



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le mercredi 22 octobre 2014 — Vol. 44 N° 9

Consultations particulières sur le projet de loi n° 10 — Loi
modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau
de la santé et des services sociaux notamment par
l'abolition des agences régionales (3)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 22 octobre 2014 — Vol. 44 N° 9

Table des matières

Auditions (suite)	1
Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)	1
M. Damien Contandriopoulos	11
Conférence régionale des élus de la Côte-Nord (CRECN)	17
Université McGill	26

Autres intervenants

M. Marc Tanguay, président
Mme Véronique Hivon, vice-présidente

M. Gaétan Barrette
Mme Diane Lamarre
M. Jean-François Lisée
M. Éric Caire
Mme Françoise David
Mme Lorraine Richard
M. Sébastien Schneeberger

- * M. Joseph Dahine, FMRQ
- * Mme Mélanie Perroux, accompagne M. Damien Contandriopoulos
- * Mme Micheline Anctil, CRECN
- * M. Yannick Charette, idem
- * M. David Eidelman, Université McGill

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 22 octobre 2014 — Vol. 44 N° 9

Consultations particulières sur le projet de loi n° 10 — Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (3)

(Onze heures trente-trois minutes)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Richard (Duplessis) est remplacée par M. Pagé (Labelle).

Auditions (suite)

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Ce matin, nous allons débiter nos auditions avec les représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec, et par la suite nous entendrons M. Damien Contandriopoulos. Nous ajournerons à 18 heures.

Je souhaite donc maintenant la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec. Pour les fins d'enregistrement, je vous demanderais de bien vouloir vous identifier et de même que les personnes qui vous accompagnent, et par la suite vous disposerez d'une période de 10 minutes pour votre exposé. Alors, la parole est à vous.

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

M. Dahine (Joseph) : Merci beaucoup, M. le Président. Mon nom est Joseph Dahine, je suis le président de la Fédération des médecins résidents du Québec. Je suis accompagné, à ma droite, par M. Jean Gouin, qui est le directeur général de notre fédération, et, à ma gauche, par Me Patrice Savignac Dufour, qui est notre directeur des affaires juridiques.

Avant de débiter, si vous le permettez, j'aimerais dire qu'on ne peut passer sous silence l'événement malheureux qui se passe ce matin à Ottawa. Une telle attaque sur une institution démocratique mérite d'être soulignée et dénoncée internationalement. Et ça nous fait réaliser la chance qu'on a de s'exprimer aujourd'hui à l'Assemblée nationale.

Donc, M. le Président, M. le ministre, MM. et Mmes les parlementaires, bonjour. La Fédération des médecins résidents du Québec remercie la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre de faire valoir son point de vue relativement au projet de loi n° 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé.

Je me permets un petit bémol avant de débiter. Nous nous expliquons mal la précipitation avec laquelle le gouvernement procède aux consultations alors qu'il s'agit d'une pièce législative d'importance et que son analyse exhaustive par l'ensemble des acteurs concernés demeure, pour nous, incontournable. À cet égard, nous nous réservons la possibilité de faire parvenir ultérieurement des précisions à la commission. Ceci étant dit, nous sommes heureux de partager avec vous les premiers constats de notre analyse du projet de loi. Et nous soumettons bien humblement dans ce qui suit quelques recommandations qui seraient, toujours selon nous, de nature à le bonifier.

Comme vous le savez, notre fédération regroupe les associations des médecins résidents des quatre facultés de médecine du Québec, soit 3 800 médecins en formation postdoctorale, et il va de soi que la relève médicale, autant en médecine de famille que dans les autres spécialités, est très préoccupée par l'avenir du réseau de la santé et des services sociaux et par l'impact que les changements proposés dans le projet de loi n° 10 auront sur leur pratique future. Tous ceux qui participent aux travaux sur le projet de loi seront d'accord, le réseau de la santé et des services sociaux québécois fait face à d'énormes défis. Force est de constater, toutefois, que les nombreuses tentatives de réformer le réseau, au cours des 30 dernières années, ont au mieux ralenti l'accélération des problèmes mais sans jamais les régler à la satisfaction des usagers. Est-ce que le projet de loi n° 10 constitue, cette fois, un pas dans la bonne direction? Souhaitons-le. Mais tous les citoyens, et a fortiori les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, gagneraient à ce que le gouvernement donne plus de détails sur ce qui est prévu suite au projet de loi n° 10.

Parce qu'en effet quels sont les objectifs poursuivis à moyen et à long terme? Parce qu'une nouvelle réforme des structures — et c'est le sentiment qui se dégage à la lecture du document — n'est certainement pas une solution en soi. Signer un chèque en blanc au ministre de la Santé et des Services sociaux sans savoir ce que nous recevons en échange ne fait politiquement et démocratiquement pas de sens.

Ceci dit, la FMRQ voit d'un bon oeil que le gouvernement du Québec s'appête à proposer des changements significatifs dans l'organisation du réseau de la santé. Toutefois, nous nous devons de formuler certaines critiques. Nous vous exposerons donc nos commentaires, que nous avons regroupés selon cinq grands thèmes : la gouvernance — ce sur quoi on passera le plus de temps — la réalité universitaire, les effectifs médicaux, les pouvoirs du ministre et l'insuffisance de clarté des objectifs poursuivis par le gouvernement à moyen et à long terme dans le cadre de la réforme.

Donc, d'abord la gouvernance et le partage des pouvoirs. Si la FMRQ partage l'objectif du projet de loi de simplifier les structures hiérarchiques et décisionnelles et de les dépolitiser, force est de constater que la façon proposée de le faire comporte plutôt des risques de les politiser davantage. Le projet de loi n° 10 a essentiellement pour effet de transférer de nombreux pouvoirs que détenaient les agences et les conseils d'administration des CSSS directement dans les mains du ministre de la Santé et des Services sociaux, tel que stipulé aux articles 8 à 19, tout en laissant certaines responsabilités aux nouveaux centres intégrés de santé et des services sociaux, les CISSS, qui deviendront des mégaetablissements qui auraient à gérer un nombre important d'installations. Ce faisant, on éloigne le pouvoir décisionnel des installations où sont dispensés les soins aux patients.

Et, afin d'éviter d'entrer dans une lourde description du processus de nomination, là, je me permets de résumer en mentionnant que le ministre aurait essentiellement à nommer lui-même, au sein des conseils d'administration, les administrateurs indépendants, les présidents-directeurs généraux, les P.D.G. adjoints ainsi que les présidents des conseils d'administration. En fait, même les administrateurs issus des groupes liés aux établissements seraient choisis par le ministre. On ne peut que se questionner sur l'indépendance des conseils d'administration ainsi créés.

On exige également de ces groupes qu'ils soumettent au ministre un minimum de quatre candidatures, à défaut de quoi il nommera lui-même les administrateurs à ces postes. Le projet de loi réserve au ministre en poste le pouvoir ultime de décider qui sera issu de ces groupes au conseil d'administration, et ce, même si une candidature faisait consensus localement. Faut-il, par exemple, penser que le ministre choisira l'administrateur issu des 11 CMDP de la Montérégie en fonction d'au moins 44 candidatures soumises par les CMDP actuels? L'article 149 le lui permettrait.

• (11 h 40) •

Les actuelles dispositions du projet de loi n° 10 risquent d'être perçues par les dirigeants et les gestionnaires du réseau comme une mise en tutelle, un énorme préjugé à leur endroit, comme si leur compétence était remise en doute de la part du gouvernement. On le voit dans les nombreuses dispositions du projet de loi permettant une intervention tous azimuts du ministre, notamment en ce qui a trait à sa prérogative de confier des mandats aux P.D.G. adjoints afin que les choses se fassent selon les orientations ministérielles. En effet, centraliser un grand nombre de pouvoirs décisionnels vers les nouveaux CISSS et directement dans les mains du ministre de la Santé et des Services sociaux, tel que soulevé, aux articles 8 à 19, 42, 43, 59, 63, 67, 70, 71, 80, 130 et 131, est pour le moins exceptionnel et questionnable.

De plus, nous sommes préoccupés par la grande centralisation proposée dans le cadre du projet de loi n° 10, qui se fait au détriment des paliers locaux. Dans cette optique, nous croyons qu'il est primordial que les médecins de famille qui oeuvrent en établissement soient adéquatement représentés au sein de la nouvelle structure proposée, notamment au niveau du C.A. des établissements, afin de faire valoir les préoccupations des clientèles les plus vulnérables, dans une optique de maintenir l'accessibilité et la qualité des soins en première ligne.

Je vais maintenant vous parler un petit peu de la réalité universitaire. À l'article 7, on se demande quelle serait la mission exacte des établissements suprarégionaux qui y sont identifiés et pour quelle raison cette mission particulière leur incombe. Dans la même veine, il nous apparaît étrange que les CHU de Québec et de Sherbrooke ne soient pas considérés de la même façon que les quatre établissements suprarégionaux de Montréal, compte tenu de leur mission d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies mais également de leur responsabilité à l'effet d'assurer l'accessibilité aux soins dans les régions qu'ils desservent, notamment par le biais des corridors de services, en fonction des territoires des RUIS. La FMRQ est d'avis que les établissements comptant un institut universitaire ou un centre affilié universitaire devraient bénéficier de la présence d'un représentant des universités au sein de leur C.A. comme les établissements où l'on retrouve un CHU et compte tenu du fait que ces milieux ont une mission de formation et de recherche.

En ce qui a trait aux effectifs médicaux, le projet de loi n° 10 confère au ministre les pouvoirs dont disposaient préalablement les agences. La FMRQ souhaite en savoir plus sur le processus que le ministre entend privilégier à cet égard. En cette ère de pénurie de médecins dans certaines spécialités et de saturation dans d'autres, la relève médicale est d'avis que toute la démarche d'élaboration des plans d'effectifs médicaux doit faire l'objet d'une procédure qui doit être clarifiée davantage si le ministre devait détenir toute la latitude à cet égard.

L'avenir des tables des chefs de département de médecine spécialisée et des tables régionales n'est pas clair. Doit-on comprendre du projet de loi qu'elles n'existeront plus?

Par ailleurs, nous nous inquiétons du fait que le gouvernement puisse avoir l'intention de modifier l'octroi des PEM, qui sont les postes attachés aux établissements, qui sont actuellement disponibles en spécialité pour les transformer en PREM, c'est-à-dire des postes régionaux, comme c'est le cas pour la médecine de famille. En d'autres mots, un médecin nouvellement recruté pourrait-il devoir assurer une couverture dans tous les établissements de la Côte-Nord, par exemple? Comment se fera la répartition de l'effectif médical interinstallations sur le même territoire? Et par qui? Et quel en sera le moyen de contrôle?

Rapidement revenir sur les pouvoirs du ministre dont j'ai parlé tout à l'heure, là. Le projet de loi doterait le gouvernement du pouvoir de réglementer tout ce qui touche le réseau de la santé, et ce, sans aucune nécessité de consulter et sans même avoir à passer par l'étape préalable de la publication d'un projet de règlement, contrairement à ce que la loi prévoit actuellement. Quelle est la nécessité de ces nouveaux pouvoirs qui ne sont normalement exercés que dans des situations graves et urgentes?

Et finalement je m'en voudrais de passer sous silence le grand absent : un système d'évaluation de la performance. Dans sa forme actuelle, le projet de loi comporte plus de questions que de réponses qui mériteraient d'être repensées avant son adoption. À cet effet, plus de temps permettrait une consultation plus grande des acteurs du réseau et une analyse plus approfondie des impacts potentiels du projet de loi. Mais, au-delà de toutes ces considérations, le problème principal de cette réforme est qu'elle n'adresse toujours pas ce qui est, selon nous, la plus grande faille du système de santé du Québec : l'absence d'un système efficace pour colliger les données sur sa performance et en faire l'analyse dans des délais raisonnables. Comment le ministre compte-t-il mesurer la réussite de sa réforme?

Nous comprenons sa volonté de vouloir assurer l'efficacité du système de santé, étant donné l'importance des dépenses de santé pour l'État, mais nous pensons encore que les établissements sont les mieux placés pour cerner leurs besoins locaux et qu'il leur appartient de faire leurs preuves et justifier les budgets que le gouvernement leur accorde. À ce titre, un droit de regard du ministre ne serait-il pas plus pertinent et efficace qu'une apparente mise en tutelle indifférenciée à la grandeur de la province, qui ne peut mener qu'à un enchevêtrement des décisions et à de la microgestion, ce qui est contraire aux bons principes de gouvernance? À notre avis, dans sa forme actuelle, ce projet de loi ne corrigera pas les problèmes du réseau tant que nous ne nous doterons pas d'indicateurs de performance clairs, de cibles atteignables et mesurables et de banques de données accessibles et analysables.

Et je termine avec ça. Aux yeux de la Fédération des médecins résidents du Québec, si nous formons d'autres cohortes de médecins à qui nous ne donnons pas les outils nécessaires afin qu'ils puissent tenir compte des indicateurs de performance dans leur pratique, le legs que nous leur cédonns nous condamnera à répéter les erreurs du passé, et on se questionnera encore dans 10 ou 20 ans sur la meilleure façon de réformer le système. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Merci beaucoup pour votre présentation. Nous allons maintenant débiter la période d'échange, et je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux pour un bloc de 21 min 30 s.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Dr Dahine, M. Gouin, Me Dufour, alors, merci d'être venus ici nous faire part de vos commentaires sur le projet de loi n° 10, qui sont très instructifs comme toujours. Alors, vous me permettez de prendre quelques minutes pour répondre à un certain nombre de questionnements que vous avez mis sur la table et pour finir par vous poser quelques questions plus spécifiques sur les conséquences du projet de loi n° 10 en lien avec les commentaires que vous avez faits.

