avec les médecins. C'est clair qu'ils peuvent être de bons gestionnaires s'ils sont formés. C'est pour cela qu'on est d'accord avec l'objectif, sauf qu'il faut regarder tout cela et faire en sorte que ces conditions favorables existent. C'est un peu cela, notre position. J'aimerais cela pouvoir vous dire: M. Johnson, on fera telle autre chose et je pense qu'on fera un pas dans ce sens. Mais le meilleur pas à faire pour que cela réussisse, à notre connaissance, c'est celui qu'on vous dit. Et là on respecte les personnalités des établissements, on respecte les mentalités. Ce sont les conditions favorables pour qu'on puisse réussir à faire ces choses.

Dans les régions périphériques, par exemple, où on a à peine le nombre de médecins suffisant pour soigner les patients, ce n'est pas sûr qu'ils voudront faire de la gestion. Même eux sentent qu'ils n'ont pas assez de confrères à côté d'eux pour les supporter; ce n'est pas sûr qu'ils voudront faire de la gestion. Alors, c'est tout cela. C'est évident que vous aimeriez mieux entendre: Faisons-le à telle place et à telle autre, parce qu'on ferait un pas plus concret. Je sens que c'est cela que vous voulez faire; vous voulez faire un pas un peu plus concret. Je vous dis qu'à la façon dont on vous le propose on en fera des pas concrets dans les prochaines années dans le réseau et ce sont des pas qui apporteront quelque chose. Si on l'impose à l'heure actuelle, on fera un pas, mais qui risque de créer des tensions, de ne rien apporter et même d'aller à l'encontre de l'objectif d'intégrer davantage les médecins dans l'administration des choses hospitalières.

C'est comme cela qu'on le voit. J'aimerais avoir d'autres solutions que celle-là à vous proposer, mais on pense que c'est

la meilleure.

M. Johnson (Anjou): Puisque vous êtes sur la question des départements, M. Nadeau, est-ce que vous auriez des commentaires spécifiques sur la question du département de médecine générale? C'est, évidemment, du ressort des opinions des fédérations syndicales et de la corporation.

M. Nadeau: Quant à nous, on n'a pas fait de réserve par rapport à la proposition que vous avez faite.

M. Choinière (Normand): On a des modifications de concordance avec nos observations sur les articles 69 et 70.

M. Johnson (Anjou): Oui, je m'en doutais.

M. Nadeau: Sur le fond comme tel, quant à la création, on n'a pas d'objection. Vous m'aviez dit, M. Johnson, que vous étiez pour me poser une question sur le système régional d'admission.

M. Johnson (Anjou): Oui. D'abord, si on se comprend bien, à moins que vos juristes ne soient pas d'accord avec les nôtres, ce qu'on propose dans le règlement, c'est que, dans chaque région, il y ait obligation de mettre sur pied un tel système. Vous décrivez un processus qui peut sembler être long du CLSC aux centres hospitaliers de courte durée, aux CHSP ou aux centres d'accueil avec la présence du CRSSS et du CSS le cas échéant, parce qu'il y a une évaluation médico-sociale en cours de route. Je présume que vous tentez de référer à ce qui a déjà existé à Montréal qui est un endroit où c'est vécu, peut-être un peu moins à ce qui existe maintenant et à ce qui existe, notamment, aussi dans la région de Québec. On pourrait peut-être vous entendre expliquer un peu la question du système. Je comprends que la base de votre position au niveau du mémoire, c'est de dire: À partir du moment où un patient est dans notre hôpital, laissez-nous donc décider, s'il devrait aller en CHSP ou en CAH.

M. Nadeau: On ne conteste pas que le conseil régional ait un rôle à jouer là-dedans. Je pense qu'il a un rôle de promotion et un rôle d'organisation, sauf qu'il n'a pas un rôle de gestion. Je pense que c'est bien important. Ce sont les établissements qui doivent se prendre en main et assumer cela. Dans le cadre du CRSSS, on n'a absolument pas d'objection. On ne veut pas éliminer le CRSSS là-dedans. On trouve qu'il a un rôle tellement important au niveau de la planification, de la concertation entre les établissements qu'on veut qu'il se consacre le plus possible à cela. On ne voudrait pas qu'il

puisse gaspiller des énergies à faire de la gestion quand on a des administrateurs compétents de tous les types d'établissements qui sont en mesure de faire cela. Notre proposition est dans ce sens-là.

Quant aux objectifs du système et tout cela, on se rejoint assez bien. Donc, on est prêt à travailler en collaboration avec le CRSSS. Ce sont des gens qui viennent des établissements, il y a un comité de référence qui peut être divisé par sous-régions, comme vous le mentionnez tout à l'heure. Où il y a un problème et où on ne se rejoint pas, c'est au plan de l'admission. Lorsque vient une admission d'une personne qui est à l'extérieur du réseau de l'établissement, c'est-à-dire qui n'est pas dans l'établissement, on est d'accord avec votre orientation pour que cette personne passe à la première ligne. Vous retrouvez cela dans notre mémoire, dans le texte, à la page 59, M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): C'est cela.

M. Nadeau: Alors, à 34, c'est le texte exact et ce qu'il y a de plus clair. Quand une personne n'est pas dans le réseau d'établissement à l'heure actuelle, on pense qu'elle passe par la première ligne qui s'appelle les CLSC, et on est d'accord avec cela. Quand la personne est déjà en établissement et dans un lit quelque part, ou une clinique externe, elle a déjà fait l'objet d'une évaluation, elle est déjà sous traitement médical ou sous traitement de professionnels. Ces gens-là savent ce dont a besoin cette personne. On trouve inutile que le dossier repasse par les CLSC. Cette recommandation peut aller directement au comité de référence. Si, dans l'évaluation, on s'est trompé, le comité de référence pourra toujours envoyer le dossier à un CLSC. Cela pourrait se produire assez rarement, étant donné que ces patients, on les a déjà sous notre responsabilité. C'est un "red tape", à notre sens, qu'on veut éviter et qui n'a pas sa place. Je veux vous faire remarquer que c'est une modalité qui n'entrave en rien l'objectif que vous poursuivez.

Donc, c'est un système simple qu'on veut, géré par les établissements, pris en charge par les établissements, peu coûteux, fait par des gens des établissements. On a des médecins qui viennent des établissements, des infirmières qui viennent des établissements et qui sont proches des besoins de la population. Vous savez, il y a peut-être 50% ou 60% des gens qui sont déjà en établissements qui font l'objet de demandes de placement. C'est cela que nous voulons. Je ne vois pas que cela ne nous permette pas d'atteindre notre objectif de placer les gens en priorité au niveau des régions. On diffère légèrement sur les modalités, mais, quant à l'objectif, la façon qu'on vous propose permet de le réaliser.

Vous me direz sans doute que ce que je vous propose n'empêche pas que cela fonctionne comme ceci. Je serai d'accord avec vous, sauf que je vous dirai: On veut absolument que cela marche comme on vous le propose.

M. Johnson (Anjou): Je vous reconnais!

M. Nadeau: M. le ministre, je veux ajouter une chose. C'est que tantôt on parlait de la clarification des missions d'établissement. Je crois qu'avec ce système on va aller placer les gens à la bonne place et c'est cela qu'on voulait tantôt en clarifiant les critères de mission des différents types d'établissement. On fait avec cela un pas vers le placement aux bons endroits dans les établissements tant sociaux que de santé; c'est évident et il faut le reconnaître.

M. Johnson (Anjou): J'ai deux remarques, mais peut-être sous forme de questions pour mieux comprendre. Le système qu'on propose, malgré les inconvénients que vous pouviez y voir, a au moins le double avantage de permettre une bonne analyse régionale et sous-régionale des ressources disponibles en termes institutionnels. Un exemple classique de cela: vous savez comme moi qu'il y a, sur le territoire du Québec, dans certaines régions, des concentrations de centres d'accueil - je prends la Beauce à titre d'exemple - où je crois qu'il y en a deux par village. Le ministre de la Santé a peut-être déjà été originaire de là, à une certaine époque. Il y en a juste un dans le comté d'Anjou. Il y a donc des concentrations. Le problème est finalement la disparité dans la répartition de ces ressources. Les immeubles sont là ou ils ne sont pas là. Il y a des pressions démographiques qui s'exercent. Je regarde le nord de Montréal, par exemple, qui est énorme, la rive sud de Montréal, certains endroits; on nous dit qu'en Gaspésie on pourrait avoir des problèmes au bout d'un certain nombre d'années à cause du vieillissement de la population et du fait que les jeunes en sont partis ou en ont migré de façon importante à une certaine époque. Il y a le problème, dans chacune des régions, de l'accessibilité des ressources en termes de CAH en regard notamment de la présence ou pas, très près, d'un CH ou d'un CHSP, de courte durée ou de soins prolongés. Un des objectifs qu'on a dans cela - je voudrais seulement que vous me rassuriez sur cela - vous acceptez le principe que ce n'est pas à l'établissement d'aller bouffer toutes les ressources qui sont à huit coins de rue de là. Sur cela, on se comprend bien.

M. Nadeau: Absolument, cela n'a pas de sens.

M. Johnson (Anjou): Parfait. C'est un

principe de base et qui est, en ce qui a trait aux objectifs, essentiel pour permettre un meilleur équilibre et un meilleur accès aux ressources pour les citoyens...

M. Nadeau: Absolument.

M. Johnson (Anjou): ...indépendamment des décisions immobilières qui ont pu être prises dans le passé.

Deuxièmement, l'autre dimension: qui est-ce que vous proposeriez dans la formule? Qui pensera à la dimension "services légers, maintien à domicile"? On sait que le CLSC va se poser cette question par définition.

M. Choinière: Fondamentalement, il y a deux endroits où c'est possible. Un endroit où d'abord, naturellement, cela devrait se faire, et peut-être que l'exercice va contribuer à l'éducation dans ce domaine, quoiqu'elle soit déjà assez élevée, c'est en ce qui concerne le demandeur de services. Imaginons que c'est un centre hospitalier de soins aigus - cela arrive, semble-t-il - un centre hospitalier de soins prolongés aussi. D'une part, ils devraient eux-mêmes demander à un CLSC, par exemple, sur leur territoire, que des services soient rendus à un bénéficiaire qu'ils ont, les services qu'on appelle "les services alternatifs". Ils devraient être capables de le faire eux-mêmes. Donc, il y a une entrée possible vers le CLSC à partir des établissements existants qui ont fait une évaluation biopsychosociale, comme on le mentionne dans notre mémoire, du bénéficiaire.
(15 heures)

Le deuxième niveau. C'est là qu'est le contrôle de sécurité, appelions cela comme ceci. C'est au niveau du comité de référence. Si, par hasard, on s'est trompé et qu'on a demandé soit de l'hébergement, soit de l'hospitalisation pour un bénéficiaire dont on a fait l'évaluation biopsychosociale, le comité de référence, par ses comités techniques qu'on a décrits et qui peuvent fonctionner sur une base sous-régionale, donc près du monde et des établissements, peut arrêter cette demande, la retourner à un CLSC ou à d'autres établissements, d'autres ressources, et orienter cette demande vers les ressources pertinentes, si les ressources qui sont nécessitées ne sont pas des ressources d'hébergement ou d'hospitalisation. Donc, il y a une valve de sécurité possible dans le modèle qu'on met sur la table, mais cela nous évite de faire passer toutes les demandes par le CLSC.

M. Nadeau: Si vous le permettez, M. Johnson, je voudrais ajouter que votre proposition fait en sorte que notre système est géré par les gens des établissements, ce sont eux qui s'autodisciplinent, ce sont eux qui s'autocontrôlent. C'est plus motivant que

de se faire imposer des choses et cela peut nous apporter un meilleur résultat.

M. Johnson (Anjou): La réponse que vous me donnez, pour pallier ce que vous voyez comme un inconvénient, à savoir que la personne retourne dans le système à partir du CLSC, c'est que, dans le fond, l'établissement, au niveau pratique, celui du travailleur social, du médecin traitant...

M. Choinière: Il y a une chose importante: je ne sais pas si cela a été bien perçu, mais le système d'évaluation, le mécanisme d'évaluation, les critères adoptés par le conseil régional devraient être les mêmes. Quand on fait cette évaluation biopsychosociale, selon notre modèle, dans un CHSP ou dans un CH de soins aigus, on le fait à partir des mêmes critères. En fait, on pense qu'il y a peut-être, là aussi, moyen de sauver un certain nombre de ressources parce que effectivement, dans un CHSP ou dans un CH de soins aigus, on a des médecins, des psychologues, des infirmières, des travailleurs sociaux, la gamme de professionnels de la santé aptes à faire ces évaluations standardisées. Il n'est pas question d'introduire un bilan personnel dans un établissement, il s'agit d'agir à partir des mêmes critères, les mêmes critères qui existeraient, en fait, s'il n'y avait qu'une seule porte, comme le projet semble l'indiquer. Cela est indispensable; sans cela, on retombe dans l'espèce de capharnaüm d'une période qu'on a connue et que le ministre a mentionné avec justesse tout à l'heure.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Merci de vos commentaires.

Le **Président (M. Desbiens):** Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. Je voudrais également remercier l'Association des hôpitaux de son mémoire.

Vous indiquez dans votre mémoire, du côté des pharmaciens, ce qui est prévu pour les pharmaciens. À votre avis, si le ministre procédait tel que prévu dans le règlement, est-ce qu'on se trouverait devant une situation ultra vires par rapport à ce qui existe présentement dans la loi?

M. Nadeau: Nous ne sommes pas des vrais...

Mme Gosselin (Ghislaine): Si vous me permettez, effectivement, dans la loi, il y a eu l'introduction, tel que le soulignait M. le ministre tout à l'heure, des pharmaciens au Conseil des médecins et dentistes, ce à quoi nous avons consenti. Or, l'introduction s'est faite en spécifiant qu'il s'agissait des

employés de l'établissement; alors, toutes les modifications quant au "statut" d'employé qu'on reconnaît à un pharmacien dans la loi se trouvent ultra vires. Si on regarde les articles du règlement, ils seraient ultra vires, en ce sens qu'ils demandent au pharmacien d'avoir un statut et des privilèges comme ceux d'un médecin et d'un dentiste. Donc, il deviendrait un professionnel autonome, ce qui va quand même à l'encontre de l'article 129 de la loi qui dit que ce sont les médecins et les dentistes de l'établissement qui ont des statuts et des privilèges. Cela n'exclut pas le fait qu'il soit membre du Conseil des médecins et dentistes.

Maintenant, quant à la possibilité, pour le Conseil des médecins et dentistes, de dévaluer l'acte professionnel du pharmacien, etc. - parce qu'il y a également des dispositions concernant le pharmacien au niveau du comité d'examen des titres, du comité d'évaluation médicale, du comité de discipline, etc. - on se réfère carrément aux dispositions de la loi qui nous dit que, principalement, le rôle du Conseil des médecins et dentistes est d'évaluer l'acte médical et dentaire, et non pas l'acte d'autres professionnels.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que vous avez obtenu une opinion de vos conseillers juridiques là-dessus?

M. Johnson (Anjou): Sur cela, spécifiquement en ces termes, on n'a pas d'opinion dans le sens que ce serait ultra vires, sauf que madame vient de nous en émettre une. Je présume que...

Mme Gosselin: Humblement.

M. Johnson (Anjou): ...vous ne nous enverrez pas d'honoraires. Mais j'ai cru voir les juristes prendre quelques notes.

Si Mme la députée de L'Acadie me le permet...

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): ...juste pour revenir sur une chose qui touche la définition, on me faisait une note là-dessus. Vous sembliez reprocher tout à l'heure à notre définition de "centre d'accueil" le fait qu'elle était longue, disant qu'un hôpital, cela n'a pas l'air de grand-chose et qu'un centre d'accueil, cela a l'air bien important. Si je vous disais que, dans le règlement, la raison pour laquelle la définition de "centre d'accueil" est plus longue provient du fait que, d'une part, on définit la notion de pavillon, qui est une notion réelle - vous la connaissez et elle est utile à bien des établissements - et que, deuxièmement, on définit des centres de jour. Il y en a 70. Ce n'était pas parti comme cela il y a quelques années; il y a 70

centres de jour maintenant dans les centres d'accueil. Troisièmement, on introduit la définition des foyers de groupes, qui est également une pratique à laquelle le Dr Mackay est extrêmement sensible. Aussi, on fait la distinction des clientèles. Exemple: les mésadaptés socio-affectifs qui ont un traitement particulier en vertu de la loi 24. Si je vous décris tout cela et que je vous explique que c'est pourquoi cela prend quatorze lignes de plus, est-ce que vous pensez que j'ai répondu à votre objection?

Mme Lavoie-Roux: Non.

M. Johnson (Anjou): En partie.

M. Nadeau: En fait, on comprend ces éléments-là et on comprend que c'est important que vous souligniez ces choses. Que ce soit un peu long, d'accord, c'est un peu long. Ce qu'on voudrait, c'est que vous fassiez la même chose au niveau de la santé. Il y a aussi des centres de jour dans la section de la santé. On peut aussi, dans la question de la réadaptation, par exemple, regarder cela. Quand on lit cela, c'est comme si de la réadaptation, il s'en faisait seulement dans les centres d'accueil. Regardez cela dans ce sens et vous allez comprendre ce qu'on veut dire. Faites à peu près la même opération pour les centres hospitaliers et vous allez voir qu'on va bien se comprendre.

M. Johnson (Anjou): Est-ce qu'il n'y a pas des hôpitaux qui ont des permis de centres d'accueil?

M. Nadeau: Oui, il y en a.

Une voix: Oui, il y en a.

M. Johnson (Anjou): Il me semble que j'en signe régulièrement, des demandes de modification de charte; de plus en plus, d'ailleurs, depuis trois ou quatre ans.

M. Nadeau: Ce ne sont pas tous les hôpitaux, cependant.

M. Johnson (Anjou): Pardon?

M. Nadeau: Ce ne sont pas tous les hôpitaux, cependant.

M. Johnson (Anjou): Non, non, ce ne sont pas tous les hôpitaux.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Je pense que cela rejoint la deuxième question que j'allais vous poser. À la page 9, quand vous dites qu'il faudrait "promouvoir la fonction de

réadaptation et contrer l'image de "mouroirs" publics en ce qui touche les hôpitaux de soins prolongés, dans le fond, je pense que le ministre... Moi aussi je peux simplement "intuitionner" ce qu'il a l'intention de faire.

M. Nadeau: On fait de la réadaptation dans ces centres-là.

Mme Lavoie-Roux: J'ai l'impression que la dimension de la réadaptation, particulièrement dans les centres hospitaliers de soins prolongés, est une notion qui pourrait être un peu plus explicitée dans la définition des hôpitaux.

M. Nadeau: Mme Lavoie-Roux, dans ces centres-là, il se fait de la réadaptation. C'est important qu'il continue de s'en faire et on voudrait que cela soit reconnu une fois pour toutes, que ce soit clair pour tout le monde.

M. Johnson (Anjou): Il faut dire que c'est déjà défini dans la loi.

M. Nadeau: C'est cela. Mais, mettons-le dans le règlement aussi; cela va être plus clair.

M. Johnson (Anjou): Ah bon! Ah, c'est seulement cela? J'aimerais entendre votre conseiller juridique là-dessus.

M. Nadeau: Vous savez, les centres d'accueil aussi étaient définis dans la loi.

Mme Gosselin: Cela va me faire plaisir quand même de vous faire part de mon opinion.

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Gosselin: Je suis...

M. Johnson (Anjou): Je suis sûr de cela, Mme Gosselin. Juste une seconde, si vous permettez. Je veux simplement faire lecture rapidement de l'article 1 du chapitre S-5, l'ancien chapitre 48, au paragraphe h, où l'on dit: "centre hospitalier": une installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation, physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel..." Donc, la notion est très claire dans la loi. Il ne faudrait pas voir, dans le fait qu'on ne le spécifie pas dans le règlement, un sombre projet de vous empêcher d'en faire.

Mme Gosselin: Alors, si vous me le permettez, je vais tenter quand même de faire part de mes commentaires. Je ne sais pas s'ils sont tous d'ordre juridique, mais il y en a sûrement une partie qui le sont.

Dans un premier temps, s'il y a l'article lh de la loi, il y a aussi l'article lk qui définit les centres d'accueil. Ici, en résumé, strictement en termes de longueur, c'est encore plus long pour les centres d'accueil, dans la loi, que pour les centres hospitaliers. Alors, ce n'est certainement pas à cause du contenu dans la loi qu'il faut donner le juste équilibre au niveau du règlement. Ce qu'il est peut-être bien important de souligner, d'une part, c'est l'importance de la réadaptation et de qualifier la réadaptation qui se fait et qui est quand même différente dans un centre hospitalier de soins prolongés par rapport à un centre d'accueil. Eu égard à sa mission, justement, de santé, le centre hospitalier de soins prolongés a un rôle de réadaptation active, d'où l'importance d'y inclure une équipe médicale, alors que le centre d'accueil - je suis sûre que les centres d'accueil pourront l'explicitier davantage - selon ma compréhension, a plus une réadaptation de soutien. C'est effectivement le même terme, "réadaptation", mais ayant une qualité différente. Le fait de noter, au niveau des centres d'accueil, la réadaptation sans la qualifier et de ne pas en parler au niveau des centres hospitaliers, cela nous crée quand même un problème d'interprétation, de compréhension à tout le moins.

D'autre part, il faut quand même ajuster à toute cette classification les conséquences qui découlent de votre projet de règlement, à savoir que le processus d'admission est le même tant pour un centre hospitalier de soins prolongés que pour un centre d'accueil. Ce qui fait que tout l'aspect médical du centre hospitalier n'est pas mis en évidence comme on le fait de façon bien claire et bien identifiée au niveau d'un centre hospitalier de courte durée. En gros, il y a ces nuances à apporter en termes de réadaptation active pour le centre hospitalier.

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

M. Johnson (Anjou): Si Mme la députée me le permet encore une fois, je vais simplement vous faire lecture d'une définition. Comme dans les "quiz", je vais vous demander à quoi cela s'applique.

Une personne âgée ou un autre adulte dont l'état physique et/ou psychique et/ou psychosocial est très détérioré, ce qui la rend dépendante quant à la satisfaction de ses besoins essentiels, requiert donc hébergement, protection, aide physique et sociale, surveillance médicale régulière et nursing. C'est la définition de ce qu'on appelle un "A-4". Cela ressemble beaucoup à ce qu'on retrouve en CHSP aussi. Ce qu'on essaie - encore une fois, on est ici pour

entendre les intervenants - ce qu'on veut mettre en évidence par cette recherche d'une définition plus étendue des centres d'accueil d'hébergement, c'est le fait que, juste à cause de l'évolution du temps, le rapprochement des "clientèles" en termes de portrait type, donc les besoins qui découlent à l'égard de ces clientèles sur le plan du soutien qu'on doit leur donner, est de plus en plus semblable et il y a quelque chose d'un peu dichotomique. C'est peut-être un biais - je ne dis pas que c'est catégorique - mais il y a une espèce de biais un peu dichotomique, je pense, dans votre façon de le présenter. Mais, finalement, quand on regarde les patients et les citoyens et quand on regarde leurs besoins, on s'aperçoit que, pour de grandes catégories ou de grandes masses de citoyens qui sont "A-3" ou "A-4", il y a des besoins qui sont, je ne dirais pas identiques, mais sûrement bien plus analogiques que ne le laisse entendre l'espèce de clivage qu'on voudrait introduire quand vous définissez ce qu'est la santé et ce qu'est un CAH.

Maintenant, la façon d'y arriver, c'est une autre chose. Nous en proposons une. On va écouter ce que vous avez à dire et ce que d'autres auront à dire là-dessus. Mais c'est très clair que, dans la réalité, le problème est là.

M. Mackay (Jacques): M. le ministre, si on est d'accord qu'il y a des zones grises et si on n'est pas contre la souplesse qui est souvent fort nécessaire et qui même, parfois, est encore plus désirable que celle qui nous est permise, il me paraît évident que, si on s'oriente vers des catégories d'établissement, on devrait au moins définir où est la majeure, l'aspect prioritaire. Il y a déjà assez de zones grises; ne créons pas des règlements qui les rendent encore plus grises, à tel point qu'on ne saurait plus si ce sont bien deux sortes d'établissements différents ou si c'est le hasard qui fait qu'il y en a un qui s'appelle un centre hospitalier de soins prolongés et un autre qui s'appelle un centre d'accueil avec des cas très lourds. Si les cas sont lourds au point que cela prend tout un équipement médical, un conseil des médecins et tout ce qu'il faut pour faire fonctionner un hôpital, changeons-en la vocation et, cette fois-là, appelons-le un centre hospitalier de soins prolongés et révisons les clientèles qui se trouvent dans ces endroits.

Ce qui nous paraît dangereux, c'est de consacrer dans le règlement le fait que les deux types d'établissement, au fond, font la même chose. Je pense qu'il y a lieu de décrire au moins une priorité qui soit spécifique à la vocation principale de chacun des deux établissements. C'est cela, au fond, notre démarche. Tout ce qu'on demande, c'est de souligner bien clairement qu'il y a une majeure, une priorité différente d'un centre d'accueil par rapport à un centre

hospitalier de soins prolongés; sans cela, ce n'est pas sérieux. C'est un peu le hasard qui va décider que tel centre d'accueil fonctionne comme un hôpital et que tel centre hospitalier fonctionne comme un centre d'accueil. À ce moment-là, vous allez être obligé de doubler vos ressources, un peu au hasard, parce que vous n'avez pas eu de critères dans vos règlements qui vous obligent à cerner une définition un peu plus rigoureuse. On admet qu'il y aura toujours des zones grises. Il y en a déjà bien suffisamment sans en créer d'autres.
(15 h 15)

Mme Gosselin: Si vous me permettez, je vais compléter.

Le Président (M. Desbiens): Me Gosselin, oui.

Mme Gosselin: Je vous remercie. À la suite de ce que le Dr Mackay a dit et peut-être pour justifier justement quel est l'intérêt de faire cette classification au niveau des centres hospitaliers, il va sans dire que la loi donne une mission. La classification pourrait donner quand même une vocation particulière. Au niveau des centres hospitaliers de soins prolongés, comme je le soulignais tout à l'heure, en termes de réadaptation active, il y a lieu de tenir compte que ce sont des personnes dont l'état de santé est en évolution, contrairement aux personnes qui ont besoin de la réadaptation aux centres d'accueil où, pour elles, c'est de l'entretien. La nuance est importante. Elle implique des coûts supplémentaires au niveau des centres hospitaliers de soins prolongés.

M. Johnson (Anjou): Il ne faut pas qu'on s'engage dans un débat qui dure trop longtemps, surtout que je suis en train de prendre le temps de la députée de L'Acadie. C'est assez fondamental ce que vous évoquez, Mme Gosselin. C'est toute la notion de la "chronicisation" et de la perception qu'on a de la "chronicisation". Je ne suis pas sûr que ce soit aussi clair que cela. Je pense qu'il y a un débat qui se fait dans les milieux médicaux en ce moment. Quand je regarde le développement des unités de gériatrie, quand je regarde le développement des unités d'évaluation et quand je vois comment cela a fonctionné, il n'y a pas si longtemps, il y a cinq ans, il y a sept ans maintenant, au moment où j'étais interne dans les hôpitaux, cela n'est pas le Moyen Âge, je me souviens, on passait sur les étages à l'hôpital Saint-Luc et on ne passait pas au sixième est. C'étaient des "chroniques". Dans l'entraînement médical, on n'était pas sensibilisé à cela. Aujourd'hui, je vois exactement le contraire. La perception qu'une personne âgée hospitalisée devient un chronique, c'est fini; je pense que

c'est une perception qui est en train d'évoluer, Dieu merci, dans les milieux médicaux. Sur le plan de ce qu'ont à faire les institutions et comment elles s'adaptent à l'égard de la réalité démographique, c'est extrêmement important.

Je vais vous donner un peu le genre de perspective que cela implique. Cela implique probablement que les CHCD vont à l'avenir développer leur présence à l'égard des personnes âgées beaucoup plus à partir de services de gériatrie dits actifs qu'à partir de services de la nature de l'hébergement. Est-ce que ces mêmes choses doivent ou devraient exister dans un CHSP? C'est une autre paire de manches. Je pense qu'il va falloir voir aller les choses pendant un certain nombre d'années avant que beaucoup de ces choses se clarifient, que la profession médicale évolue, que les professionnels impliqués là-dedans évoluent et que la perception des solutions administratives qui se rapportent à cela aussi évoluent. Cela m'apparaît important. Je veux simplement traduire, pour ma collègue la députée de L'Acadie, que c'est à partir de ce type de préoccupation qu'on introduit ce que le Dr Mackay appelait un peu plus de gris dans les zones grises. Je veux bien comprendre ce que vous voulez dire, mais je ne peux pas accepter qu'on revienne en arrière sur les perceptions qui, à mon avis, sont en évolution dans le milieu médical.

M. Mackay: M. le ministre, on ne vous propose pas de revenir en arrière. On propose de s'assurer que, dans la direction en avant où on s'en va, les définitions soient aussi claires que possible pour qu'on n'encourage pas les gens à faire tous la même chose alors qu'ils sont en principe étiquetés différemment et qu'ils ont censément des vocations différentes. Si la zone grise est inévitable, essayons que nos règlements nous donnent au moins une espèce d'orientation pour qu'on sache encore dans trois ans faire la différence entre ce que c'est, un hôpital à soins prolongés et un centre d'accueil. C'est élémentaire de le dire. Cela n'appellera pas nécessairement les mêmes ressources médicales. Cela n'appellera pas nécessairement la même sélection de la clientèle. Faisons tranquillement le portrait de l'avenir pour savoir si on doit changer la vocation de certains établissements, mais maintenons qu'il doit y avoir une définition spécifique à chaque type d'établissement, même si, après cela, on aura encore toujours des zones grises, on en convient.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: C'est à moi? Bon! Le conseiller juridique aussi avait des avis sages à nous donner; je pense que c'est

quand même une discussion pour essayer de faire avancer les choses. Je vous écoute parler sur les hôpitaux de soins prolongés et les centres d'accueil. Évidemment, on est passé des A-1, A-2 aux A-3, A-4 dans les centres d'hébergement. Tout le monde s'entend. C'est devenu tellement lourd, c'est presque devenu analogue à des hôpitaux de soins prolongés. Est-ce que vous êtes en train de nous dire que dans le fond - là, il faudrait examiner la clientèle qui se retrouve à l'intérieur de chacun des centres d'accueil actuels - finalement, il y a peut-être une bonne partie de nos centres d'accueil qui sont maintenant des hôpitaux de soins prolongés et qu'on devrait les reconnaître comme tels? Est-ce que c'est ce que vous nous dites? Sinon, la zone grise sera toujours grise.