Alors, dans un premier temps, je me dois de rappeler... Parce que tantôt vous allez entendre de l'opposition, comme depuis le début, un certain nombre de commentaires qui malheureusement, malgré les commentaires que j'ai faits et que je continuerai de faire, ne reflètent pas la réalité. Le projet de loi actuel n° 10 est un projet de loi dont une partie des éléments sont transitoires, et les éléments qui sont transitoires sont les éléments de nomination. Et je vais vous le dire pour que ce soit bien clair : La raison pour laquelle il y a ça, bien c'est basé sur un peu l'expérience que l'on a vécue dans les dernières années. Et vous serez d'accord avec moi, pour avoir suivi l'actualité, que, quand on regarde la performance de certaines directions et de certains conseils d'administration dans le passé, sans nommer personne, mais qui ont fait grandement la manchette, force est de constater que la performance n'a pas toujours été là. Et l'objectif du ministre, le mien en particulier, est de faire en sorte qu'à la case départ, lorsque la structure sera mise en place, on ait eu la possibilité de se donner les moyens les plus élaborés possible pour s'assurer que la compétence et la connaissance du réseau soient là aux premières nominations, pour qu'après, lorsque la LSSSS soit réécrite — parce qu'elle va l'être — les processus normaux de nomination reviennent en place. Quand je dis «normal», je dis ça de façon historique.

Maintenant, le projet de loi, Dr Dahine, j'insiste sur un fait. Vous vous interrogez sur la finalité du projet de loi. Alors, le projet de loi, et je l'ai dit à plusieurs reprises et je le redis aujourd'hui, ne vise pas, un, à changer quelque point de service que ce soit ni changer la nature et la mission des points de service qui existent, ce qui signifie que, dans un CISSS éventuel, qu'il ait des installations universitaires ou non, la mission des installations va demeurer la même. Peut-être qu'on va nous suggérer, dans cette commission parlementaire, de garder les mêmes dénominations, ce avec quoi je serais d'accord, mais, une chose est certaine, le projet de loi a une finalité qui est très claire, et je l'ai dit d'une façon non équivoque : on vise à faire en sorte que l'intégration des soins se fasse d'une façon maximale et que les décisions qui se prennent dans notre système de santé se prennent en fonction des patients et non des structures, que les décisions se prennent en fonction de l'individu qui paie des impôts et non de la protection de la mission ou de l'intérêt académique, professionnel ou structurel d'un individu. Le rôle qui sera donné à ces administrations-là, Dr Dahine, est un rôle qui viendra des orientations ministérielles, et ces orientations-là seront ciblées vers le patient. Et, comme je le dis, et je faisais une tournée, la semaine dernière, des administrations et à tout le monde je disais la même chose, dans le futur vous vous poserez toujours une question en premier avant de prendre une décision : Est-ce que c'est bon pour le patient? Est-ce que ça corrige quelque chose qui ne fonctionnait pas? Bien sûr, les administrations auront à respecter certains budgets, c'est bien clair, ça, c'est un sine qua non de la vie publique, mais la finalité de cette vie-là qui est de servir la population, bien il faudra que ça s'exerce en quelque part. Alors, ça, ça devrait répondre essentiellement aux questionnements que vous nous posez.

Qu'est-ce qui va arriver aux médecins lorsqu'ils vont arriver en pratique, vos membres? Alors, évidemment, vous représentez des membres qui vont, pour la moitié, grosso modo, là, en médecine de famille, et l'autre moitié, en médecine spécialisée. Est-ce qu'on va demander aux gens d'aller faire une run de lait sur tout le Québec parce que... Non. La réponse, c'est non. À un moment donné, il y a une question de bon sens, là. Est-ce que parce qu'on a un CMDP dans une région on est capable d'avoir, par exemple, des sous-CMDP ou des règles de CMDP qui respectent les installations? Oui. Mais, oui, par contre, la région devra prendre la responsabilité de donner les services dans sa région, certainement. Est-ce que ça veut dire que la région est capable, oui ou non, de s'organiser pour avoir une concentration d'individus dans une installation ou l'équivalent d'un établissement aujourd'hui? Oui. Est-ce que l'installation... Je m'excuse. Est-ce que le CISSS devra prendre ses responsabilités régionales? La réponse, c'est oui aussi, parce que la définition... ou plutôt la mission de ces CISSS là est de servir les patients et non les intérêts individuels de tout un chacun. Alors, dans cette optique-là, vous voyez que les choses vont dans ce sens-là.

• (11 h 50) •

Alors là, j'aimerais vous entendre essentiellement sur... Ah! puis je m'excuse, je reviens sur un élément que vous avez soulevé, la table des chefs. La table des chefs, là, ça devient le CMDP et le conseil d'administration de la

région. Et la mission de la table des chefs, qui aujourd'hui, comme vous le savez, est d'une totale inefficience dans les grands centres, va devenir réellement efficiente parce que, dans sa fonction, ça va être ça. Ce que devait être la table des chefs, ça ne l'a jamais été, sauf dans certaines régions. Là, non seulement ça va l'être, ça va être une obligation.

Alors, vous qui arrivez bientôt... dont les membres et vous-mêmes, évidemment, allez arriver bientôt en pratique, j'aimerais vous entendre sur la problématique, dans une région, dans la province, de l'intégration des soins, du cheminement du patient dans le continuum, allant de la première ligne jusqu'à la médecine ultraspécialisée. Trouvez-vous, vous, que ça fonctionne correctement? Et peut-être que vous allez me dire que ça fonctionnerait mieux s'il y avait des gens qui dirigeaient, ce avec quoi je vais être d'accord. Et peut-être me direz-vous aussi que ça irait mieux, comme vous l'avez suggéré tantôt, s'il y avait des outils de collecte de données, ce avec quoi je suis totalement d'accord. Mais, à partir du moment où on vous donne ces outils-là, ne trouvez-vous pas, dans votre lecture de la situation actuelle, que la fluidité, le cheminement du patient et son accès, évidemment, sont actuellement sous-optimaux et qu'il y aurait lieu qu'une instance s'en occupe?

M. Dahine (Joseph) : Bien, je répondrai de la façon suivante : On est d'accord avec l'objectif d'améliorer la fluidité des patients. Ceci étant dit, je ne suis pas capable de citer, dans votre projet de loi, les passages qui vont garantir cette efficacité-là. Et ma question, qui s'adresse à vous, en fait, M. le ministre, c'est : À la lumière de tout ce que vous nous avez dit, là, les engagements que vous venez de prendre, là, pas de run de lait, objectif patients, êtes-vous capable de les intégrer dans une réécriture du projet de loi lorsque le projet sera présenté devant l'Assemblée nationale? Parce qu'effectivement, du moment où vous répondez au flou officiellement — et notre responsabilité, c'était de vous les présenter aujourd'hui, et vous l'avez fait sur certains aspects — bien vous répondez aux inquiétudes de la relève médicale. Donc, serez-vous capable de prendre l'engagement de réécrire le projet de loi en prenant les engagements que vous venez de prendre aujourd'hui, là, sur les réponses que vous nous avez données?

M. Barrette : La réponse est évidemment oui. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle on est ici en commission parlementaire, pour recevoir des critiques constructives comme celles que vous nous faites. Et vous avez raison, à un moment donné il faut répondre à certains questionnements, mais vous comprendrez que le projet de loi et les règles qui s'ensuivent, ce sont deux exercices qui se suivent, l'un et l'autre, mais qui ne se font pas en même temps. Mais je comprends de votre commentaire que, si certaines garanties ou certains éclaircissements étaient faits, vous verriez d'un oeil plus positif le projet de loi.

M. Dahine (Joseph) : Certainement. Puis on aimerait être, justement, assis à cette table-là de façon peut-être... avec une proximité plus grande pour, justement, vous faire parvenir davantage de commentaires, parce que notamment quand vous avez parlé... Un de vos premiers commentaires était sur le fait que les mesures étaient destinées à être transitoires. Bien, je pense que justement ce serait quelque chose qu'on pourrait préciser, justement, quels seront ces délais-là, et ainsi que tous les autres points qu'on a mentionnés.

Parce que je vous donne l'exemple, en termes de fluidité des patients, là, à quel point, pour nous, notre fédération, on n'est pas capables de voir comment concrètement ça va se réaliser. Prenez l'Institut de cardiologie à Montréal, là, que vous avez désigné comme établissement de support régional. S'il y avait un établissement qui aurait besoin de, justement, faire partie d'un centre intégré pour assurer la transition des services pour le patient, c'est bien l'Institut de cardio, parce que, si tu as un problème de crise cardiaque, tu vas être traité cinq étoiles, on est très fiers de cette institution, mais, si tu développes une appendicite aiguë durant ton hospitalisation, bien ça va être très difficile d'être transféré dans un autre hôpital.

Donc, il y a ces contradictions-là qu'on a soulevées et que, si on entend aujourd'hui que vous êtes disposé à nous revenir puis à collaborer afin de modifier certains passages, bien on ne peut qu'être heureux, parce qu'effectivement on travaille tous dans le bénéfice des patients.

M. Barrette : Bien, je vous remercie de m'ouvrir cette porte-là, Dr Dahine, parce que vous venez de mettre sur la table un point qui est extraordinairement important en prenant l'exemple d'un patient à l'Institut de cardiologie ou dans un institut similaire qui serait l'objet de problèmes de santé autres que celui de la spécialisation de l'institution. Alors, ce que vous nous dites, c'est qu'actuellement, dans notre système, il y a un manque d'intégration qui peut, à la limite, nuire au patient de par le manque de fluidité, c'est ce que je comprends.

M. Dahine (Joseph) : Effectivement. Et ça, c'est un problème connu depuis longtemps, vous le savez. On n'est simplement pas certains que la solution à ce problème-là soit un changement de gouvernance.

Je pense que d'un côté il y a le changement de gouvernance dont vous parlez dans votre projet de loi et sur lequel on a émis certaines réserves et, de l'autre côté, les objectifs pour améliorer la qualité des soins, qui, eux, malheureusement, ne sont pas vraiment détaillés dans le projet de loi. Et je vous invite, là, à nous faire parvenir les extraits, là, qui, à vos yeux, parlent de ces objectifs-là, parce qu'à part dans le préambule, moi, je ne les ai pas trouvés. Mais effectivement il y a lieu d'améliorer la façon dont on livre les soins et les services au gouvernement. C'est une des frustrations que les médecins et certainement la relève médicale vivent.

Des exemples, il y en a au jour le jour, vous le savez comme moi. Moi, je travaille aux soins intensifs, je termine ma formation dans cette spécialité-là. Si tu es dans un hôpital en région où tu as un patient qui dépasse, dans la gravité de la situation, la capacité de tes installations, bien, comme médecin, tu vas devoir magasiner une unité de soins intensifs dans un grand centre, et ce n'est pas de l'utilisation du temps du médecin qui est optimale. Le médecin devrait être au chevet des patients.

Ceci étant dit — et c'est là qu'on vous demande de faire la preuve, M. le ministre — où, dans votre projet de loi, est-ce que vous êtes capable de garantir cette amélioration-là? On vous parle des indicateurs de performance et des outils qui sont absents. Moi, je pense qu'au minimum vous devriez être capable de récrire ce projet de loi afin que les citoyens, la population, les patients et la communauté médicale soient rassurés quant à vos objectifs.

M. Barrette : Bien, encore une fois, Dr Dahine, vous n'avez pas d'idée à quel point j'apprécie vos commentaires, vous n'en avez pas d'idée.

Je veux simplement vous rappeler que, sur le plan législatif, il y a des choses qu'on peut mettre dans un projet de loi puis il y a des choses qu'on ne peut pas mettre, mais le projet de loi dans sa finalité, et je le dis ici, vous me permettez de l'aborder, c'est évidemment d'aborder les problèmes que vous venez spécifiquement de mettre sur la table. Vous venez de faire référence au fait que, dans le cas, par exemple, d'un transfert de patient, un médecin perd du temps, du temps précieux et même parfois du temps de trop, vu de l'angle de la problématique du patient, pour transférer un patient qui en a besoin pour passer d'une installation X à Y, qui est de plus haut niveau. Et là c'est un problème. Et là j'aurais envie de vous dire : C'est quoi, la solution? Mais, avant que vous me disiez c'est quoi, la solution, n'est-ce pas le reflet que la structure actuelle pose un problème? Parce que, pour régler ce problème-là, ce n'est pas le médecin qui peut le faire. D'ailleurs, si le médecin pouvait le faire, il ne perdrait pas son temps à régler ce problème-là. Et je comprends ce que vous me dites, puis vous avez bien raison. Quand vous me dites : Vous le savez très bien, c'est vrai, je le sais très bien, c'est ce à quoi on veut s'adresser. Alors, si le mode de fonctionnement actuel empêche de régler ces problèmes-là qui... Et à la limite je pense que peut-être même que vous vous retenez de dire que, dans certaines circonstances, le patient est lésé, puis vous pourriez le dire, puis je serais d'accord avec vous. Mais, la structure, si elle ne le permet pas actuellement, c'est qu'il y a un problème de structure. Est-il possible de mettre en place une structure qui va, dans sa mission intrinsèque — ça s'appelle une orientation ministérielle — régler le problème? Là, j'aimerais vous entendre. N'est-ce pas la structure qui pose et cause ces problèmes-là?

M. Dahine (Joseph) : La question, c'est, à ce moment-ci : Pourquoi est-ce qu'on en est au point où nous en sommes, en 2014, si ce n'est qu'une question de structure? Et j'ai envie de vous demander spécifiquement comment est-ce que votre projet de loi répond à ce problème de structure là, parce que je ne suis pas nécessairement convaincu que les problèmes sur le terrain pourraient être réglés par un conseil d'administration dans un centre intégré qui ne connaîtrait pas nécessairement les réalités locales. Parce qu'il ne faut pas se le cacher, c'est très difficile, pour un médecin ou n'importe quel membre professionnel du réseau de la santé, de bien comprendre l'ampleur des décisions qui sont prises dans son unité de soins. Bien, imaginez dans un autre département. C'est déjà difficile. Imaginez dans un autre établissement, dans un lieu géographique qui est situé à des kilomètres de distance.

Donc, je ne suis pas nécessairement sûr que, justement, la centralisation, qui est le thème qui se démarque de votre projet de loi, répond à la problématique — sur laquelle nous sommes d'accord, sur laquelle nous sommes d'accord — de livraison des soins aux patients.

M. Barrette : Écoutez, la réponse à ça, elle est relativement simple. La structure administrative reçoit une mission. Et je vais reprendre l'exemple que vous avez pris tout à l'heure, qui est un exemple patent. Vous avez pris l'exemple de l'Institut de cardiologie de Montréal. Je ne suis pas sûr qu'ils vont être heureux d'entendre se faire citer comme ça, mais vous avez la candeur d'aborder le problème d'une façon pragmatique, qui existe, et je ne le nie pas. Alors, il n'en reste pas moins qu'une administration d'un CISSS qui inclurait, par exemple, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Institut de cardiologie aurait l'autorité pour avoir le corridor de services et faire en sorte que ses membres puissent aller couvrir pour la pyélonéphrite et l'hépatite aiguë qu'il y a aurait dans l'autre hôpital parce que ce n'est pas un problème de cardio, alors qu'actuellement on a des problèmes de couverture de ce type-là, qui se fait au bon vouloir des gens et parfois qui est sous-optimal, ne serait-ce qu'en horaires. Bien, ça, là, c'est le rôle d'une organisation, qui est parfaitement capable, par son administration qui a ses antennes partout, de déterminer quels sont les problèmes. Et ça, ce raisonnement-là, on peut le faire de l'Institut de cardiologie jusqu'à la première ligne, là.

• (12 heures) •

M. Dahine (Joseph) : Bien, je pense simplement que, si c'est effectivement la volonté du gouvernement, bien ça devrait être précisé dans le projet de loi, parce que, pour le moment, l'impression que les professionnels sur le terrain ont à la lecture de ce projet-là, qui nous arrive assez rapidement, là, je dois le rappeler, sans consultation préalable, ce n'est pas l'impression que vous nous donnez aujourd'hui mais bien plutôt le ministre qui ne fait pas vraiment donner des orientations mais qui va aller gérer dans les moindres détails le travail qui se fait localement. Donc, si votre volonté est beaucoup plus de superviser que de gérer, bien ça devrait être inscrit dans le projet de loi.

M. Barrette : Bien, si vous me le permettez, Dr Dahine, c'est qu'il y a des choses qui se disent et d'autres qui ne se disent pas dans un projet de loi, puis il y a des choses qui se disent dans les explications que l'on donne soit au public, dans les médias ou soit en commission parlementaire. Je l'ai dit à plusieurs reprises, la relation qui est visée par le projet de loi est de créer une structure organisationnelle qui, pour une fois, intègre la totalité du spectre... je m'excuse, du continuum de soins qui existe, O.K., mais dans un contexte de donneur d'ouvrage, d'orientations qui sont livrées par l'organisation sur le terrain. Dans les faits, l'optique que nous mettons sur la table vise, et de la façon la plus grande jamais faite au Québec, une responsabilisation et une régionalisation de l'action. Ce n'est pas de la microgestion du gouvernement, là, c'est des orientations données par le ministère... Et ça, je pense que c'est normal. Le système de santé, c'est un système public. Et donc les gens qui le financent doivent être imputables en quelque part, puis ça, c'est le

vous entendre. Je pense que vous avez une réflexion qui est très pragmatique, qui est très proche du terrain, qui est très proche des citoyens, des patients, et je pense que c'est ça qu'on veut entendre aussi.

J'aimerais aussi que le ministre entende, parce que, là, vous commencez à être plusieurs à apporter ce son de cloche là, cette dimension. C'est trop centralisé, c'est trop gros au niveau de la structure, et on n'est absolument pas sûr qu'on va avoir des impacts concrets, réels et rapides pour la population parce que ce genre de réaménagement retarde, déstabilise l'organisation des soins pendant des années.

Alors, moi, la première question que j'aurais à vous poser, parce que je pense que ça aussi, ça traduit une façon d'analyser le projet de loi n° 10, c'est : Est-ce que vous avez été consultés au préalable pour ce projet de loi n° 10? Comme association, est-ce que vous avez été consultés?

M. Dahine (Joseph) : Non.

Mme Lamarre : Vous n'avez pas été consultés, d'accord. Alors, ce que je comprends bien dans l'organisation, c'est qu'il semble y avoir énormément de choses qui sont encore dans la tête du ministre en termes d'articulation et de déploiement. Et où je vous rejoins très bien, c'est que, oui, il y a une différence entre un projet de loi et les règlements, mais habituellement le projet de loi doit être assez précis et clair pour qu'on puisse anticiper la nature des règlements qui s'en viennent. Et, dans ce cas-ci, il y a un manque clair de transparence, d'orientations, de principes directeurs et aucune notion sur des impacts cliniques, et c'est ça qu'on recherche. Et là-dessus on se rejoint tout à fait. Alors, la notion de décréter des concentrations de pouvoir, ça ne donne absolument pas de garantie qu'on va avoir un changement, et même ça peut permettre de penser qu'on va avoir des retards dans les changements qui sont en train de s'opérer actuellement.

Ma question, à ce moment-ci, c'est : Dans la perspective de ce que vous voyez, quels sont les éléments sur le terrain, dans l'organisation des soins qui sont les plus prioritaires? Je vais vous donner une piste parce que la question est un peu large, mais hier et avant-hier nous avons eu la FMOQ et la FMSQ, et je trouve que votre fédération représente très bien l'ensemble, puisque vous incluez des résidents qui sont en médecine familiale, des futurs spécialistes en médecine familiale, et des spécialistes en... Quels sont les éléments manquants dans la collaboration qui pourraient améliorer les services à la population, donc la collaboration entre le médecin de famille et les médecins spécialistes? Ça nous a été rapporté comme quelque chose de problématique. Est-ce qu'on peut faire quelque chose? Et auriez-vous des solutions à proposer?

• (12 h 10) •

M. Dahine (Joseph) : Bien, je pourrais vous dresser une liste avec des points précis, mais j'ai envie de répondre d'abord en essayant d'être un petit peu plus large, parce que c'est peut-être des choses qui pourraient s'appliquer à l'ensemble des problématiques du réseau. Et je me permets de faire une analogie médicale, puis c'est peut-être un petit peu difficile de suivre, si vous faites partie du gouvernement, mais, croyez-moi, là, ça ne devrait pas être trop éloigné de votre réalité.

Si on considère le projet de loi comme étant quelque chose de nouveau, de nouveau, hein, en médecine on ne pourrait pas décider de vendre un nouveau médicament sans qu'il y ait eu des preuves de son bénéfice, et, pour ça, il faut que ce soit fait de façon rigoureuse, avec des... de façon scientifique, rigoureuse puis avec des données probantes. Ici, on a la communauté qui a les aptitudes pour faire ces études-là de façon épidémiologique et de façon socioéconomique, et je pense que, si le gouvernement veut s'assurer que les résultats seront là à la finalité de son projet de loi, bien il devrait collaborer avec ces gens-là. On a cette expertise pour s'assurer que, pour tous les problèmes qu'on va être capables de lier ensemble — on pourrait prendre le temps de discuter aujourd'hui — bien, que les solutions seront pragmatiques, et que la solution générale qui serait présentée aux parlementaires et adoptée en Assemblée nationale aurait des impacts à terme, et que dans cinq ou 10 ans on soit capable de dire : Ça marche-tu ou ça marche pas?

L'autre aspect que je veux mentionner, c'est que, si le gouvernement décide, mettons, pour la collaboration médecin de famille et spécialistes, comme vous le dites, de se baser sur des colonnes de chiffres, de dire : Effectivement, c'est très difficile pour un patient qui a un médecin de famille d'avoir une consultation avec un spécialiste ou d'être capable de voir un chirurgien, bien là, à ce moment-là, on parlerait de données en temps... ou on parlerait de données cliniques, mais ce que j'essaie de communiquer, c'est qu'en ce moment ce ne sera pas très aisé d'obtenir ces chiffres-là, parce qu'on n'a pas nécessairement les outils en temps réel. Donc, ce sur quoi on va se baser pour évaluer la problématique, bien on va dire : Bien, j'ai un médecin de famille, il est supposé voir 1 000 patients pour dire de quoi. S'il en voit 1 000, ça veut dire qu'il a bien fait sa job. Ce qui n'est pas nécessairement vrai, parce que, si ensuite tu interrogés les patients, les 1 000 patients individuellement, bien peut-être qu'il va dire : Oui, j'ai été vu une fois pour ma visite annuelle, mais, quand j'ai appelé parce que j'ai un problème aigu, je n'ai pas été capable d'avoir un rendez-vous, donc je me suis quand même présenté à l'urgence et j'ai quand même encombré le réseau.

Donc, l'attention que je voudrais vous apporter, c'est que, tant et aussi longtemps que vous vous baserez sur des données démographiques plus ou moins vagues ou des colonnes de chiffres... Parce qu'à un moment donné on a cité le chiffre de 220 millions de dollars d'économies, mais ça ne veut pas nécessairement dire que cette économie-là d'argent se manifeste en une amélioration des soins aux patients. Bien, on ne pourra pas dire que ce projet de loi là accomplit un bénéfice pour les patients. C'est comme... Je ne sais pas si ça répond un petit peu...

Mme Lamarre : Oui, un peu. En fait, ce que j'entends, si j'essaie de traduire un peu, c'est : Beaucoup mieux planifier la trajectoire de soins, accompagner le patient et surtout partir du patient plutôt que de partir d'un pouvoir décisionnel suprême. Et ça, on l'entend dans le discours, mais, dans les activités et dans le projet de loi n° 10, ça ne part pas du patient, ça ne part jamais du patient. Et je pense que, votre exercice, j'y adhère tout à fait dans différentes interventions que j'ai eu l'occasion de faire dans ma vie.

Je vous dirais, intéressant aussi, la notion... Et je suis tout à fait d'accord avec vous sur le système d'évaluation de la performance. Et vous avez dans votre mémoire, en conclusion... Et je suis tellement fier d'entendre la relève en médecine s'intéresser à l'importance d'avoir des indicatifs de performance clairs, des cibles atteignables et mesurables, des banques de données accessibles et analysables. À l'époque où... Au moment où on apprend les buts du Canadien en temps réel, qu'on ait aussi peu de données vraiment techniques, concrètes sur nos patients, c'est inconcevable, et je pense que vous avez tout à fait raison. Ma préoccupation, c'est de dire : Si on a plein de bonnes idées, qu'on a 10 priorités mais qu'on en fait passer d'autres qui sont au niveau des structures avant de passer des choses comme celle-là, avant de déterminer le parcours d'un patient dans le système de santé, eh bien, on risque, encore une fois, de décaler et d'arriver à la même conclusion que vous 10 à 20 ans plus tard avec des situations qui aujourd'hui causent des préjudices aux patients. Moi, je me refuse d'admettre qu'il n'y a pas de préjudice au nonaccès actuellement de certains patients au système de santé. Il y a des préjudices, et donc je pense qu'il faut y voir.

Donc, pouvez-vous me donner quelques exemples peut-être dans vos expériences? Au Royaume-Uni, je sais que c'est un très beau modèle pour ça. Donc, vous avez travaillé... Avez-vous des expériences de succès à partir d'indicateurs qui sont disponibles?

M. Dahine (Joseph) : Bien, il faut savoir que, dans cette expérience-là... Je n'avais pas terminé mon exemple, mais il y avait quand même certains effets pervers, là. Donc, il faut juste se préparer à ne pas choisir des cibles de façon aléatoire, sans exercer la rigueur scientifique — que nous exerçons dans tout autre aspect de notre pratique médicale — à un changement de structure démocratique ou administrative. D'autres exemples, bien, en fait, je ne peux pas vraiment vous donner des exemples de choses qui fonctionnent parce que... En fait, je peux vous donner des exemples de choses qui ne fonctionnent pas, dans le sens où ça fait, bon, maintenant à peu près 10 ans que je suis en formation, puis, dans les deux dernières années, tout ce que j'ai fait, c'est des soins intensifs. Puis je vous dirais que beaucoup de mes collègues, la relève médicale, on aime prendre des projets d'amélioration de la qualité de l'acte. On veut que notre système, au Québec, fonctionne mieux et, pour ce faire, bien on étudie les données qu'on a. Mais j'ai fait deux projets, un à l'Hôpital Sacré-Coeur et un à l'Hôpital Saint-Luc, pour obtenir tout simplement des données de base sur quel genre de patient est-ce qu'on admet, combien de temps est-ce qu'ils restent aux soins intensifs, c'est quoi, le délai entre le moment où on signe leur congé puis le moment où ils reçoivent leur lit à l'étage, et, croyez-le ou non, ces données qui sont de base à toute organisation, ou à la communauté, ou à un professionnel médical qui essaie de s'améliorer, bien ces données de base là, elles ne sont pas accessibles. Ça m'a pris plus de 30 heures à essayer de confronter une base de données prise par des commis, des secrétaires, des tentatives de base de données non uniformisées mais informatisées, avec les dossiers médicaux papier aux archives médicales, des heures et des heures, et ce n'est pas normal pour des données qui sont de base.