M. Nadeau: Je pense que ce que vous dites n'est pas faux, mais je pense que c'est vrai d'un côté comme de l'autre.

Mme Lavoie-Roux: C'est cela.

M. Nadeau: C'est pour cela qu'on dit: Peut-être qu'il faudrait replacer les choses et mettre les ressources où elles doivent être.

Mme Lavoie-Roux: Alors, selon ce que j'ai pu observer, les centres d'accueil se sont tranquillement non pas convertis, que ce sont encore des centres d'accueil mais doivent prendre soin d'à peu près le même type de clientèle que celle qu'on retrouve dans les hôpitaux de soins prolongés. Par contre, il y a des centres d'accueil qui n'ont pas des cas aussi lourds à cause strictement de leurs capacités physiques ou, enfin, parce qu'ils ne peuvent faire un tel tri. Ils restent encore avec peut-être davantage des A-2 que des A-4.

M. Nadeau: Les deux sont vrais.

Mme Lavoie-Roux: Dans le fond, c'est une décision du ministère qui dit: On a deux types. On a les centres d'accueil qui s'occupent plus strictement des gens qui peuvent continuellement aller et revenir jusqu'à un certain point dans la communauté et on a les hôpitaux de soins prolongés pour les personnes qu'on peut rendre plus ou moins autonomes à l'intérieur de l'institution; dans certains cas, on peut peut-être même les retourner pour des périodes temporaires dans la communauté. Mais c'est vraiment une clientèle différente de celle des centres d'accueil. C'est que les deux ont évolué en se rapprochant, finalement. Oui, d'accord.

M. Nadeau: M. le ministre a dit qu'il acceptait de clarifier certaines choses?

Mme Lavoie-Roux: C'est parce que cela a aussi une répercussion sur le type de personnel qu'on met à la disposition des centres d'accueil qui, à l'heure actuelle...

M. Nadeau: Remarquez bien...

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Nadeau: ...qu'avec la politique d'admission qu'on propose, qui rejoint les objectifs du ministre, on va corriger cette situation pour l'avenir, c'est-à-dire qu'on risque de placer les gens dans les bons endroits, c'est évident, dans la mesure où les bons endroits sont bien définis. C'est aussi important dans le cadre de cette politique.

La situation que vous évoquez est vraie dans les deux sens: il y a des CHSP qui ont des cas d'hébergement et il y a des centres d'accueil qui ont des cas lourds qui devraient être en CHSP. C'est vrai dans les deux cas et, à ce moment, il y a des problèmes de ressources. Il y a peut-être des CHSP qui ont trop de ressources parce qu'ils ont des cas d'hébergement et il y a des centres d'accueil, sûrement, qui n'ont pas assez de ressources pour faire face à cette clientèle. Il y aurait sûrement aussi des ressources à changer en fonction de cela.

Je dis qu'avec le système d'admission on va venir corriger l'avenir; je pense qu'il serait intéressant de corriger le présent et ce serait plus clair pour tout le monde. Je pense que c'est dans l'intérêt des bénéficiaires de soins.

Mme Lavoie-Roux: Oui. C'est un peu incident. Vous dites qu'il y a peut-être des hôpitaux de soins prolongés qui ont des bénéficiaires qui devraient se retrouver en centres d'accueil. Si on refaisait la distribution des clientèles, est-ce qu'il y a suffisamment de places dans les hôpitaux de soins prolongés pour recevoir cette clientèle lourde qui serait normalement la clientèle des hôpitaux de soins prolongés, en sortant ceux qui sont autonomes? Enfin, autonomes, toutes choses étant relatives.

M. Nadeau: C'est une question intéressante parce qu'on nous le dit et on le voit, l'orientation du ministère, c'est de créer des centres d'accueil. Alors, on nous dit que la clientèle qui s'en vient est une clientèle d'accueil. Sauf qu'on constate aujourd'hui que de plus en plus cette clientèle est lourde. On investit dans les centres d'accueil. On ne dit pas que ce n'est pas justifié qu'on investisse là aussi. Peut-être qu'il faudrait faire des choses également au niveau des soins prolongés. Mais pour vous donner des chiffres définitifs, je n'en ai pas devant moi.

Mme Lavoie-Roux: Tout cela reste à la

réflexion. Je voudrais revenir aux départements cliniques. Vous dites, à la page 19 de votre mémoire, "qu'environ 30% des centres hospitaliers de courte durée ne pourront tout simplement pas se doter de tels départements cliniques et ceci pour des considérations d'ordre éminemment pratique." J'aimerais peut-être demander au ministre: Est-ce que vous faites une évaluation de cet ordre de grandeur ou si, pour vous, cela n'est pas un fait?

M. Johnson (Anjou): Cela existait déjà dans la radiologie en vertu de l'ancien règlement.

M. Nadeau: C'est sûr que, si on prend la radiologie de laboratoire, il en existe à peu près partout, mais ce n'est pas partout qu'ils ont un département organisé. C'est ce qu'on veut dire.

M. Johnson (Anjou): Dans ce cas, ils relèvent du DSP, si je ne me trompe pas.

M. Nadeau: Ils peuvent relever d'un autre département.

M. Johnson (Anjou): C'est le DSP qui assume la responsabilité équivalente d'un chef de département si je ne me trompe pas? C'est cela.

M. Nadeau: Ils peuvent relever d'un autre département.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. On dit dans le fond qu'il faudrait que ce soit comme cela quand c'est comme cela.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: C'est parce qu'il y a quand même une question de coût rattachée à cela; évidemment, je ne peux pas l'évaluer. Mais vous dites que "le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de courte durée doit prévoir la formation d'un département clinique de radiologie sous l'autorité du directeur des services professionnels. Le chef de ce département..." Cela implique qu'il y aurait un chef de département qui aurait directement autorité sur les ressources humaines et sur les cliniques de ce département. Est-ce qu'on a évalué au ministère des Affaires sociales - la même question vaut pour l'article 70 - ce que cela représentait comme coût? Est-ce que l'affirmation de l'Association des hôpitaux du Québec est fondée, à savoir que cela n'existe pas partout et que cela impliquera des coûts supplémentaires? Cela peut peut-être entrer en ligne de compte dans les décisions que vous avez à prendre.

M. Johnson (Anjou): Il y a trois éléments distincts. D'une part, la nécessité d'avoir un département de radiologie. Cela existe dans le règlement actuel à l'article 182 qui dit: "Le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins spécialisés doit prévoir l'institution d'un département de médecine, d'un département de radiologie, d'un département de chirurgie et d'un département d'anesthésiologie." Voici ce que dit le projet de règlement, à son article 69 - vous voyez comme on a réduit le nombre d'articles - "Le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de courte durée doit prévoir la formation d'un département clinique de radiologie."

La notion qu'on introduit, qui est différente, se trouve cependant quant à qui assume la responsabilité de la direction des ressources humaines, matérielles etc. Ce qu'on introduit comme une nouvelle notion de base, c'est le fait que ce serait un médecin qui est le chef du département clinique qui aura recours à ce que dit la loi 27 et à ce que précise le règlement quant aux ressources qu'il contrôle. Avant, il y avait de tels départements, mais ils n'étaient pas nécessairement sous la direction du chef de département. Éventuellement - et je n'ai pas de doute là-dessus - au fur et à mesure que des médecins occuperont des postes de chefs de départements, j'ai l'impression qu'ils vont demander une forme de rémunération et de rétribution pour cela. Je ne vous dirais pas que c'est bonnet blanc, blanc bonnet, mais il reste que, dans la mesure où il y a des chefs responsables de l'allocation et de la gestion des ressources humaines, ce sont des gens en vie et ils sont payés. Je présume que les médecins vont demander de l'être s'ils prennent la place de ces gens, le cas échéant.

Je ne peux pas vous donner une évaluation des coûts. Il est clair qu'à long terme cela implique au minimum une réallocation, possiblement une augmentation. Je ne peux pas vous dire si, dans l'ensemble des établissements, cela implique une augmentation, théoriquement, en tout cas, pas nécessairement, dans la mesure où il y a quelqu'un qui assume la responsabilité de la gestion des ressources humaines et matérielles et que cette personne est payée. Si c'était un médecin, je présume qu'il demandera d'être rétribué, au moins partiellement, pour cela.

Le Président (M. Desbiens): Docteur Mackay.

M. Mackay: Dans ce qui vient de nous être lu, il est bien question de centre hospitalier spécialisé. On voit mal dans le règlement que des petits services de radiologie qui ont un radiologiste à temps partiel se constituent, tout à coup, en

départements de radiologie, ce que le nouveau texte impose à tous.

M. Johnson (Anjou): À Montréal, sur 53 établissements, il y en a un qu'on appelle le petit hôpital de Rosemont qui n'est pas considéré comme un hôpital spécialisé au sens du règlement.

M. Mackay: Il n'y a pas seulement Montréal dans la province. Il y a des hôpitaux...

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais ils parlent de 30%, d'ailleurs; ils disent que, dans 70%, cela existe ou, enfin, c'est organisé d'une façon structurée. Mais ils parlent des autres 30% qui impliqueront des coûts supplémentaires et là, on a une règle d'uniformité pour toute la province. Je ne sais pas si c'est justifié ou non. Ils semblent penser que ce ne l'est pas nécessairement.

M. Johnson (Anjou): Dans la mesure où, par exemple, dans certains endroits, on sait que la radiologie est assumée par des itinérants, je prends bonne note que cela pourrait causer un problème.
(17 h 30)

M. Mackay: Un autre type d'établissement qui a un problème d'un tout autre ordre, ce sont les établissements psychiatriques qui sont compris comme des hôpitaux de courte durée dans la mesure où ils ont des lits de soins aigus. Chez nous, par exemple, on a un service de radiologie que je ne verrais pas du tout transformé demain matin en département de radiologie avec un radiologiste qui vient une fois par semaine pour gérer les ressources. Il faut penser à toutes ces nuances vu qu'on a finalement aboli la plupart des catégories pour n'avoir plus que des soins aigus et des soins prolongés. Il faut penser à cet aspect. Aussi, si on veut faire l'expérience de rendre un chef de département responsable de la gestion clinique de toutes ces ressources, ce n'est peut-être pas par la radiologie nécessairement qu'il faudrait commencer si on veut faire des expériences pilotes.

M. Johnson (Anjou): Ce serait par quoi, Dr Mackay? M. Nadeau ne voulait pas nous le dire tout à l'heure. Ce serait par quoi, Dr Mackay?

M. Nadeau: Je veux tellement que cela réussisse.

M. Johnson (Anjou): D'accord, notez dans le cas des établissements psychiatriques.

M. Mackay: Pourquoi ne pas laisser une certaine autonomie aux plans d'organisation des établissements, qui sont de toute façon visés et approuvés par les conseils régionaux?

Là où cela s'imposerait les plans d'organisation pourraient l'inclure sans que ce soit une obligation, dans les règlements, pour tout le monde.

Mme Lavoie-Roux: Savez-vous, M. le ministre, tout ce que je vous ai dit tantôt, ce n'était pas complètement faux.

M. Johnson (Anjou): C'est pour cela qu'on est ici, madame, parce que nous, on ne prétend pas être parfaits.

Mme Lavoie-Roux: C'est pour cela que vous pensez que vous n'irez jamais dans l'Opposition.

Le Président (M. Desbiens): À l'ordre, s'il vous plaît! M. Nadeau.

M. Nadeau: J'aimerais ajouter, si vous me le permettez, que, dans le cadre de ces plans d'organisation d'effectifs médicaux, le ministre peut intervenir aussi.

M. Johnson (Anjou): Il n'aime pas cela et vous autres, non plus.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Je ne voudrais pas que ce soit long. Est-ce que le même raisonnement vaudrait pour ce qui est prévu dans l'article 70? J'ai aussi une deuxième question sur l'article 70. Est-ce que vous pouvez me dire si, dans les centres hospitaliers où il y a un département clinique de laboratoire de biologie médicale, il n'y en a pas un certain nombre qui sont sous la direction de biochimistes? Que va-t-il arriver de ce personnel? Je pense que c'est depuis assez longtemps. J'aimerais que vous répondiez à ces deux choses-là.

M. Mackay: C'est oui.

Mme Lavoie-Roux: C'est oui. Dans le premier cas, est-ce que le raisonnement qu'on a appliqué du point de vue des coûts aux départements cliniques de radiologie s'applique de la même façon ou peut-être à un degré moindre à l'établissement d'un département clinique de laboratoire sous la direction d'un directeur médical?

M. Mackay: C'est le même problème, il me semblerait.

Mme Lavoie-Roux: Même problème.

M. Mackay: Même coût excessif et inutile.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que le ministre pourrait nous dire, dans le cas des

départements cliniques où justement ce n'est pas un médecin qui est actuellement en charge, mais un biochimiste, ce qu'il a envisagé? Ces gens peuvent être là en fonction depuis un certain nombre d'années ou même plusieurs années. Est-ce que vous prévoyez des exceptions, pas d'après le règlement?

M. Johnson (Anjou): Pas au niveau du règlement dans la mesure où il serait maintenu dans sa forme actuelle; cela présupposerait une période transitoire où les règles habituelles, contractuelles, de lien entre les personnes et les établissements s'appliqueraient. Il y a des mécanismes réguliers d'encadrement par le Code civil, le droit des contrats, etc., ou les conventions collectives, quoiqu'il s'agisse ici des chefs, donc ce sont des gens qui ne sont pas syndiqués. Il n'y a rien de spécifique qui serait prévu dans la formulation actuelle.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que vous prévoiriez que cela puisse relever de l'administration du centre hospitalier qui a cette personne à son emploi de décider de la période de transition jusqu'au moment du départ de cette personne? Enfin, surtout s'il y avait une tradition d'un certain nombre d'années.

M. Johnson (Anjou): J'en prends note.

Mme Lavoie-Roux: Je ne sais pas si vous pourriez simplifier - c'est assez complexe, du moins cela l'est pour moi mais sûrement pas pour le ministre - tout le chapitre sur la question du statut et des privilèges des médecins. Je sais que vous y avez accordé une réflexion assez longue. Vous faites des suggestions qui me semblent assez pratiques. Est-ce que vous pourriez le faire peut-être pour avoir une réaction du ministre? Je comprends qu'il n'a pas posé de questions parce qu'il en a posé plusieurs autres.

M. Nadeau: On a introduit à ce niveau des changements très importants et nécessaires. D'abord, en ce qui concerne les privilèges, il faut dire qu'il y a là des changements mineurs par rapport à ce qui existait déjà. On veut ajouter que les privilèges peuvent inclure la description de certaines fonctions spécifiques, dont les obligations de garde. Ce n'était pas prévu antérieurement dans les privilèges et nous voulons ajouter des choses. On pense à la santé au travail, par exemple, des choses comme cela, au chef d'une équipe multidisciplinaire. On pense qu'il faut que ce soit mentionné dans les privilèges. C'est une modification mineure par rapport à ce qui existait déjà.

C'est au niveau du statut du médecin

que la modification est importante. Dans le projet de règlement déposé, le statut est en fonction de l'activité du médecin au sein du Conseil des médecins et dentistes du Québec. On dit que cela n'a pas d'allure. Le statut du médecin doit être en fonction de son activité professionnelle dans l'établissement. C'est parce qu'on lui donne des privilèges qu'on lui donne un statut. Son statut est soit actif, soit associé. Un médecin actif, c'est un médecin qui travaille principalement dans le centre hospitalier, la partie majeure de son travail, c'est dans le centre hospitalier. Un médecin associé, c'est celui qui le fait de façon subsidiaire. Un médecin conseiller, c'est celui qui vient occasionnellement au centre hospitalier. Un membre honoraire, c'est un type...

On associe cela aux plans d'effectifs médicaux. Quand on regarde les plans d'effectifs médicaux, on n'a pas besoin d'une personne active au sein du Conseil des médecins et dentistes. On a besoin d'une personne active au plan professionnel dans l'établissement. On relie le statut à l'activité professionnelle dans l'établissement. C'est une modification importante. C'est ce statut dans l'établissement qui lui donne des obligations vis-à-vis du Conseil des médecins et dentistes, dont tout le monde est membre. Cela veut dire qu'un médecin actif, dont la majeure partie du travail se fait dans l'établissement, a des obligations différentes en ce qui concerne le Conseil des médecins et dentistes. Il doit faire partie des comités. Il peut voter et il peut faire partie de l'exécutif. Si le médecin vient à l'hôpital de façon subsidiaire, il ne peut pas faire partie de l'exécutif, mais il peut assister à des comités, s'il le désire, ou si le Conseil des médecins et dentistes le fait par règlement. Si le médecin est consultant, c'est exactement la même chose.

Donc, ce que nous disons, c'est que la vieille notion de statut vis-à-vis du Conseil des médecins et dentistes est dépassée. On le fait vraiment en fonction des activités de l'établissement. Cela correspond à la philosophie que l'on veut développer, cela correspond à ce dont on a besoin pour bâtir nos plans d'effectifs médicaux. C'est essentiel que ces modifications soient apportées.

M. Johnson (Anjou): Un commentaire rapide.

M. Nadeau: Je peux vous faire remarquer également qu'on fera jouer - c'est dans le cadre de l'objectif poursuivi par la loi - un rôle plus important dans l'octroi des privilèges et des statuts aux chefs de départements. Cela nous paraît extrêmement important.

Le Président (M. Desbiens): M. le

ministre.

M. Johnson (Anjou): Simplement pour répondre à la préoccupation de la députée de L'Acadie, je trouve que cette suggestion ne manque pas d'intérêt; elle est majeure et ce n'est pas exactement une parenthèse. J'ai bien hâte d'entendre la corporation et les deux fédérations sur ce sujet. Le concept que vous introduisez est, je ne dirais pas avant-gardiste, mais il va sûrement dans le sens de la progression et de la notion d'une implication de plus en plus grande des médecins dans l'établissement. Cependant, il peut se heurter à toutes sortes de choses en ce qui a trait à la corporation ou en ce qui a trait aux fédérations pour d'autres raisons, pour d'autres motifs. Nous aurons des questions à poser à la corporation, à la FMSQ et à la FMOQ sur ce sujet.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie. Je savais que la discussion reprendrait avec les fédérations et les corporations. Je trouve important que cela soit clarifié ici.

J'ai une dernière question à poser, on pourrait en avoir d'autres. C'est davantage une question au ministre sur la proposition no 16, que vous faites à la page 91 de votre mémoire, de réévaluer le contenu des annexes II et III. On aurait pu le faire avec un autre groupe, parce qu'il y a d'autres groupes qui soulèvent la même difficulté. Les annexes II et III contiennent les exigences d'information que le ministère impose touchant le type de services, le type de bénéficiaires, etc., dans les établissements.

Voici la question que j'aimerais poser au ministre: Est-ce qu'il a, à cet égard, consulté la Commission d'accès à l'information créée par la loi 65? Il nous semble qu'il y a tellement de détails là-dedans que, d'abord, cela va prendre du temps au plan humain et au plan des coûts. Est-ce que vraiment cela protège la confidentialité des médecins?

M. Johnson (Anjou): Sur la question de la confidentialité, d'abord, je ne crois pas que cette disposition soit à l'encontre de la loi 65. Ce qu'on recherche c'est essentiellement des données statistiques. Cette pratique existe déjà dans le cadre des négociations des conventions collectives. Ce type de renseignements en est un qui fait, je dirais, l'objet quasiment permanent d'échanges entre les différentes associations d'établissements et le ministère au niveau de la Direction générale des relations du travail. Donc, sur le plan de la conformité avec la loi 65, je ne suis pas inquiet quant à cela. Enfin, la question n'a pas été posée spécifiquement en ces termes, si ce n'est que la liste qui est là fait partie des données qui sont régulièrement transmises, me dit-on. Mais, encore une fois, c'est pour

des fins d'évaluation statistique, de performance des normes, d'évaluation d'indices de productivité, etc. S'il devait y avoir quelque chose, il est bien évident qu'on se conformerait à la loi qui exige un avis de la commission.

Deuxièmement, 80% des effectifs visés par cette catégorisation d'éléments qu'on veut aller chercher à titre d'information sont déjà disponibles et informatisés par une douzaine de banques informatisées - si je me souviens bien dans le cas des hôpitaux - qui ramassent les données sur 80% des effectifs dans 50% des établissements. Cela veut donc dire, pour répondre à l'autre aspect de votre question - quant au premier on ira devant la commission, si vous pensez qu'il y a un problème et si on pense qu'il y en a un - que sur ce que cela représente comme personnes et investissement de temps et d'énergie, le ministère est prêt à entreprendre des pourparlers - on l'a déjà évoqué avec les associations, si je ne me trompe pas - à chercher une façon de procéder pour permettre aux petites unités d'avoir recours à des services informatiques. Je ne dis pas qu'on va envoyer des micro-ordinateurs partout, une fois qu'il y en aura dans les écoles. Je dis simplement qu'il est évident que ce type de préoccupation, dans 50% des établissements, même si c'est juste 20% de la main-d'oeuvre dont on parle, il faut être capable de colliger cela. Il ne s'agit pas d'employer des Chantiers Québec et des Canada-Travail toutes les semaines pour avoir des gens qui tiennent les livres à jour. Il va falloir trouver une méthode un peu plus rationnelle, y compris faire du "pooling" de ressources sur le plan de l'utilisation de l'informatique ou encore avoir recours, dans certains cas, à la micro-informatique.

Le Président (M. Desbiens): M. le député de Westmount.

M. French: Sur le même sujet, M. le Président, je voudrais d'abord demander à Me Gosselin si elle a été saisie des implications de la loi 65 pour le réseau hospitalier?

Mme Gosselin: Nous en avons été saisis. Il y a même eu des sessions de formation qui ont été données, ou offertes en tout cas, à l'ensemble des centres hospitaliers, et les autres catégories d'établissements y ont d'ailleurs participé, sous la gouverne de Me Jean-Guy Fréchette. On pourra vous faire parvenir le document - d'ailleurs très bien fait - qu'il a fait. En tout cas, comme première, je pense qu'on peut souligner l'apport très positif de son travail. On est bien conscient que c'est une loi nouvelle et qu'il va y avoir des impacts sur les centres hospitaliers. D'ailleurs, ce que nous avons tenté de soulever, étant conscients que c'est

une loi nouvelle, tout en reconnaissant l'intérêt pour le ministre d'avoir les renseignements lui permettant d'établir des statistiques, c'est s'il était pertinent que, dans tous les cas, ces renseignements soient nominatifs. C'était la question. De façon secondaire, je me permets de vous glisser que l'annexe 3, qui concerne les employés, nous la jugions mal inscrite lorsque vous y faisiez référence quant à l'enregistrement, l'inscription et l'admission des bénéficiaires. C'est pourquoi nous avons fait un commentaire spécifique à la fin. On trouvait cela un peu spécial de le raccrocher aux bénéficiaires. D'accord.

M. Johnson (Anjou): Vous avez raison.

Le Président (M. Desbiens): M. le député de Westmount.

M. French: Là-dessus, je pense que c'est très important pour le ministre de reconnaître que, si dans sa lettre, le projet de règlement ne va pas à l'encontre du projet de loi 65, il le fait certainement dans son esprit. Je ne suis pas prêt à accepter que cela ne va pas à l'encontre de la lettre de la loi.

En ce qui concerne, par exemple, l'économie de la loi quant à l'autonomie des établissements, il est effectivement prévu dans le projet de loi 65 que les établissements du réseau seraient indépendants quant à la gestion des renseignements nominatifs et quant à la gestion, d'ailleurs, de leur documentation et de leurs informations, leurs renseignements. Il est clair et net qu'il ressort de l'annexe 3 et de l'article 24 que le règlement ne prévoit pas l'indépendance ou l'autonomie des institutions du réseau par rapport à la gestion de leurs renseignements personnels. Cet aspect de la loi n'est pas encore en vigueur; il le serait d'ici trois ans. Je pense que, d'une part, le ministre doit déposer officiellement le projet de règlement devant la commission pour avoir l'avis des membres et, d'autre part, il doit essayer - peut-être avant qu'il fasse cela - de faire en sorte que les exigences soient de niveau statistique plutôt que nominatif, si, effectivement, le besoin en est un de statistique. Je répète qu'il est sûr et certain que, dans la mesure où le règlement enlève l'autonomie de l'établissement de gérer ses propres renseignements et d'en être responsable devant la loi et devant la commission, le projet de règlement va à l'encontre de l'esprit de la loi 65.

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

M. Johnson (Anjou): Oui. Là-dessus, je connais l'intérêt du député de Westmount pour

ces questions et je dois lui dire que je partage ses préoccupations quant au secret professionnel, quant à l'accès à l'information en même temps qu'à la confidentialité de l'information. Je n'ai pas de problème avec cela. Je pense qu'on a eu les mêmes professeurs, d'ailleurs, à l'université à ce sujet.

Il y a d'abord la procédure. Il est évident que, dans la mesure où la loi 65 exige un dépôt officiel devant la commission pour opinion, cela va être fait. Deuxièmement, le caractère agrégatif, c'est notre objectif, c'est pour faire des statistiques, tantôt pour des fins d'analyse des mandats et d'élaboration des mandats de négociation avec le front commun. Quand on arrive dans des grandes discussions autour d'une table de négociation, à quatre heures du matin, sur le temps partiel, sur le nombre d'heures de vacances, etc., il faut avoir des instruments qui ont du bon sens parce qu'on parle de sommes absolument mirobolantes quand on parle de ces données-là. Cela, c'est d'une part. C'est un domaine un peu plus délicat; je prends bonne note de la question du député et on va essayer de le fouiller de façon très précise, quitte à aller devant la commission de façon spécifique là-dessus.

À l'égard de l'application des règles, par exemple, du service de placement des affaires sociales, c'est-à-dire la main-d'oeuvre en disponibilité pour les fins de reclassifier le personnel dans le rayon de 50 kilomètres, c'est un objectif qui est extrêmement important pour le ministre. En termes de fonds publics, cela représente des sommes importantes. On a réussi relativement bien dans beaucoup d'établissements à faire en sorte qu'une majorité du personnel des nouveaux établissements qui ouvraient allait être puisée dans une banque centralisée du personnel en disponibilité en vertu des conventions collectives. Et on a ici rationalisé et utilisé les ressources humaines et financières de façon beaucoup plus adéquate. On a eu là-dessus, je dois le dire, de façon générale, une excellente collaboration de la part des établissements. Mais il reste qu'on peut avoir des données importantes dont on a besoin, ne serait-ce qu'au niveau des droits qu'ont les personnes qui se ramassent au service des affaires sociales; la longueur du temps écoulé entre la mise à pied et le moment où intervient le désintéressement; les offres qui sont faites à quelqu'un d'accepter un poste et son refus de l'accepter qui implique qu'il perd son statut, etc. Ce sont des données extrêmement importantes. Je vais vérifier auprès des services. Je prends bonne note de la question. Je vais m'assurer que si on a des objectifs précis quant à cela, on s'assure aussi que ce soit conforme aux objectifs de la loi 65.

Le Président (M. Desbiens): M. le député de Westmount.

M. French: Il est peut-être possible, M. le Président, d'avoir deux annexes, une annexe aux fins de l'emploi et une autre pour aux fins de statistiques. À ce moment-là, les renseignements nécessaires pour les fins de la rationalisation de l'emploi sur le marché du travail dans le domaine des affaires sociales pourraient être plus restreints en quantité de données, etc.

J'ai une autre question et je vais revenir, d'ailleurs, à nos invités avec une vieille question. C'est fort possible que je n'aie pas compris exactement la dynamique des articles 69 et 70 concernant les départements cliniques, mais je veux parler de ces 30% d'établissements qui n'ont pas l'un ou l'autre de ces deux départements cliniques.

On a dit qu'un des secteurs affectés peut être le secteur des hôpitaux psychiatriques. Je présume que, pour le reste, il s'agit d'institutions relativement petites. Ce qui me préoccupe aux articles 69 et 70, c'est que j'y vois une arme pour un CRSSS qui a des objectifs de niveau régional qui sont souvent rationalisés en termes quantitatifs des normes de productivité, etc., qui ne permettent pas de tenir compte de la réalité d'une institution locale et de son importance. Par exemple, la distance que doivent parcourir les clients pour aller à une institution n'est jamais comptabilisée dans les chiffres d'un CRSSS. Ce que je vois, aux articles 69 et 70, c'est une invitation au CRSSS de fermer, encore une fois, plus de petites institutions qui sont souvent très valables. Je ne crois pas personnellement, d'ailleurs, qu'elles soient moins efficaces; c'est un phénomène qu'on peut discuter longuement. Mais je me demande si vous partagez le même genre de crainte que moi relativement aux articles 69 et 70.

M. Johnson (Anjou): Je vais me permettre de commenter pendant que les gens se consultent là-dessus.

M. French: Pendant que le caucus se poursuit.

M. Johnson (Anjou): Premièrement, on ne l'a pas fait à l'égard des "petites" institutions. On veut changer la vocation, on le sait, de deux importantes institutions de Montréal, et on est devant les tribunaux. Parfois cela me fait penser à une guerre de 100 ans à cause de Jeanne d'Arc.

M. French: Le ministre pense que je parle d'une institution dans mon comté, ce qui n'est pas le cas. Je ne fais pas référence à ce cas-là.

M. Johnson (Anjou): Non. Vous faites référence à autre chose, mais il n'y a pas d'autres cas. Deuxièmement, je ne vois pas comment les articles 69 et 70 pourraient être...

M. French: Non, au contraire. M. le ministre, un instant!

Mme Lavoie-Roux: ...de toute façon, c'est presque...

M. Johnson (Anjou): Non, mais je ne vois pas comment les articles 69 et 70 pourraient être utilisés. C'est ce que j'essaie de...

M. French: D'abord, oublions le... D'accord?

Mme Lavoie-Roux: Nous en avons une situation.