Donc, c'est des problématiques que j'ai vécues mais qu'on vit dans plein d'autres spécialités, que ce soit en oncologie, que ce soit en médecine interne, que ce soit en chirurgie générale ou en chirurgie cardiaque. Si l'organisation locale ne se donne pas la mission de mettre comme priorité cette rigueur-là pour obtenir ces données-là et de se doter eux-mêmes de leurs propres outils, bien c'est un travail qui n'est pas fait. Et malheureusement même les CMDP dont c'est la mission, le Collège des médecins nous dit : La mission des CMDP, sachez-le, c'est de faire l'évaluation de la qualité de l'acte, bien, ont de la difficulté à le faire. Ce n'est tout simplement pas normal. Et je pense que je parle au nom de tous mes collègues quand je dis que nous, nous prenons ce sujet-là à coeur.

Malheureusement, je n'ai pas plusieurs exemples à vous partager aujourd'hui de choses qui ont fonctionné. Tout ce que je peux vous donner, c'est des groupes dans des endroits très, très précis qui, par rigueur scientifique, ont décidé de se doter de ces outils-là, et ça fonctionne, eux autres, ils en sont heureux. Mais ce n'est pas normal que ce ne soit pas uniformisé en 2014 au Québec.

Mme Lamarre : ...une meilleure standardisation et vraiment une action concrète sur l'informatisation sont déterminantes.

On a très peu de temps, vous le savez, il nous reste 1 min 57 s. Je laisse la parole à mon collègue le député de Rosemont.

M. Lisée : Merci. Merci, M. le Président. Merci d'être là, merci pour la qualité de vos interventions. L'échange que vous avez eu avec le ministre aussi est intéressant, parce que ce qu'on voit dans la franchise de votre mémoire, c'est... Vous dites : «Signer un chèque en blanc au ministre de la Santé [...] sans savoir ce que nous recevrons en échange ne fait politiquement et démocratiquement pas de sens», et c'est... Effectivement, donc, on sait que le ministre a d'autres projets pour la suite des choses, et donc on n'a pas la vision d'ensemble. Et la vision d'ensemble, bien elle devrait partir des données de base dont vous venez de parler et de reconstruire à partir de là, plutôt que de commencer par cette centralisation.

Vous êtes très clairs sur le fait que le projet éloigne le pouvoir décisionnel des installations où sont dispensés des soins, le fait que le ministre va nommer la totalité des administrateurs, le fait même que... Ne pas prévoir de durée minimale pour les P.D.G. et les P.D.G. adjoints n'entraîne-t-il pas, demandez-vous, le risque de politiser davantage leur nomination? Bon, le ministre va présenter ça, il est prêt à des bonifications. Dans la mesure où on a le canevas général — et je ne pense pas qu'on va s'en sortir — qu'est-ce que vous proposeriez, en termes de gouvernance, pour essayer de ramener un peu de décentralisation et de rapprochement par rapport aux problématiques locales dans la proposition que fait le ministre en termes de désignation des administrateurs et des P.D.G.?

Le Président (M. Tanguay) : Vous avez 20 secondes.

M. Dahine (Joseph) : Je vais vous soumettre que peut-être qu'on pourrait considérer de, pour l'instant, garder les structures telles quelles, comprendre davantage où sont les problèmes, puis ensuite adapter les structures aux problèmes qu'on aura documentés de façon rigoureuse et scientifique.

Le Président (M. Tanguay) : Il vous reste cinq secondes.

M. Dahine (Joseph) : Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Vous faites le don, je vous remercie beaucoup. Alors, sans plus tarder, nous allons maintenant céder la parole au député de La Peltrie pour un bloc de 8 min 40 s.

M. Caire : Merci, M. le Président. Dr Dahine, bonjour. M. Gouin, Me Dufour.
Vous avez dit tout à l'heure que scientifiquement on ne pourrait pas administrer un médicament dont on n'a pas prouvé la valeur thérapeutique. Dans la même logique, est-ce que vous continueriez à administrer un traitement dont vous savez qu'il est inefficace?

M. Dahine (Joseph) : Vous avez entièrement raison, la réponse est non.

M. Caire : D'accord. Est-ce que vous diriez que la façon dont le système est structuré présentement, c'est efficace?
• (12 h 20) •

M. Dahine (Joseph) : Il ne faut pas non plus jeter le bébé avec l'eau du bain, là. Il y a des endroits où effectivement on... Hein?

M. Caire : Diriez-vous que c'est efficace? Globalement, diriez-vous que c'est efficace?

M. Dahine (Joseph) : Il y a des endroits où il y a des inefficacités, mais en général je pense qu'on a plusieurs exemples d'excellentes performances.

M. Caire : C'est moi, le politicien, là.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Dahine (Joseph) : Mais il y a place à amélioration, pour répondre à votre question.

M. Caire : D'accord. Donc, vous pensez qu'il faut effectivement réformer notre système. La structure du système, vous êtes d'accord qu'il faut la réformer.

M. Dahine (Joseph) : On l'a dit dans notre mémoire noir sur blanc.

M. Caire : Parfait. Alors, à ce moment-là, je vais peut-être faire un peu de pouce sur la question de mes collègues : Quelle est la portion du système que vous souhaiteriez réformer? Vous êtes dans le système, vous le dites vous-même, depuis 10 ans. Donc, vous avez une expérience, et c'est cette expérience dont on a besoin pour guider nos travaux. Et je suis d'accord avec... Soit dit en passant, là, malgré peut-être l'apparence de mes questions, je suis d'accord avec plusieurs points que vous abordez, mais qu'est-ce que vous réformeriez dans le réseau? Où est-ce que vous dites : Ça, vraiment, là, au niveau de la gouvernance locale... Puis mon collègue l'a abordé, là. Comment on pourrait s'assurer d'avoir quand même un certain niveau de gouvernance locale?

M. Dahine (Joseph) : C'est une excellente question. Puis c'est intéressant, parce que nous-mêmes, à la fédération, on a procédé à un exercice de réévaluation de notre gouvernance, dans la dernière année et demie, et puis le constat qu'on s'est rendu compte, c'est que ce n'est pas nécessairement bénéfique de ramener le processus décisionnel puis le remâchage d'informations puis d'orientations à un petit groupe de personnes qui va ensuite déléguer. Ce qu'on s'est rendu compte, c'est que les gens aiment être impliqués, en médecine et, j'en suis persuadé, dans les autres domaines de la santé, et je pense que de garder cette motivation-là en leur permettant leur implication locale, tout simplement, par contre, en leur démontrant un souci qu'on est intéressé à ce qui se passe localement puis qu'on va les épauler lorsqu'ils vont avoir des embûches... Ce n'est pas nécessairement un changement de gouvernance — mais encore là je ne connais pas le processus de nomination des conseils d'administration, à l'heure actuelle, en profondeur — mais je crois que c'est vraiment plus un changement de mentalité.

Et puis cette mentalité-là, elle se traduit aussi dans certains autres aspects qui nous sont chers, à la fédération médicale, comme tout simplement, là, les effectifs médicaux. Pour l'instant, pour me trouver une job, là, j'ai moins de description de ce qui est recherché par des établissements que quelqu'un qui regarde les petites annonces pour se trouver une job dans un dépanneur. Là, en ce moment, j'ai le nom d'une spécialité dans un hôpital : endocrinologue à Gatineau. Pour faire de la thyroïde? Pour faire du diabète? On ne le sait pas.

Donc, ces éléments-là, je pense qu'il y a un détachement entre la pratique au jour le jour puis, nous, ce qu'on recherche comme médecins, comprendre dans quoi on s'embarque, puis ce que le gouvernement offre à l'heure actuelle.

M. Caire : Je suis d'accord avec vous que le projet de loi a besoin de précisions, mais, justement, travaillons sur ces précisions. Diriez-vous... Bon, je prends des... Vous parliez des PREM, donc, qui normalement devraient être une responsabilité régionale, je pense que vous êtes d'accord avec ça. Vous avez parlé des systèmes informatiques, et là vous êtes dans mon domaine de compétence à moi. Une des pires choses qu'on peut faire, c'est demander à chaque localité de développer son système informatique. Si vous voulez être sûr que ça ne marche pas, c'est la bonne façon de faire. Donc, vous êtes d'accord pour dire qu'on peut régionaliser ces choses-là. Les politiques d'achat, j'imagine que vous êtes d'accord pour... Donc, il y a un certain...

Seriez-vous d'accord pour dire qu'administrativement, régionaliser les décisions, ça peut être une bonne chose? Mais ce que je comprends de votre intervention, c'est qu'au niveau médical, de garder une certaine autorité locale, c'est nécessaire. Donc, est-ce que vous faites cette distinction-là entre les deux?

M. Dahine (Joseph) : Oui, et c'est peut-être là où l'obstacle est le plus difficile, c'est dans les subtilités. Le diable est dans les détails, comme on dit, mais c'est absolument nécessaire. Parce que ce que vous avez mentionné sur la régionalisation de l'information, c'est essentiel de nos jours. Ce n'est pas normal que, quand je travaille à l'Hôpital Royal Victoria puis que je donne congé à un patient pour une pneumonie, dans ma tête je me dise : Il ne s'est pas représenté à l'urgence dans 30 jours, ça veut dire que j'ai bien fait ma job, mais que, dans le fond, je n'ai jamais su qu'il avait juste traversé Parc puis qu'il s'est ramassé à l'Hôtel-Dieu. Donc, de ce côté-là, effectivement... Mais ça, ça fait juste démontrer ce dont on parle depuis tout à l'heure. Puis ce qu'on dit, c'est qu'on a besoin de connaître les problèmes, puis de les mesurer, puis d'en mesurer l'impact.

Mais vous avez entièrement raison qu'il faut faire la distinction aussi avec l'implication locale. Et, selon nous, le projet de loi ne répond ni à l'un ni à l'autre, dans le sens où il n'y a pas la volonté de... ou en tout cas il n'y a pas la garantie que les gens vont pouvoir maintenir leur mainmise localement ou leur motivation localement et, de l'autre côté, qu'on a des garanties de mesure de performance puis de réponse aux objectifs, là.

M. Caire : Écoutez, sur les mesures de performance, là, je suis tout à fait d'accord avec vous. Pour faire plusieurs demandes d'accès à l'information qui sont sans réponse parce qu'on dit : Bien, on ne le sait pas... C'est assez aberrant.

D'ailleurs, on a un projet de loi, hein, qui a été déposé pour nous dire combien de gens travaillent pour nous présentement, là. C'est assez pathétique quand on est obligé de légiférer pour savoir combien de monde travaille pour nous, là. C'est un peu... C'est un peu triste.

Mais, bref, au niveau des indicateurs de performance, j'en suis, mais encore là je vais vous poser la question : Vous mettez ça à quel niveau? Est-ce que vous dites que c'est au ministère à élaborer ces indicateurs de performance, à évaluer la performance? Vous mettez ça au niveau régional. Est-ce que vous le mettez au niveau local, ça aussi, chacun est responsable d'évaluer sa propre... Comment vous faites ça?

M. Dahine (Joseph) : Non, je pense que, pour les indicateurs de performance, ça doit être une orientation ministérielle. Ceci étant dit, je pense qu'il faut accepter l'expertise que les gens ont sur le terrain. Puis je pense que c'est l'exemple parfait d'une collaboration qu'il devrait y avoir entre les médecins, entre les chercheurs, entre les scientifiques, entre les universitaires et le législateur.

M. Caire : O.K. Donc, ça, vous dites : Que le ministère s'en occupe. Donc, dans le fond, ce que vous dites, c'est : Donnez les orientations, évaluez les résultats puis laissez-nous travailler.

M. Dahine (Joseph) : Exactement.

M. Caire : Sauf que je reviens à ma question initiale, puis elle est fondamentale. On fait quand même une distinction entre une responsabilité régionale et une responsabilité locale, on s'entend là-dessus?

M. Dahine (Joseph) : Bien, en tout cas, moi, je pense qu'il faut la préciser, parce que la responsabilité locale, dans le projet de loi, elle n'est pas clarifiée, là, elle est inexistante.

M. Caire : Je vous suis. Mais vous êtes d'accord pour dire qu'il ne faut pas tout laisser au local...

M. Dahine (Joseph) : Bien non.

M. Caire : ...et qu'on a donc besoin d'une autorité régionale?

M. Dahine (Joseph) : Oui.

M. Caire : Et, à ma connaissance, les médecins résidents ont toujours été favorables à l'abolition des agences, là, je ne pense pas me tromper en disant ça. Donc, vous êtes quand même d'accord pour dire qu'il faut adresser cette préoccupation régionale là tout en maintenant une autorité locale.

Je vous pose la question : Comment on la dessine, cette autorité locale? C'est le temps de nous le dire, là, parce qu'on est à l'étape de potentiellement le modifier, le projet de loi. Comment on dessine cette autorité locale là?

M. Dahine (Joseph) : Avoir eu plus de temps, on aurait peut-être pu étoffer la... Non, non, non, mais le temps d'analyser le projet de loi, là, oui.

M. Caire : ...adopté puis... Ça ne s'arrête pas aujourd'hui, Dr Dahine, je vous rassure, là, ça ne s'arrête pas aujourd'hui, là.

M. Dahine (Joseph) : Oui. Bien, je pense qu'il va falloir vraiment... Moi, je veux répondre de façon sérieuse et documentée à votre question et je pense que ça va nous prendre plus de temps pour être capables d'étoffer notre réponse. Puis on vous fera parvenir les commentaires.

Mais vous me donnez l'opportunité de... Je me permets une mise en garde aux parlementaires : Je ne vois pas la presse, là, on ne voit pas la nécessité d'exercer cette réforme-là de façon aussi rapide, sans qu'on puisse avoir ces échanges-là qui sont bénéfiques, là.

M. Caire : Écoutez, je vous suis parfaitement, d'autant plus que votre intervention a permis au ministre de confirmer ce que nous, on dit : La dernière réforme, qui a été effectuée il y a 10 ans, a été un échec. Donc, effectivement, vous avez raison. Si on ne veut pas échouer sur celle-là, il faut faire les choses correctement.

Maintenant, je vous rassure, ça ne s'arrête pas aujourd'hui, là. Vous répondez à nos questions aujourd'hui, mais sachez en tout cas que, du côté de la coalition, on sera toujours très intéressés à entendre vos commentaires, puis à prendre note de vos suggestions, et à les transmettre au ministre, si tant est que vous ne le faites pas directement. Mais je pense qu'il serait... Parce que plusieurs intervenants nous ont parlé de gouvernance locale, et je pense que tout le monde s'entend pour dire : Il y a des responsabilités qui doivent échoir à une région, mais il y en a d'autres qui doivent rester au niveau local, mais personne ne semble vraiment capable de faire la distinction, l'espèce de séparation entre les deux puis comment tout ça devrait s'orchestrer. Puis je pense que — et je vais le dire — la réforme du ministre a quand même l'intérêt de dire que le modèle ne fonctionne pas, il faut le changer. Alors, aidez-nous à dire comment.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, ceci met fin à ce bloc, à l'échange. Il nous reste à vous remercier, aux représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec. Alors, merci beaucoup.

Et je suspends les travaux quelques instants pour permettre à notre prochain intervenant de prendre place.

(Suspension de la séance à 12 h 29)

(Reprise à 12 h 32)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons poursuivre nos travaux. Je souhaite maintenant la bienvenue à nos prochains intervenants. Pour les fins d'enregistrement, je vous demande de bien vouloir vous présenter. Je vous rappelle que vous disposez d'une période de cinq minutes pour votre présentation, et par la suite il y aura une période d'échange. Alors, la parole est à vous.

M. Damien Contandriopoulos

M. Contandriopoulos (Damien) : Bonjour. Damien Contandriopoulos, de l'Université de Montréal. Je vous remercie de l'invitation.

Le Président (M. Tanguay) : ...qui vous accompagne?

Mme Perroux (Mélanie) : Mélanie Perroux.

Le Président (M. Tanguay) : Bienvenue. Alors, vous avez cinq minutes pour votre présentation.

M. Contandriopoulos (Damien) : Bien, merci beaucoup de l'occasion de présenter. J'ai été convoqué à titre d'expert. Je suis chercheur à l'Université de Montréal, et ma présentation aujourd'hui est essentiellement une présentation qui se fonde sur les données scientifiques disponibles. J'ai entendu dans la présentation précédente l'intérêt qui était porté à savoir qu'est-ce qu'on sait sur l'efficacité de l'intervention proposée. Je pense que notre mémoire, qui a été écrit à quatre, est essentiellement ça, c'est d'apporter une analyse du lien entre les modifications législatives qui sont proposées et leurs effets prévisibles.

Cette analyse est facilitée par le fait que c'est un domaine dans lequel il existe énormément de littérature scientifique. Nos délais étaient courts, mais en quelques jours on a pu trouver plus d'une centaine d'articles scientifiques sur le sujet. Et c'est une littérature qui est extrêmement convergente, donc la totalité des données vont dans la même direction.

Cette littérature-là a été principalement développée aux États-Unis, en Grande-Bretagne, où il y a eu des efforts à très, très grande ampleur, similaires à ceux qu'on veut implanter au Québec, de procéder à des fusions administratives de façon à diminuer les coûts et améliorer l'accessibilité. On a fait la même chose en Alberta en 2008. Et on peut apprendre et je pense qu'on doit apprendre des résultats qui ont été obtenus dans ces autres juridictions.

De façon très, très, très convergente, les données scientifiques indiquent que les avenues législatives qui sont mises de l'avant dans le projet de loi ne produiront pas les résultats qui sont visés par le projet de loi. Si on le prend

de façon plus détaillée, une amélioration de l'efficacité, une diminution des coûts, la totalité des études indiquent que les processus de fusion administrative entraînent une hausse des coûts. Et, quand il y a une tentative de contrôler de façon très stricte les coûts en étranglant les budgets, ce qu'on voit, c'est qu'on a des organisations qui deviennent dysfonctionnelles.

Là où il y a une possibilité de gain par le biais des fusions, c'est dans le cas de fusions très verticales. Or, ce qui est mis de l'avant dans le projet de loi, c'est essentiellement des fusions horizontales à grande échelle, on va fusionner des CSSS entre eux. Le potentiel de gain d'intégration verticale, au Québec, a déjà été perçu en 2003, il était faible. Depuis, il n'y a probablement pas de gain potentiel, donc, en termes d'économies.

Le deuxième aspect, c'est l'intégration des soins. Les fusions administratives sont, sur le principe, un rapprochement des structures décisionnelles centrales des institutions. Donc, ça va procéder à une intégration du centre décisionnel, mais ça ne cause pas et ce n'est une condition ni nécessaire ni suffisante à ce qu'il y ait une intégration des soins. Pour qu'il y ait une intégration des soins, une intégration clinique, il faut travailler sur les processus très microcliniques qui sont essentiellement à la base du travail autour des patients. On n'a pas besoin de fusionner les établissements pour produire ça. Et fusionner les établissements est, au contraire, souvent un obstacle, parce que ça mobilise les administrations dans des choses qui ne touchent pas les soins aux patients.

Troisième élément, c'est la qualité technique. Là encore, les données indiquent de façon unanime qu'on n'a pas une amélioration de la qualité technique, sauf dans le cas très particulier d'interventions chirurgicales, entre autres, très spécialisées qui sont produites dans les institutions à trop faible volume. Il est peu probable qu'au Québec on arrive à avoir ces effets-là.

En termes de qualité, par contre — puis ça nous amène à un autre élément central — c'est la question du coût d'opportunité. À partir du moment où on met en place un processus de fusion administrative à très grande échelle, on va monopoliser l'attention de nos gestionnaires, l'attention de nos administrateurs pour une chose qui est gérer et donner du sens au processus de fusion. Pendant toute cette période-là, les administrateurs ne seront pas disponibles pour travailler à l'amélioration de la qualité, pour optimiser les processus de soins, pour développer des innovations qui sont susceptibles d'améliorer la qualité. Ici, encore une fois, les données sont unanimes : les processus de fusion administrative sont des processus dans lesquels la qualité des soins dans les institutions concernées est mise en danger, et, de façon générale, on voit une diminution de la qualité. Plusieurs études américaines ont même montré une augmentation de la mortalité suite à des processus de fusion administrative à grande échelle.

Pour que des fusions marchent, par ailleurs, il va falloir que ça vienne de la base, qu'on prenne le temps de consulter, qu'on prenne le temps de laisser les cliniciens, les administrateurs très, très proches du terrain donner leur avis et d'eux-mêmes élaborer la nature des fusions qui sont projetées. Quand on regarde actuellement la direction qui est prise, qui est une approche très, très, très centralisée, très, très, très «top-down», c'est généralement associé à un très fort niveau d'échec dans les processus de fusion.

Donc, si on revient là-dessus, notre analyse ne permet pas de croire que les propositions législatives qui sont sur la table sont liées de façon causale aux objectifs qui sont mis de l'avant dans le projet de loi. Donc, il n'y a pas de raison de croire que ça va fonctionner. Et, en tant que chercheur, c'est extrêmement dommage de constater que pourtant il existe beaucoup de connaissances sur ce qu'on devrait faire. On devrait travailler sur les incitatifs systémiques, briser les silos. Et, s'il en existe, des silos, dans le système de santé, c'est des silos au niveau des structures de financement. On devrait travailler sur les incitatifs de financement, on devrait travailler de façon très, très microclinique sur...

Une voix : ...

M. Contandriopoulos (Damien) : Je vous remercie.

Le Président (M. Tanguay) : Bien, vous pouvez finir votre phrase.

M. Contandriopoulos (Damien) : ...sur le travail des cliniciens et travailler sur la première ligne avant tout. Je vous remercie.

Le Président (M. Tanguay) : Je vous remercie beaucoup, M. Contandriopoulos. Et maintenant je cède, pour une période d'échange, la parole au ministre pour un bloc de 9 min 30 s.

M. Barrette : Bon, bien, M. Contandriopoulos, je suis content qu'on se rencontre pour la première fois en personne. On a eu à échanger par média interposé à plusieurs reprises dans le passé, alors je suis content que vous soyez là. Madame. Alors, merci d'être venus.

Écoutez, sans entrer dans un débat avec vous sur les différentes études, compte tenu du court temps qui nous est imparti, j'aimerais ça vous laisser la parole pour que vous nous fassiez part de votre vision des solutions à mettre en place pour améliorer notre système de soins. Ça, je sais que vous avez des opinions très élaborées là-dessus, je vous laisse tout le temps, tout le champ nécessaire, mais dites-nous concrètement ce que vous feriez pour améliorer le système de soins et pourquoi.

M. Contandriopoulos (Damien) : Ça va me faire plaisir. Essentiellement, je pense qu'on peut trouver deux sources de données qui nous permettent de proposer des solutions qui sont ancrées dans les données probantes. La première, c'est effectivement la littérature scientifique. Il existe des caractéristiques qui sont partagées par l'ensemble des systèmes de santé performants, qu'on aille les chercher aux États-Unis, comme le Kaiser Permanente, qu'on aille les chercher...

comme, là, ce que fait le Danemark dans les soins à domicile, qu'on aille les chercher en Angleterre, comme ce que fait le NHS dans l'action aux soins de première ligne. Quand on regarde à travers l'ensemble de ces systèmes-là, il y a un certain nombre de caractéristiques qui sont partagées par tous les systèmes performants, puis je vais y revenir. Donc, ça donne une première source de données qui nous permet de savoir qu'est-ce qui fonctionne.

• (12 h 40) •

La deuxième source de données, on est en train de terminer un projet de recherche qui est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, dans lequel on a procédé à des entrevues auprès de l'essentiel des acteurs centraux dans le système. On parle de directeurs d'établissement, on parle de gestionnaires dans les agences, on parle de professionnels, on parle des ordres. Donc, on a fait des entrevues à très grande échelle sur quels sont, pour les gens qui occupent des positions structurantes dans le système de santé, les forces, les faiblesses, les défis et les solutions. On est en train de terminer notre analyse. Et ce qui est remarquable là-dedans, c'est que, quand on consulte les gens dans le réseau, leur vision des problèmes est très similaire, et surtout leurs visions des solutions sont très similaires. Encore plus intéressant, c'est que la vision des solutions que mettent de l'avant les gens dans le réseau est extrêmement convergente avec ce que la littérature scientifique nous dit, et, quand on regarde de quoi il est question, il est question avant tout d'agir sur la première ligne, d'agir en essayant de faire en sorte qu'il y ait une substitution d'un certain nombre de services qui sont actuellement offerts dans des institutions spécialisées vers des soins qui sont offerts dans la communauté par des équipes qui sont proches des gens à la fois géographiquement et à la fois socialement. Ces équipes-là, donc, sont la pierre d'assise d'un système de santé performant.

Pour arriver à travailler là-dessus, il faut donc repenser de façon très, très profonde la nature de ce qu'on appelle les soins de première ligne et les structures dans lesquelles ils sont dispensés. Il faut travailler à essayer de repenser quel est le rôle des GMF et comment on est capable de mettre en place des structures qui partagent le fait que les GMF sont locaux mais qui arrivent à impliquer d'autres professionnels, en particulier avoir recours à beaucoup plus grande échelle au travail des pharmaciens. Actuellement, il y a des choses qui sont sur la table et qui sont actuellement bloquées, entre autres sur la capacité des pharmaciens de prescrire un certain nombre de médicaments. Avoir recours à beaucoup plus grande échelle... Et je sais que vous l'avez proposé, et c'est quelque chose qui est extrêmement... qui a un potentiel extrêmement fort, de déployer beaucoup plus d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, de travailler sur les désincitatifs systémiques à ce qu'il y ait un travail interprofessionnel qui soit beaucoup plus poussé. Je sais que, là encore, vous avez pris position plusieurs fois sur ce sujet en disant qu'il y avait une place plus grande pour des équipes interprofessionnelles en première ligne.

Quand on regarde cette caractéristique de mettre en place des soins de première ligne beaucoup plus structurés, d'une part, on va toucher les vrais problèmes. Quand on regarde quels sont les... le niveau d'insatisfaction de la population par rapport à l'accès aux services, c'est essentiellement dans la première ligne qu'il se trouve. Quand on compare les résultats des soins de santé québécois par rapport au Canada ou au reste du monde, le Québec se situe réellement dans le peloton de queue des pays qui ont la moins bonne capacité d'offrir des soins de qualité accessibles en première ligne. Donc, probablement que le problème est réellement là, et l'intervention devrait être là.

Or, ce qui est intrigant, là-dessus, c'est que, quand on regarde la proposition législative qui est sur la table, c'est une proposition qui est majeure, qui bouleverse le système pendant plusieurs années. Or, il n'y a rien dans cette proposition-là qui soit susceptible de transformer la façon dont les soins de première ligne sont réellement offerts.