M. French: C'est sub judice. On n'en parle pas. Deuxièmement, je fais référence à la problématique suivante. En tant que CRSSS, je veux essayer de faire le plus possible avec mes ressources. Comment le ministre ou mon conseil peut-il les évaluer? C'est en évaluant un certain nombre de ressources, un certain nombre de gens qui entrent et qui sortent. Je fais valoir un point qui n'est pas très original, mais c'est important. Souvent, ces chiffres-là ne captent pas, ne saisissent pas la réalité du client. Avec les articles 69 et 70, je vois une autre raison pour le CRSSS de regarder, de façon négative, les petites institutions qui sont souvent extrêmement importantes pour la communauté. Je ne parle pas du comté de Westmount et je ne parle pas de l'île de Montréal. Je vois le CRSSS qui a, depuis longtemps, une couple de petites institutions en vue. On va les fermer. On va faire voyager les gens au centre et ce sera mieux. Du point de vue des chiffres, c'est impeccable. Du point de vue des chiffres, cela fonctionne, c'est très bien, c'est une bonne idée. Ils disent: Maintenant, il faut que vous ayez un département de radiologie, un département de microbiologie, etc., et c'est inconcevable que vous en ayez un; donc on va fermer votre institution. C'est la dynamique. Je ne sais pas si ma crainte est justifiée, mais c'est celle que j'ai.

M. Nadeau: En tout cas, notre position, c'est que nous ne favorisons pas que soit fermé le service de radiologie dans ces petits hôpitaux. Ce qu'on dit, c'est que la grosseur de ce service ne justifie pas qu'il y ait un chef de département.

M. French: Je comprends, mais n'est-ce pas le cas, dans le fond, de certaines de ces institutions? On parle de quelque chose qui

ne sera jamais digne du nom de département, mais qui est très utile pour les fins de la cause. Si on ne peut pas, en aucune façon, construire quelque chose qui s'appelle un département dans le domaine, le CRSSS va avoir un autre argument contre ces petites institutions. Peut-être que je me trompe, peut-être que je ne comprends pas la dynamique à l'intérieur du CRSSS, mais c'est de cela que j'ai peur.

M. Johnson (Anjou): Je ne veux pas paraître cynique, mais dans le fond, le CRSSS, s'il voulait vraiment être méchant comme cela, ne serait pas obligé d'avoir recours au fait qu'il n'y a pas de service de radiologie en vertu des articles 69 et 70. Il pourrait simplement dire qu'il ne renouvelle pas les équipements parce que c'est lui qui les contrôle. Il n'aurait pas besoin de cela pour faire des méchancetés pareilles. Je me dis: Je ne pense pas que ce soit cela non plus qu'il fasse, même si de temps en temps j'entends des hôpitaux se plaindre qu'ils n'ont pas assez d'équipement et qu'on ne renouvelle pas certains équipements. Je ne pense pas qu'il faille voir cela comme cela.

Je comprends la problématique qu'évoque le député et du danger de visions de gigantisme qui ne photographient pas toute la réalité et qui ne sont que des colonnes de chiffres. D'une part, en fin de compte, il faut savoir qu'un CRSSS ne change pas la vocation d'un établissement. C'est le ministre qui a le droit de faire cela en vertu de la loi. Le CRSSS est dans un processus consultatif et de recommandation. Donc, porter ce bébé comme un ballon de football, cela n'appartient pas aux gens qui ne sont pas élus aux CRSSS, cela appartient à ceux qui sont élus, d'une part.

Deuxièmement, sur le plan des instruments, je pense qu'on nous a bien sensibilisés à certaines des dimensions dans le cas des établissements, notamment, des établissements en périphérie où ces services sont peut-être de moindre importance matérielle réelle. Il y a des problèmes qui se voient. Mais je ne pense pas qu'il y ait de rapport entre votre préoccupation et les articles 69, 70.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce qu'il y a d'autres interventions? Au nom des membres de la commission, je remercie les représentants de l'Association des hôpitaux du Québec de leur participation à nos travaux. J'invite...

M. Brousseau: Si vous permettez...

Le Président (M. Desbiens): M. Brousseau, oui.

M. Brousseau: ...de faire un dernier commentaire. Je voudrais remercier les

membres de la commission de leur accueil et je vous remercie aussi de l'intérêt que vous avez porté à notre mémoire. Je voudrais remercier aussi mes collègues qui ont participé activement à cet exercice. En terminant, je voudrais tout simplement rappeler au ministre qu'avec les principaux éléments corrigés dont nous avons fait part cet après-midi, on pourra convenir que la législation la plus significative dans le domaine des affaires sociales qu'il a introduite, il y a deux ans, aura été bien complétée par sa réglementation. Merci.

M. Johnson (Anjou): Merci.

Le Président (M. Desbiens): Merci. J'invite...

M. Johnson (Anjou): M. le Président, si vous le permettez, est-ce qu'on pourrait suspendre les travaux cinq minutes?

Le Président (M. Desbiens): D'accord. Entre-temps, je demanderais à l'Association des centres d'accueil du Québec de s'installer à la table, s'il vous plaît.

(Suspension de la séance à 15 h 59)

(Reprise de la séance à 16 h 13)

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

Association des centres d'accueil

La commission des affaires sociales reprend ses travaux. Je demanderais à M. Marcellin Dallaire, président, de bien vouloir présenter les membres qui l'accompagnent avant de nous faire part de son mémoire. Je rappelle aux membres de la commission et aux intervenants également, bien sûr, qu'il reste à notre disposition 110 minutes, ce qui ferait s'il y a deux associations qu'on aurait en gros 55 minutes par groupement. S'il est possible évidemment, étant donné... À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! S'il est possible de synthétiser la présentation du mémoire cela laissera évidemment plus de temps pour la discussion. M. Dallaire.

M. Dallaire (Marcellin): M. le Président, M. le Ministre, Mesdames, Messieurs les députés, ici à ma droite j'ai M. Pierre-Paul Lachapelle, directeur général du Centre d'accueil Alternatives et qui est la personne-ressource face à ce dossier; à ma gauche, M. Pierre Cloutier, directeur général de l'Association des centres d'accueil du Québec; M. Jean-Denis Godbout, directeur général du Centre d'accueil Champlain et vice-président de l'association pour le secteur de l'hébergement; à l'extrême gauche, M.

Gilles Langelier, directeur des services professionnels à l'Association des centres d'accueil du Québec.

Si vous me permettez, je vais prendre seulement une minute, ce sera peut-être un peu redondant pour M. le ministre mais j'aimerais situer un peu l'association. Cela va prendre une minute.

L'association regroupe des établissements qui offrent des services de toute première nécessité à plus de 43 000 personnes que l'on catégorise généralement sous le vocable suivant: les personnes âgées en perte d'autonomie; des jeunes mésadaptés socio-affectifs; des personnes handicapées mentalement; des personnes handicapées physiquement; des femmes nécessitant des services d'assistance maternité, et des personnes alcooliques et toxicomanes. C'est aussi 24 000 personnes de formation diverse et de provenances diverses qui travaillent dans près de 400 établissements qui représentent pratiquement la moitié des établissements du réseau des affaires sociales. En moyenne, ce sont de petits établissements où se retrouvent 60 employés pour 100 bénéficiaires. Seize établissements ont une organisation administrative légère et hautement personnalisée et ce, pour deux raisons: la taille de l'organisation et la nature même des services offerts et les technologies utilisées qui supposent une grande intensité de relations entre le bénéficiaire et les employés. Ce regroupement, c'est aussi, en 1983, 958 000 000 \$ de l'argent du public, 10% du budget des établissements du réseau des affaires sociales 44% de cette somme, c'est-à-dire des 958 000 000 \$, vont à l'hébergement et 56% à la réadaptation. Ces constatations situent le cadre de référence des responsables des centres d'accueil lorsqu'ils abordent l'étude d'une loi ou d'un règlement.

Avec une bureaucratie faible et un type de relations axées constamment sur la personnalisation du rapport bénéficiaires-employés, il va de soi que les centres d'accueil s'inquiètent de l'augmentation des charges et des contrôles, danger potentiel de toute nouvelle réglementation. Trop souvent avons-nous vu des réglementations qui affectent négativement les services à la clientèle alors même qu'elles visent le contraire. Cette expérience nous incite à aborder cette réglementation avec une certaine prudence.

Mon propos sera quelques notes d'introduction qui vont camper le point de vue de l'association sur l'ensemble de la réglementation. Ensuite, je ferai quelques commentaires sur les points reliés au centre d'accueil d'hébergement. Ces commentaires couvriront la définition du centre d'accueil, le comité d'admission, le plan d'intervention, les services médicaux en centre d'accueil

d'hébergement.

Quelques commentaires sur les points reliés aux centres d'accueil de réadaptation. À ce moment, ce sera la définition du centre d'accueil de réadaptation, le centre d'accueil de réadaptation d'assistance-maternité, la famille d'accueil de réadaptation, le comité d'admission. Le point suivant sera l'accès de la clientèle aux services: enregistrement, inscription et dossiers. Le dernier point: quelques commentaires sur les règlements que le conseil d'administration doit adopter et les renseignements à fournir au ministre.

Quelques notes d'introduction. Nous voyons présentement que nous sommes devant un système qui est en consolidation. Il y a seulement un peu plus de dix ans, la notion même de centre d'accueil n'existait pas. Avec la professionnalisation, la syndicalisation, l'animation même du ministère, il y a eu une certaine cohérence du système et des orientations de ce réseau. Nous avons l'impression que les règlements s'inscrivent dans cette continuité. Les règlements reflètent cette maturation du système, une plus grande articulation et sa stabilisation.

C'est pour cette raison que nous voudrions mentionner les quelques améliorations que nous avons notées. L'association remarque la pertinence des intentions et des moyens qu'on entend se donner, notamment au niveau de la régionalisation des services et de l'articulation de certains mécanismes permettant une meilleure complémentarité des établissements. Ainsi, il faut mentionner de façon particulière la partie des règlements concernant les admissions en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de soins prolongés. Pour autant que les systèmes d'admission tiendront compte des perspectives sous-régionales et du rôle de première ligne de certains types d'établissement, nous avons l'impression que des mécanismes efficaces de travail pourront s'articuler et faciliter, pour les intervenants du réseau, la prise en charge de leurs responsabilités.

À travers la grande majorité des articles du projet de règlement, nous pouvons sentir la présence de critères exigeants pour améliorer la qualité des services. Ces exigences peuvent parfois faire peur, mais autant que nous aurons les moyens d'intervenir, il n'est pas dit que les défis ne seront pas intéressants à relever.

Nous y avons vu également des écueils. Lire le projet de règlement, c'est pour nous lire le cadre administratif qu'on nous propose. Comme tout le monde, nous ne sommes pas friands de nous faire indiquer nos limites, les balises à nos interventions ou la façon de rendre des comptes. Nous partons donc avec l'idée que nous ne sommes

pas tellement attirés par la perspective d'avoir à vivre avec plus de contraintes.

Une autre réserve concerne l'augmentation des charges administratives opérationnelles des établissements, particulièrement les charges inhérentes à la transmission de renseignements. Ces demandes du ministère peuvent présenter des problèmes majeurs parfois en termes de confidentialité, mais surtout - pour les centres d'accueil - en termes de faisabilité et de coût, en plus de bureaucratiser davantage les établissements. Cette bureaucratie, on la voit aussi comme un empêchement sur cette personnalisation que l'on doit vivre tous les jours.

L'ACAAQ voudrait souligner également une troisième réserve, soit la présence persistante de structures administratives bicéphales. La proposition nous mentionne, entre autres, la famille d'accueil de réadaptation et les services médicaux en centres d'hébergement. C'étaient les quelques notes d'introduction.

Face au centre d'hébergement, la définition. Nous avons été surpris de voir que la proposition semblait réduire à certaines activités de base l'activité du centre d'hébergement, le gîte et le couvert, alors qu'il nous semblait que l'occasion était propice de consacrer son dynamisme et son expertise, acquise au cours des années, et de définir le centre d'hébergement plutôt par des services que par des activités et des lieux. C'est ainsi que nous avons soumis la proposition de transformer le paragraphe ainsi: "Les centres d'hébergement qui, en plus de fournir l'hébergement, offrent des services spécialisés aux adultes et des services gérontologiques aux personnes âgées."

L'admission, je passe très rapidement là-dessus. Quand à l'admission dans son approche globale et sa régionalisation, nous exprimons un accord face à ceci. Cependant dans l'opérationnalisation, on propose que le conseil régional voit à l'élaboration et au bon fonctionnement d'un système pour l'admission des bénéficiaires dans les établissements offrant des services de soins prolongés ou en hébergement et qu'on remplace le dernier paragraphe de l'article 33 en disant: "Le centre local de services communautaires, ou à défaut le centre de services sociaux, doit tenir à jour un registre où sont consignées les demandes d'admission du territoire desservi." Donc, c'est de donner des instruments de travail aux centres d'accueil.

Le plan d'intervention pour la personne âgée qui est en centre d'accueil d'hébergement. Rapidement, nous soulignons notre accord du fait que l'on soit passé d'un plan de soins à un plan d'intervention qui considère la personne dans sa globalité. Cependant, nous en profitons pour mentionner

à la commission et au ministère que déjà il y a une carence de ressources dans les centres d'accueil. Pour compléter notre travail et le mener à bon port, il faut souligner le besoin de ressources en termes de nombre et en termes de formation.

Le service médical. Cette proposition qui, au départ, nous avait semblé tout à fait attrayante nous a laissé, comme association, face à une grande difficulté que je vais tenter de résumer en quelques points. La proposition situe le soin médical, de façon particulière. Nous avons beaucoup de difficulté à l'heure actuelle à voir cette position dans l'organisation du centre d'accueil. Nous croyons que la personne âgée qui nous est confiée, quel que soit son niveau de difficulté, est d'abord et avant tout une personne qui a besoin d'être aidée dans l'ensemble de ses activités. Donc, elle a besoin d'une approche plus globale, qui tienne compte également de ses besoins en termes de sécurité, de ses besoins en termes psychologiques ou en termes médicaux. Cette approche donnait un statut particulier à l'approche médicale et nous nous sentons mal à l'aise face à cela. Cet ensemble propose une "bicéphalie" dans notre gestion. Le fait que ce service médical soit rattaché directement au conseil d'administration crée une difficulté quant à la gestion concrète de ce service.

La difficulté que nous y avons vue également c'est que ce service ne se trouve pas à résoudre les difficultés que nous avons face à la délégation des actes, et cela demeure un problème entier. Ces constatations étant faites, c'est la raison qui fait que nous avons proposé le retrait, du projet de règlement, de toute la section relative aux services médicaux en centre d'hébergement et ce jusqu'à ce que des solutions plus acceptables aient été trouvées. Ce que l'on propose à la commission et au ministre c'est peut-être de compléter l'étude de notre système.

Le centre d'accueil de réadaptation. La définition que l'on nous propose a quelques éléments intéressants. Cependant, on aimerait qu'elle soit un peu plus ouverte et que l'on reconnaisse de cette façon l'histoire de ce qui est déjà acquis dans l'ensemble du réseau québécois de la réadaptation. Que l'on reconnaisse d'une façon plus globale, en désignant le foyer de groupe, par exemple, que le centre d'accueil a une diversité d'instruments pour faire de la réadaptation. Dans ce contexte nous avons soumis la proposition que les centres de services de réadaptation qui ont le mandat d'offrir des services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation, dispensés en internat, en externat ou à domicile... ces services substitutifs assurent au bénéficiaire son maintien ou son retour dans son milieu de vie habituelle, son intégration sociale et

professionnelle ou le développement de son autonomie.

Le projet passe sous silence une catégorie de centres d'accueil qui existent présentement, les centres d'accueil de réadaptation d'assistance maternité. À ce chapitre, nous avons soumis deux propositions. Une première qui est, à toutes fins utiles, d'ajouter un autre type de catégorie de centres d'accueil de réadaptation. Donc, dire qu'il y a à l'article 32 une autre catégorie: les centres de réadaptation d'assistance maternité pour mères en difficulté grave d'adaptation. Une deuxième façon serait de modifier l'article A et d'y lire: Les centres de réadaptation pour handicapés socialement qui offrent des services aussi bien aux personnes mésadaptées socio-affectives, aux contrevenants délinquants qu'aux mères en difficulté grave d'adaptation.

Les familles d'accueil de réadaptation. À notre point de vue, c'est une amélioration sur le système. Le bien-fondé de l'existence de la famille d'accueil comme un élément intégré de réadaptation, nous le reconnaissons. Que cette famille d'accueil soit utilisée non plus pour assurer un gîte mais pour assurer une intervention spécifique, nous le reconnaissons. Nous reconnaissons également la compétence légale et l'expertise des centres de services sociaux et du centre d'accueil de réadaptation dans le domaine respectif de la famille d'accueil et de la réadaptation. Les problèmes de structure organisationnelle entre les établissements auprès des familles des bénéficiaires, ceci est un des éléments, quoique dans la gestion il y aura certaines difficultés.

(16 h 30)

Ayant retenu ceci, l'ACAQ propose que la famille d'accueil de réadaptation suppose un contrat spécifique entre le centre des services sociaux et le centre offrant des services de réadaptation, lequel devrait définir le rôle des établissements face aux dites familles d'accueil, face aux bénéficiaires ainsi que le mécanisme de liaison interétablissements.

L'accès de la clientèle aux services. Je le mentionne, la proposition d'enregistrement, d'inscription est un net avantage. Cependant, dans les mots présentement, l'enregistrement n'a qu'un caractère médical; c'est le médecin qui recommande l'enregistrement dans un établissement. Dans ce cas, nous croyons qu'il y a une difficulté de concordance avec le centre d'accueil, les professionnels qui y travaillent et son mandat. L'enregistrement devient aussi un élément important face aux centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs quand une personne est recommandée par la Direction de la protection de la jeunesse pour un placement en urgence sociale. Nous avons à ce moment

une difficulté en termes légaux: qu'est-ce qui est un enregistrement, qu'est-ce qui est une inscription et à quel moment c'est une personne admise? Pour cette raison, nous demanderions qu'il y ait une étude plus attentive sur l'enregistrement en centre d'accueil. L'inscription est une conséquence de cette première.

L'admission en centre d'accueil. Nous faisons deux distinctions. Dans les cas particuliers, nous proposons que l'admission se fasse comme présentement, sur recommandation et comité d'admission, pour les mésadaptés socio-affectifs. Pour les autres catégories et pour autant que possible, le gouvernement devrait voir à ce que l'accès aux services, tout en étant justifié bien sûr, soit plus souple et moins lourd. En d'autres mots, il faut éviter d'augmenter, par un contrôle excessif, les structures administratives du processus d'admission.

En conséquence, l'association demande que les centres de réadaptation pour personnes handicapées mentalement et les centres de réadaptation d'assistance maternité fonctionnent, à l'instar des centres de réadaptation pour personnes handicapées physiquement ou personnes toxicomanes, avec un comité d'admission formé à l'intérieur du centre. C'est un changement majeur.

Le dossier du bénéficiaire. Nous demandons qu'il y ait une révision de plusieurs éléments de la terminologie qui nous est fournie, parce que souvent cette terminologie est à base médicale. L'exemple que je mentionne et qui est le plus simple est qu'on parle souvent de diagnostic alors que, dans notre domaine, c'est l'évaluation qui est l'équivalent. En ce qui a trait au dossier du bénéficiaire, nous croyons qu'il est important qu'il contienne, d'une façon claire et précise, les interventions pertinentes à son plan de développement, sans pour autant ajouter un nombre très long de ces données à notre dossier.

Dans le dossier - j'imagine que c'est déjà connu - nous avons signalé les problèmes de concordance entre les lois d'exception et la réglementation du S-5. C'est-à-dire qu'il y a des éléments de concordance qu'il faut absolument rétablir entre la Loi sur les jeunes contrevenants et les différentes réglementations face au dossier du bénéficiaire.

Dernier point. Face aux règlements que l'on demande au conseil d'administration d'édicter, j'ai entendu les commentaires de M. le ministre tout à l'heure, mais tout de même, à l'association, nous avons l'impression qu'il y a d'abord une augmentation de ce nombre de règlements que le conseil d'administration doit édicter et que peut-être il y aurait une divergence quant à son rôle premier. Est-ce que le conseil doit tenter de voir à administrer l'établissement ou voir à édicter et vérifier

la procédure ou encore l'encadrement d'un certain nombre de fonctions?

Les renseignements à fournir au ministre. Je les divise d'abord en deux et je pense que l'Association des hôpitaux a fait quelques commentaires similaires. À l'annexe II, qui est l'annexe concernant les bénéficiaires, la prudence qu'on suggère, c'est que jamais ces informations ne soient personnalisées. Quand on donne de l'information au ministre, qu'il n'y ait pas de possibilité de personnaliser l'information par un numéro quelconque.

L'autre point, qui est un point de coût pour nous, c'est qu'à peine 10% des centres d'accueil ont un système mécanisé ou informatisé des dossiers des bénéficiaires. Pour les centres d'accueil, à cause de leur taille, à cause de leur organisation, il y a un problème de faisabilité pour répondre à toutes ces questions. Il y a un problème face à la codification également parce que dans le domaine social il n'y a peut-être pas d'entente face à la codification des personnes quant à leurs besoins, leurs programmes.

L'annexe III contient un peu les mêmes propositions qui ont été faites tout à l'heure, c'est-à-dire enlever tout ce qui pourrait être personnalisant. Je pense que le débat est déjà ouvert là-dessus. Ici, on a peut-être 57% des centres d'accueil qui ont un certain niveau d'informatisation. Donc, il y a encore un problème réel quant à la faisabilité de fournir cette information.

M. le Président, je pense que cela a été très rapide pour permettre, peut-être, par les questions, de mieux comprendre la position des centres d'accueil.

Le Président (M. Desbiens): Je vous remercie. M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Je vous remercie, M. Dallaire, de votre mémoire considérable. Merci de l'avoir résumé pour nous. Je relève certaines affirmations dans votre mémoire et dans vos commentaires ce matin. Il y en a une qui me préoccupe beaucoup, c'est votre opposition à ce que vous appelez la "bicéphalie" et votre inquiétude devant cette "bicéphalie". J'aimerais vous entendre un peu plus longuement là-dessus.

M. Dallaire: Je ferai une introduction rapide. En général, le centre d'accueil est petit. Pour le gérer, il y a le conseil d'administration et le directeur général. Et les propositions que parfois on avait, surtout face au service médical, qui rattachaient le médecin au conseil d'administration créaient chez nous une structure bicéphale où le directeur général et le médecin avaient des interventions à faire, et en termes organisationnels.

M. Cloutier (Pierre): Si vous me permettez?

Le Président (M. Desbiens): Oui, allez-y.

M. Cloutier: La réalité du milieu fait en sorte qu'il y a effectivement un besoin d'encadrement de la pratique médicale en centre d'accueil. Et vous pouvez être assuré, M. le ministre, qu'on se creuse la tête tout comme vous pour essayer de trouver une formule qui atteindrait cet objectif-là, sauf que l'évaluation... En tout cas, on a présenté cela à nos membres, le genre de propositions qui est sur la table... Il y a cette question de la "bicéphalie" dont on vient de vous parler. Il y a le fait de ramener le conseil d'administration des centres d'accueil à une dimension un peu exécutive vis-à-vis du rôle du médecin en centre d'accueil. Les problèmes de fond sur le terrain, c'est, entre autres, la délégation des actes médicaux et infirmiers que vous connaissez bien. Et, par cette proposition, on ne règle pas les problèmes des centres d'accueil.

Et il y a aussi probablement une dimension de coût là-dedans qu'il nous est très difficile d'évaluer, mais en ce moment, la pratique médicale, aussitôt que les médecins sont d'accord pour venir travailler en centre d'accueil - et Dieu sait combien cette forme de pratique n'est pas la plus recherchée au Québec, je pense que vous le savez... Dans ce sens-là, on ne croit pas que la proposition qui est sur la table va beaucoup nous faire avancer dans l'ensemble de ces dimensions-là. Notre proposition est donc, malgré l'urgence de toucher cette question-là, de prendre un délai relativement court mais un délai quand même, d'asseoir autour d'une table les groupes intéressés - je pense, notamment, aux centres d'accueil d'hébergement, bien sûr, mais je pense aussi à la Corporation des médecins et à d'autres catégories d'établissements comme les CLSC, les hôpitaux, etc. - et d'essayer de trouver un modèle qui soit nouveau - je pense qu'il y a un certain nombre de difficultés à transférer tel quel le modèle hospitalier en centre d'accueil à cause de la petitesse de la structure - essayer de trouver une forme d'encadrement de la pratique médicale.

Bien sûr, ce que les établissements utilisent en ce moment dans la grande majorité des cas pour pouvoir accéder à cette délégation des actes médicaux et infirmiers, c'est les contrats de services interétablissements. C'est quand même une approche intéressante du modèle de complémentarité des différentes catégories d'établissements. Je pense qu'il y a quelque chose d'important à regarder dans cette lignée, dans la proposition qu'on vous soumet. Je pense, entre autres, au CLSC centre d'accueil. Le modèle veut qu'il y en ait un

par territoire de MRC éventuellement. Il y a peut-être des partages et des collaborations qu'on pourrait développer qui feraient en sorte que la pratique médicale serait encadrée comme vous le désirez, mais qui n'imposeraient pas une structure qui nous apparaît très grosse, très exigeante, qui compromet un certain nombre d'habitudes de gestion des centres d'accueil en ce moment qui, je pense, ont quand même prouvé une certaine performance; je pense aux coûts, au per diem, à la quantité de clientèles qu'on héberge, etc. Cette approche nous permettrait de trouver une solution. Nous vous le soumettons.

M. Johnson (Anjou): Un bref commentaire. Je vous remercie...

M. Lachapelle: M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Oui. Je m'excuse.

M. Lachapelle (Pierre-Paul): Un commentaire supplémentaire. À la page 9 de notre mémoire, on parle de deux problèmes de "bicéphalie": le service médical en centre d'hébergement dont il vient d'être question et également le problème de la famille d'accueil de réadaptation. Si on lit, par exemple, le règlement 7, au troisième paragraphe, on dit: La famille d'accueil de réadaptation qui fournit un maximum de quatre personnes, un programme actif de réadaptation conjointement avec le centre de services sociaux selon un plan d'intervention établi pour une durée limitée, pour chaque bénéficiaire, par un établissement offrant des services de réadaptation. Le problème qu'on vit dans les établissements, c'est qu'on se retrouve avec deux types d'établissements. Quel est le lien de ces deux établissements avec la famille d'accueil et avec le bénéficiaire, le jeune? Comment établir un plan de réadaptation lorsque l'intervention est au niveau des relations humaines? Cela suppose une interaction et une vérification constante. Il y a d'autres mécanismes dans le projet de règlement où on parle de révision de plan d'intervention et, là-dessus, tantôt, notre président a laissé entendre comment c'était important une révision du plan d'intervention et l'ensemble du plan d'intervention. Ces aspects-là font que c'est difficilement applicable. Devant des structures bicéphales, pour le jeune qui se retrouve devant deux intervenants et deux types d'établissements, on pense qu'il y a certaines structures qu'il faut élaborer pour éviter qu'au moins les chicanes de clocher entre types d'établissements et intervenants ne se fassent pas sur le dos des familles d'accueil et des bénéficiaires également. C'est un autre exemple du problème de "bicéphalie".

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

M. Johnson (Anjou): Au sujet de vos remarques sur la "bicéphalie" de type hospitalier, à cause de la présence des médecins, je trouve extrêmement intéressant vos propos et je retiens une chose. Vous dites que vos établissements sont petits. C'est vrai et ils peuvent difficilement s'accommoder d'une structure de type hospitalier. Je comprends que c'est une donnée de fait extrêmement importante.

Deuxièmement, vous posez toute la question de la délégation des actes médicaux et infirmiers qui est une espèce de capharnaüm... En tout cas, on n'est pas prêt de sortir de cela d'ici à quelques années, quand on regarde ce que sont les intérêts en cause, les corporations, etc.

Troisièmement, vous évoquez - je trouve cela extrêmement intéressant; j'aimerais vous entendre un peu plus longuement là-dessus - les contrats de services interétablissements dans le cas de l'utilisation qu'on fait des centres d'accueil. Si je comprends bien, grosso modo, vous avez des personnes hébergées chez vous qui ont besoin d'un certain suivi médical. Vous avez peut-être besoin aussi d'une disponibilité dans certains cas; je pense ici à l'accueil et l'hébergement pour personnes âgées en particulier. Vos contrats de services sont-ils nombreux? Deuxièmement, sont-ils, en général, avec des départements de santé communautaire ou avec des CLSC? Troisièmement, faites-vous appel à des ententes, si ce ne sont pas des contrats de services, avec la médecine dite privée, des polycliniques ou des regroupements d'omnipraticiens?

M. Cloutier: Je pense que le dernier modèle n'existe pas. Il s'agit de dire cela.

M. Johnson (Anjou): Est-ce que je peux vous demander pourquoi?

M. Cloutier: Je ne le sais pas. J'ai l'impression qu'on soupçonne peut-être un certain nombre de raisons.

M. Johnson (Anjou): Je ne suis pas sûr. Je pose la question. Très candidement, je constate aussi qu'il n'existe pas à bien des endroits et je m'interroge toujours là-dessus.

M. Cloutier: Je pense que cela n'existe pas, effectivement. J'ai l'impression que les gestionnaires des centres d'accueil ont surtout gardé la collaboration interétablissements dans ce sens et ont surtout développé cela. Ce n'est pas tout à fait vrai si vous voulez pousser un peu plus dans le cas de la pharmacie, par exemple. Dans certains cas, vous allez retrouver des

modèles avec la pratique privée. Je pense qu'en pratique médicale, c'est surtout avec les autres catégories d'établissements. C'est très diversifié. Je n'ai pas de chiffres à vous citer aujourd'hui, mais il y en a avec des centres hospitaliers. Il y en a avec des services de santé communautaire. Il y en a aussi avec des CLSC. Les trois façons existent. Ce qu'on a aussi pratiqué, M. Johnson, si vous permettez...