M. Barrette : O.K. Combien de temps il me reste?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, M. le ministre, il vous reste un peu plus de cinq minutes.

M. Barrette : Parfait. Écoutez, je suis content que... D'ailleurs, j'ai trouvé très intéressant votre commentaire, parce que je ne vous ai pas entendu souvent, même pas une fois, parler du mot «patient». Et à l'opposition on reproche souvent au projet de loi de ne pas avoir le mot «patient» dans le projet de loi, puis je constate que, pour des gens de votre expertise, vous pouvez avoir un discours sur le système de santé sans prononcer le mot «patient». Ça doit être un grand traumatisme pour certains auditeurs.

Ceci dit, j'ai été aussi très intéressé de constater que vous avez fait référence à Kaiser. Et Kaiser, vous me corrigerez, c'est probablement le système à large échelle le plus étudié sur la planète et c'est un système qui intrinsèquement intègre la totalité du continuum de soins, même jusqu'à la recherche, jusqu'à un certain point, là, mais Kaiser fait essentiellement tout ce qu'on fait en termes de soins primaires, et secondaires, et tertiaires, de la première ligne jusqu'à l'hôpital un peu plus spécialisé. Vous êtes d'accord, j'imagine, là, avec ça.

M. Contandriopoulos (Damien) : Je suis d'accord. Et, à ce titre-là, Kaiser est atypique, puisqu'il existe beaucoup d'autres HMO américains, et peu partagent le niveau de performance de Kaiser.

M. Barrette : ...de Kaiser est un succès...

M. Contandriopoulos (Damien) : Tout à fait.

M. Barrette : ...et le projet de loi, pour vous rassurer, essaie de s'en inspirer. Et Kaiser est quand même une organisation où c'est la philosophie de l'organisation d'avoir, dans son système, mis en place un certain nombre de paramètres, de philosophies qui ne sont pas du tout des philosophies, là, mais des objectifs, des façons de mesurer,

des façons de protocoler. Bref, Kaiser a fait, par sa structure, une certaine obligation de normalisation de la pratique médicale et s'est occupé et de l'accès jusqu'à... au cheminement du patient jusqu'aux soins plus spécialisés.

À cet égard-là, à partir du moment où je vous dis que le projet de loi, essentiellement, s'en inspire et vise ça, est-ce que ça vous rassure?

M. Contandriopoulos (Damien) : Ça me surprend plus que ça me rassure. Je pense qu'effectivement Kaiser...

M. Barrette : ...vous surprendre, c'est bien la première fois.

M. Contandriopoulos (Damien) : Non, ce n'est pas la première fois. Mais je pense que Kaiser est un exemple effectivement remarquable, et on va être d'accord là-dessus, sur l'intégration clinique, sur le fait qu'un patient qui se présente dans une clinique de Kaiser va rentrer dans un continuum de soins, quelle que soit la nature de ses besoins, qui va être parmi les meilleurs possible dans le monde.

Ce que je dis, par rapport à la proposition du projet de loi qui est sur la table, c'est que, tel qu'il est rédigé, le projet de loi procède à une fusion administrative à grande échelle et qu'il n'y a aucune donnée scientifique qui permet de croire que de créer des fusions à grande échelle cause ou est une condition nécessaire à l'apparition de cette intégration des services telle que Kaiser l'a réussie. Mais ce qu'il faut voir, c'est qu'il y a plusieurs systèmes américains qui ne sont pas intégrés de façon administrative, qui sont des réseaux virtuels et qui arrivent à une intégration des soins qui, elle aussi, est remarquable.

M. Barrette : Ça, je comprends, je suis d'accord avec vous. C'est juste que, pour le dernier exemple que vous donnez, ça, ça demande une... bon, je vais dire, une littératie et une participation beaucoup plus élaborées par rapport à des participants, là, il faut qu'ils y croient, là, alors que chez Kaiser, comme vous le savez certainement très bien, on doit adhérer, lorsqu'on arrive chez Kaiser, à ça, à ce système-là. Et Kaiser est un système qui a, au sens bénéfique du terme, imposé des standards à la structure.

Je comprends qu'à la lecture du projet de loi vous n'avez pas pu tirer ces conclusions-là, mais peut-être allez-vous être d'accord avec moi avec le fait que ce projet de loi là permet de mettre en place le squelette qui fait en sorte que, si les orientations ministérielles sauraient être d'une kaiserisation de notre système de santé, ce levier-là pourrait nous permettre d'y arriver pour le bénéfice des patients.

M. Contandriopoulos (Damien) : Encore une fois, on va être d'accord sur l'objectif ultime. Effectivement, n'importe quel système de dispensation de soins doit fondamentalement... Puis là on parle d'intégration des valeurs. Quand on regarde la littérature, il y a une intégration clinique, l'intégration des valeurs ou l'intégration des objectifs, il y a une intégration administrative. L'intégration des valeurs est quelque chose de fondamental.

Est-ce que, tel que je le comprends, le projet de loi permet d'arriver à cette intégration des valeurs, qui est quelque chose qui est désirable, ça ne fait aucun doute? Malheureusement, là, je ne connais aucune donnée scientifique qui permet de croire qu'une gestion qui est très centralisée, très directive permette d'arriver à créer cette unification des valeurs.

M. Barrette : Ça, j'aimerais faire un correctif là-dessus, parce que c'est sûr que c'est quelque chose qui est véhiculé par à peu près tout le monde, là, mais, encore une fois, la relation — vous étiez là, je pense, quand j'ai fait ce commentaire-là avec vos prédécesseurs — l'objectif est que le gouvernement en soit un qui donne des orientations et que l'exécution se fasse sur le terrain. Et, quand on regarde Kaiser — vous l'avez étudié en long et en large, je sais que vous êtes très bilingue en Kaiser, si vous me le permettez — Kaiser met en place des normes qui doivent être suivies, il y a une imputabilité.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, ceci met fin à ce premier bloc d'échange. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Taillon pour un bloc de 5 min 45 s.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour M. Contandriopoulos. Bonjour, madame. Écoutez, je vais tout de suite enchaîner parce qu'on a peu de minutes avec vous, mais ce que j'entends du ministre actuellement, c'est qu'il est d'accord pour viser une normalisation de la pratique médicale avec certains standards et des indicateurs comme le Kaiser Permanente. Je pense qu'on a déjà des instruments qui existent pour ça, l'INESSS a dans ses fonctions... l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a cette mission-là, mais on ne lui donne pas le pouvoir de le faire, on ne lui donne pas les instruments pour actualiser ça et on ne cultive pas l'importance d'une reddition de comptes, d'une façon d'avoir un suivi de ces obligations-là, et je pense que c'est ce courage-là qui manque. Sans tout retourner la structure à l'envers, on était capable et on est encore capable, par un suivi plus étroit, par des éléments mobilisateurs au niveau des professionnels de la santé mais avec certains indicateurs très précis auxquels on ne peut pas échapper, de faire en sorte qu'on va réaméliorer et continuer le processus qui a été mis en marche.

Les GMF, je le rappelle, ils ont été mis en marche il y a déjà plus de 10 ans, et ça a pris seulement... l'année dernière avant que le ministre de la Santé, Réjean Hébert, demande un peu plus de reddition de comptes et une ouverture plus grande au niveau des heures. Le ministre nous avait confirmé que tout ça serait réglé avant décembre 2014. Je ne sais pas si l'arrivée du projet de loi n° 10 l'exempte de cette obligation-là, mais j'aimerais bien l'entendre. Puis j'aimerais vous entendre aussi sur différents moyens qu'on a peut-être déjà dans notre système actuel pour accéder à ça et quelles sont peut-être les pistes qui sont déjà en marche mais qu'on a l'habitude de commencer quelque chose et de l'interrompre à chaque fois qu'on a un changement de ministre.

M. Contandriopoulos (Damien) : En fait, je me référerais encore aux résultats de l'étude dont je vous ai parlé tout à l'heure sur les consensus qui existent, deux consensus, le premier sur le modèle d'imputabilité actuel dans le système qui ne fonctionne pas bien. Beaucoup de demandes de la part du ministère à Québec auprès des établissements de produire des rapports, de produire des données. Ces données-là sont peu utilisées et en fait rendent peu service à l'optimisation des soins, on parle essentiellement d'une reddition de comptes bureaucratique qui ne donne pas lieu à une réelle imputabilité par rapport aux soins offerts aux patients.

La deuxième chose, c'est qu'il existe peu de leadership de la part du ministère, actuellement, pour donner des orientations qui sont fondamentales. La question n'est pas, donc, le besoin d'avoir des orientations claires, la question est le moyen de transmettre ces orientations-là. Est-ce qu'il y a besoin de fusionner à très grande échelle la totalité des établissements du Québec pour que le ministère de la Santé donne des orientations claires qui vont dans la bonne direction? Je ne pense pas qu'il existe de données scientifiques qui permettent de le croire.

Des orientations claires qui sont nécessaires et qui pourraient être faites très rapidement, vous parlez de l'INESSS, il y a des ordonnances collectives nationales. Elles portent le titre de «nationales», mais, à toutes fins pratiques, elles dépendent des décisions individuelles de chacun des établissements. Et elles sont très peu déployées au Québec, on pourrait gagner beaucoup à ce que ces ordonnances collectives soient déployées. On parle du droit de prescrire des médicaments qui est encore perdu dans les limbes réglementaires. On parle encore de quelque chose qui pourrait être très concrètement dirigé depuis le ministère de la Santé, qui fait partie des prérogatives du ministère de la Santé, et qui, depuis un certain temps, n'est pas mis en place de façon suffisamment convaincante.

Et un autre levier qui est central, c'est tout celui qui touche la rémunération médicale. Il faut se servir du mode de rémunération et des enveloppes de rémunération médicales pour orienter la pratique dans la direction où on la veut. Et, là encore, quand on regarde la première ligne, actuellement, on a des modes de rémunération des médecins qui sont souvent contre-productifs par rapport à ce qu'on vise : accessibilité, augmentation de la productivité, travail interdisciplinaire.

• (12 h 50) •

Mme Lamarre : Écoutez, il reste deux minutes. Je crois que mon collègue de Rosemont aimerait bien s'adresser...

M. Lisée : Merci, M. le Président. Merci beaucoup d'être là tous les deux. À entendre vos échanges avec le ministre, on sent que... Bon, l'objectif, c'est évidemment le continuum de soins qui doit se faire entre les intervenants en première ligne. Le ministre dit : Bien, je vais tout fusionner ça et puis je vais faire en sorte que, quand je donnerai les directives, ils vont travailler ensemble. Vous, vous dites : C'est le contraire. Et vous dites ici : «Le succès d'un projet de fusion administrative auquel les acteurs sur le terrain ne croient pas est sérieusement compromis.» En fait, ce que vous dites, c'est que cette fusion-là va être contre-productive si l'objectif, c'est le continuum de soins.

On donne l'exemple de Kaiser, qui effectivement est un genre de contrat d'adhésion. Si on va travailler à Kaiser, c'est qu'on accepte le continuum de soins, qui est contre-intuitif pour le reste de la profession médicale américaine et contre-intuitif au Québec. Mais là est-ce que vous croyez qu'il est possible d'imposer par une fusion administrative une nouvelle culture, même si cette culture-là, elle est souhaitable et, selon l'étude dont vous parliez tout à l'heure, elle est voulue par un certain nombre de gens à la base?

M. Contandriopoulos (Damien) : On revient encore aux conditions qui ne sont ni nécessaires ni suffisantes. Pour en arriver à une unification de la culture comme ça, on n'a pas besoin de procéder à des fusions administratives. Et, d'autre part, si on procède à des fusions administratives, rien n'indique qu'on va créer cette unification de la culture.

Quand on parle de Kaiser, on parle d'un système qui est particulier à plusieurs égards. C'est un système qui a une histoire, qui s'est créé avec une culture particulière. Encore une fois, je reviendrais... Ce n'est pas le seul HMO aux États-Unis, mais il se distingue des autres à beaucoup d'égards. Quand on regarde la capacité d'avoir une pratique médicale qui est très, très, très enlignée sur un certain nombre de principes, Kaiser a la capacité de sélectionner ses professionnels d'une façon que...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, ceci met fin à ce bloc d'échange. Je cède maintenant la parole au député de La Peltre pour un bloc de 3 min 50 s.

M. Caire : Merci, M. le Président. Bonjour à vous deux. Vous avez parlé, dans les processus de fusion, d'une certaine transition. Dans un tableau que le ministre nous a déposé récemment, on parle de coûts de transition, quand on procède à ces fusions-là, de l'ordre de 165 millions. Je voulais savoir, selon les études, les analyses que vous avez faites, si ces coûts-là vous semblent réalistes.

M. Contandriopoulos (Damien) : Bien, d'une part, c'est difficile pour moi de porter un jugement sur les coûts exacts. Ce qui me laisse perplexe, c'est qu'on a fait une analyse des discours qui avaient été produits par le ministère de la Santé; on voit deux chiffres apparaître. On voit, d'une part, des économies récurrentes de l'ordre de 200 millions, et là vous me parlez d'investissement pour assumer le processus de fusion. J'ai du mal à voir comment les deux s'intègrent.

Une chose qui est sûre, c'est que, quand on regarde les caractéristiques qui rendent une fusion un succès, il va falloir qu'il y ait une approche qui soit de concertation, qu'il y ait une capacité de convaincre les acteurs sur le terrain, pas de les contraindre mais bien de les convaincre du bien-fondé, donc qu'on arrive à leur promettre un projet qui est porteur. Actuellement, quand j'écoute... J'ai lu avec attention toutes les transcriptions qui ont eu lieu des groupes qui sont venus présenter ici, je vois de la part des acteurs sur le terrain beaucoup plus de préoccupations que de conviction quant au projet qui est sur la table. Et là-dessus il y a un besoin d'arriver non seulement à mettre des ressources, mais arriver à

faire en sorte que les gens achètent le projet. Et c'est extrêmement difficile, dans le contexte actuel où on propose une fusion administrative qui serait une ixième fusion... une ixième réforme de structure, au Québec, d'arriver à faire en sorte que les gens sur le terrain considèrent ça comme une méthode gagnante pour arriver à des objectifs qui sont consensuels : intégration des soins, amélioration de la qualité.

M. Caire : Mais vous avez analysé plusieurs systèmes dans le monde. Vous avez dit : Les fusions, ça ne fonctionne pas. J'imagine que, dans les autres fusions qui ont été faites dans les autres systèmes, il y en a eu, des coûts de transition. On s'entend qu'on parle de départs à la retraite, on parle d'attrition. C'est assez usuel, j'imagine, d'avoir des coûts de transition.

Donc, normalement, ça ressemble à quoi, là, dans les fusions que vous avez analysées? Ça ressemble à quoi, normalement, les coûts de transition?

M. Contandriopoulos (Damien) : Quand vous parlez de coûts de transition, est-ce que vous parlez des économies qui seront produites par...

M. Caire : Non, je parle de... Parce que, quand on parle de départs à la retraite, normalement, ça vient avec des conditions particulières qu'on va offrir aux gens, bon, c'est ce qu'on a déjà vécu par le passé. Dans ce cas-ci, le ministère nous parle de 165 millions. J'imagine que c'est parce qu'on va proposer des départs à la retraite à des gens qui normalement la prendraient un peu plus tard, pour s'assurer d'une certaine attrition. Alors, je voulais voir, au niveau des analyses que vous avez faites... Parce que vous dites : Ça ne fonctionne pas. Mais ça ne fonctionne pas pourquoi?

M. Contandriopoulos (Damien) : La littérature scientifique se centre, en termes d'analyse des effets, sur les coûts qui sont évités par le biais d'une fusion, donc les économies d'échelle, essentiellement, qu'une fusion produit. Cette littérature-là indique que les économies d'échelle sont d'inexistantes à très modestes.

Je n'ai pas vu de littérature scientifique qui porte sur les investissements nécessaires pour rendre possible une fusion. Je ne veux pas dire qu'ils n'existent pas, mais on ne les a pas analysés.

M. Caire : O.K. Vous dites que les économies d'échelle sont inexistantes. Là, j'essaie de voir... Dans ce cas-ci, le ministère parle de l'abolition de 1 300 postes de cadre. Comment peut-on abolir 1 300 postes de cadre et ne pas avoir d'économie récurrente suite à ça? Comment ça s'est passé ailleurs?

M. Contandriopoulos (Damien) : Ailleurs, ce qu'on a vu, c'est que, même dans les endroits où on avait essayé de contrôler le nombre de postes de cadre, très rapidement les demandes du système ont fait en sorte que les besoins de coordination entre les établissements, le besoin d'être capable de suivre comment l'offre de services... C'est des institutions qui sont ouvertes 365 jours par année, 24 heures sur 24. Ça a des demandes, et ces demandes-là ont fait en sorte que, même quand on essaie de contrôler le nombre de postes de cadre, rapidement on est obligé de céder à... Il faut garder les choses fonctionnelles.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, merci beaucoup. Alors, ceci met fin au bloc d'échange avec le député de La Peltrie. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Gouin pour un bloc de 2 min 30 s.

Mme David (Gouin) : Merci, M. le Président. Avant de poser ma seule et unique question, vous le comprendrez, je voudrais exprimer un malaise certain à faire venir des chercheurs de renom nous rencontrer et à ce qu'on leur donne uniquement une demi-heure d'échange avec nous, je me sens un petit peu mal à l'aise. Je vais...

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée, vous soulevez le point puis... La motion a été adoptée telle quelle et unanimement. Je vous remercie pour votre point de vue. Alors, je vous en prie.

Mme David (Gouin) : Je ne pense pas que je faisais partie de l'unanimité, n'ayant pas le droit de vote dans cette commission. Donc, je tiens à souligner...

Le Président (M. Tanguay) : Non, au salon bleu.

Mme David (Gouin) : Pardon?

Le Président (M. Tanguay) : Les 125 députés ont été d'accord à ce que la motion soit libellée de cette façon-là.

Mme David (Gouin) : D'accord. Alors, à ce moment-là, je le regrette, ça m'a échappé.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Il n'y a aucun problème, je vous en prie.

Mme David (Gouin) : Et j'aurais souhaité qu'on entende les experts un peu plus longuement, parce qu'ils sont très intéressants et ils ont beaucoup à nous apporter.

Je reviens avec une question sur «fusion» et «intégration». Le ministre nous dit souvent : Il faut fusionner pour mieux intégrer la dispensation des services, y compris en première ligne. Est-ce que malgré tout vous pensez

que... Même si cette mégafusion qu'on nous annonce n'était pas la meilleure pour aboutir aux objectifs proposés par le projet de loi, croyez-vous qu'il y aurait tout de même certaines fusions ou certains rapprochements d'établissements à faire pour assurer un accès aux services sociaux et de santé à tout le monde sur le terrain?

M. Contandriopoulos (Damien) : On peut tout à fait imaginer qu'il y ait encore des potentiels d'intégration verticale qui existent. En particulier, on regarde à Montréal, la réforme de 2003 a été faite avec toutes sortes de contraintes. Il reste beaucoup d'établissements autonomes, il reste beaucoup de CSSS qui n'ont pas d'hôpitaux. Là, dans ces cas-là, on parle qu'il existe effectivement potentiellement une intégration verticale, donc intégrer les services de première ligne avec un hôpital. C'est plus prometteur. On parle de... Il y a à travers tout le Québec des processus, actuellement, de fusion d'établissements, des centres de réadaptation, entre autres, qui essayaient de se rapprocher et qui sont en processus d'intégration, qui, là, pour l'instant, ont tout mis sur la glace en attendant de savoir ce qui allait se produire. Est-ce qu'il existe un potentiel de regroupement à des niveaux plus régionaux, à une optimisation des structures? Ça ne fait aucun doute.

Est-ce que, maintenant, cette intégration doit prendre place à l'échelle du Québec et regrouper sur une base régionale tout? La littérature indique qu'il y a un plafonnement des gains, en termes d'optimisation de la qualité et des coûts, qui tourne autour d'un bassin de population de 100 000 personnes. Au-delà de 100 000 personnes, une seule organisation, on ne voit plus de gain. Quand on va très au-delà de 100 000 personnes, ce qu'on voit, c'est une diminution de la qualité et une augmentation des coûts.

La structure proposée en Montérégie, c'est 1,5 million de personnes, mais en fait la quasi-totalité des structures proposées sont largement au-delà du 100 000 personnes. Et, là encore, c'est des données qui sont très largement...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, il nous reste à vous remercier, M. Contandriopoulos, de même que Mme Perroux qui vous accompagnait.

Compte tenu de l'heure, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 13 heures)

(Reprise à 15 h 6)

La Présidente (Mme Hivon) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission reprend ses travaux. Je demande évidemment à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones.

On va donc poursuivre les consultations particulières et les auditions publiques sur le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Alors, je souhaite maintenant la bienvenue à nos invités de la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord. Pour les fins d'enregistrement, je vous demande de bien vouloir vous présenter ainsi que les personnes qui vous accompagnent. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour faire votre présentation, et par la suite nous allons procéder de part et d'autre à un échange avec les membres de la commission. Donc, la parole est à vous.

Conférence régionale des élus de la Côte-Nord (CRECN)

Mme Anctil (Micheline) : Merci. Donc, en présentation, Micheline Anctil. Je suis la présidente de la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord. Je suis accompagnée de M. Claude Dahl, qui est directeur général, et de M. Charette, qui est directeur aux affaires publiques.

Mme la Présidente — Mme Hivon — M. le ministre — Dr Barrette — Mmes et MM. les parlementaires, je tiens, premièrement, à vous remercier sincèrement de l'opportunité que vous nous donnez de faire entendre la voix des Nord-Côtiers dans le cadre de cette commission sur la santé et les services sociaux.

Permettez-nous tout d'abord de vous laisser des images représentatives de notre réalité dans le domaine de la santé. C'est un avion King Air en location et en permanence qui dessert les citoyens et les citoyennes de la Basse-Côte-Nord en cas d'urgence. Il en coûte 438 000 \$ par année, et l'avion n'a pas encore débuté sa mission, chaque vol s'ajoute à ce coût. C'est aussi un hélicoptère qui est en permanence à Chevery, dont le coût s'élève à 400 000 \$. Nous sommes certainement la seule région où, dans le système de la santé et des services sociaux, on gère des quatre-roues et des motoneiges pour desservir les villages de la Basse-Côte pour les services préhospitaliers. Ce sont aussi des hébergements qui appartiennent au centre de santé et services sociaux du territoire pour les médecins, les infirmiers et les infirmières qui couvrent cet immense territoire. Ce sont 2,5 millions de coûts supplémentaires de main-d'oeuvre indépendante, auxquels il faut ajouter 1 million pour leurs frais de séjour et de déplacement. Afin de dispenser des services sociaux, les professionnels doivent couvrir une distance équivalente au trajet Québec-Toronto. Des images, donc, qui démontrent simplement que la Côte-Nord a des particularités qui dépassent l'entendement et qui reflètent la démesure de notre territoire.

La Côte-Nord s'étend sur 1 280 kilomètres de littoral entre Tadoussac et Blanc-Sablon, sans oublier l'île d'Anticosti, en plein milieu du golfe, et les villes de Schefferville et de Fermont, situées au nord à plus de 500 kilomètres à l'intérieur des terres. Quelque 95 000 personnes vivent sur ce territoire, dont 12 740 autochtones. La MRC du Golfe-du-Saint-Laurent — qui était la MRC de la Basse-Côte-Nord qui a tout simplement changé de nom dans les dernières périodes — est à majorité anglophone, contrairement au reste de la région qui est francophone. Ça représente des défis de très grande importance pour un accès équitable aux services de santé et services sociaux à notre population.

L'étendue du territoire. Il faut retenir que la démesure, ça fait partie de notre quotidien. La diversité des milieux sur ce même territoire exige des pratiques adaptées à chaque milieu. Impossible de desservir les citoyens de Baie-Comeau de la même façon que ceux de Blanc-Sablon, et pourtant chacun mérite une couverture adéquate de services.

L'accessibilité aux services de première ligne et aux services spécialisés doit être comparable au reste du Québec. Il en est tout autrement pour les milieux ruraux, qui doivent se déplacer sur de longues distances pour rencontrer un médecin ou pour avoir accès à des services psychosociaux, par exemple. L'accessibilité aux services spécialisés exige, pour la moitié de la population nord-côtière, de faire des déplacements de 111 kilomètres à 369 kilomètres pour recevoir, par exemple, des services de chirurgie d'un jour, une consultation en gynéco ou une colonoscopie.

• (15 h 10) •

Le recrutement et la rétention de la main-d'oeuvre, c'est vraiment un défi constant pour la Côte-Nord. La difficulté à maintenir des effectifs médicaux suffisants en région éloignée est bien connue, mais il en est de même pour d'autres types de ressources : les paramédics, les ressources psychosociales. On parle de pénurie de pharmaciens, d'infirmiers et d'infirmières, d'orthophonistes, de travailleurs sociaux, de nutritionnistes, et bien d'autres.

En plus de la difficulté de maintenir la main-d'oeuvre, d'ici les trois prochaines années, 53 % des effectifs seront à renouveler, ce qui représente 1 941 départs projetés sur 3 680 employés. Le recours à la main-d'oeuvre indépendante est un enjeu fondamental pour notre territoire, comme démontré. Il faut ajouter le temps supplémentaire, qui est largement utilisé pour combler les besoins de services. Ces phénomènes n'auront pas tendance à diminuer avec les départs qui sont projetés dans les prochaines années.

À ces défis, bien sûr, il faut ajouter des coûts de production de services, le vieillissement de la population de la Côte-Nord, qui est bien documenté, les problèmes de santé, les problèmes sociaux des autochtones et la complexité de l'organisation des services sur la Côte-Nord.

Les inquiétudes de la région, maintenant, concernant le projet de loi. La fusion de tous les établissements de la Côte-Nord en une seule entité avec un seul conseil d'administration inquiète grandement les élus nord-côtiers quant à ses conséquences sur l'accès aux services pour la population, et nous doutons sincèrement de l'impact de ces mesures en vue de favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population. Nous ne croyons pas que ça puisse contribuer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficience de notre réseau.

L'identité et un sentiment d'appartenance des Nord-Côtiers est intimement lié au territoire de leur municipalité et de leur MRC. Ils sont attachés à leurs centres de santé, pour lesquels ils ont consacré du temps, des énergies et, dans plusieurs cas, ils ont contribué à la création même de ces organisations. La population sera-t-elle au rendez-vous de participer aux orientations et décisions et de supporter financièrement un établissement régional? Quelle contribution réelle pourra exercer un comité des usagers qui aurait du mal à assurer une représentation territoriale en plus de la multiplicité des missions et des contraintes liées, premièrement, à l'organisation de ses propres rencontres?

La représentativité des six MRC de la Côte-Nord sera-t-elle assurée au conseil d'administration du nouveau centre intégré? Alors qu'une centaine de personnes participent actuellement à l'administration des services de santé et des services sociaux de notre région, le conseil d'administration du centre intégré réduit ce nombre à sept. La population sera-t-elle en mesure de faire connaître ses besoins et ses particularités avec une si faible représentation?