M. Johnson (Anjou): Je vous en prie.

M. Cloutier: ...c'est de regrouper un certain nombre de centres d'accueil où pratiquent un certain nombre de médecins et de créer une certaine dynamique entre eux qui fait qu'il y a une certaine possibilité d'échange ou une certaine possibilité de collaboration, etc. Le modèle est plus explicite dans la pratique pharmaceutique. C'est moins clair du côté médical, mais c'est quand même une approche intéressante peut-être aussi à regarder.

M. Johnson (Anjou): Écoutez, on se comprend bien sur les objectifs, peut-être pour les fins de mes collègues de la commission. Première constatation: alourdissement des clientèles dans le cas de l'hébergement des personnes âgées en particulier. Constatation qu'à certains endroits, cet alourdissement nous amène dans ce que le Dr Mackay appelait des zones grises qui n'en finissent plus, où finalement on se demande vraiment si ce n'est pas de la "clientèle" de CHSP ou l'inverse. Deuxième constatation, il y a donc là, à cause de cela, des besoins de services médicaux. Troisième constatation, c'est que dans le régime juridique dans lequel on vit et dans le type de système qu'on a mis sur pied au Québec et aussi en fonction d'une notion qui a 3000 ans, depuis Hyppocrate, il y a une notion de responsabilité professionnelle du médecin qui fait que cela s'accommode très mal d'un lien hiérarchique entre un administrateur et un professionnel qu'est le médecin.

C'est évident qu'il va y avoir de plus en plus de médecins qui vont mettre les pieds dans les centres d'accueil. C'est un fait. Je pense que vous le constatez avec nous. Comment est-ce qu'on va s'assurer que cette pratique, sur le plan de la responsabilité et de la planification des interventions est encadrée dans des normes qui sont des normes médicales? C'est la recherche de l'équivalent d'un CMD dans le fond dans l'hôpital où, collectivement, la profession sur le plan local se donne un instrument de jugement d'opportunité, de formation des gens, de pertinence des gestes, etc. Vous dites: On est trop petit pour avoir cela. Et en plus de cela, vous n'aimez pas bien cela, évidemment, qu'une catégorie de

votre personnel parle directement au personnel d'administration. Dans les hôpitaux, ils sont habitués à cela. Vous ne tenez pas à vous habituer à cela, si je comprends bien.

M. Cloutier: C'est cela.

M. Johnson (Anjou): C'est cela? Avant de conclure là-dessus, je ne prétends pas que c'est final comme conclusion, remarquez, avant de conclure notre échange... Dans le cas des rapports interétablissements que vous avez, avec les CLSC, par définition ce sont des médecins salariés, ils ne font pas cela à l'acte. Dans le cas des services de santé communautaires ou des centres hospitaliers, la rémunération est à l'acte? Où est-ce qu'elle peut être à l'acte, ou elle peut être seulement...

M. Cloutier: Elle est en général, je pense, à l'acte, mais ce médecin, généralement, est sur le territoire du DSC, il y appartient donc, il fait partie du CMD de l'hôpital et il a un contrat de services avec les deux établissements. Donc, il bénéficie des pouvoirs de délégation des actes, etc., et, bien sûr, du contrôle de la pratique au sens large dont on parlait tantôt.

M. Dallaire: On pourrait peut-être ajouter, M. le ministre, que dans plusieurs endroits, dans les centres d'accueil et d'hébergement, ils ont un contrat avec un CMD pour la délégation des actes. C'est un fait aussi et cela peut être avec un CLSC ou avec une autre catégorie d'établissements. On nous dit aussi qu'il y a pour les psychiatres, dans les centres d'accueil de mésadaptés socio-affectifs, des contrats avec un centre hospitalier. Dans les centres d'accueil d'assistance-maternité, il y a des contrats avec des cliniques privées à certains moments. Cela fait quand même certains niveaux d'entente qui sont déjà expérimentés à l'heure actuelle.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Je comprends que vous n'avez pas de chiffres, mais comme approximation, ordre de grandeur, vous avez quoi? 10%? 20%? Écoutez, si vous n'avez pas assez de données j'accepterai que vous me disiez que vous préférez ne pas répondre.

M. Cloutier: Je ne suis pas assez certain des données qu'on pourrait vous transmettre.

M. Johnson (Anjou): D'accord.

M. Cloutier: Quelques centres d'accueil aussi ont leur CMD parce que jusqu'à ce que la réglementation présentée maintenant soit adoptée, si elle l'est, c'est possible pour un centre d'accueil parce que la réglementation

et la loi omettent l'appellation "centre d'accueil". On avait donc une interprétation élargie de la possibilité d'avoir un CMD en centre d'accueil. Il doit y en avoir cinq ou six, peut-être même une dizaine qui ont structuré eux-mêmes, à l'intérieur de leurs cadres, un CMD selon le modèle hospitalier. Ce sont par contre les plus gros établissements, c'est-à-dire qu'on parle là de 250 bénéficiaires et plus.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Est-ce que vous pourriez avoir ces données disponibles assez rapidement ou si cela présuppose que vous êtes obligés de faire un sondage important auprès des 400 établissements?

M. Cloutier: On peut faire un sondage auprès des 400 établissements mais on est équipé pour faire ce genre de travail. On peut vous sortir des données.

M. Johnson (Anjou): Rapidement?

M. Cloutier: Oui.

M. Johnson (Anjou): Ce n'est pas trop compliqué de sortir de l'information des établissements?

M. Cloutier: Dans la mesure où elle n'est pas personnalisée, vous savez... Vous ne voulez pas le nom des médecins, n'est-ce pas?

M. Johnson (Anjou): Nos données nous disent qu'il y a 20% de centres d'accueil avec des CMD. Mais ce qui m'intéresse beaucoup plus, pour les fins de la discussion et de l'évolution de la présence médicale dans le milieu de l'hébergement où les cas s'alourdissent, c'est la formule de contrat de service. Je pense qu'il y a des choses à gratter là-dessus et à mettre au point pour éviter peut-être certains des inconvénients que vous verriez, mais en même temps s'assurer que les objectifs d'un certain contrôle collectif des médecins par eux-mêmes est maintenu.

Sur la question des familles d'accueil, j'ai pris note de ce que vous disiez, M. Lachapelle. Je n'ai pas de commentaires. M. Dallaire, vous parliez tout à l'heure de la difficulté de la codification des besoins sociaux. J'aimerais vous entendre, vous ou certains de vos acolytes, parler de cela un petit peu, brièvement.

M. Lachapelle: Un exemple dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Présentement au ministère il n'y a pas d'entente entre les centres d'accueil et au niveau même de l'équipe ministérielle sur le type de codification qu'on doit faire, sur les critères d'après lesquels on

doit la faire. Il est évident...

M. Johnson (Anjou): Pourquoi? Je m'excuse. C'est parce qu'on...

M. Lachapelle: Pourquoi?

M. Johnson (Anjou): On est entre députés... C'est quoi la codification, les besoins...?

M. Lachapelle: Dans le cas, par exemple, de la codification pour l'identification de la nature de la problématique, dans un centre d'accueil on ne parle pas de personnes malades, on ne prend pas les manuels de classification nosologique. On n'a pas d'entente présentement au niveau de ce type de centres d'accueil, à savoir comment on identifie la problématique, à partir de quels critères et qu'est-ce qui est important.

Dans le cas des toxicomanes, par exemple, est-ce qu'on doit identifier la problématique à partir de la substance consommée - quel type de drogue - ou par rapport au degré de détérioration de la personne? Ce sont des choses qui ne sont pas faites et...

M. Johnson (Anjou): Pourtant c'est important ces choses.

M. Lachapelle: C'est important. Quelle sorte d'information peut-on vous transmettre s'il n'y a pas d'entente sur la nature de la problématique? Qu'est-ce qui fait qu'il y a problème? Est-ce que c'est la substance consommée ou la façon dont la personne vit, son style de vie? Je vous donne un exemple; on pourrait avoir d'autres types, illustrer... Au niveau des mésadaptés socio-affectifs, qu'est-ce qu'un mésadapté socio-affectif léger, grave ou moyen? Là-dessus il y a pas d'entente. Il faut faire des travaux sur cela. Il faut expérimenter aussi pour voir si, lorsqu'on codifie, lorsque chacun des praticiens va codifier, on codifie comme il faut, parce que, en fin de compte, si on codifie tout croche, on verra ce que cela donnera. Des recherches ont été faites là-dessus dans des hôpitaux ou ailleurs qui font que le problème de classification et d'identification est un problème important, surtout lorsqu'on touche au domaine de la santé mentale et de l'intervention sociale, c'est évident. Au niveau des interventions c'est le même problème.

Ce qu'on dit c'est que ce sont des choses à faire, que cela devrait se faire dans un processus où on va penser... Il faut que cela se fasse avec des gens qui sont dans le champ de l'intervention pour comprendre aussi la nature du problème de la codification.

M. Cloutier: Si vous me permettez aussi d'ajouter quelque chose. Je pense que sur le principe de fournir un certain nombre de renseignements qui sont des outils de planification, d'orientation, etc., il n'y a aucun problème. Les établissements s'entendent pour dire qu'on est redevable dans ce sens au ministère - les deniers publics, les orientations, etc. - et il faut s'organiser pour fournir des choses. Par contre, les programmes en centre d'accueil - je pense, entre autres, à la mésadaptation sociale, aux handicapés mentaux et à d'autres - l'appellation d'un programme à un endroit n'est pas du tout la même à l'autre endroit et ce sont peut-être les mêmes contenus.

À l'inverse, vous pouvez avoir des contenus très différents qui sont la même chose. Autrement dit, on n'est pas sûr que les chiens jappent et que les chats miaulent partout. On voudrait s'assurer non pas sur le principe de fournir des données, mais qu'il y ait un certain temps qui soit accordé au réseau pour ajuster son langage, se bâtir un dictionnaire, concevoir les mêmes idées derrière les choses qu'on pourrait vous transmettre et, ensuite, vous transmettre l'information dont vous avez besoin. C'est un problème. Il y a une mesure de temps et de réflexion. Je vous rappelle l'expérience qu'ont vécue les CLSC à leur départ. Cela a été un long exercice. Je pense avec raison qu'on va devoir les agacer ou leur dire qu'on espère faire plus vite, mais il faudra faire le même cheminement.

L'autre dimension, c'est l'équipement de base dans les établissements pour manipuler ces choses. On vous parlait tantôt de systèmes d'information dans les centres d'accueil. Il n'y a pas 10% d'établissements qui ont touché aux outils nécessaires pour faire cela et on parle d'investissements et de coûts, bien sûr, mais on n'a pas les outils pour traiter les cas. Je vous cite l'exemple du centre d'accueil Cartier, par exemple, qui reçoit 3500 clients par année, qui n'a pas de système informatisé pour codifier ces choses, les traiter, les agglomérer, etc. Ce sont les deux dimensions de notre problème par rapport à la codification.

M. Johnson (Anjou): Seulement pour répondre à l'une de vos préoccupations, pourquoi veut-on des données nominales dans certains cas, notamment au sujet des employés? Qu'on se comprenne bien, ce n'est pas pour savoir si M. Untel ou Mme Unetelle fait telle chose, il s'agit de trouver des mécanismes de protection de la confidentialité, mais le numéro d'assurance sociale est extrêmement utile pour mesurer la mobilité du personnel dans le réseau, la notion de double emploi, encore une fois pour des fins statistiques, et le calcul du coût du système, en fonction du nombre

d'années que les gens sont dans le système. C'est pour cela que, lorsqu'on parle du numéro d'assurance sociale, ce qu'on recherche... Il n'y a pas moyen de savoir si quelqu'un est employé dans trois hôpitaux différents ou de savoir si une personne est passée d'un centre d'accueil à un centre hospitalier, de faire des études sur la mobilité de la main-d'oeuvre du réseau si on n'a pas le numéro d'assurance sociale. Cela ne nous intéresse pas de savoir quel est le nom et quel est le salaire intrinsèquement, c'est de faire des agrégats, mais en suivant les gens un peu comme si le numéro d'assurance sociale était un marqueur de mobilité du personnel, pour savoir quelle est la concentration.

Encore une fois, je veux vous rassurer là-dessus. On n'est pas à C-157. C-157, c'est la loi sur la police civile fédérale pour ceux qui n'étaient pas sûrs.

Vous nous proposez - et on vous en remercie - une solution pour les mères en difficulté de la catégorie. Il y a peut-être une solution très simple à cela, c'est de faire une annexe et de les énumérer. Je pense qu'il y en a six, si je ne me trompe pas. Plutôt que de faire une définition bien compliquée, on va les annexer, on les connaît. J'en ai déjà visité quelques-unes.

Dernièrement, c'est le système d'admission. Je comprends que vous nous dites être d'accord avec les objectifs, d'accord avec les principes, d'accord avec la notion de comité, la notion de système unique sur le plan régional. Est-ce que je me trompe ou si ce que vous remettez en cause, c'est strictement la dimension du CRSSS administrateur vis-à-vis du coordonnateur? C'est cela pour l'essentiel, il n'y a pas d'autres éléments?
(17 heures)

M. Cloutier: Si vous me permettez un commentaire sur ce point, peut-être qu'on se situe à l'inverse de nos prédécesseurs. Je pense qu'il est essentiel qu'il y ait une liste ou un registre par sous-région, par territoire de CLSC, par territoire X qu'on définira.

M. Johnson (Anjou): C'est bien sûr.

M. Cloutier: Si on veut à un moment donner une priorité aux besoins des gens, il faut qu'il y ait une seule liste. Si chaque établissement garde sa petite liste de demandes et qu'à chaque comité d'admission qui se réunit chacun arrive avec son papier et sa pile de demandes et qu'on essaye d'agglomérer ces choses-là, je pense qu'on ne s'en sortira jamais.

Une des qualités du système proposé, c'est qu'on puisse avoir par territoire quelconque une liste et c'est à partir de cette seule liste qu'on peut donner priorité aux cas; sinon, on n'en sort pas. Il faut être sûr de servir la personne qui en a le plus

besoin; donc, c'est la personne qui est en haut de la liste qu'il faut d'abord servir. Il y a une centralisation quelque part qu'on souhaite au CLSC.

M. Johnson (Anjou): Cela va.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Merci. Je voudrais revenir sur la question de la "bicéphalie" eu égard à la collaboration que vous avez actuellement, qui doit se pratiquer sous une certaine forme entre les centres d'accueil et les centres de services sociaux. Comment cela fonctionne-t-il dans les faits? Ce sont les centres de services sociaux qui évaluent les familles. Comment se partagent les responsabilités?

M. Dallaire: Si on part des faits, c'est-à-dire non pas sur la prospection ou sur quoi que ce soit, présentement le CSS est responsable d'évaluer la famille et de l'accréditer. Si je pars du point de vue du centre d'accueil, il recommande qu'une personne soit placée. La personne est placée à partir du moment où c'est accepté par le CSS. C'est le cheminement quotidien dans les faits à l'heure actuelle.

Présentement, le plan d'intervention n'est pas nécessairement défini ou par l'un ou par l'autre ou, s'il est défini, il est défini par la bonne entente qu'il peut y avoir entre les personnes. Si on prend la famille d'accueil ordinaire, elle ne fait pas nécessairement une intervention de réadaptation, mais elle assure le gîte, le couvert, etc. La famille d'accueil spéciale va assurer gîte et couvert, mais à des personnes qui ont des difficultés spéciales.

Cependant, quand on arrive avec le concept nouveau - et c'est là qu'on le voit avec intérêt, mais prudence - dans les faits, comment cela va-t-il se faire véritablement? C'était la question soumise tout à l'heure par M. Lachapelle. Présentement, c'est le CSS qui a la responsabilité de l'opération en famille d'accueil.

Mme Lavoie-Roux: Vous n'êtes pas d'accord avec cela.

M. Dallaire: Sur la famille d'accueil de réadaptation, quant au programme d'intervention, on aimerait que soient plus clairement spécifiés - c'est la proposition que l'on fait - le travail d'intervention qui peut se faire et les mécanismes de jonction entre les deux types d'établissements.

M. Cloutier: Les cas perturbés, les enfants-problèmes, par exemple, ayant de grandes difficultés, très souvent, nécessitent l'intervention de spécialistes - sans pré-

tention - de la réadaptation. Là-dessus, les centres d'accueil croient avoir développé au cours des années une certaine expertise. Or, on a publié il y a quelques années aussi un document qui s'appelle Le centre d'accueil, agent privilégié de réadaptation. On pense que dans le secteur de la mésadaptation sociale, l'outil que la société québécoise s'est donné pour traiter ces questions, ce sont les centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs. Or, ce qu'on essaie de faire en ce moment, tout en reconnaissant aux centres de services sociaux la responsabilité des familles d'accueil, c'est comment on peut faire apporter la contribution ou l'expertise des centres d'accueil pour les aider à supporter les enfants qu'on placera dans ces familles d'accueil de réadaptation.

Je pense que dans ce sens-là, la proposition qu'on vous fait, c'est une structure "matricielle", entre guillemets, qui comporte un certain nombre de problèmes d'application. On pense que, si la réglementation précisait davantage, cela faciliterait le discours entre les deux catégories d'établissements.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que les praticiens des centres de services sociaux n'ont pas aussi développé une expertise d'intervention auprès des enfants-problèmes, depuis probablement plus longtemps que les centres d'accueil eux-mêmes?

M. Cloutier: Ce sont des réseaux qui se sont développés aux mêmes années vers 1940 ou quelque chose comme cela au Québec. Quand on parle des centres d'accueil de réadaptation, ils ont quand même une plus longue histoire que les centres d'accueil d'hébergement. On reconnaît que les centres de services sociaux ont développé certains travaux ou certaines expertises du côté de la mésadaptation sociale, par exemple. Sauf que, lorsqu'on parle de clientèles avec de plus grandes difficultés - c'est tout à fait normal - le réflexe est de faire appel aux ressources plus équipées qui s'appellent les centres d'accueil. Dans toute la mesure du possible si les centres de services sociaux sont capables de s'occuper d'enfants ayant certaines difficultés, ils le font et tant mieux, il faut que cela soit comme cela. C'est-à-dire qu'on utilise, d'abord, la famille d'accueil régulière, la famille d'accueil spéciale et la famille d'accueil de réadaptation, on n'a aucun problème avec cela. Il reste que, malgré cela, il y a un certain nombre d'enfants qui se ramassent en centres d'accueil pour mésadaptation sociale ou pour handicapés mentaux, par exemple.

Mme Lavoie-Roux: Habituellement, quand ils sont replacés dans une famille d'accueil, n'est-ce pas parce que l'enfant a

fait un certain progrès et est rendu à une phase de son traitement qui permet son placement dans une famille d'accueil où l'approche sera différente de celle qui se fait dans un centre d'accueil? Sans cela, vous le garderiez en centre d'accueil.

M. Dallaire: Le concept est précisément en train d'évoluer face à cela. À certains moments, la famille joue ce rôle. C'est pour cela que le rôle doit être joué en plus par la famille parce que la personne avait peut-être des problèmes plus grands et a toujours besoin de la même relation avec son professionnel; je m'excuse de l'expression. C'est cela que l'on veut préserver dans l'évolution pour cette période importante de transition, ce que j'appellerais l'unité d'intervention ou la sécurité face à l'intervention. D'autant plus que si la recommandation vient du centre d'accueil pour aller en famille d'accueil pour un cas spécial, la personne était vraiment en situation difficile. Donc, elle a eu besoin d'une intervention spécialisée. À ce moment, il y a deux clientèles. Il y a la clientèle que j'appellerais, si vous me permettez l'expression, un peu plus légère avec laquelle le travailleur social est peut-être plus habitué à travailler, où l'intervention est relativement de créer un milieu familial favorable. Là, on parle vraiment des clients qui arrivent des centres d'accueil et qui ont besoin d'une intervention spécialisée.

M. Lachapelle: Le problème qui se pose dans cela, d'une part, c'est que la réadaptation se fait encore - et c'est nécessaire - dans des internats, dans le concept classique. De plus en plus, heureusement, on considère que cela doit se faire dans le milieu le plus normal possible. On utilise à ce moment les moyens d'intervention les plus normaux possible. La famille, dans le cas d'un bénéficiaire qui a besoin de services de réadaptation, n'a plus cette fonction de réinsertion sociale, mais a une fonction de réadaptation. C'est un agent de réadaptation, c'est un intervenant de réadaptation. Devant cela l'ACAQ est bien d'accord. On pense qu'on s'en va vers une société qui se prendra plus en main, puis où on ne marginalisera pas trop le monde. On est bien content de cela.

Par contre, le problème que cela nous pose, c'est: comment le plan d'intervention s'applique-t-il? Ce n'est pas sur le concept d'un accueil - je reviens sur cela - qu'on a de la misère. C'est que l'application du plan d'intervention qui suppose - on le voit même dans la formulation du règlement - deux types d'établissements. C'est là qu'on dit que ce n'est pas applicable s'il n'y a pas une certaine façon d'administrer cela, si l'on ne s'assure pas qu'il n'y a pas deux intervenants qui peuvent dire au même bénéficiaire, au

même jeune, des informations contradictoires. Le jeune vit un processus. C'est dynamique. Il change. Alors, il faut une adaptation constante. Il peut arriver dans ce cas aussi, pour éviter la multiplication des intervenants, que le jeune puisse être référé à un centre d'accueil internat, mais que, quelques semaines plus tard, il s'en aille ailleurs. Il faut arrêter de multiplier les intervenants. Ce qu'on veut s'assurer, c'est que le plan d'intervention puisse être appliqué de façon intelligente. C'est pour cela qu'on dit: Oui, avec des balises. Cela ne se fait pas par personnes interposées, un plan d'intervention; c'est cela que nous voulons dire. On ne donne pas une commande à quelqu'un de faire telle chose. Il faut que cela soit supervisé de façon beaucoup plus immédiate.

Mme Lavoie-Roux: J'ai l'impression qu'il y a des conflits d'intervenants dans le problème que vous nous décrivez.

M. Lachapelle: Il ne faut pas qu'ils se vivent et dans la famille, et sur le dos du bénéficiaire. C'est pour cela que les règles du jeu doivent être prévues dans la réglementation.

Mme Lavoie-Roux: L'un ou l'autre pourrait intervenir, mais il faut qu'on s'entende sur qui intervient. C'est ce que vous dites?

M. Lachapelle: Ce que je dis, c'est lorsqu'il y a quelqu'un qui a besoin des services d'adaptation et qu'on l'envoie dans un centre d'accueil d'adaptation, que ce centre d'accueil puisse intervenir aussi avec des outils assez variés pour qu'on évite l'institutionnalisation de ces jeunes.

Mme Lavoie-Roux: À la page 34, vous vous réjouissez qu'il soit question d'un plan d'intervention en centre d'hébergement pour mieux desservir les personnes âgées, alors que ce plan d'intervention dépasse la notion de plan de soins et qu'il s'agit d'un plan global touchant l'ensemble des dimensions physiques, psychologiques et sociales de la personne. Vous indiquez qu'évidemment, pour faire ceci, il faudra que plus de ressources soient mises à votre disposition. Mais est-ce qu'ils n'existent pas, à l'intérieur des centres d'accueil pour personnes âgées, ces plans d'intervention globale? Peut-être avez-vous besoin de plus de ressources, mais c'est comme si tout à coup, jusqu'à maintenant, vous vous étiez préoccupé des dimensions physiques et que désormais on vous permet de vous préoccuper globalement de la personne. Enfin, c'est d'après ce que je lis dans votre texte. Est-ce que l'interprète mal?

M. Cloutier: À tout le moins de façon

restrictive pour un angle, mais je pense qu'il existe des plans de soins en ce moment qui ont surtout un axe nursing ou santé. Notre perception des services à rendre aux personnes âgées en centre d'accueil est beaucoup plus large que cela. Prenons, par exemple - je pense que vous allez bien me comprendre - l'intervention des services sociaux auprès des clients âgés. Il y a seulement sept travailleurs sociaux dans tout le Québec qui donnent - qui ne font pas des listes d'admission et qui ne font pas des évaluations pour les éventuels comités d'admission - des services sociaux, qui font des interventions de nature sociale auprès des 30 000 personnes âgées qu'on a en centre d'accueil; il y en a sept. On pense qu'un plan d'intervention, si on veut que cela rime à quelque chose, devra s'occuper aussi de ces dimensions.

Parlons d'évaluation et de besoins psychologiques. Si on n'a pas un certain nombre d'outils pour faire ce genre de chose, on va se retrouver avec un plan peut-être un peu plus large que le plan de soins, mais au fond ce n'est pas prendre l'ensemble de la personne sur le plan global. Bien sûr, on essaie d'assumer cela avec les moyens qu'on a - M. le ministre est bien au courant de nos demandes répétées en termes de personnel, etc. - mais il faut quand même constater qu'on en est à des équipes de premier niveau d'intervention en termes de services gérontologiques. Parlons de la physiothérapie, parlons de l'ergothérapie, etc., que ce soit de la réadaptation dite de support, de correction ou autre, moi, cela m'importe peu, mais ce sont des services dont les personnes âgées ont besoin, qu'on ne donne pas. Quand on fait appel à la notion de plan d'intervention, nous pensons à tout cela. Alors, on dit: Il va falloir injecter des choses, c'est ce que cela veut dire, sinon on aura un plan de soins équipés.

Mme Lavoie-Roux: Pourriez-vous me dire - non en termes de mortalités ou de départs vers des hôpitaux de soins prolongés - en termes de retour dans la communauté, si vous avez des statistiques sur le taux de mobilité de votre population dans les centres d'accueil pour personnes âgées? Est-ce que le fait d'ajouter ces ressources dont vous parlez permettrait un plus grand va-et-vient - je pense qu'il serait souhaitable - entre la communauté naturelle, si on peut dire, et l'institution?

M. Cloutier: Je pense que, par rapport à votre deuxième affirmation, un coffre d'outils plus complet permet de mieux travailler et de mieux combler les besoins, donc d'éventuels retours beaucoup plus fréquents.

Mme Lavoie-Roux, j'ai entendu le chiffre de 2% de retours à la communauté,

mais je ne pourrais pas vous le confirmer. Peut-être les spécialistes du ministère ont-ils aussi des données là-dessus, mais il me semble que ce soit le chiffre que j'ai entendu, je n'ai pas fait d'enquête.

Mme Lavoie-Roux: Une dernière question. Le ministre a passablement abordé la question de l'équipe médicale à l'intérieur et vous lui avez donné certaines pistes d'exploration. Pouvez-vous me dire dans quelle mesure les bénéficiaires qui sont admis chez vous peuvent continuer de recevoir les services médicaux ou les consultations médicales de leur médecin traitant avant d'avoir accès aux centres d'hébergement?
(17 h 15)

M. Cloutier: Excusez-moi, je n'ai pas saisi la question.

Mme Lavoie-Roux: Les bénéficiaires qui sont admis dans les centres d'accueil et qui avaient, avant leur admission dans le centre d'accueil, un médecin traitant qui était, soit un médecin de famille, un médecin qui les suivait depuis longtemps - il pouvait être un spécialiste aussi, peu importe - dans quelle mesure peuvent-elles continuer d'avoir accès à ces médecins?

M. Cloutier: Je pense que sur le plan des principes, la réponse est que, bien sûr, on essaie dans toute la mesure du possible que les gens puissent avoir accès à leur médecin. Je vous cite un cas que je connais: dans un centre d'accueil de 60 lits, il y a eu, à un moment donné, 17 médecins qui intervenaient, les uns selon les horaires du soir, les autres selon les horaires du matin; les uns, de temps en temps, le samedi et de temps en temps, le dimanche, parce que chacun a sa forme de pratique, etc. Je vous avoue que c'est "unmanageable", si vous me permettez l'expression anglaise. La structure des soins et des interventions, par exemple, des infirmières, pour donner le support nécessaire à ces visites médicales, etc., ce n'est pas possible physiquement. Alors, il a fallu restreindre cela par des ententes avec les médecins en question dans certains cas et essayer de discuter comment on pourrait s'aménager autrement. Dans la mesure du possible, je vous avoue qu'on essaie de respecter cela de façon très certaine. Mais, ce n'est pas toujours facile.

Mme Lavoie-Roux: Je pense que la loi ou les règlements prévoient que les gens aient la liberté de choix?

M. Cloutier: Oui, tout à fait.

M. Johnson (Anjou): Là-dessus, si on me permet une question.

Mme Lavoie-Roux: Le problème nous est soumis, pas tous les jours. Oui.

M. Johnson (Anjou): Le problème peut être cosmique: c'est toute la notion de la liberté de choix et tout cela. Mais, dans la mesure où - regardons-le en termes de quantité - de plus en plus, dans les centres d'accueil, les centres d'hébergement, il y a des populations plus lourdes qui exigent des services médicaux que ce soit par contrat de services ou par l'équivalent de l'instauration d'un CMD qui se rattache au conseil d'administration comme ce qui est proposé dans le projet, cela devient, à toutes fins utiles, de la pratique en établissement. Or, un citoyen qui est à l'hôpital Saint-Luc ou à l'hôpital Saint-Sacrement ici à Québec, qui est hospitalisé dans cette boîte où il y a une structure qui s'appelle un CMD n'a plus la "liberté de choix" entre quillemeets. Il ne peut pas faire venir son médecin de famille de Sept-Îles. Il faut que le médecin qui met les pieds dans l'établissement ait des privilèges dans cet établissement. C'est tout cela dans le fond. L'équilibre à trouver là-dedans vient à partir de cela. Tant et aussi longtemps qu'on n'a pas changé cela, il reste que le critère le plus absolu qui demeure, c'est celui de la liberté de choix de l'individu. On sait, cependant, que cela comporte des inconvénients sérieux, à la fois pour le patient, pour le médecin en termes de disponibilité, de possibilité de s'y rendre, sans compter qu'à certains endroits on connaît certaines aberrations de pratique qui sont reconnues par les fédérations elles-mêmes.

La pratique à l'acte en centre d'accueil est un mode de rémunération qui ne colle pas bien finalement aux besoins. D'ailleurs, la Fédération des médecins omnipraticiens a reconnu dans la dernière entente qu'il fallait trouver d'autres solutions. On s'est entendu sur une chose: la rémunération à l'acte en centre d'accueil - on s'entend sur le principe, c'est écrit dans la lettre d'entente - n'est pas un mode adéquat. Il faut trouver autre chose. Cela peut produire des aberrations. Il va falloir trancher dans cette espèce de noeud gordien de la notion de la liberté pour l'individu de choisir son propre médecin. Mais on ne pourra justifier d'enfreindre ce principe général dans nos lois que dans la mesure où il s'agit de l'équivalent d'un établissement. Personne ne se pose la question de la liberté de choix dans les hôpitaux. Tu ne fais pas venir ton médecin de famille à l'hôpital s'il n'a pas de privilèges d'hospitalisation dans cet hôpital.

Mme Lavoie-Roux: C'est le point où je voulais en venir. Vous avez des objections, vous avez soulevé des questions quant à l'établissement d'un conseil de médecins et dentistes à l'intérieur du centre d'accueil.

Est-ce que ceci ne permettrait pas, justement, de régler cet autre problème qui n'est pas toujours, comme vous le dites, à l'avantage du bénéficiaire ou même n'est certainement pas souvent à l'avantage du centre d'accueil?

M. Cloutier: Partiellement. L'existence d'un conseil des médecins et dentistes n'augmente pas nécessairement le nombre de médecins qui y pratiquent. Je connais beaucoup de petits centres d'accueil, de 30, 40, 50, 60 lits, où il y a un médecin qui intervient dans cet établissement. De là le problème de l'encadrement de la pratique médicale, bien sûr, mais le problème d'accessibilité est d'autant plus simple dans ce genre d'établissement.

Chez les praticiens, généralement, ou les médecins qui intervenaient dans plusieurs établissements où ce problème se posait, il y a eu une discussion un peu collégiale entre eux et, lorsque cela devenait trop compliqué à administrer, certains ont décidé soit de se retirer, soit d'intensifier leur intervention. Ils ont fait, si on veut, un nouveau partage de clientèle. Ils en ont convenu entre eux. J'ai un cas en mémoire où il y avait trop de médecins dans un même établissement et les gens ont décidé de discuter avec leurs clients de la possibilité de... et il y a eu des aménagements intéressants. On travaille avec les réalités du milieu dans ce sens-là. Mais je ne pense pas que l'existence de structures comme telles...

Mme Lavoie-Roux: Vous parlez davantage d'un service médical que du Conseil des médecins et dentistes.

M. Cloutier: Oui. Cela n'augmente pas le nombre des médecins nécessairement.

Mme Lavoie-Roux: Cela pourrait régler en partie... Merci.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de Jacques-Cartier.

Mme Dougherty: J'ai quelques questions de nature générale qui ne touchent pas directement ces règlements, mais qui touchent l'ensemble du réseau des centres d'accueil. Pourriez-vous nous donner une estimation des coûts par jour pour une personne âgée dans un centre d'hébergement par rapport aux coûts dans une famille d'accueil, ou pour n'importe quelle catégorie, que ce soit une personne handicapée ou autre? Quel est le ratio des coûts? C'est ce que je cherche; pas le coût absolu.

M. Cloutier: Pour bien comprendre votre question, mentionnons que la comparaison qu'on établit généralement, Mme la députée, se situe entre les centres

d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins prolongés et les pavillons, parce que c'est généralement qu'on retrouve les mêmes genres de clientèle. La famille d'accueil de réadaptation ou la famille d'accueil est plutôt comparable au centre d'accueil de réadaptation.

Mme Dougherty: Prenons l'exemple d'une catégorie où on peut comparer une famille d'accueil et un centre d'accueil. C'est cela que je voudrais comparer.

M. Cloutier: Je pense que, pour une famille d'accueil - peut-être que mes collègues des centres de services sociaux connaissent ces chiffres-là mieux que moi - l'aide sociale accorde 22 \$ par jour. 13,52 \$, me dit-on, pour ce qui est des familles d'accueil.

Mme Dougherty: Mais si on ajoute d'autres services, médecin, transport, etc., les services itinérants consacrés à ces personnes dans des familles d'accueil? Le ministre pourrait peut-être répondre, parce que la deuxième partie de ma question est la suivante: Si on avait plus de familles d'accueil pour certaines catégories, est-ce qu'on pourrait, dans l'ensemble du réseau, fonctionner avec moins de centres d'accueil? Je parle de certaines catégories. Il y a certaines personnes pour lesquelles la famille d'accueil est hors de question; je comprends cela. Je pose ces questions parce que j'ai l'impression que, dans l'évolution des centres d'accueil que vous avez brièvement tracée au début, nous sommes arrivés à un point qui est au-delà, qui a atteint l'optimum des coûts-bénéfices par rapport aux services. Aussi, compte tenu que notre but est de garder nos citoyens dans les milieux les plus normaux possible - c'est un principe très important - on pourrait, dans l'ensemble du réseau des affaires sociales, être plus efficaces sur le plan économique et en même temps sur le plan personnel.

M. Johnson (Anjou): D'abord, voici quelques données de fait. Je comprends que l'Association des centres d'accueil ne soit pas versé nécessairement dans les chiffres sur les familles d'accueil; c'est notre rôle à nous. Il y a 2938 familles d'accueil d'hébergement pour personnes âgées, pour un total de 9453 personnes qui sont hébergées dans ces familles. Il y a à peu près, comme on voit, en moyenne, quelque quatre personnes par famille. Deuxièmement, pour les enfants, c'est-à-dire la réadaptation, mésadaptés socio-affectifs, handicapés, etc., déficience mentale, protection, 10 729 familles d'accueil pour un total de 15 154 bénéficiaires. Comme on le voit, ce n'est même pas deux enfants par famille d'accueil. En gros, il y a un problème de disparité sur

le territoire. Si on regarde les milieux à très forte concentration urbaine comme Montréal on manque de familles d'accueil pour personnes âgées. Il semble que la technique de pavillonnement, pour toutes sortes de raisons, soit celle qui est la plus apte à répondre aux besoins de la culture urbaine. Les gens sont plus isolés, etc., peut-être que les maisons s'y prêtent moins qu'en milieu rural.

Dans le cas des enfants, si je me souviens bien, il ne manque pas beaucoup de ressources globalement, compte tenu des besoins exprimés jusqu'à maintenant. La vraie question que vous posez sur un plan philosophique ou d'orientation est, à mon avis, très importante. Je pense que là-dessus, on serait peut-être surpris de voir la réaction des centres d'accueil. Les centres d'accueil sont de plus en plus ouverts vers cette notion qu'il faut permettre aux gens d'être le plus possible dans un milieu naturel. Ce qui nous manque, c'est des familles d'accueil dites spécialisées, c'est-à-dire des gens qui sont prêts à prendre des cas complexes, un peu plus lourds, plus exigeants. Cela prend du monde qui a beaucoup de persévérance dans beaucoup de ces cas parce que les problèmes sont de plus en plus complexes, de plus en plus difficiles. Le clivage des générations se fait sentir. Il y a de moins en moins de nouvelles jeunes familles. Maintenant, dans le règlement, on essaie de se donner un instrument. C'est pour cela qu'on introduit la notion des classes de familles d'accueil parce que, éventuellement, on peut trouver toutes sortes de moyens pour stimuler la présence de ce type de ressource, ce qui allégerait certains des problèmes des centres d'accueil de réadaptation. Quand je dis stimuler ce type de ressource, c'est par une approche budgétaire de tarification, d'encadrement, de ressources, de contrats de service CSS versus centres d'accueil de réadaptation, etc. C'est pour cela qu'on introduit cette catégorie dans le règlement, qui correspond à une réalité. Il ne nous en manque pas globalement. Il nous en manque de spécialisés pour les cas difficiles.

M. Dallaire: M. le Président, je pense qu'effectivement, depuis les dernières années, surtout si je parle du secteur des handicapés mentaux, cela a été un changement qui s'est effectué assez radicalement. Dans les centres d'accueil qui au départ étaient des endroits où il y avait en internat beaucoup de personnes il y a maintenant moins de personnes en internat, mais il y a plus de foyers de groupe, de familles d'accueil. Là, vous pouvez inventer parce que le vocabulaire est assez variable à l'heure actuelle pour différents types de résidences où les personnes sont intégrées à la communauté. Peut-être que des études du

ministère pourraient démontrer que le coût n'a pas augmenté d'autant, c'est-à-dire qu'on a été capable de faire cela en maintenant, malgré l'augmentation des coûts, le même niveau de services et même en les améliorant parce qu'il y a une intégration communautaire. C'est une recherche qui est certainement, à l'heure actuelle, au niveau des handicapés mentaux, du quotidien. Je pense que, du côté des mésadaptés socio-affectifs, ce sont les éléments, et pour les handicapés physiques aussi.

M. Cloutier: Il est sûr que c'est la perspective ou la direction vers laquelle il faut aller. Dans ce sens, on souscrit totalement à votre préoccupation d'optimisation des coûts parce que la société a des limites là-dessus. Il faut dire aussi qu'il y a de nouvelles techniques qu'on peut développer pour aider ces familles d'accueil, pour mieux les encadrer, etc. Il y a du nouveau matériel là-dedans. À l'étranger, il y a quelques expériences fort intéressantes dont il faut profiter aussi et on essaie dans ce sens de les importer.
(17 h 30)

C'est, d'ailleurs, pour la même raison que vous noterez dans notre mémoire - jusqu'à maintenant personne n'en a fait état - qu'on enlève la limite du chiffre 5 pour les foyers de groupe. C'est pour permettre que le coffre d'outils ou les moyens de recours en réadaptation puissent être le plus souples possible et adaptés aux besoins. Dans certains cas, il y a des familles d'accueil qui vont pouvoir prendre un seul jeune et cela va nécessiter tout un investissement et un encadrement majeur du centre d'accueil. C'est dans ce sens qu'on vous dit que la limite de cinq, qui est un chiffre tout à fait discutable quant à nous, pour les foyers de groupe devrait être retirée pour utiliser davantage ce genre de modèle plus souple, plus intégré, moins dispendieux, je pense.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce qu'il y a d'autres commentaires ou interventions? Sinon je remercie, au nom des membres de la commission, les représentants de l'Association des centres d'accueil du Québec de leur participation à nos travaux.

M. Dallaire: M. le Président, on remercie la commission et M. le ministre de nous avoir permis d'exprimer à la fois nos préoccupations face au projet de règlement et nos capacités de favoriser un cheminement qui amènera peut-être des solutions aux quelques problèmes qui restent quant au projet de règlement.

Le Président (M. Desbiens): Merci. J'inviterais maintenant l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec à s'approcher, s'il vous

plaît.

Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec

Le Président (M. Boucher): M. Groulx, si vous voulez procéder à la lecture de votre mémoire.

M. Groulx (André): M. le Président, M. le Ministre, mesdames et messieurs les députés, il me fait plaisir en tant que président de vous présenter aujourd'hui le court mémoire de l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec. Pour accomplir cette tâche et pour répondre à vos interrogations, je suis accompagné de Mme Clémence Labrèche, membre du conseil d'administration et directrice générale du Centre d'accueil Saint-Hilaire, et de M. Gilles Gaudreault, directeur général de notre association.

M. le Président, comme vous le savez sans doute, les établissements privés conventionnés de soins de santé et de services sociaux ont défini leur mission à l'intérieur de la notion d'entreprise privée. Le législateur a d'ailleurs reconnu ce droit à l'existence du secteur privé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le caractère représentatif de la charte n'est donc plus à établir. Le secteur privé a occupé et occupe une place importante dans l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts à la population.

L'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec est une association née le 8 mai 1979 du regroupement de deux associations d'établissements privés du réseau. Elle regroupe aujourd'hui 105 établissements regroupant plus de 7000 lits répartis dans des catégories de centres d'accueil d'hébergement, de centres d'accueil de réadaptation et de centres hospitaliers de soins prolongés avec un budget de près de 150 000 000 \$.

Les commentaires dont nous allons vous faire part s'inscrivent à l'intérieur de deux objectifs principaux qui sont des éléments déterminants de notre association, à savoir: protéger et promouvoir l'entreprise privée dans le domaine de la santé et du bien-être et promouvoir l'amélioration constante de la qualité des soins donnés aux bénéficiaires. Notre approche, qui ne sera certainement pas très longue, représente à nos yeux un élément important de la conception d'une concertation dans le réseau et d'un intérêt marqué de la participation des bénéficiaires dans tout le système.

Mme Labrèche (Clémence): Les commentaires de la charte à la section II, catégories de familles d'accueil, à l'article 7. L'Association des centres hospitaliers et des

centres d'accueil privés du Québec constate avec satisfaction que le ministère des Affaires sociales se préoccupe du développement des ressources alternatives dans le réseau d'établissements des affaires sociales. L'honorable ministre peut être assuré de la collaboration effective des membres de notre association pour lui aider à développer de façon économique l'utilisation de telles nouvelles ressources alternatives.

Nous nous permettrons cependant de suggérer que le développement des ressources alternatives s'inscrit dans un contexte de continuité des soins à offrir aux bénéficiaires. À notre sens, un même établissement devrait pouvoir prendre en charge un bénéficiaire depuis le moment où sa condition réclame une surveillance sociale ou de nursing et lui assurer graduellement les soins requis par l'alourdissement de son état de santé.

Section II, article 33: Accès aux services dispensés par les centres hospitaliers et les centres d'accueil.

Le conseil régional élabore un système pour l'admission des bénéficiaires dans les établissements offrant des services en soins prolongés ou en hébergement.

Un tel système doit tenir compte de l'ensemble des ressources du territoire desservi, y compris les familles d'accueil et les ressources de maintien à domicile et des permis des établissements. Il doit tenir compte également de la quantité des heures cliniques telles qu'établies et autorisées par le MAS pour les établissements privés visés dans les articles 176 et 177 de la loi.

Le système d'admission doit prévoir - c'est la demande qu'on fait - la représentativité de chaque catégorie d'établissements; à cela s'ajoute, bien sûr, tel que décrit dans le projet de réglementation, la participation d'un médecin, d'un travailleur social et d'un infirmier ou d'une infirmière.

Le système d'admission doit établir l'ordre de priorité des admissions pour les établissements concernés dans la région. Une copie de toutes les demandes d'admission reçues par les centres locaux de services communautaires ou les centres de services sociaux doit être envoyée au conseil régional. À cet article - ce n'est pas inscrit à l'intérieur de notre mémoire, mais nous l'avons ajouté hier soir - c'est au niveau du système d'admission. On vous demande la représentativité par catégorie d'établissements. Nous vous proposons aussi un ajout en termes de représentativité. On comprend que le projet de réglementation s'assure de la participation d'un médecin et d'un travailleur social, d'une infirmière ou d'un infirmier, mais, comme le projet de réglementation doit prévoir un système d'admission, c'est bien sûr parce qu'il y a

des bénéficiaires à admettre. Alors, n'y aurait-il pas lieu de s'assurer de la représentativité de la clientèle, qui est le bénéficiaire lui-même, en attente de placement à l'intérieur du processus d'admission? Ce représentant, on le voyait particulièrement pour les bénéficiaires qui sont à domicile.

Je m'explique. Les bénéficiaires qui sont en attente de placement et qui sont actuellement à l'intérieur des hôpitaux de courte durée, je pense qu'ils ont, par ces mêmes établissements, des représentants qui s'expriment en leur nom. Soyez assuré que, pour le bénéficiaire qui est à l'hôpital, si son attente de placement se fait trop longue, en tant que membres - je suis membre d'un comité d'orientation-admission - nous sommes contactés et on nous le dit. Alors que, pour le bénéficiaire qui est à domicile, la question qu'on se pose souvent, c'est: Qui est là pour parler en son nom? Qui nous fait vraiment connaître ses préoccupations et son état de détérioration quand il est à domicile? Bien sûr, les dossiers sont mis à jour, mais au fond, je pense que, s'il y avait au sein des dix comités un représentant de la clientèle à domicile, cela permettrait aux administrateurs de s'ajuster, de favoriser et de donner la priorité de façon égale à la clientèle qui est dans les hôpitaux et à celle qui est à domicile.

Nous ne voudrions pas qu'il y ait une sorte de tendance à vouloir favoriser une partie de la clientèle au détriment de l'autre. Ce qu'on veut, tout le monde ensemble, c'est bien de favoriser également l'accessibilité aux ressources.

À la page 3, l'accès aux services dispensés par les centres hospitaliers et les centres d'accueil, la section II, l'article 35 dans le projet de réglementation, se lisait ainsi: "Un établissement offrant des services de soins prolongés ou d'hébergement doit admettre une personne nécessitant des services d'urgence." Nous, on vous demande de biffer le mot "urgence" pour garder le reste du texte. Merci.

Le Président (M. Desbiens): Merci. M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Merci. Je remercie l'ACHAP de venir nous faire part de certains de ses commentaires. C'est simplement pour assurer qu'à l'égard de la page 2 de votre mémoire, sur l'application des articles 176 et 177, dans le fond, c'est le contrat qu'on signe. Il est bien évident que c'est dans le cadre des négociations, je pense, qu'on peut régler cela. C'est le seul endroit. Certains prétendraient même qu'on devrait faire cela avec les hôpitaux en général, mais c'est le seul endroit où on tient compte, dans les montants qu'on vous verse sous forme de subventions, d'une quantité des heures

cliniques. Il est bien évident qu'il faut que la concordance soit faite. Je pense que ce n'est pas dans le règlement, cependant. C'est dans le cadre des ententes qu'il faut le faire.

Je suis heureux de constater que vous êtes d'accord avec nous sur l'ouverture vers les familles d'accueil. Est-ce que je dois voir là un intérêt pour votre association de les regrouper? Je sais qu'il existe déjà des regroupements dans ce domaine.

Sur la notion de la présence des bénéficiaires aux comités d'admission, je prends bonne note de votre préoccupation. Cependant, j'y vois a priori beaucoup plus d'obstacles que de possibilités à ce stade-ci.

Quant à la question de l'accès aux services dispensés par les centres, je ne comprends pas vraiment pourquoi vous voulez supprimer l'expression "d'urgence" et j'aimerais peut-être vous entendre là-dessus. Un établissement offrant des services de soins prolongés ou d'hébergement doit admettre une personne nécessitant des services d'urgence qu'il peut lui fournir, une pétition de principe dans notre système. Vous recommandez que le mot "d'urgence" soit biffé. Je me demande pourquoi.

Mme Labrèche: En fait, c'est tout simplement parce qu'on se disait que la notion d'urgence est clairement établie. On doit lui donner tout simplement les services qu'il peut lui fournir. On ne voyait pas la nécessité de mettre le mot "urgence".

M. Groulx: Cette notion nous apparaissait un peu hors nature par rapport aux vocations dont on dispose et on trouvait cela dommage de s'embarquer dans un libellé comme cela. C'est un besoin qui nous amène le bénéficiaire et ce n'est pas une crise à laquelle il fait face instantanément, telle une crise physique.

Mme Lavoie-Roux: Comme dirait notre ex-ministre de l'Éducation - non, notre actuel ministre de l'Éducation - cela vous apparaît superfétatoire.

M. Johnson (Anjou): Non, je dirais que ce n'est pas pour rien qu'on met "d'urgence", parce que, si on laisse l'article comme vous le proposez, "un établissement offrant des services de soins prolongés ou d'hébergement doit admettre une personne nécessitant des services qu'il peut lui fournir", cela voudrait dire qu'à travers cela, il n'y a pas tellement de concordance avec la notion de comités d'admission et le reste. L'établissement serait le seul à décider n'importe quand, devant n'importe quel besoin, il peut fournir des services s'il voit un patient et lui dit: Vous entrez chez nous. Alors que ce dont on parle, c'est l'obligation pour l'établissement de répondre à un besoin d'urgence s'il peut répondre à une demande d'urgence et non

pas à n'importe quelle demande. Le citoyen qui se promène et qui va frapper à la porte du Pavillon Saint-Georges ou de n'importe quel autre établissement et qui dit: Vous autres, vous êtes un CHSP. J'entre ici cet après-midi. Justement, si on met sur pied tout un mécanisme qui nous permet un peu de répondre de façon prioritaire aux besoins les plus urgents et de distribuer en équité des ressources pour les citoyens, il est bien évident qu'on a besoin de cette notion.

Mme Lavoie-Roux: Je vais interpréter... Apparemment, les gens y donnent une interprétation différente. C'était dans le sens que quelqu'un avait la responsabilité juridique dans une situation d'urgence, de ne pas refuser quelqu'un à la porte. Je pense que c'est ce que cela veut dire.

M. Johnson (Anjou): Dans une situation d'urgence.
(17 h 45)

Mme Lavoie-Roux: Il y a eu des situations où les hôpitaux n'ont peut-être pas montré assez de célérité ou les ont fait promener d'un hôpital à l'autre. Je pense que c'est cela, qu'un hôpital ne pourrait jamais, si c'était une situation d'urgence, se justifier.

M. Gaudreault (Gilles): C'est notre préoccupation que quelqu'un qui a besoin de soins ne puisse pas être refusé, mais si, par la suite il n'est pas au bon endroit, il sera dirigé vers l'endroit où...

M. Johnson (Anjou): En urgence, cela va, mais pas à n'importe quelle heure du jour, pas n'importe comment et dans n'importe quelle condition. On peut, par exemple, arriver à la porte d'un centre d'accueil et dire: Savez-vous, moi, cela fait huit mois que j'ai le goût de me trouver une place en centre d'accueil, je viens frapper à votre porte, vous avez un lit de libre, admettez-moi. Il est évident qu'on ne peut pas laisser aller cela ainsi. Si on parle des centres d'accueil privés autofinancés, c'est une autre paire de manches, cela les regarde. Mais, si on parle des centres d'accueil privés conventionnés, donc subventionnés, ils font partie, à l'égard du système d'admission, du réseau public et des critères qu'on veut appliquer dans le secteur public. Cela dit, s'il y a une question d'urgence, c'est bien évident qu'il faut que l'établissement fournisse les ressources qu'il est apte à fournir à ce moment. Je pense qu'on se comprend tous les deux sur l'objectif, c'est peut-être sur la façon de l'exprimer qu'on diffère.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: J'aurais une seule question, c'est au dernier paragraphe de la page 1. J'essaie de comprendre l'intention de ce paragraphe dans lequel vous dites qu'un même établissement devrait pouvoir prendre en charge un bénéficiaire depuis le moment où sa condition le réclame et lui assurer graduellement les soins requis par l'alourdissement de son état de santé. C'est que vous le situez après les paragraphes touchant les familles d'accueil. Je ne sais pas l'intention. Comme principe, je suis d'accord; pris séparément, je suis d'accord avec vous, dans la mesure où c'est possible. Mais, en l'ajoutant aux catégories de familles d'accueil, est-ce que vous voulez dire que, par exemple, dans le cas des centres d'accueil privés, vous pourriez utiliser les familles d'accueil? J'essaie de saisir l'intention reliée aux familles d'accueil de ce dernier paragraphe.

M. Gaudreault: ...le sens de notre intervention à ce sujet, c'est la possibilité de développer des ressources alternatives dans le réseau des établissements privés.

Mme Lavoie-Roux: Qui pourraient être des familles d'accueil ou qui pourraient être...

M. Gaudreault: C'est cela. Elles pourraient donner une continuité de soins. Évidemment, c'est plus dirigé actuellement dans le secteur public, et le réseau des établissements privés pourrait développer cette initiative. Il y a déjà des projets qui ont été présentés dans ce sens pour permettre une forme de continuité de soins.

M. Johnson (Anjou): Reliés ou pas aux CSS? Parce que, dans le fond, c'est...

M. Gaudreault: Dans la dynamique, cela s'inscrivait exactement dans une même orientation que ce qu'on peut retrouver dans le secteur public.

M. Groulx: Cela va aussi un peu plus loin que cela dans l'optique qu'il nous apparaît peut-être souhaitable d'examiner l'opportunité qu'un même établissement possède deux vocations qui se complètent, ce qui, à notre sens, éviterait certains problèmes de transposition d'individus après X années dans le même lieu géographique. Cela va jusque-là. En parallèle avec les familles d'accueil, qu'on retrouve à cette étape, on voulait aussi vous faire part d'une certaine inquiétude de ne pas trop schématiser dans de petites unités des spécificités, mais de les encadrer dans une organisation qui, elle, peut les faire cheminer pour conserver le bénéficiaire dans une entité. C'est cet aspect qu'on voulait soulever.

M. Johnson (Anjou): Ce que vous dites, c'est la notion d'extension, un peu comme l'ACAQ nous en parlait tout à l'heure dans son cas. L'extension des services de vos établissements vers des familles d'accueil, c'est un très large débat. Et la question de qui a la responsabilité des familles d'accueil, j'ai tendance à dire que ce sont les CSS qui l'ont. Ils ont l'expertise, ils ont les données. Est-ce qu'il faut maintenant permettre à d'autres types d'établissements d'être un relais additionnel avec un professionnel de plus aux yeux du citoyen? Je ne suis pas sûr de cela, mais je comprends cependant que vous vous inscrivez dans la même perspective. Vous dites: Ce n'est pas parce qu'on est des établissements privés qu'on pense qu'on ne devrait pas avoir accès à la même perspective que l'Association des centres d'accueil du Québec, par exemple. Dans ce sens, je pense que vous avez parfaitement raison. Si jamais on décidait de permettre aux centres d'accueil publics du Québec d'avoir des espèces d'émanations qui sont des familles d'accueil ou l'équivalent, des foyers de groupes, etc., je ne vois pas pourquoi on ne vous le permettrait pas à vous autres. Je peux vous rassurer quant à cela.

M. Gaudreault: Permettez-moi, M. le ministre, de revenir aussi à l'article 33. Je pense que la dimension qu'on veut faire ressortir en demandant l'inscription de la quantité des heures de cliniques, telles qu'établies et autorisées par le MAS, va un peu plus loin que la discussion qu'on peut avoir, ou la négociation qu'on peut avoir de façon quasi permanente maintenant avec le ministère concernant l'établissement de la quantité des heures. Dans la perspective actuelle de cet article, le conseil régional, ou le CLSC, enfin tout le processus qui semble s'établir graduellement, on tient compte dans le texte original des familles d'accueil, des ressources de maintien à domicile et des permis émis aux établissements. Dans notre secteur, évidemment, il y a aussi l'aspect de la quantité de soins qu'on ne peut pas dépasser et qui peut causer, à un certain moment, des désagréments aux établissements. Si, par hasard, les listes des conseils régionaux ou les listes du système d'admission ne contiennent que des A-4 par exemple, qui demandent quatre heures-soins, alors que, pour 50% ou 60% de nos établissements, la quantité d'heures-soins autorisée se situe aux environs de deux heures-soins-patient par jour, on pourrait se trouver, à un moment donné, dans un cul-de-sac. C'est une dimension qu'on aime faire ressortir. Remarquez que, si les heures-soins sont réévaluées périodiquement et accordées en fonction des services à donner, on est prêt à prendre tous les malades chroniques que vous

nous présenterez. Il n'y a pas de problème de ce côté-là. Mais, dans une autre perspective, on aimerait que cette quantité d'heures-soins devienne une dimension dont le système d'admission doit tenir compte. Je ne sais pas si je m'exprime bien.

M. Johnson (Anjou): Je prends bonne note.

M. Groulx: Est-ce que je pourrais ajouter quelque chose sur la représentativité des catégories d'établissements? Avec la nouvelle mécanique, en tant que partenaire des CRSSS, cela nous apparaît un élément important qu'au niveau de la réglementation, on puisse avoir une certaine certitude. Les expériences qu'on a vécues ici dans la région de Québec, depuis un an et demi - à Montréal, depuis quelques mois - nous font percevoir qu'un tel système est efficace pour autant qu'il y ait concertation des gens et que les gens se sentent des gestionnaires sécurisés dans un tel système par une certaine forme de représentativité. Alors, c'est ce qu'on a mis là - et cela allait aussi dans cette optique depuis l'expérience vécue - la suggestion d'un représentant qui pourrait être un groupement de la fédération de l'âge d'or, etc.

M. Johnson (Anjou): Sur la question de la présence des membres de votre association, il est évident... Vous avez 105 membres sur tout le territoire du Québec. Si on mettait dans le règlement que vous devez être dans le comité mis sur pied dans chaque région, vous convenez avec moi que ce ne serait pas possible. Cependant, dans la mesure où vous avez une forte concentration d'établissements dans une région ou une sous-région, vous pouvez compter sur nous pour dire aux conseils régionaux, dans l'établissement de la procédure qu'ils vont mettre sur pied à chacun des endroits, de tenir compte de cette réalité.

M. Groulx: M. Johnson, je m'excuse, cela va plus loin que cela. Dans notre optique, c'est l'ensemble du réseau. Les centres d'accueil et les CHSP, avec le conseil régional, font bifurquer le problème des comités d'admission de leur clientèle. Et on se dit que, dans un tel système qui est orchestré par le conseil régional, pour le bon fonctionnement de ce système, il faut absolument qu'on ait une sécurisation au niveau des établissements de représentativité au sein des comités d'admission. Ce sont des structures qu'ils se donnent et le règlement est clair là-dessus dans chacun des conseils régionaux. Mais c'est une approche qui est un élément aussi important que lorsqu'on décrit d'une façon définitive certaines personnes qui doivent en faire partie. Cela nous apparaît important dans ce sens-là pour

l'ensemble des établissements.

M. Johnson (Anjou): On en prend bonne note.

M. Gaudreault: Pour l'ensemble.

M. Groulx: Pour l'ensemble des établissements, pas nécessairement pour les établissements privés.

M. Johnson (Anjou): Oui, je comprends. Mais vous faites déjà tous partie du conseil d'administration du conseil régional.

M. Groulx: C'est exact.

M. Johnson (Anjou): Toutes les catégories d'établissements sont représentées. Il y a un conseil d'administration. Cela ne veut pas dire nécessairement qu'il y a des gens de toutes les catégories qui siègent à tous les comités.

Une voix: Non.

M. Johnson (Anjou): On finit toujours par trouver une "rationale", comme ils disent dans la langue de Shakespeare.

M. Groulx: Sauf que le pouvoir d'admission étant bifurqué ailleurs, chacun des conseils ayant perdu cet élément-là...

M. Johnson (Anjou): Mais je présume que vous allez brasser le pommier au conseil d'administration si cela ne va pas bien.

M. Groulx: Vous avez raison de le présumer, M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Je vous remercie.

Le Président (M. Desbiens): Il n'y a pas d'autres intervenants. Je vous remercie de votre participation.

M. Groulx: Je vous remercie, au nom de l'ACHAP. Il nous a fait plaisir de vous faire part de nos commentaires.

M. Johnson (Anjou): Merci, messieurs.

Mme Lavoie-Roux: Merci beaucoup.

Le Président (M. Desbiens): L'Association des centres de services sociaux du Québec et l'Association des CLSC se présenteront ce soir, à 20 heures.

La commission élue permanente des affaires sociales suspend ses travaux jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 17 h 57)

(Reprise de la séance à 20 h 07)

Le Président (M. Desbiens): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission élue permanente des affaires sociales reprend ses travaux afin de poursuivre son mandat qui est d'entendre des personnes et des groupes intéressés à faire des représentations en regard de l'adoption de la réglementation sur l'organisation et l'administration des établissements découlant de la loi 27, Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ce soir, les deux organismes que nous entendrons sont l'Association des centres de services sociaux du Québec, dans un premier temps, et l'Association des CLSC du Québec.

Je vais me permettre de lire un billet qui m'a été transmis. Je l'ai trouvé sur ma table de travail au retour. C'est une prière d'une non-fumeuse demandant s'il serait possible de cesser de fumer. Je vais peut-être vous prier de diminuer, étant donné la salle, parce que je n'oserais pas faire une promesse de cesser personnellement. C'est donc un appel tout simplement à la bonne volonté. C'est le président qui fume le plus.

Mme Lavoie-Roux: On va vous rappeler à l'ordre, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): L'Association des centres de services sociaux, M. Thibeault, si vous voulez présenter les personnes qui vous accompagnent et également faire la présentation de votre mémoire.

Association des centres de services sociaux du Québec

M. Thibeault (Louis-Philippe): D'accord. Merci, M. le Président. M. le ministre, MM. les membres de la députation de la présente commission, j'aimerais vous dire, dans un premier temps, que nous sommes très honorés de pouvoir présenter notre point de vue à la commission. Pour les centres de services sociaux, c'est un projet de réglementation important. Je vais passer immédiatement à la présentation des personnes qui m'accompagnent. À ma droite, M. Jean Beaudry, qui est directeur général par intérim de l'Association des centres de services sociaux. À mon extrême gauche, M. Claude Lancop, qui est un permanent à l'Association des centres de services sociaux; Mme Isabelle Tousignant, qui est membre du conseil d'administration de l'association; M. Jean-Pierre Duplantie, directeur général du Centre des services sociaux de l'Estrie, et Louis-Philippe Thibeault, votre porte-parole, votre interlocuteur; je suis directeur général du Centre des services sociaux Saguenay-Lac-Saint-Jean-Chibougamau - c'est un nom qui est long, c'est une grande région - et président de l'association.

Je voudrais, avant d'entrer dans le contenu du mémoire pour vous l'expliquer sommairement, revenir peut-être sur certains grands éléments. Dans un premier temps, j'aimerais vous faire partager une réflexion personnelle que j'ai eue à la suite de la lecture du règlement et, en particulier, en regard des points que les centres de services sociaux mettent de l'avant. Ma réflexion est à peu près la suivante. Un journaliste me demandait tout à l'heure de résumer en deux mots notre position sur le règlement. En termes un peu poétiques, je lui disais que, depuis dix ans, on a essayé de mettre sur pied un réseau de services de santé et de services sociaux complémentaires. Ce qu'on constate après dix ans, c'est que les vertus de la complémentarité sont difficiles à s'articuler et sont surtout difficiles à vivre parce qu'elles mettent en cause non seulement des changements au niveau des modes de fonctionnement, mais surtout des mentalités et des attitudes dans le réseau.

L'impression que j'ai eue du règlement, à sa première lecture, c'est qu'en regard de certaines difficultés rencontrées dans l'objectif recherché de la complémentarité on tente de régler ces problèmes non pas en essayant d'aller vers une plus grande complémentarité, mais en essayant de revenir sur, je dirais, des modèles qu'on avait cru qu'on avait mis de côté dans le passé. On semble revenir à une approche plus compartimentée par catégories d'établissements, voire même par catégories d'intervenants. C'est une réflexion que je dépose présentement. Probablement que vous allez m'inviter un peu plus tard à l'explicitier davantage, mais on verra à la présentation de notre mémoire que beaucoup d'éléments qui sont contenus dans cette réflexion sont repris, finalement, dans des formes très concrètes lorsqu'on parle de complémentarité du réseau.

Si vous le permettez, je vais vous situer notre mémoire de façon globale. Il y a un peu moins de deux ans, l'Association des centres de services sociaux se retrouvait devant cette même commission parlementaire afin de présenter ses vues sur le projet de loi 27 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Depuis ce temps, de nombreux débats ont eu lieu au Québec dans le domaine des services sociaux. Les centres de services sociaux ont été associés de très près à certains de ces débats. Qu'il nous suffise de mentionner la Loi sur l'adoption, la Loi sur les jeunes contrevenants et les travaux de la commission parlementaire concernant la Loi sur la protection de la jeunesse. Plusieurs personnes, dont certains d'entre vous, peuvent témoigner du dynamisme et de la collaboration des centres de services sociaux dans l'amélioration de la distribution des services sociaux au Québec.

Par contre, durant cette même période, les centres de services sociaux, comme d'autres éléments du réseau d'ailleurs, se voyaient privés de toute possibilité significative de participer à d'importantes réflexions affectant la dynamique actuelle du réseau. Le présent projet de règlement illustre cet état de choses, tout autant que ce fameux cadre de référence qui se construit sans que, jusqu'à ce jour, soient réellement mises à contribution l'expérience et l'expertise développées dans les centres de services sociaux. Une consultation formelle de tous les partenaires du réseau, avant le dépôt du projet de règlement, aurait sûrement permis de proposer des règlements qui s'inspirent davantage de l'évolution de la dynamique du réseau. Non seulement devons-nous déplorer l'absence d'une consultation formelle, mais également souligner notre étonnement de voir le ministère des Affaires sociales s'engager, par le biais d'une réglementation, dans une modification importante de l'équilibre dynamique du réseau qui, sous certains aspects, va au-delà de ce que la loi constitutive du réseau prévoit, sinon dans sa lettre, du moins dans son esprit.

L'impulsion que donne le projet de règlement à l'émergence de ce nouvel équilibre fait que nous nous interrogeons d'autant plus qu'il n'apparaît pas être accompagné d'une évaluation des coûts additionnels consécutifs à son implantation. À notre avis, on ne peut raisonnablement penser que la nouvelle réglementation pourra s'opérationnaliser sans que des fonds additionnels soient requis. Il n'est, évidemment, pas dans notre propos de nous inscrire en faux contre toute modification du réseau mais nous croyons essentiel que, dans une conjoncture où tout nous invite à la rationalisation des investissements, ne soient retenues que les modifications qui assurent l'amélioration des services aux bénéficiaires et que les coûts de ces modifications soient préalablement et clairement établis.

(20 h 15)

Fondamentalement, c'est un règlement qui porte sur l'organisation du réseau. Alors, nos commentaires seront de cet ordre. Je vais passer rapidement sans détailler plus qu'il ne faut les explications qui sous-tendent nos affirmations, mais je vais passer en revue les principales positions de l'Association des centres de services sociaux. Dans un deuxième temps, je vous laisserai le soin de nous interroger pour voir le rationnel qui sous-tend nos prises de position.

Le premier concept qu'on met de l'avant en regard de la réglementation, c'est le concept de ce que nous appelons un plan de services. On a remarqué que, dans la réglementation, on a introduit des concepts nouveaux: les plans d'intervention. On voit dans cette réglementation des éléments qui

vont dans le sens d'un meilleur suivi, d'un meilleur encadrement et d'un meilleur contrôle de la pratique dans le réseau des affaires sociales. On est en accord avec cette préoccupation, sauf qu'on soumet bien respectueusement que le règlement serait enrichi si on parvenait à y introduire le concept de ce que nous appelons le plan de services. En deux mots, le plan de services, c'est ni plus ni moins qu'un ensemble de plans d'intervention. J'en veux comme exemple les débats qui ont eu cours lors du sommet sur les personnes handicapées où les organismes de pression ont réclamé à plusieurs reprises et avec insistance qu'il y ait dans chacune des régions administratives du Québec un organisme régional responsable de la coordination des plans de services. Un plan de services, cela veut dire qu'à l'égard des besoins d'un bénéficiaire il peut y avoir un organisme responsable de faire en sorte que toutes les catégories d'établissements - voire même les instances hors réseau - puissent mieux se coordonner dans leurs différents plans d'intervention auprès de ce bénéficiaire pour pouvoir répondre adéquatement à ses besoins.

Ce concept de plan de services, qui a pris forme depuis quelques années et qui rentre de plus en plus dans le vocabulaire, est pour nous un concept clé, parce que, dans le fond, quand on parle de la complémentarité du réseau, c'est là qu'on peut voir les formes concrètes de la complémentarité du réseau. C'est à l'intérieur de ces plans que doivent s'inscrire l'ensemble des plans d'intervention.

Le deuxième élément sur lequel je passe rapidement concerne les classes et types d'établissements en CAH. En particulier, nous attirons l'attention sur le fait que, dans le libellé ou dans la définition des centres d'accueil d'hébergement, on ne voit pas apparaître une préoccupation suffisamment marquée à l'égard de certaines clientèles, en particulier les adultes et les personnes âgées qui présentent des troubles de mésadaptation sociale, d'alcoolisme, les marginaux ou les asociaux et aussi les jeunes mésadaptés sociaux affectifs qui, une fois qu'ils ont atteint l'âge de 18 ans, quittent les centres d'accueil de réadaptation et se retrouvent devant un manque de ressources et, de plus, les clientèles souffrant de troubles psychiatriques. L'Association des centres d'accueil, tout à l'heure, a dit qu'il y a sept travailleurs sociaux au Québec pour s'occuper des clientèles en CAH pour répondre à leurs besoins d'ordre psychosocial. On veut attirer votre attention sur le fait que présentement, dans le libellé, effectivement la dimension psychosociale, du moins à la lecture des règlements, ne semble pas suffisamment présente, ne semble pas reconnaître de façon suffisante le besoin des personnes hébergées en centre d'accueil

d'hébergement en rapport avec les services de consultation psychosociale.

Une troisième prise de position, c'est la distinction qu'introduisent maintenant les règlements entre ce qu'on peut appeler l'inscription et l'admission pour l'accès à des services fournis par des centres d'accueil. Pour nous, il y a un rationnel qui sous-tend une prise de position. On se montre tout à fait en désaccord avec cette distinction parce que, principalement, les centres d'accueil de réadaptation sont et doivent être perçus comme des ressources rares, des ressources spécialisées. Si ce n'est pas spécialisé au sens où on peut l'entendre, ce sont du moins des ressources coûteuses. Or, à partir de cette constatation, il nous apparaît impératif que, dans chacune des régions administratives du Québec, il existe un mécanisme de rationalisation quant à l'utilisation de cette ressource et ce, autant pour des services à l'interne que pour des services à l'externe.

Une troisième opinion, toujours en rapport avec l'accès aux services des centres d'accueil de réadaptation. Le règlement introduit maintenant deux mécanismes différents selon qu'il s'agit de centres d'accueil pour les mésadaptés socio-affectifs ou les déficients mentaux par rapport aux handicapés physiques, aux alcooliques ou aux toxicomanes. Toujours à partir du principe qu'il s'agit là d'une ressource rare et coûteuse, il faut absolument qu'on introduise un mécanisme de rationalisation. Dans ce sens, on pense qu'un seul et même système d'admission serait préférable.

Quant à la quatrième affirmation, je n'insisterai pas plus qu'il ne le faut. Je pense que d'autres associations en ont parlé aussi. C'est le rôle qu'on veut confier au conseil régional à l'égard des mécanismes d'admission en CAH et en CHSP. Sur cette dimension, on est d'accord avec les autres associations que le conseil régional devrait avoir une responsabilité de mettre en place un système efficace et adapté à chacune des régions, mais qu'il ne devrait pas en assumer la gérance. La gérance devrait être confiée à un établissement. Là-dessus, on pense qu'il y aurait lieu de tenir compte des acquis depuis dix ans dans ce domaine.

Une autre affirmation, le projet de règlement prévoit que les personnes âgées qui désirent un hébergement s'adressent aux CLSC. Sur cette question, nous sommes tout à fait d'accord. Les CLSC ont un rôle important à jouer à l'égard des besoins des personnes âgées. Ce qu'on a compris aussi, c'est que l'objectif recherché était de répondre par une mobilisation de ressources légères, dans un premier temps, plutôt que par des ressources lourdes. Orienter la demande des personnes âgées vers les CLSC est certainement de nature à contribuer à atteindre cet objectif auquel on croit,

d'ailleurs.

Par contre, lorsqu'on entre dans le domaine du placement des personnes âgées, nous sommes d'opinion que les CSS devraient garder la responsabilité de procéder à l'évaluation de placement. Il y aura des liens de continuité à assurer avec les CLSC. Je pense qu'il y aura des ententes qui devront intervenir pour faciliter la liaison entre le CLSC qui a suivi une personne âgée à domicile et la ressource d'hébergement, dans un second temps. Cela nous apparaît fondamental, parce qu'à partir du moment où on parle de placement, on est rendu à un niveau qu'on pourrait qualifier d'assez vulnérable ou de très vulnérable de ces personnes. Elles doivent sortir de leur milieu naturel et elles s'en vont soit dans des ressources comme les familles d'accueil, pavillons, centres d'accueil ou encore CHSP. À partir du moment où il quitte son milieu naturel, un peu selon le même rationnel que l'on retrouve en matière de protection de la jeunesse, il est très important qu'une personne ait la responsabilité du bénéficiaire et qu'elle le suive à travers tout le système. Quand on parle de continuité de services, cela nous apparaît un élément important.

Du côté des familles d'accueil, la proposition de la réglementation qui va dans le sens de distinguer trois types de familles d'accueil, on y souscrit d'emblée, d'autant plus qu'elle traduit l'évolution de notre réalité par la force des choses pour mieux répondre aux besoins diversifiés de nos clientèles. Dans ce sens, je pense que la proposition est intéressante, sauf qu'il faudra noter - et il en a été question cet après-midi avec l'Association des centres d'accueil - que, lorsqu'on parle de famille d'accueil de réadaptation où le règlement prévoit qu'un plan d'intervention est fait par le centre d'accueil, nous pensons qu'on ne peut pas dissocier cela de l'intervention que doit nécessairement faire le centre de services sociaux à l'égard du bénéficiaire et à l'égard de sa famille. Dans ce sens, si on réfère au concept qu'on développait en premier lieu, c'est-à-dire le plan de services, il n'apparaît pas conflictuel qu'un plan de services puisse être élaboré de concert avec les intervenants concernés et ce, sous la responsabilité du centre de services sociaux et il ne paraît pas conflictuel que le centre d'accueil puisse assumer la responsabilité d'un plan d'intervention au sens où on l'entend ici auprès du jeune dans la famille d'accueil, qui va préciser les objectifs que la famille d'accueil va poursuivre. Ceci revient à dire que le plan d'intervention, si on veut se limiter au libellé de sa définition dans le règlement, c'est finalement dans les faits - ça, on n'y échappe pas - une responsabilité conjointe. Si on introduit dans la réglementation le concept de plan de services, je pense qu'on pourrait démarquer

plus facilement les responsabilités respectives du centre de services sociaux et des centres d'accueil.

On attire votre attention concernant l'accès aux familles d'accueil, à l'article 50.1a qui dit que, pour un placement en famille d'accueil, une évaluation doit être faite. Par contre, en aucun moment on ne précise qui fait cette évaluation. Il nous apparaît impératif qu'un établissement soit identifié comme responsable de l'évaluation.

Dossiers des bénéficiaires. Il y a deux choses à l'intérieur des dossiers de bénéficiaires. Par exemple, dans la réglementation, on dit que, lorsqu'un bénéficiaire ne reçoit que des services d'évaluation, de diagnostic ou d'orientation, il n'est pas nécessaire d'ouvrir un dossier. Pour nous, le dossier, c'est quand même l'endroit où sont consignées les interventions que l'établissement fait auprès d'un bénéficiaire. Cette distinction, qui dans d'autres catégories d'établissements peut peut-être s'avérer heureuse, pose dans les centres de services sociaux un problème majeur. Le problème majeur, c'est que ce que nous appelons évaluation, diagnostic ou orientation, c'est, dans bien des cas et en particulier dans le domaine de la protection de la jeunesse, une activité professionnelle très significative. Dans ce sens, on ne peut concevoir que les activités qui ont été faites par le centre de services sociaux et le Directeur de la protection de la jeunesse à l'égard de ces clientèles ne soient pas retenues comme information dans le dossier du bénéficiaire. Il y aura un ajustement à faire de ce côté.

Toujours en regard des dossiers, nous avons été très surpris de voir que la réglementation disait que, dorénavant, les professionnels d'un établissement qui oeuvrent dans un autre établissement n'ouvriront plus de dossiers. En termes concrets, ce que cela veut dire, c'est que les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales du centre de services sociaux qui oeuvrent en milieu hospitalier, en centre d'accueil de réadaptation et en CHSP n'ouvriront plus de dossiers à l'égard des bénéficiaires auxquels ils donnent des services.

Pour nous, au-delà de la question du dossier, il y a une question de reconnaissance que la personne peut aussi être bénéficiaire de deux établissements, même si elle est hébergée dans un établissement. Les actes professionnels qui seront posés par nos professionnels, je pense qu'on a toujours, en vertu de la loi, l'obligation de les consigner dans un dossier. En tout cas, cela nous laisse apparaître des perspectives où, d'un concept de contrat de services, qui avait été introduit dans la loi pour favoriser les échanges de services interétablissements et la complémentarité du réseau, on semble évoluer vers un concept de prêt de personnel

où ces gens dorénavant travaillent dans l'hôpital, mais, jusqu'à un certain point, le centre de services sociaux n'a plus droit de regard sur les activités professionnelles. En tout cas, nous nous interrogeons. Dans le passé, il y a eu des difficultés à la suite de l'intégration des travailleurs sociaux du milieu hospitalier et même du milieu scolaire. Mais on pense qu'avec le temps il y a beaucoup de difficultés qui se sont estompées et on peut même dire que, il y a quelques années, il y a eu une étude de l'AHQ qui témoignait d'un haut taux de satisfaction à l'égard des services sociaux dispensés en milieu hospitalier.

Enfin, un dernier commentaire - et je n'insiste pas plus qu'il ne le faut, parce que d'autres l'ont noté aussi - sur les annexes au règlement, les données personnalisées. Je n'y reviens pas, d'autant plus que j'ai cru comprendre, cet après-midi, que la question serait soumise à la commission qui voit à l'application de la loi 65.

Rapidement, ce sont là les points de vue des centres de services sociaux.

Le Président (M. Boucher): Merci. M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Encore une fois, merci à votre association, à ses permanents et sans doute à un des comités de son conseil d'administration qui nous a rédigé un mémoire fort fouillé, et merci d'en avoir fait un résumé.
(20 h 30)

Quelques questions. Certaines peuvent vous paraître banales ou naïves, mais aucune n'est ironique, je vous en assure tout de suite. Quand on parle de la dimension psychosociale des besoins des personnes en centre d'accueil d'hébergement, vous réferiez dans votre résumé au fait que, cet après-midi, l'Association des centres d'accueil nous disait: Vous savez, on a l'énorme chiffre de sept travailleurs sociaux qui s'occupent des besoins psychosociaux des - je ne sais pas, on doit être rendu à cela - 29 000 ou 30 000 personnes en centres d'accueil d'hébergement. Je vous soumetts, pour les fins de la discussion, que si une personne est en centre d'accueil d'hébergement, il n'y a pas dans son cas de possibilité qu'elle en ressorte pour être intégrée à un milieu familial, à une ressource plus légère ou en service à domicile et, deuxièmement, qu'il y a un minimum de services à l'intérieur de la boîte en termes de loisirs, présence normale, souhaitable et humanisante de bénévoles. Quel est le rôle du travailleur social dans ce contexte?

M. Thibeault: Pour savoir la contribution spécifique que peut apporter un travailleur social ou une travailleuse sociale à l'égard de ces bénéficiaires, je pense qu'il

faut retourner à leurs besoins. La dimension des services psychosociaux réfère à toute intervention faite auprès du bénéficiaire pour l'aider, par exemple, à accepter sa maladie. Ce n'est pas toujours accepté. Pour une personne âgée, une fois qu'on lui a trouvé une place, on ne vient pas de régler son problème. D'accord? Il faut aider le bénéficiaire à accepter ses déficiences dans certains cas, à développer ses capacités d'autonomie, du moins ce qui en reste; à renforcer ses liens avec l'extérieur, c'est une dimension fort importante. Quand on dit qu'une fois qu'on est entré là on n'en ressort plus, c'est peut-être parce qu'on n'investit pas suffisamment pour entretenir des liens avec sa famille, par exemple, avec l'extérieur. Dans certains cas, bien que ce ne soit pas un volume énorme, je pense qu'un travail peut être fait pour préparer la réinsertion familiale et sociale de ces personnes. Il y a parfois des personnes qui quittent des centres hospitaliers de soins prolongés pour retourner dans leur milieu. Ce n'est pas la majorité. C'est un peu comme partout dans la population, ce ne sont pas toutes les personnes qui requièrent ces services, c'est bien sûr. Mais il y a un besoin fort important et je vous référerai à une étude qui a été réalisée par des personnes de votre ministère où on a quantifié les besoins en services sociaux de ces bénéficiaires.

M. Johnson (Anjou): Je sais qu'il y a un document; enfin, je ne l'ai pas vu, mais on m'a dit récemment que le document démontrait, par exemple, que le taux d'états dépressifs était beaucoup plus élevé chez les personnes en institution que chez des groupes du même âge dans un milieu de maintien à domicile. C'est à se demander si c'est le centre d'accueil qui rend les gens comme cela ou si ce sont les gens comme cela qui se ramassent dans les centres d'accueil. C'est toujours le même problème dans ces croisements statistiques. Vous parlez de la contribution spécifique du centre à l'égard de l'acceptation de la maladie, du maintien du maximum d'autonomie et d'un lien avec l'extérieur qui soit le plus développé possible. Je vais vous dire - et, encore une fois, c'est pour les fins de bien me faire comprendre - que, pour moi, c'est l'évidence même. Je me dis que quelqu'un qui a un centre d'accueil et qui ne pense pas que ces trois choses-là sont une partie du travail de son personnel, d'après moi, ne devrait pas diriger un centre d'accueil. Vous allez peut-être me dire que vous pourriez m'en nommer quelques-uns, c'est possible.

M. Thibeault: Non, je ne m'embarquerai pas sur ce terrain-là.

M. Johnson (Anjou): En d'autres termes,

ce que j'essaie de vous dire, c'est qu'à l'égard de ces notions, bien que dans certains cas cela puisse prendre le caractère d'une intervention ponctuelle très spécifique dans le cadre du règlement d'un problème de succession du beau-frère sur la Curatelle - je ne parle pas de cela; je parle de façon générale - l'approche des personnes âgées en hébergement, à mes yeux, implique que l'ensemble du personnel du centre d'accueil, il me semble, du directeur jusqu'au préposé aux bénéficiaires, en passant par les gens des cuisines, devrait être sensibilisé à ces notions de base.

M. Thibeault: Vous avez tout à fait raison. Un centre d'accueil qui n'est pas sensibilisé à cela, d'après moi, ne mérite pas de porter le titre de centre d'accueil d'hébergement. Le problème qu'on rencontre, c'est que, bien sûr, tous les intervenants auprès de ces bénéficiaires en centre d'accueil doivent travailler à ces différents niveaux pour répondre à leurs besoins, mais il arrive des situations qu'on pourrait qualifier de plus difficiles. C'est un peu comme dans le domaine de la santé. Tout le monde peut soigner ses petits bobos, sauf qu'il peut arriver des degrés de détérioration parfois où on doit recourir à des services un peu plus spécialisés. Encore là, je pense qu'il ne faut pas charrier non plus. Ce n'est pas tout le monde en centre d'hébergement qui a besoin de ce type de service, sauf qu'on devrait trouver des moyens pour le rendre disponible à ceux qui en ont besoin. Dans le fond, jusqu'à un certain point, les centres de services sociaux répondent à ces besoins à ce moment-ci. Ce sur quoi on attire votre attention, c'est qu'effectivement, dans la réglementation, on ne voit pas suffisamment apparaître la reconnaissance de ces besoins.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Si vous me permettez d'intervenir, j'aimerais aussi souligner le fait que, très souvent, après qu'on a placé une personne en centre d'accueil, elle est laissée au personnel du centre d'accueil. Notre personnel et les travailleurs sociaux ne suivent pas les bénéficiaires, même pour une période d'intégration, parce qu'on n'a pas le personnel suffisant à cet effet. Il y a au moins une période qui serait profitable très souvent - encore là, il ne s'agit pas d'exagérer; il y a un certain nombre de cas - en termes d'intégration. On parlait, cet après-midi, de la possibilité d'avoir plus de familles d'accueil. Il faut dire qu'une des difficultés pour une famille d'accueil, c'est que, très souvent, elle se retrouve avec un bénéficiaire tandis que le bénéficiaire lui-même n'a pas été assez bien suivi par la suite, lors de son intégration dans la famille d'accueil, et a tendance à vouloir la quitter. Également, dans la population, on a

l'impression que la famille d'accueil, ce n'est pas la place où aller. Il faut aller vers les centres d'accueil. Toute la notion de famille d'accueil n'est pas nécessairement bien vendue dans la population en même temps que les familles d'accueil, tout comme les centres d'accueil, n'ont pas toujours l'instrumentation ou l'aide professionnelle pour bien intégrer la personne. Cela ne veut pas dire de suivre une personne pendant six mois, un an ou deux ans, même en centre d'accueil. Il s'agit simplement d'avoir une période pour permettre une meilleure intégration et aux professionnels dans le milieu d'assurer le suivi comme tel.

M. Thibeault: Si vous me le permettez, je complétera le tableau parce qu'il est intéressant et cela nous permet de déborder des préoccupations, d'ailleurs, immédiates du réseau des affaires sociales. On parle beaucoup du phénomène d'alourdissement dans les centres d'accueil d'hébergement. Certaines études ont même démontré, assez paradoxalement, que 40% ou 45% des gens qui étaient dans les centres d'accueil d'hébergement ne devaient pas y être. On tombe de notre chaise parce que les centres de services sociaux, depuis dix ans, je pense, se sont vu confier la responsabilité d'une meilleure utilisation de ces ressources. On doit certainement compter qu'une partie de ces 40% sont des bénéficiaires qui étaient là avant 1973 et qui sont encore là. Ils y sont peut-être entrés jeunes et bien portants et ils y sont encore.

Par contre, ce qui est paradoxal, c'est la situation suivante. On a mesuré les besoins des bénéficiaires à partir d'un instrument où on quantifie, de façon très exhaustive, les besoins en soins. On ne quantifie pas les besoins de type social ou très peu. On arrive à la conclusion que 40% des clientèles ne devraient pas être dans les centres d'accueil d'hébergement. On dit: Cela fait curieux, d'autant plus que la même étude conclut en disant que les principales causes de placement en centre d'accueil d'hébergement, ce sont, finalement, des causes sociales. C'est quoi? C'est le phénomène d'isolement des personnes âgées, ce sont des conditions de logement inacceptables et, enfin, c'est un problème d'insuffisance de revenus. Ce sont toutes des causes sociales; aucune cause médicale.

Là, on a un problème. Quand on regarde cela en termes de réseau, on dit: On a tendance à vouloir évoluer pour mettre dans les centres d'accueil d'hébergement des clientèles qui requièrent des soins et, pourtant, ceux qui doivent, à un moment donné, sortir de leur milieu, c'est pour des raisons sociales. Il faut toujours penser réseau de familles d'accueil. On doit admettre que les investissements importants que le gouvernement a faits depuis quelques

années dans les politiques de maintien à domicile et dans les programmes ont certes été de nature à soulager de ce côté-là, sauf qu'on doit admettre aussi, quand on regarde les nombreuses demandes qui demeurent, que nous avons évaluées et dont le besoin s'avère fondé pour un placement, que ce soit pour des raisons strictement médicales ou des raisons sociales, que les besoins sont encore très nombreux. J'ai l'impression qu'on est en train de créer une espèce de vide pour ce besoin-là. Je pense qu'à partir du moment où on recense les causes et qu'une des causes, entre autres, c'est le problème du logement, il y aurait des liens à faire avec la Société d'habitation du Québec, les municipalités et leurs politiques de HLM. Il y a une complémentarité à ce niveau-là qui nous apparaît de plus en plus évidente et démontrée.

M. Johnson (Anjou): Je vous suis très bien, M. Thibeault, et c'est l'objet d'une réflexion partagée qu'on fait au ministère en ce moment. Ce que je trouve remarquable dans votre affirmation, quand on parle des personnes qui sont dans les centres d'accueil d'hébergement et qui, dans le fond, ont une espèce de degré d'autonomie adéquat sur le plan physiologique et fonctionnel, vous dites: On se rend compte que les causes, c'est insuffisance de revenus, isolement ou logement inadéquat. Mais les réponses ne sont pas aux CSS, elles sont au ministère des Finances, au ministère de l'Habitation, au ministère des Affaires sociales par les CLSC et les organismes bénévoles et il y a un bout aussi où les réponses, c'est la vie. Cela me frappe. Je comprends que, comme agents définisseurs de la problématique, les centres de services sociaux et leur personnel nous apportent une contribution évidente. La préoccupation qu'on retrouve en ce moment au ministère de l'Habitation, la réflexion qu'on fait sur le Régime de rentes etc., nous sont inspirés assez largement par des préoccupations constatées dans les centres de services sociaux. À un moment donné, cela devient tellement évident que tout le monde trouve que c'est le bon sens. Vous aurez peut-être eu le mérite de le définir plus clairement que d'autres, un peu avant les autres. Mais il reste que les réponses, ce n'est pas en soi dans une structure qui s'appelle le CSS ou en soi dans le travail du travailleur social. La réponse est dans des politiques d'habitation et des politiques de sécurité du revenu et peut-être aussi dans toutes sortes de formes de soutien à domicile et de sécurisation des citoyens.

Sur le cadre de référence, une remarque seulement. Je sais que c'est dans la nature depuis un bout de temps. Je voudrais bien que cela aboutisse en même temps que le règlement. Je crois, cependant - et je ne voudrais pas qu'on soit enduit

d'horreur ou induit en erreur - qu'il y a eu une consultation qui a été faite vendredi, je pense, ou enfin une rencontre additionnelle avec des directeurs généraux et tout cela. Je sais que c'est long. On a tous des horaires un peu compliqués de ce temps-ci. On prépare les règlements de la loi 27. Quant à la consultation formelle, je ne sais pas si vous en envisagez une plus formelle que celle d'une commission parlementaire; dans notre régime démocratique, cela m'apparaît important. Une chose que j'ai mal comprise, c'est au sujet de la notion d'inscription et d'admission. Pourriez-vous recommencer un peu votre explication? Je ne suis pas sûr que j'ai bien saisi votre opposition ou les raisons de votre opposition, à la distinction qu'on fait entre l'inscription et l'admission.

M. Thibeault: C'est que, dans les règlements qui sont proposés, on prévoit maintenant une distinction entre inscrire un bénéficiaire en centre d'accueil et l'admettre. L'admettre, cela fait référence aux services internes, donc, à l'hébergement et aux programmes de réadaptation à l'interne. L'inscrire, c'est pour fins de lui dispenser des services sur une base externe, mais cela demeure quand même des services de réadaptation. On s'entend bien parce que, si ce n'est pas de la réadaptation, cela n'a pas d'affaire dans les centres d'accueil. Si ce sont des ressources légères, ces services, je pense qu'il faudra peut-être envisager d'envoyer cela dans les CLSC. Cela demeure une ressource rare, les services à l'externe, une ressource qui reste quand même coûteuse, qui est peut-être moins coûteuse que les programmes administrés à l'interne, il va sans dire, mais c'est quand même une ressource rare et coûteuse avec un caractère de spécialisation. Là, je ne veux pas tomber dans les définitions des qualificatifs. Nous on pense que, par rapport à cette ressource, il faut qu'il existe un mécanisme de régulation, de coordination, et un mécanisme d'une bonne utilisation de ces ressources.

À partir du moment où on dissocie l'inscription, cela ouvre la porte aux centres d'accueil à donner des services à l'externe sans que viennent jouer ce que j'appelle les règles de la complémentarité interétablissements. Disons que cela a évolué depuis quelques années, mais au départ - d'ailleurs, la loi le prévoit - un centre d'accueil ne peut donner des services qu'à des enfants qui lui sont référés par le centre de services sociaux ou en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ici, on introduit une distinction qui nous laisse un peu perplexes par rapport à cette disposition de la loi parce que, finalement, ce qu'on comprend, c'est que par rapport aux programmes à l'externe les gens pourront s'adresser directement au centre d'accueil, le centre d'accueil pourra leur donner des

services. On sait que cette voie risque de devenir aussi une voie un peu privilégiée pour être admis en centre d'accueil. C'est là-dessus qu'on dit: Il faudrait absolument que les gens qui ont recours aux services de réadaptation à l'externe passent par le même mécanisme d'admission que celui prévu pour les programmes à l'interne de façon à s'assurer qu'on dessert bien les bonnes priorités, qu'on a une vue d'ensemble et qu'on utilise bien ces ressources. D'ailleurs, à l'expérience, je peux vous dire que, dans certaines régions cela fonctionne déjà de cette façon pour plusieurs programmes à l'externe et cela fonctionne bien. (20 h 45)

M. Johnson (Anjou): D'accord. Seulement pour préciser encore cette dimension, je vais prendre des exemples. Je pense qu'il n'y a rien comme prendre des exemples dans ces choses. Vous visez ici seulement les centres d'accueil de réadaptation. Vous ne parlez pas des CAH.

M. Thibeault: Non. Non. Seulement les centres d'accueil de réadaptation.

M. Johnson (Anjou): Parce que le centre de jour en CAH...

M. Thibeault: Oui. Je pense que, même si le centre de jour est défini comme un service à l'externe, il faut bien comprendre que le centre de jour n'entre pas dans ce que nous appelons une ressource rare et coûteuse. Je pense que c'est de plus en plus répandu. C'est une ressource légère et on pourrait même dire que cela devrait possiblement être administré par les CLSC.

M. Johnson (Anjou): J'espère que les gens de l'ACAQ en ont pris bonne note. Je suis sûr qu'on va entendre la Fédération des CLSC nous répéter cela tout à l'heure.

M. Thibeault: Les gens de l'ACAQ sont passés.

M. Johnson (Anjou): Dans le cas des centres de réadaptation, ce que vous nous dites dans le fond, c'est: Ou bien c'est un service de nature... Je pense aux déficients mentaux, par exemple. J'ai visité récemment, à Alma, la Villa des Lys, qui est un centre assez remarquable où les gens ont réussi conjointement à impliquer des handicapés physiques et des handicapés mentaux. Ils ont acheté un garage ou ont conclu un contrat de services avec Irving. Tout le monde trouve son bonheur là-dedans, cela fait une bonne image à Irving et ils vendent de l'essence. En même temps, ils ont permis aux handicapés physiques d'encadrer les handicapés mentaux dans l'administration de ce poste d'essence. C'est assez extraordinaire comme intégration au milieu de vie et cela

rend les gens effectivement plus autonomes. On a été à même de le constater; cela donne un degré d'autonomie absolument extraordinaire à ces gens. Est-ce que ceci exigerait une admission ou une inscription?

M. Thibeault: J'appelle cela une sortie. On n'est plus dans le processus d'avoir recours à des services spécialisés ou à des ressources rares. Il s'agit plutôt de la préoccupation que ces centres d'accueil doivent avoir en collaboration avec les organismes du milieu, et les organismes du milieu sont les établissements, mais il y a aussi beaucoup d'organismes. Cela va même dans le secteur privé, si je me fie à l'expérience que vous me citez où on doit avoir la préoccupation d'amener ces gens à devenir autonomes et à s'insérer dans la société.

Je ne pense pas que ce qui est proposé et que ce que nous proposons, en disant: N'ayons qu'un seul mécanisme et faisons en sorte qu'on utilise bien les ressources des centres d'accueil tant à l'interne qu'à l'externe, aille à l'encontre de possibilités comme celle-là. Pas du tout.

M. Johnson (Anjou): Je suis sûr que cela n'irait pas à leur rencontre intrinsèquement. Les gens d'Alma, d'ailleurs, qu'ils soient au CSS, au CLSC ou à l'hôpital, marchent. Cela m'a toujours frappé dans cette région-là, entre autres. Mais j'essaie de faire cette distinction et elle m'apparaît importante. Par exemple, la notion d'inscrire un handicapé physique de la région au centre d'accueil Villa des Lys permet que ce type d'activité, qui exige beaucoup d'énergie et beaucoup de gens qui ont mis des mois à préparer cela, faisant des téléphones, finalement a réussi à fonctionner. La dernière chose dont ils ont besoin, c'est l'intervention horizontale d'un autre service qui rentre avec ses formules. Ils l'ont fait parce que c'était à partir du centre d'accueil. Je pense que techniquement ils pouvaient le faire sans l'intervention du CSS. Est-ce que je me trompe?

M. Thibeault: Effectivement, dans le cas que vous citez, il y a eu une collaboration, sauf que cela ne s'est pas fait formellement à travers un mécanisme d'admission.

M. Johnson (Anjou): La question est de savoir si cela doit se faire formellement ou non.

M. Thibeault: Je vous retournerais la question en disant: Êtes-vous d'avis que les centres d'accueil constituent à l'égard des besoins des gens des ressources rares et dispendieuses et qu'il y a nécessité d'avoir un mécanisme pour s'assurer de leur bonne

utilisation? Dans le fond, ce n'est pas de la technique dont on parle quand on veut faire la distinction entre inscription et admission. Fondamentalement, ce que cela dit, c'est: Est-ce qu'on est d'accord pour que les centres d'accueil, finalement, sans avoir un mécanisme de coordination, aient, par rapport à des programmes à l'interne, l'obligation de s'astreindre à une mécanique de coordination pour bien utiliser les ressources à l'interne et, par rapport à des ressources à l'externe, n'aient pas à s'astreindre à cette nécessité?

Un peu en parallèle, je dirais: Prenons le modèle médical. Jusqu'à quel point on accepterait, par exemple, que les gens s'adressent directement à des spécialistes? On les oblige déjà à passer par un généraliste. C'est une façon de rationaliser l'utilisation de cette ressource. C'est un peu le modèle quand on parle des services de réadaptation, qu'ils soient à l'interne ou à l'externe.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Merci, j'en prends bonne note. J'avais une dernière question. Pourriez-vous reprendre très rapidement la question des CAR, alcool versus mésadaptés socio-affectifs, la formule unique? Quand vous parliez de la formule unique, est-ce de cela qu'on parlait, de l'inscription-admission?

M. Thibeault: Oui. C'est que le règlement prévoit un mécanisme d'admission dans les centres d'accueil pour les mésadaptés socio-affectifs et les déficients mentaux, alors qu'elle ne prévoit pas le même mécanisme pour l'utilisation des ressources, en centres d'accueil, pour la toxicomanie et les handicapés physiques.

M. Johnson (Anjou): Alors, vous en avez à l'égard de la double distinction qu'on fait de l'inscription-admission et, deuxièmement, du fait qu'on introduise deux mécanismes qui sont distincts?

M. Thibeault: Oui.

M. Johnson (Anjou): Vous ne pensez pas que, dans le cas de l'alcool, des toxicomanies et de la mésadaptation socio-affective, juste empiriquement - on pourrait faire de la philosophie là-dessus, j'en suis sûr, pendant des heures - on arrive souvent à isoler et à identifier des agglomérations et des regroupements humains très différents et que cela justifie que le processus soit un peu différent?

M. Thibeault: Il y a peut-être une question de volume effectivement. Particulièrement, quand on fait référence aux centres d'accueil pour handicapés physiques, ce sont aussi très souvent des ressources

suprarégionales. Effectivement, cela exige non seulement une coordination régionale lorsqu'il y a une ressource par rapport aux toxicomanes, par exemple, mais également une coordination suprarégionale. Sur ce plan, je pense que les centres de services sociaux ont fait la preuve qu'ils peuvent s'organiser adéquatement pour assurer une bonne utilisation des ressources suprarégionales. Prenons comme référence la relève qu'ont prise les centres de services sociaux par rapport à la coordination des admissions dans le réseau des centres d'accueil pour jeunes où, effectivement, il y a des mécanismes régionaux et provinciaux. Dans le fond, le rationnel par rapport à ces centres d'accueil, c'est finalement la même question à savoir si on considère ces ressources comme rares et coûteuses au point de se donner des garanties en termes de mécanismes pour assurer une bonne utilisation. C'est la même question finalement. C'est pour cela que, pour notre part, on répond affirmativement aux deux. Peut-être que Jean-Pierre aurait un complément.

M. Duplantie: Un complément simplement dans la perspective de la rationalisation des ressources. On se dit que le centre d'accueil est aussi une continuité dans une perspective d'utilisation des ressources les plus légères possible. La continuité se fait par rapport à la famille d'accueil, par exemple. Il y a de ces bénéficiaires qui pourraient...

M. Johnson (Anjou): Ils ne diront pas que vous ne vous êtes pas mouillé.

M. Thibeault: Quand on plonge, on plonge.

M. Duplantie: Dans la perspective de toute la coordination des ressources, on veut utiliser les ressources les plus légères possible. Il y a donc à prévoir, entre autres, l'utilisation de la famille d'accueil. Alors, le CSS, présentement, coordonne l'utilisation des familles d'accueil. On prévoit des familles d'accueil de différents niveaux aussi, soit plus légères ou régulières par rapport à des familles d'accueil plus spécialisées. On peut voir le centre d'accueil dans une continuité. Très souvent, on pourrait être tenté d'orienter quelqu'un vers le centre d'accueil alors qu'il y a d'autres ressources qui pourraient tout à fait être utilisées. C'est un peu l'argument qu'on a vis-à-vis de l'ensemble des clientèles: personnes âgées, personnes handicapées ou jeunes mésadaptés. Pourquoi ne pas avoir un organisme qui a la vision globale de cet ensemble et qui peut favoriser la rationalisation des ressources?

M. Johnson (Anjou): Merci, M. Duplantie. Je pense que ce sont des choses

qui vont nous éclairer à l'égard du projet de règlement et aussi à l'égard du cadre de référence.

M. Thibeault: C'était notre objectif, M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): J'ai cru le comprendre aussi. Merci.

Le Président (M. Desbiens): Merci. Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. Je voudrais d'abord remercier l'Association des centres de services sociaux pour son mémoire, avant de passer aux questions. Il y a plusieurs éléments que vous avez développés en détail, mais ce sont quand même des questions précises que je voudrais vous poser. À la page 2, vous parlez, au deuxième paragraphe, "des coûts additionnels consécutifs à son implantation", il s'agit de l'émergence de ce nouvel équilibre... À quels coûts additionnels faites-vous allusion?

Le Président (M. Desbiens): M. Beaudry.

M. Beaudry (Jean): Je peux peut-être donner quelques éléments. On n'a pas fait une étude exhaustive de cette dimension. À titre d'exemple, qu'il suffise de mentionner les annexes où on demande des renseignements. Ceux qui ont fait des représentations ont tous précisé au cours de la journée que, selon les catégories d'établissements, et à l'intérieur des catégories d'établissement - il y avait un niveau de préparation qui était très variable, qui allait nécessiter du personnel et parfois des équipements. Un autre élément de coût inhérent à l'implantation de la réglementation qu'on peut supposer, c'est que dans la mesure où on fait intervenir d'autres mécanismes, que ce soit par le biais des conseils régionaux avec les responsabilités additionnelles de coordination et de régulation des ressources, il est évident que cela ne se fait pas par un simple transfert des effectifs. Mais on n'a pas, non plus, comme je le disais au départ, fait d'analyse exhaustive. Ce qu'on suggère, cependant, c'est qu'il devrait y avoir une analyse plus précise de faite avant que la réglementation prenne forme de façon définitive et que, s'il y a lieu, effectivement, d'avoir des budgets ou des ressources additionnelles, ce soit déjà planifié en conséquence.

Mme Lavoie-Roux: Merci. Ma deuxième question porte sur le transfert de la responsabilité des placements ou de l'offre des services de placement des CSS aux CLSC. C'est une question à la fois au ministre et à vous. Est-ce que vraiment, au

point de vue de la loi existante, on ne vient pas à ce moment-ci d'affecter par le règlement, compte tenu des obligations qui sont faites aux CSS par la loi 48 ou, enfin, des responsabilités eu égard aux services de placement, ensuite, eu égard à la loi 24 qui confie au Directeur de la protection de la jeunesse le placement des mésadaptés socio-affectifs? Je ne sais pas si vous l'avez vérifié ou si le ministère l'a vérifié. C'est un peu dans le même ordre d'idées que la question que j'ai posée aux pharmaciens. Ce n'est pas sur le fond de la chose, mais est-ce que...

M. Johnson (Anjou): L'intra ou l'ultra vires?

Mme Lavoie-Roux: Oui, parce que c'est quand même important qu'on ne se serve pas d'un règlement pour le faire. Qu'on modifie les lois s'il le faut.

M. Johnson (Anjou): Oui, oui, c'est cela. Une seconde! Le ministère s'est appuyé sur l'article 173 de la loi qui établit - oui, vous vous souvenez des discussions qu'on a eues à ce sujet en commission parlementaire lors de l'étude du projet de loi 27 - au paragraphe c): "En outre des pouvoirs de réglementation qui lui sont conférés par la présente loi, le gouvernement peut faire des règlements pour déterminer les formalités d'inscription, d'admission et de sortie des bénéficiaires dans un établissement ou de leur prise en charge par une famille d'accueil suivant, s'il y a lieu, la catégorie, la classe ou le type d'établissement ou la catégorie de la famille d'accueil, déterminer les modalités de création des comités d'admission dans les centres d'accueil et les centres hospitaliers." C'est en s'appuyant essentiellement sur ces dispositions et peut-être d'autres. Vous posez la question. Nous répondrons sûrement avant d'adopter le règlement, mais a priori cela ne semblait pas causer de difficulté.
(21 heures)

Mme Lavoie-Roux: Oui, parce qu'il reste qu'au chapitre 48 l'article 1 dit: "Confère aux CSS le placement." Est-ce que la loi 127... En tout cas, c'est à vous de faire la vérification. L'avez-vous examinée?

M. Thibeault: On ne l'a pas examinée sur la base du libellé de la loi comme tel, mais cela nous apparaît effectivement une dimension qui nous intrigue beaucoup. D'abord, le règlement en soi - j'ai attiré l'attention tout à l'heure sur l'article 50.1a - aux deux endroits, lorsqu'il est question de l'évaluation pour fins de placement des personnes âgées ou de l'évaluation pour fins de placement des enfants, est silencieux sur qui fait l'évaluation. Nous pensons que, par la logique qui a été développée dans les règlements et qui veut que la personne âgée

s'adresse au CLSC, il y a peut-être des intentions de confier cette responsabilité au CLSC. Si tel était le cas, d'une part, on ne sait pas jusqu'à quel point cela va à l'encontre de la lettre de la loi, mais cela va certainement à l'encontre de l'esprit quand on a déparagé les missions, dans la loi, des différentes catégories d'établissements, en faisant référence à l'article 1 qui précise la mission du centre de services sociaux et qui confie une responsabilité explicite au CSS en cette matière.

Deuxièmement, au plan de la pratique professionnelle, nous restons convaincus que, lorsque arrive le moment d'évaluer un besoin qui nécessite un placement, il est important que cette évaluation soit faite par un organisme et non par plusieurs. Aussi, il faut que, à partir de l'évaluation, il y ait une prise en charge qui soit faite aussi par l'établissement selon le modèle qu'on retrouve dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, parce que, tout compte fait, autant du côté des personnes âgées que des jeunes, on a affaire à des clientèles très vulnérables; il faut qu'il y ait quelqu'un qui la suive à travers le système, parce que la personne est susceptible de cheminer.

Mme Lavoie-Roux: C'est peut-être eu égard à la loi 24 aussi qu'il faudrait l'examiner.

M. Johnson (Anjou): Dans le cas du placement d'enfants, notamment à cause du recours à la ressource qu'est la famille d'accueil sur laquelle il y a une juridiction très précise dans le cas des centres de services sociaux, je pense que ce caractère quasi exclusif des centres de services sociaux ne pose pas de problème. Cependant, dans le cas du placement des personnes hébergées, si on regarde la définition du CLSC à g) de l'article 1, on dit: "...si nécessaire, en les dirigeant - en parlant des bénéficiaires - vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide." C'est aussi du rôle des CLSC d'orienter les personnes vers un type d'établissements. On peut présupposer que le particulier excluant le général et le reste, les grosses choses étant dans les petites - je ne me souviens pas de la formule latine - dans la mesure où il n'y a pas une responsabilité spécifique et exclusive accordée à un autre établissement, le pouvoir réglementaire de 173 nous permet, en vertu de la définition de l'article 1g, de confier une responsabilité spécifique au CLSC. Il reste que cela a le mérite d'avoir été souligné et on doit s'assurer qu'on ait les assises juridiques pour le faire. Je présume que cela a été fait, bien que la question nous soit posée de façon beaucoup plus précise, et on va vérifier.

Le Président (M. Desbiens): M. Duplantie voudrait ajouter quelque chose.

M. Duplantie: Oui. Au-delà de la lettre, il m'apparaît que la position que nous développons est basée sur le fait qu'il y a un organisme qui devrait avoir la responsabilité à partir du moment où la personne est vraiment en besoin de protection. Donc, nous distinguons deux phases; une phase de maintien à domicile qui, d'après nous, doit appartenir au CLSC. Donc, il s'agit de toute l'entrée dans le réseau qui est de l'ordre de l'accueil et de l'évaluation quant aux besoins nécessités et de favoriser, par tous les moyens, le maintien à domicile. Mais, à partir du moment où on s'aperçoit que, de fait, ce n'est plus possible de maintenir une personne dans son domicile, qu'il faut avoir recours à d'autres types de ressources, on se dit: Il faudrait que l'orientation soit d'envoyer, vers un établissement régional qui, d'une part, coordonne, jusqu'à maintenant au moins, l'ensemble des ressources, les différents types de ressources de familles d'accueil et aussi les ressources de centres d'accueil. D'autre part, il y a tout le problème de préparer un bénéficiaire quant au type de ressources qui lui est le plus approprié. Par préparation, on veut dire motiver quelqu'un à utiliser des ressources comme celles-là. La famille d'accueil, par exemple, cela n'est pas accepté facilement par une personne âgée. Il faut penser que même les membres de la famille, les proches de la personne âgée, n'aiment pas tellement qu'une autre famille s'occupe de leur père ou de leur mère en leur donnant l'impression qu'eux en sont incapables. Alors, tout de suite là, il y a un travail à faire, à la fois avec la personne âgée et avec les proches de cette personne. Ensuite, il y a le suivi à faire dans la famille d'accueil. Je parle de la famille d'accueil, mais on peut aussi parler du centre d'accueil de la même façon. Il s'agit de voir, à ce moment-là, quelle est la ressource la plus appropriée à utiliser pour cette personne. C'est dans cette perspective qu'on se dit que le maintien à domicile, il se doit d'être au niveau du CLSC. Mais il y a vraiment une deuxième dimension qui est celle de la protection qu'on devrait, à notre avis, conserver au niveau des centres de services sociaux.

M. Thibeault: Un dernier complément d'information. Une lecture étroite du règlement nous permettrait de tirer à peu près la constatation suivante. On dit qu'une évaluation pour fins de placement doit être faite, mais on ne dit pas par qui, à l'article 50. C'est la même chose concernant l'admission d'une personne âgée. Donc, cela ouvre la porte à bien du monde qui pourrait évaluer pour fins de placement. Et assez curieusement, on doit en déduire qu'une fois

que quelqu'un, quelque part, peut-être même dans un organisme bénévole, a dit que cette personne-là devait aller en famille d'accueil, le CSS se verra placé dans l'obligation de trouver une ressource à cette personne-là, sans avoir à intervenir sur les composantes de son milieu qui justifient finalement le besoin. Dans ce sens-là, je pense que reconnaître la responsabilité de l'évaluation lorsqu'il s'agit d'utiliser une ressource en dehors du milieu naturel, cela devient aussi, par le fait même, un mécanisme régulateur entre les deux secteurs d'activité. Le CLSC ayant une responsabilité de maintien à domicile, s'il faut qu'une fois qu'il a diagnostiqué le placement, c'est une ordonnance que les autres exécutent, je pense qu'il y a là un mécanisme régulateur qui n'existe pas. Et il y aurait peut-être des tendances naturelles, comme on connaît la nature humaine, à recourir de façon excessive à cette ressource.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie. J'aurais une autre question. Au début, vous énumérez trois ou quatre catégories de bénéficiaires potentiels qui, selon vous, ne sont pas couverts par les classes et types de centres d'accueil: les adultes, les personnes âgées présentant des troubles de comportement, les jeunes mésadaptés et les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Est-ce que, quand même, dans les catégories qu'on retrouve dans le règlement, à l'article 3, ces gens-là ne sont pas couverts, dans le cas du paragraphe a, en ce qui concerne les jeunes mésadaptés socio-affectifs et dans le cas des adultes et personnes âgées présentant des troubles de comportement: alcooliques, marginaux, etc., dans des centres de réadaptation, par exemple, de toxicomanes ou des centres de réadaptation pour personnes handicapées mentales dans le cas des... Peut-être que, concernant les personnes souffrant de troubles psychiatriques, vous pensiez davantage en termes de foyers de transition ou de maisons de transition, je pense, et que ceux-là n'étaient pas couverts. Mais les deux autres, je ne suis pas certaine qu'ils ne soient pas couverts dans les types de clientèles ou de centres de réadaptation qui sont énumérés à l'article 3.

M. Thibeault: J'allais dire: Je vais tenter un premier élément de réponse. Je pense que, dans la façon d'identifier les types de centres d'accueil d'hébergement, il nous apparaît qu'il y a des clientèles qui sont laissées un peu pour compte et ce n'est peut-être pas tant dans la définition des titres de centres d'accueil d'hébergement qu'il faut les reconnaître par des sous-catégories, mais davantage en introduisant des éléments de programmation qui devraient répondre aux besoins spécifiques. L'approche

qui semble être dans les règlements, c'est qu'on parle de centres d'accueil d'hébergement en faisant référence à une clientèle qui semble homogène alors que, dans les faits, on sait que c'est une clientèle hétérogène. Et il n'y a rien dans les règlements ni dans les lois qui parle de programmes spécifiques à l'égard de certaines clientèles dont les trois qu'on nomme ici principalement. Alors, ce n'est pas tant par la définition de sous-catégories, mais bien en essayant d'introduire dans les règlements la nécessité d'avoir des programmes de réadaptation ou des programmes d'hébergement adaptés aux besoins de ces bénéficiaires.

Mme Lavoie-Roux: J'essaie de bien saisir. Dans le cas des personnes souffrant de troubles psychiatriques, pensez-vous aux personnes âgées qui, à l'intérieur d'un centre d'accueil, ne trouvent pas de programmes ou de dispositions qui puissent tenir compte de leurs difficultés de fonctionnement au plan émotif?

M. Thibeault: Je vais céder la parole à M. Lancop, parce que, effectivement...

M. Lancop (Claude): ...Mme la députée, ce sont des programmes spécifiques comme ceux-là pour certaines catégories de centres d'accueil où on pense qu'il y aurait lieu, vis-à-vis des clientèles plus problématiques, des clientèles de personnes âgées présentant des problèmes de comportement ressemblant à des problèmes psychiatriques ou des problèmes de confusion... On a eu de la difficulté, jusqu'à présent, dans le réseau des centres d'accueil d'hébergement, à faire entrer ces personnes parce qu'elles posaient des problèmes particuliers parmi d'autres personnes âgées. On pense que, s'il était prévu, pour ces centres d'accueil, davantage de programmes spécialisés, l'entrée de ces bénéficiaires dits litigieux serait plus facile.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, je me demande si le ministère crée certaines obligations, à savoir que les centres d'accueil pour personnes âgées doivent desservir, en tout cas dans une certaine proportion, ce type de clientèle avec des programmes qui soient adaptés, parce qu'il y a 10% de la population qui demeure quelque peu entre deux eaux. Je connais un centre d'accueil où on a fait certaines adaptations. Je pense à Saint-Jean-de-la-Lande. Ce n'est pas très répandu, si bien que cela devient souvent des gros problèmes presque insurmontables pour la famille et la communauté.

M. Johnson (Anjou): Effectivement, vous dites que le chiffre est d'à peu près 10%. Cela tombe à peu près pile. Sur les quelque

30 000 personnes hébergées, nous en avons 3000 qui justifient des budgets spécifiques. Il faut dire que ce n'est pas généralisé, mais certains établissements ont des budgets spécifiques dans ce qu'on appelle la psychogériatrie. Je pense, notamment, à Pierre-Joseph-Triest - je ne sais pas si, c'est le cas de Saint-Jean-de-la-Lande aussi - à Ernest-Routhier, Paul-Gouin, Henri-Bradet, Lapinière et Armand-Lavergne, qui sont des centres d'accueil beaucoup plus récents - dont l'un sera inauguré d'ailleurs d'ici une semaine ou deux - où on a attribué des budgets particuliers à cause de la dimension psychogériatrique. C'est clair que cela ne règle pas le problème de distribution. Cela présuppose qu'on concentre et qu'il y a, à ces endroits, un niveau plus élevé de cas psychogériatriques, en souhaitant qu'il y en ait moins ailleurs. Mais, globalement, je pense qu'on peut dire qu'on répond aux besoins d'environ 3000 personnes, ce qui correspond au chiffre d'environ 10%.

Mme Lavoie-Roux: Je peux vous dire qu'il en traîne pas mal dans la communauté. Est-ce parce qu'il n'y a pas de ressources? Vous n'en faites pas une obligation à ces centres-là. Dans le fond, ce que l'Association des centres de services sociaux nous dit, c'est qu'il n'y a peut-être pas de prévisions assez précises, même à l'intérieur des catégories que vous avez dans votre règlement, pour qu'à tour de rôle ou un peu dans chacune des régions, on demande à des centres d'accueil d'assumer ce type de responsabilité. Je me demande s'il y aurait lieu, sans créer un nouveau type, mais en créant certaines responsabilités aux centres d'accueil...

M. Johnson (Anjou): L'instrument est probablement beaucoup plus dans la programmation budgétaire. Je ne suis pas sûr qu'on ait besoin d'une assise réglementaire pour le faire. On le fait déjà dans la programmation budgétaire. C'est en fonction de l'analyse des besoins et des ressources qu'on a et des priorités qu'on se donne, pour une ou des années.
(21 h 15)

Essentiellement, cela se traduit par plus de ressources sur le plan financier pour les établissements... Et c'est là qu'on retrouve une certaine unicité décisionnelle dans le système régional qui permet, effectivement, d'attribuer à cette personne l'assignation à un endroit où on a de meilleures ressources. Encore une fois, ce ne sera jamais parfait.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que vous l'avez dans l'ensemble des régions?

M. Johnson (Anjou): On en a dans beaucoup de régions, à ma connaissance, mais je ne sais pas si on en a dans toutes

les régions. Cela ne couvre pas toutes les régions. Cela fait quelques années qu'on le fait, mais on n'est pas rendu dans toutes les régions.

Mme Lavoie-Roux: À ce moment, vous exposez les gens à aller d'une région à l'autre et ainsi de suite. Quand il y a un manque de ressources, c'est un problème.

La dernière question que je voudrais vous poser concerne la tenue des dossiers, si je peux retrouver la page exacte. C'est à la page 18. Vous semblez assez préoccupés du fait que vous fonctionnez, en ce qui a trait aux milieux scolaire et hospitalier, avec des contrats de services. Vous gardez quand même la responsabilité du fonctionnement professionnel de la personne que vous prêtez, que ce soit à un centre hospitalier, que ce soit à une commission scolaire. En ce sens, le fait d'avoir un dossier chez vous, cela vous permet d'assurer, j'imagine, la qualité du travail professionnel. Est-ce que c'est l'esprit de votre recommandation?

M. Thibeault: Oui, entre autres. Je voudrais juste noter, au passage, concernant la question des dossiers, que je n'en ai pas parlé tout à l'heure parce que cela a un haut degré, je dirais, de technicité. Dans notre mémoire, on retrouve des recommandations concrètes pour résoudre des problèmes. Dans les règlements, il est prévu, trois choses. Dans certains cas, on dit: On n'ouvre pas de dossier, on ne fait qu'enregistrer. Là-dessus, on dit: Cela pose un certain problème à l'égard de certaines clientèles, le fait de ne pas ouvrir de dossier, on a fait un travail professionnel important et, finalement, le client a le droit d'avoir un dossier et on n'en a pas.

Deuxièmement, il y a un autre problème, c'est qu'on introduit la question des dossiers de groupes ou les interventions de groupes. On dit: Il n'y a pas nécessité d'avoir de dossier et on fait des recommandations qui vont dans le sens de distinguer peut-être les groupes de type d'animation, qu'on retrouve particulièrement dans l'approche des CLSC, les groupes d'information par rapport aux groupes thérapeutiques que l'on retrouve dans les clientèles du CSS où, finalement, c'est un travail de groupe, mais à l'égard de bénéficiaires individuels qui ont un problème commun. Il y aura peut-être des concordances à faire, mais je n'entrerai pas dans tout cela.

Je reviens maintenant à votre question de dossier. Le règlement dit qu'à l'intérieur des ententes de services ou des contrats de services avec les établissements, en particulier, les centres hospitaliers et les commissions scolaires, même les centres d'accueil de réadaptation, l'établissement n'ouvre plus de dossier. Le CSS n'ouvre plus

de dossier. On trouve cela assez curieux quand même parce que c'est la non-reconnaissance du fait que ce bénéficiaire, qui est en milieu hospitalier, par exemple, n'est pas aussi bénéficiaire du centre des services sociaux lorsqu'il requiert des services du centre des services sociaux. Comment peut-on, dans un deuxième temps, donner des services à ces gens, répondre à leurs demandes et ne pas, je dirais, garantir leur droit à un dossier?

Il nous semble, en tout cas, qu'on a une vision à travers la réglementation, à savoir que les gens qui oeuvrent en milieu hospitalier ou en milieu scolaire, ce sont finalement des prêts de personnel en disant aux commissions scolaires ou aux hôpitaux: Faites ce que vous voulez avec. Pour nous, le concept du contrat de services n'a jamais été vu comme un prêt de personnel, mais vraiment un contrat par lequel les établissements s'entendent pour donner des services à l'intérieur d'un centre hospitalier et répondre aux besoins spécifiques de certains bénéficiaires.

Mme Lavoie-Roux: Je voudrais peut-être poser une question au ministre. Lors d'une poursuite à l'endroit d'un professionnel, dans le cas présent, la poursuite serait faite à l'endroit de l'établissement des CSS et non pas de l'hôpital. Il n'a même pas de dossier ouvert dans l'établissement.

M. Johnson (Anjou): Cela dépend de la nature de l'action en dommages, si c'est pour une faute professionnelle ou si c'est pour...

Mme Lavoie-Roux: Supposons que ce serait une faute professionnelle.

M. Johnson (Anjou): Si c'est pour une faute professionnelle, je pense que par définition ce qu'on va mettre en cause, dans un premier temps, c'est le professionnel; deuxièmement, si je ne me trompe pas, la jurisprudence...

Mme Lavoie-Roux: J'imagine que les deux peuvent être poursuivis.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. La jurisprudence, de plus en plus, a tendance à rendre responsable l'établissement.

Mme Lavoie-Roux: C'est cela.

M. Johnson (Anjou): Dans le cas des professionnels salariés, par exemple, un travailleur social, l'établissement est habituellement poursuivi solidairement et conjointement et habituellement condamné s'il est trouvé responsable. Dans le cas des médecins, la tendance de la jurisprudence récente - je lisais un article de Me Crépaux

là-dessus - c'est que, dans la mesure où le citoyen n'a pas vraiment exercé un choix, par exemple, dans un service d'urgence, on a une tendance, dans une certaine jurisprudence, depuis deux ou trois ans, à considérer que l'établissement est également responsable et qu'il n'y a pas seulement le professionnel qui est en cause.

Mme Lavoie-Roux: Pour quelle raison je pose cette question? En égard à la poursuite qui pourrait être intentée à la fois contre l'établissement et contre le professionnel, est-ce que ceci ne justifie pas le maintien d'un dossier dans l'établissement qui a la responsabilité du professionnel au premier chef? En tout cas, c'est...

M. Johnson (Anjou): C'est une bonne question.

Mme Lavoie-Roux: Il faudrait peut-être y réfléchir parce que je me dis que ce sont eux qui gardent la responsabilité de la qualité de l'acte professionnel, ils sont employés du CSS.

M. Johnson (Anjou): Qui agit per alium agit per se... C'est ce que je cherchais dans le...

Mme Lavoie-Roux: Oui. Votre latin vous revient.

M. Johnson (Anjou): Oui, c'est cela. Cela revient. Mais cela aide quand on en a qui ont cela tout frais à l'esprit.

Mme Lavoie-Roux: Je vous suggérerais d'aller chercher le ministre des Affaires intergouvernementales. Il était bon dans le temps.

M. Johnson (Anjou): Le ministre de l'Éducation n'est pas si mauvais non plus.

Mme Lavoie-Roux: Non, non. Mais là, il est plongé dans ses études, dans ses réflexions.

M. Johnson (Anjou): En fait, je prends bonne note de cette préoccupation, de ce qui est un problème tout à fait distinct - je comprends ce qu'évoque M. Thibeault là-dessus - dans la mesure où les professionnels deviennent "prêtés".

Mme Lavoie-Roux: C'est cela.

M. Johnson (Anjou): Il dit: Dans le fond, nous n'avons plus le "contrôle" en tant qu'établissement sur l'activité du travailleur qui est "prêté". Est-ce qu'en soi, c'est une bonne idée qu'il soit prêté? M. Thibeault nous dit: Nous pensons qu'on devrait continuer, qu'on devrait avoir un dossier et

qu'on devrait avoir la juridiction. C'est un jugement qu'on porte sur le mode de fonctionnement. Quant aux conséquences juridiques, je pense qu'effectivement il faut au minimum s'interroger là-dessus. Merci.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie.

Le Président (M. Desbiens): Cela va. Je remercie l'Association des centres de services sociaux du Québec de leur participation à nos travaux ce soir...

M. Thibeault: Merci de votre attention.

Le Président (M. Desbiens): ...et j'invite la Fédération des CLSC du Québec à s'approcher, s'il vous plaît! La commission suspend ses travaux pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 21 h 24)

(Reprise de la séance à 21 h 32)

Le Président (M. Desbiens): À l'ordre! La Fédération des CLSC du Québec, M. Marcel Sénéchal, président.

Fédération des CLSC du Québec

M. Sénéchal (Marcel): Bonsoir.

Le Président (M. Desbiens): Voulez-vous présenter les personnes qui vous accompagnent?

M. Sénéchal: Oui, avec plaisir.

Le Président (M. Desbiens): Et, ensuite, procéder à la lecture du mémoire.

M. Sénéchal: À ma gauche, je vous présente M. Maurice Charlebois qui est directeur général de la Fédération des CLSC. Je continue: à ma gauche, M. Denis Perras et M. Jean-Pierre Bélanger qui sont conseillers à la Fédération des CLSC. À ma droite, M. Paul Le Guerrier qui est vice-président à la Fédération des CLSC.

Le Président (M. Desbiens): Oui, si vous voulez procéder.

M. Sénéchal: M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs les députés, la Fédération des CLSC du Québec est très heureuse de se présenter devant cette commission permanente des affaires sociales pour faire partager aux membres de cette commission ses réflexions et ses recommandations sur les projets de règlement relatifs à l'organisation et à l'administration des établissements du réseau des affaires sociales.

Qu'il nous soit permis de souligner aux

membres de cette commission notre satisfaction quant à l'économie générale du projet de règlement. Nous remercions le ministre de sa préoccupation à améliorer davantage la complémentarité du réseau.

La Fédération des CLSC est particulièrement heureuse des nouvelles dispositions concernant le système d'admission des bénéficiaires dans les établissements de soins prolongés ou d'hébergement. L'implication des CLSC s'inscrit parfaitement dans sa vocation telle que définie à l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit de diriger les personnes qui requièrent des services vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide. En ce sens, le projet de règlement confirme donc l'importance des CLSC pour agir au niveau des services de première ligne, constituant ainsi, comme il se doit, la porte d'entrée du réseau des affaires sociales. Au même effet, la fédération se réjouit des efforts faits par le ministre pour simplifier les questions d'enregistrement, d'inscription et de tenue des dossiers pour les personnes qui requièrent un type particulier de services qui ne nécessitent pas une lourdeur administrative, chose dont on a heureusement tenu compte dans le projet soumis à cette commission.

En somme, il s'agit là de l'essentiel des dispositions qui ont un impact sur l'organisation des CLSC, ce qui explique la modestie de notre mémoire. Si d'aucuns décrivent parfois l'excès de réglementation, la Fédération des CLSC est heureuse de constater cette fois que le gouvernement a modéré son appétit réglementaire.

Dans son mémoire, la Fédération des CLSC n'a pas voulu - à bon escient, d'ailleurs - commenter les dispositions relatives à l'organisation d'autres types d'établissements qui constituent l'essentiel du projet de règlement. C'est pourquoi les commentaires que nous formulons sont brefs car ils tiennent compte des préoccupations particulières des CLSC. Permettez-nous donc de vous en livrer la substance principale.

Articles 2 et 3 du règlement. On y mentionne spécifiquement que les CHSP et les CAH pourront dispenser des "programmes d'activités thérapeutiques et préventives de jour."

Nous comprenons qu'il peut apparaître nécessaire de spécifier explicitement que ces institutions pourront offrir de tels services puisque cela n'est pas nécessairement évident dans la définition qu'on en donne.

La loi elle-même définit en effet les CAH comme des institutions d'hébergement. Il est donc nécessaire d'élargir leur mandat si on veut qu'ils offrent des activités de jour.

Dans le cas des CHSP, ce n'est pas la loi elle-même, mais plutôt la définition de la classe dite des centres hospitaliers de soins

prolongés apportée dans le règlement qui en limite les activités. Si, en effet, on les définit comme des institutions qui reçoivent principalement des bénéficiaires dont le séjour est supérieur à trois mois, il devient nécessaire de spécifier dans le règlement qu'ils pourront aussi offrir d'autres activités.

Nous croyons cependant que la façon dont ces spécifications sont apportées est susceptible de créer des ambiguïtés. Les CHSP et les CAH n'ont pas l'exclusivité des programmes d'activités thérapeutiques et préventives de jour. La loi permet aussi aux CLSC d'offrir de telles activités et, dans les faits, déjà plusieurs CLSC dirigent des centres de jour pour personnes âgées. Or, dans sa formulation actuelle, le règlement ne fait pas mention explicitement de ce rôle possible des CLSC et cela risque, selon nous, d'être une source de confusion.

Il nous semble d'autant plus nécessaire d'apporter explicitement cette précision que le ministre n'a pas encore fait connaître sa politique sur les centres de jour. Il y a donc déjà une certaine confusion qui règne actuellement dans le réseau quant à la vocation des établissements à l'égard des centres de jour et il faudrait éviter, quant à nous, d'alimenter davantage une telle confusion.

Nous croyons aussi que la formulation du texte du règlement est trop vague et risque d'être une source de confusion additionnelle. On parle en effet de "programmes d'activités thérapeutiques et préventives de jour" au sens large sans spécifier de quelle clientèle il est question. À la limite, cela pourrait inclure à peu près toute la vocation des CLSC. Nous croyons comprendre que ce qui est en cause surtout - et presque exclusivement - ce sont ici les centres de jour pour personnes âgées en perte d'autonomie. Nous pensons qu'il serait préférable de spécifier davantage à quelle clientèle ces activités thérapeutiques et préventives de jour seront offertes.

Article 26 du projet de règlement. Page 6 de notre mémoire. Il nous apparaît que, dans la mesure où une partie du centre hospitalier de courte durée serait réservée à des soins prolongés, certains problèmes d'interprétation quant à la juridiction des personnes ou organismes autorisés à admettre un bénéficiaire pourraient être soulevés.

En effet, la juridiction des CRSSS, des CLSC et des CSS, selon le cas, ainsi que la procédure d'admission prévue aux articles 33 et 34 du projet de règlement seront-elles mises en péril devant l'article 26 qui prévoit l'admission d'une personne à la suite d'une demande faite par un médecin membre du CMD? Est-ce à dire que les médecins pourront admettre une personne pour y recevoir des soins prolongés dans un CH de courte durée où une partie serait consacrée aux soins prolongés?

Certes, idéalement, nous comprenons qu'un CH de courte durée ne devrait pas, selon l'article 2 du projet de règlement, offrir des services de soins prolongés. Toutefois, telle n'est pas la situation à l'heure actuelle et rien ne nous indique que la conjoncture évoluera dans ce sens dans un avenir rapproché.

En conséquence, nous recommandons que le projet de règlement précise à l'article 26 que l'admission par un médecin est faite seulement dans des cas où la personne ne requiert pas des soins prolongés.

Articles 33 et 34. Ces articles concernent l'établissement d'un mécanisme d'admission dans les établissements offrant des services de soins prolongés ou d'hébergement et définissent les étapes à franchir ainsi que les rôles de chacun des intervenants.

Dans l'ensemble, nous sommes d'accord avec les propositions qui sont faites, notamment avec cette idée que le système d'admission doit prévoir "la participation d'un médecin, d'un travailleur social et d'une infirmière ou infirmier." Nous sommes convaincus, en effet, qu'un tel processus de décision doit reposer sur une évaluation multidisciplinaire de la situation des bénéficiaires.

Dans le système proposé, ce sont les CLSC, ou à défaut les CSS lorsqu'il n'y a pas de CLSC, qui reçoivent les demandes écrites d'admission. Dans une deuxième étape, on procède à l'évaluation de la demande, mais on ne précise pas cependant qui doit procéder à cette évaluation.

Nous pensons qu'il faudrait spécifier que cette évaluation est faite aux CLSC selon, évidemment, les critères et les procédures établis par le CRSSS. Sinon, il n'y a aucune raison de spécifier que les demandes d'admission doivent être adressées aux CLSC. Les CLSC ne sauraient se contenter, en effet, de jouer ici un simple rôle de boîte aux lettres et d'avoir à subir la pression de la clientèle, puisque c'est à eux que les postulants auront remis leur demande, dans un processus où ils n'auraient aucun rôle à jouer.

Nous croyons, au contraire, qu'il relève de la vocation du CLSC de procéder à de telles évaluations. Normalement, en effet, les CLSC ont, de par leur vocation, le personnel multidisciplinaire nécessaire pour procéder à ces évaluations. Mais, de façon plus générale aussi, toute l'économie de la réforme qu'on veut implanter au niveau des admissions suppose que l'évaluation des bénéficiaires tienne compte le plus possible des possibilités de leur entourage et des ressources disponibles du milieu. Ce processus suppose donc une connaissance approfondie des milieux locaux, ce que le CLSC est plus facilement en mesure de faire. Nous croyons donc qu'on aurait dû spécifier explicitement

que l'évaluation de la situation des bénéficiaires sera faite par les CLSC.

Nous croyons aussi qu'il y a un risque de confusion dans l'utilisation des termes "évaluation psychologique", puisque cela pourrait faire appel à une expertise professionnelle dont la pratique est exclusive aux membres d'une corporation. Le risque de confusion est d'autant plus grand qu'on ne prévoit pas la présence de psychologues dans l'équipe multidisciplinaire chargée de l'évaluation (troisième alinéa de l'article 33). Pour éviter cette confusion, on pourrait simplement parler d'évaluation psychosociale.

Article 47. Concernant l'article 47 du projet de règlement, nous aimerions souligner une légère contradiction dans la formulation du texte. En effet, on dit que le bénéficiaire inscrit à un CLSC ou à un CSS par l'intermédiaire d'un groupe est dispensé de s'y inscrire personnellement et, par la suite, on dit que le nom de ce bénéficiaire non inscrit doit figurer dans un registre. Nous croyons qu'un tel libellé porte à confusion, à savoir si l'on inscrit ou non une telle personne, avec les règles administratives que cela comporte. Nous croyons que le libellé suivant traduirait mieux la réalité vécue en matière de services rendus à des groupes. Donc, on pourrait lire l'article 47 de la façon suivante: "Une personne qui reçoit des services d'un centre local de services communautaires ou d'un centre de services sociaux par l'intermédiaire d'un groupe est dispensée de s'inscrire. Toutefois, les noms de ces bénéficiaires non inscrits doivent figurer dans un registre conservé par le centre".

Quant aux commentaires que nous avons à formuler concernant les annexes, nos réserves vont dans le même sens que celles formulées par les associations d'établissements qui nous ont précédés. Merci, M. le Président.

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

M. Johnson (Anjou): Merci, M. Sénéchal. Et, à vous aussi, merci d'avoir préparé un mémoire fort substantiel qui a l'avantage de se concentrer sur les aspects qui vous touchent directement, et d'en avoir fait un résumé.

(21 h 45)

Toute la question des soins prolongés en milieu de courte durée est une question qui en soi est un peu complexe et qui devient encore plus compliquée quand on regarde les textes. Je vais me permettre simplement de vous décrire ce que peut être la réalité et ce que vous souhaitez devant ce type de réalité. On peut dire que la politique générale du ministère, c'est que l'ensemble des centres hospitaliers de courte durée devraient accepter que 10% de leurs lits

soient consacrés aux soins prolongés, répondant ainsi à des pressions démographiques et des besoins évidents dans notre société. Il appert que le problème pour beaucoup d'hôpitaux - nous sommes sensibles à cela; j'évoquais récemment devant l'Association des hôpitaux, pas plus tard qu'hier midi, les orientations que le ministère entend prendre dans ce domaine - que le débordement de ces 10% cause des ennuis évidents à beaucoup d'hôpitaux au niveau de la fourniture des services de première, de deuxième ou de troisième ligne, mais en courte durée. Je ne remets pas en question personnellement le principe qui veut qu'il y ait 10% des lits des CHCD qui soient en soins prolongés. Il faudra simplement trouver des façons de régler le problème quant à ceux qui sont pris avec des taux inacceptables, inadmissibles, et qui rendent le système inefficace.

Ce que je voudrais savoir, c'est qu'à partir du moment où un hôpital de courte durée a une unité de soins prolongés, une section vraiment réservée aux soins prolongés, est-ce que vous êtes d'avis que les lits de cette section de soins prolongés devraient être considérés comme dans le pool général sous la juridiction du comité avec le processus qui est suggéré, ou encore si vous acceptez la notion, comme semblait le réclamer l'Association des hôpitaux, ce matin, que l'ensemble de ces lits situés en hôpitaux de courte durée pour des fins de soins prolongés demeure sous la juridiction, je dirai, exclusive de l'établissement pour les fins de leur utilisation?

M. Sénéchal: Je pense que la recommandation qui est faite vaut d'autant plus que vous n'avez pas l'intention de remettre en question les 10%. La réponse à votre question, c'est oui.

M. Johnson (Anjou): La réponse, c'est que vous acceptez...

M. Sénéchal: C'est-à-dire, que si on doit maintenir, dans des centres hospitaliers de courte durée, 10% de lits pour soins prolongés, ce que nous pensons, c'est que ces 10% devraient être sous le coup de la révision qui est faite du processus d'admission.

M. Johnson (Anjou): Donc, contrairement à ce que demande l'AHQ. D'accord. Je veux juste que ce soit bien clair.

M. Charlebois (Maurice): Je me permettrais d'ajouter que, s'il y a eu des pressions démographiques justement pour qu'on réserve plus de lits de soins prolongés, je pense qu'à plus forte raison ces lits devraient rentrer dans le pool.

M. Johnson (Anjou): Cependant, vos commentaires semblent s'adresser à l'excédent de cette unité si, par "accident" ou problème de congestion de soins prolongés dans un hôpital donné, dans une région donnée, cela déborde ces 10% ou l'unité proprement dite. Vous dites: Nous autres, on ne veut rien avoir à faire avec cela. Est-ce que c'est cela?

M. Sénéchal: Ce devrait être inscrit dans le processus à partir... Ce n'est pas seulement pour le surplus; cela va pour l'ensemble des lits...

M. Johnson (Anjou): C'est l'ensemble.

M. Sénéchal: ...disponibles en soins prolongés.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Cela a l'air un peu technique, mais cela m'apparaissait fondamental de clarifier les enjeux là-dedans.

Cela va pour l'essentiel. Je pense que votre mémoire parle par lui-même quant au reste. Je n'ai pas d'autres questions ni commentaires, sinon pour vous remercier de votre présentation.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Je veux également remercier la Fédération des CLSC pour son mémoire. On semble être devant des gens qui sont satisfaits de leur sort. Alors, cela diminue les questions d'autant.

Dans votre première recommandation, vous mentionnez que l'article devrait être précisé dans le sens où vous le dites, "les centres hospitaliers de soins prolongés, les centres d'hébergement et les centres locaux de services communautaires peuvent dispenser un programme d'activités thérapeutiques et préventives de jour aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie", pour y inclure les CLSC, si je comprends bien. Les centres hospitaliers de soins prolongés n'ont pas uniquement des services pour les personnes âgées, c'est-à-dire des activités de jour pour des personnes âgées ou des activités thérapeutiques de jour pour des personnes âgées. Si vous pensez aux hôpitaux psychiatriques, par exemple, ils peuvent fort bien avoir des activités de jour pour des patients qui ne sont pas des personnes âgées ou il peut y avoir d'autres types de clientèle aussi.

M. Charlebois: Les hôpitaux psychiatriques sont des CHSP au sens de la loi.

Mme Lavoie-Roux: CHSP.

M. Charlebois: En fait, notre préoccupation, je pense qu'elle est explicitée dans le préambule à notre recommandation...

Mme Lavoie-Roux: Vous voulez être là-dedans, mais peut-être que la formulation n'est pas celle qui devrait être retenue.

M. Charlebois: Notre préoccupation se rapporte aux centres de jour pour personnes âgées, et cette préoccupation, on l'a parce que les CLSC sont largement impliqués dans les services à domicile et dans les programmes de maintien à domicile auprès des personnes âgées. Plusieurs CLSC ont des activités de regroupement de jour de ces personnes. On a mis, tout le long dans le texte, les termes "centre de jour" entre guillemets, si vous avez remarqué. C'est qu'il n'y a pas de politique comme telle du ministère des Affaires sociales. Nous, on veut bien appeler nos activités "centre de jour". Il y a d'autres définitions qui circulent concernant le centre de jour. C'est un débat qui n'est pas tranché et on ne veut pas - je pense que c'est ce qu'il faut comprendre de notre intervention - qu'à travers une modification apportée au règlement, on dispose de cette question des centres de jour ou du rattachement des centres de jour pour personnes âgées. C'est notre préoccupation. Alors, qu'on dispose de cette question dans les amendements au règlement.

C'est ce qu'il faut comprendre par l'intervention qu'on fait. C'est pour cela qu'on préconise, finalement, une formulation générale qui fasse en sorte que toutes les catégories d'établissements, y compris le CLSC, puissent développer de telles activités, étant entendu que viendra, par la suite, une politique concernant les centres de jour.

Mme Lavoie-Roux: Pour les autres points, je pense que c'est assez clair. Il y aurait quand même une question qui touche au transfert de la responsabilité des demandes d'admission qui désormais passerait par les CLSC. Je pense que j'ai cru saisir des propos du ministre que la justification de ce transfert est un désir - il peut y avoir plusieurs raisons; en tout cas, c'est ce qui est exprimé - que, les CLSC étant les gens qui offrent toute la gamme des services à domicile, on serait mieux assuré que vraiment on ferait une évaluation réaliste des solutions de rechange possibles au placement en institution, enfin comme une des dimensions.

Dans l'hypothèse où toutes ces demandes de personnes âgées passeraient chez vous - ce ne serait peut-être pas uniquement des personnes âgées, mais aussi des personnes qui requièrent des services à domicile - est-ce que, dans l'état actuel des choses, les CLSC disposent des ressources pour proposer comme solution de rechange,

dans le cas du placement des personnes âgées ou des demandes, qu'elles proviennent de personnes âgées ou de leurs familles, qu'elles soient placées en institution, pour justement permettre, toujours, ce choix de la ressource alternative qui est le maintien à domicile avec les services que cela implique?

M. Charlebois: La réponse, c'est non. C'est-à-dire que les CLSC n'ont pas les ressources pour ce faire. Je connais certains CLSC qui le font, où il y a eu transfert de ressources du CSS. Mais, dans les cas où cela ne se fait pas et que le CSS assume déjà cette responsabilité, les ressources sont au CSS; elles n'ont pas été transférées. Cela supposerait qu'il y ait un transfert de ressources si on reconnaissait...

Mme Lavoie-Roux: Même s'il y avait transfert de ressources, parce que là je parle des services à domicile, est-ce que ceci serait suffisant pour permettre que toujours la ressource alternative soit offerte à la personne qui fait la demande ou qui adresse une demande chez vous?

M. Charlebois: Il y a deux niveaux. D'un côté, il y a tout le processus d'admission, y compris l'évaluation. C'est une chose. Actuellement, je pense que le règlement porte sur une modification au système d'admission et un déplacement des responsabilités aussi en ce qui concerne l'évaluation. Pour exercer cette nouvelle responsabilité, les CLSC vont devoir obtenir des ressources qu'ils n'ont pas actuellement. Les CLSC n'exercent pas cette responsabilité. Nous, on est d'accord avec cette proposition. On demande, cependant, qu'il soit clairement établi que le CLSC ait l'évaluation à faire. Le sens de ce changement, c'est de rapprocher finalement des communautés locales cette question de l'évaluation, de rapprocher cela de l'établissement qui lui-même offre les services à domicile et qui, par la force des choses, est amené à connaître mieux la clientèle qui est en perte d'autonomie et qui a besoin d'hébergement. C'est une première chose. C'est l'évaluation.

Deuxième chose, concernant les ressources alternatives. Il y a peut-être déjà eu des discussions au cours de la journée - on vient juste d'arriver - concernant cette question des ressources alternatives, vu qu'avec des nouveaux critères d'admission on devrait être en mesure de faire en sorte que, dans les centres d'hébergement des CHSP ou dans les centres d'accueil d'hébergement, on retrouve les personnes qui ont vraiment besoin de s'y trouver. Cela implique forcément un alourdissement de la clientèle de soins et de services à domicile pour les CLSC et cela implique nécessairement le développement d'autres

ressources dites alternatives. Si vous nous demandez si, demain matin, tout le réseau des CLSC serait capable de subir un alourdissement de sa clientèle, bien entendu, on va vous répondre dans la négative. Cependant, toutes ces autres ressources sont à développer. C'est le sens du travail qui est fait par les CLSC et ce sont les orientations largement préconisées par les programmes de services à domicile des CLSC.

Mme Lavoie-Roux: Dans quelle mesure donnez-vous la priorité dans vos services - tout le monde s'entend pour dire que la population vieillit et que les besoins augmentent; sur cela, on tient tous le même discours - dans les CLSC, au développement des services à domicile, d'autant plus qu'on vous donnera cette responsabilité d'une façon beaucoup plus large qu'autrefois dans vos budgets? Je ne voudrais pas être méchante - d'ailleurs, je pourrais même être dénoncée par les féministes - mais j'entendais à la radio cette semaine qu'un CLSC - je ne le nommerai pas, c'est une bonne cause - offrait des cours de karaté aux femmes. Je comprends que c'est de l'autodéfense. Je suis pour l'autodéfense des femmes, je ne veux pas faire de digression. Quelle priorité accordez-vous vraiment aux problèmes des personnes âgées?

M. Johnson (Anjou): Une très bonne question!

M. Charlebois: Concernant les cours de karaté, il faudrait voir si c'est offert par du personnel de CLSC ou si le CLSC facilitait...

Mme Lavoie-Roux: C'est le CLSC qui les offrait, c'est très clair.

M. Charlebois: À ma connaissance, il n'y a pas beaucoup de professeurs de karaté dans les CLSC, mais enfin! Ce n'est pas un type d'emploi dans la convention. Il faudrait se référer aux emplois non prévus.

Plus sérieusement, comment les CLSC privilégient-ils la question du maintien des services à domicile? Je crois qu'il y a un indice qui parle par lui-même. Les CLSC reçoivent des enveloppes protégées pour les services et les soins à domicile; c'est un budget protégé. Tel CLSC reçoit 100 000 \$, il doit dépenser 100 000 \$ ou 200 000 \$, peu importe. Plusieurs CLSC dépensent plus que ce montant, c'est-à-dire qu'ils pigent à même leur budget global et injectent les sommes dans le maintien des services à domicile. Les CLSC sont conscients de ces problèmes et de la pression faite par la population, ou les pressions démographiques tout simplement.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce qu'il y a d'autres interventions? M. le ministre.

(22 heures)

M. Johnson (Anjou): M. le Président, en terminant, avant de remercier les gens de la Fédération des CLSC, je veux dire que le rôle des CLSC m'apparaît extrêmement important. La définition que donne la loi des responsabilités et du mandat des CLSC est très large et peut, à l'occasion, justifier techniquement qu'on veuille s'adonner à des cours d'arts martiaux pour des fins de défense d'un groupe social déterminé, mais un groupe social très déterminé.

Cependant, je voudrais dire que l'expérience que j'ai des CLSC depuis à peu près un an et demi - j'aurai l'occasion de m'entretenir avec leurs représentants lors de leur congrès dans une semaine ou deux - c'est qu'ils sont bien conscients, ils sont bien branchés sur des besoins de la communauté, sur les ressources disponibles. C'est une structure qui, comme la structure hospitalière, et peut-être même un peu plus, pour toutes sortes de raisons, est très sensible à l'évolution démographique et aux exigences de "priorisation". Les CLSC ont connu une époque de développement, je dirais, en toile d'araignée. Je crois maintenant qu'ils auront tendance à se développer de façon un peu plus précise, c'est-à-dire de faire des choix à même les ressources. Ils m'apparaissent mûrs pour le faire. Merci.

Le Président (M. Desbiens): Il n'y a pas d'autres commentaires. Nous vous remercions de votre participation. La commission élue permanente des affaires sociales ajourne ses travaux à jeudi matin, 9 h 30.

(Fin de la séance à 22 h 01)