L'éloignement des lieux de décision pour les MRC peu peuplées de l'est du territoire est très préoccupant. L'accessibilité aux services de première ligne, déjà difficile dans les petites communautés éloignées, est menacée. À titre d'exemple, lorsque des choix budgétaires s'imposeront, les décideurs situés à 500 kilomètres et plus des populations concernées hésiteront-ils à sacrifier les services hospitaliers de première ligne en territoire éloigné au profit des structures centrales? Les usagers issus des MRC de la Minganie, du Golfe-du-Saint-Laurent et de Caniapiscau sont-ils condamnés à requérir leurs services en faisant du «fly-in/fly-out» pour avoir des services?

La complexité de gestion d'un établissement réparti sur un territoire, et je le rappelle, de 1 280 kilomètres, où s'ajoutent des communautés nordiques situées donc à 500 kilomètres au nord : un défi hors du commun. Comment l'équipe de gestion arrivera-t-elle à créer une synergie d'action avec des membres séparés par des distances supérieures au trajet Québec-Toronto? Le temps consacré, pour les gestionnaires, aux déplacements et le coût de ces déplacements permettront-ils réellement de générer des économies?

La Présidente (Mme Hivon) : Il vous reste un petit peu plus d'une minute, donc je vous inviterais à conclure.

Mme Anctil (Micheline) : Le partenariat avec les organismes communautaires et les autres acteurs locaux, le partage des préoccupations pour une même population. Est-ce qu'on ne risque pas de créer des frontières entre le réseau public et le réseau communautaire plutôt que desservir ensemble une population et de couvrir une prestation de services, de même que les écoles, les municipalités qui s'engagent à créer des environnements favorables à la santé et au développement social?

Les économies anticipées par les fusions et l'agence seront-elles au rendez-vous? La prise en charge par un gestionnaire d'un nombre plus élevé d'intervenants, même provenant d'établissements voisins, peut générer des économies d'échelle, mais, dans une région comme la Côte-Nord, une équipe plus nombreuse d'intervenants signifie une équipe dispersée sur un très grand territoire, avec des déplacements multiples et coûteux.

La conférence régionale des élus pense que les responsabilités de l'accès équitable aux services spécialisés et surspécialisés, les gestes incompatibles avec les règles de saine gestion et la gouvernance des actifs informationnels d'intérêt commun doivent relever du ministre.

La Présidente (Mme Hivon) : Il faut vraiment conclure. Quelques secondes.

Mme Anctil (Micheline) : C'est difficile.

Une voix : ...

La Présidente (Mme Hivon) : Vous êtes prêt... De consentement? Est-ce qu'il y a consentement? 30 secondes.

Mme Anctil (Micheline) : Merci. Je vais accélérer. Cependant, la centralisation au ministère de plusieurs responsabilités assumées actuellement par l'agence de santé et des services sociaux nous questionne sérieusement, comme la gestion des plans régionaux en main-d'oeuvre, le développement des ressources humaines de même que les inspections en certification au niveau des résidences, l'examen des mésententes, etc. Quels sont les bénéfices de gérer ces fonctions depuis Québec ou Montréal?

Les attentes de la région, pour terminer. La Conférence régionale des élus de la Côte-Nord souhaite que le ministre prenne en considération les spécificités nord-côtières dans son projet de loi. Elle souhaite également accompagner le ministre dans ses réflexions pour mieux adapter le but de sa réforme à la réalité nord-côtière, et nous demeurons disponibles, toujours dans le but que la Côte-Nord ait accès à des services de qualité et qui répondent aux besoins de ses citoyennes et citoyens et des services de proximité. Je vous remercie beaucoup.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci, Mme Anctil, de votre présentation. Alors, sans plus tarder, je vais céder la parole à la partie ministérielle pour une période d'échange d'une vingtaine de minutes. M. le ministre.

M. Barrette : Merci, Mme la Présidente. D'abord, Mme Anctil, M. Dahl et M. Charette, merci de vous être déplacés. Comme vous dites, vous venez de loin, et dans le sens ici, c'est loin aussi, et je suis bien content que vous ayez pris le temps de faire ce voyage-là pour venir de nous faire part de vos commentaires.

Évidemment, à l'état actuel d'avancement des travaux de cette commission parlementaire, les gens viennent, évidemment, avec des impressions qui sont véhiculées par toutes sortes de commentaires qui sont faits sur la place publique par un paquet de monde, puis je peux comprendre vos appréhensions, mais je vais vous dire d'entrée de jeu deux ou trois éléments.

Premièrement, pour ce qui est de la spécificité de votre région, je la comprends très bien, et c'est la... Je n'ai aucune critique et aucun autre commentaire que de vous dire que je partage votre vision de la chose et j'ai la même lecture que vous pour ce qui est des enjeux auxquels on doit faire face dans votre région. Alors, dans votre région, évidemment, l'enjeu principal, ce n'est pas une question de développer un hôpital universitaire ou d'avoir des soins tertiaires ou quaternaires mais bien d'amener les services le plus près possible du citoyen, et le plus près possible du citoyen sur tout le territoire qui est celui de votre région. Là-dessus, je souscris aux commentaires que vous avez faits. Et ça, on est bien, bien, bien conscients de ça.

• (15 h 20) •

Et l'essence ou... Je le dis à chaque fois pour un peu défaire ce que tout le monde fait comme commentaires, parce que ça devient quasiment un procès d'intention, là. On donne des intentions au projet de loi qui n'existent pas, alors que la réalité du projet de loi est de faire en sorte que... Un des premiers commandements du projet de loi est de faire en sorte que les décisions qui se prennent soient en fonction du bénéfice du patient, d'une part, et la première chose qui doit être faite dans toutes les régions est d'amener le service le plus près possible du citoyen. Alors, dans une région comme la vôtre, dont la problématique première est évidemment d'avoir des effectifs, toutes catégories confondues, on s'entend, là, et ensuite d'amener le service près du citoyen, moi, je peux vous dire que c'est la préoccupation première de notre gouvernement et c'est une des premières finalités du projet de loi.

Maintenant, quand arrive la question du bénéfice d'avoir une intégration des services, bien là je vous dirais que, chez vous comme ailleurs, à partir du moment où on a amené le service près du citoyen, l'intégration est une question qui devient aussi pertinente. Et, cette intégration-là, j'ai envie de prendre l'exemple que vous vivez actuellement. Vous n'êtes pas sans savoir que l'agence régionale chez vous, actuellement, qui aura essayé de faire et même, à certains égards, réussi, là... qui aura eu à intervenir dans le même esprit... Vous savez que récemment il y a eu des interventions à faire dans la gestion du centre hospitalier de Sept-Îles, vous savez qu'il y a eu un certain nombre de problèmes et que la direction régionale a eu à intervenir. Je ne veux pas rentrer dans le détail puis faire ni un procès d'intention ni un procès, procès, là, mais, quand on regarde ce qui s'est passé dans votre région, il n'en reste pas moins qu'à un moment donné il a fallu qu'une instance rassembleuse, on va dire... et, dans le cas présent, parce que vous avez un excellent directeur d'agence régionale, là, il a fallu que votre directeur d'agence fasse une intervention auprès de l'administration pour corriger le tir.

Le projet de loi, là, c'est dans ce sens-là que vous devez le voir, si vous me le permettez. C'est un projet de loi qui vise à faire en sorte que, oui... L'intégration que l'on vise dans la structure qui est celle de la loi n° 10, bien ça permet à une entité qui est au-dessus de sa propre mêlée, à un moment donné, d'intégrer soins et services sociaux — et, j'insiste, soins et services sociaux, parce que vous y avez fait référence tout à l'heure avec justesse — qu'à un moment donné tout ça, ça soit intégré. Et ça doit se coordonner, qu'on soit chez les Naskapis ou qu'on soit chez vous, à Sept-Îles, ou à Baie-Comeau, et là tout le reste entre les deux, là, jusqu'à Blanc-Sablon. Puis on ne parlera pas de Blanc-Sablon aujourd'hui, parce que ça, c'est un cas, évidemment, particulier, que vous connaissez bien et que je connais bien aussi, et ça dure depuis des années, mais il n'en reste pas moins qu'il y a, à un moment donné, un intérêt à ce qu'il... Elle est là, la plus-value, là. Chez vous, la problématique n'est pas une problématique de développer des services tertiaires ou quaternaires mais bien d'accès aux services et, pour nous, d'intégration des services dans un continuum et un contexte qui fait qu'il y a une plus-value, comme vous le vivez actuellement, d'avoir une gestion qui est un petit peu au-dessus de la mêlée, parce que c'est un peu ça qui s'est passé.

Alors, moi, je comprends très bien ce que vous me dites en termes de problématique d'intégration... non, je m'excuse, de problématique de distribution des services et de difficultés de personnel, mais je peux vous rassurer sur un point et j'insiste là-dessus, l'objectif n'est pas de centraliser d'aucune manière. Au contraire, l'objectif est de donner la responsabilité d'une orientation ministérielle à la région, et une des orientations ministérielles va être d'amener le service près du citoyen, peu importe où il est, particulièrement la première ligne. Puis, dans une région comme la vôtre, la première ligne, bien c'est quelque chose qui est le nerf de la guerre, dans une certaine mesure, parce que vous avez la première puis la deuxième ligne, et après il faut des corridors de services avec une autre région. Et, dans votre cas, évidemment, l'autre région, normalement, c'est Québec. Et ça, je dirais que de toute façon, actuellement, ça fonctionne assez bien, je pense, quoique ce n'est pas parfait, là, je vous l'accorde si vous avez des critiques à faire.

Maintenant, j'aimerais ça vous entendre en termes d'intégration, votre vision, parce que vous avez fait référence à plusieurs reprises à la main-d'oeuvre indépendante. Ça, vous m'intriguez, là, puis j'aimerais ça vous entendre là-dessus, ce que vous voyez là-dessus, parce que moi, je voyais beaucoup d'intérêt, personnellement, là, à bien développer la première ligne et particulièrement à utiliser les infirmières, mais vous, vous me parlez de main-d'oeuvre indépendante. Y a-tu quelque chose, là, que je ne saisis pas? J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

Mme Anctil (Micheline) : Pour la pénurie de main-d'oeuvre, je prendrais, par exemple, l'exemple des orthophonistes. On est une région qui a beaucoup de difficultés à recruter des orthophonistes, mais, pour desservir la population qui a besoin du service, il y a des contrats, à ce moment-là, qui sont donnés, des fois, interétablissements, hors région, mais il y a aussi les orthophonistes, par exemple, en privé qui viennent desservir les régions. Mais il y a un coût très important à ce... par conséquent, autant au niveau du contrat, donc, salarial que des frais de séjour et de déplacement.

Au niveau des infirmiers et des infirmières, c'est un problème criant. Le recrutement des médecins, qui tend quand même à s'améliorer avec les dernières années mais... Les médecins dépanneurs, il y a aussi un coût très, très important à ce niveau-là. On voit des infirmiers et des infirmières quitter l'établissement pour démarrer des agences de main-d'oeuvre indépendantes parce que, dans le fond, ils peuvent desservir selon l'horaire qui les intéresse, ne pas être disponibles trois mois par année, si c'est ce que... si c'est à leur souhait. Alors, on est un peu en otage, on est liés à ces contrats-là qui coûtent très, très cher et qui ne favorisent pas un sentiment d'appartenance et la même passion, le même dévouement à l'égard des services à la clientèle. C'est «fly-in/fly-out». Alors, en plus de coûter très, très cher, évidemment, on pense que les retombées ne sont pas toujours très constructives.

M. Barrette : Et, à cet égard-là, est-ce que vous avez des souhaits ou suggestions particulières?

Mme Anctil (Micheline) : Bien, je pense qu'il y a plusieurs mesures pour... on devrait avoir comme objectif de stabiliser le plus possible le recrutement, favoriser le recrutement pour des régions éloignées — puis évidemment que la rétention du personnel est aussi très, très importante — en donnant des conditions favorables et en faisant en sorte de développer une plus grande appartenance, une plus grande intégration dans l'organisation et dans la communauté. Alors, il faudrait y réfléchir précisément, sur plusieurs mesures à mettre en place, mais présentement on constate que... Cette façon de faire était quand même pour suppléer, là, à un manque criant de main-d'oeuvre, mais là il y a comme une façon de faire qui s'est installée et sur laquelle on ne pense pas qu'on est très gagnants.

M. Barrette : O.K., mais vous n'avez pas de suggestion spécifique. C'est plus un espoir que vous exprimez qu'un moyen spécifique que vous, comme élus, là, vous...

Mme Anctil (Micheline) : Bien, je pense qu'il faut prendre, premièrement, des moyens au niveau du recrutement, il faut favoriser que des professionnels viennent s'installer dans nos régions. Au niveau du recrutement, il faut peut-être accompagner nos enfants qui s'en vont aux études à l'extérieur par des conditions de formation et s'assurer d'un retour en région par des bourses, par des façons d'accompagner cette jeunesse; de pouvoir leur créer des conditions de travail durant l'été, par exemple, mais, par la force des choses, s'attacher aussi de futurs travailleurs.

Ça pourrait aussi s'appliquer dans d'autres domaines que, par exemple, la médecine, la pharmacie, etc. Dans les services sociaux et dans d'autres domaines, je pense que ça pourrait aussi s'appliquer.

M. Barrette : Côté services sociaux, est-ce que vous avez quelques commentaires à nous faire, dans la région? Au sens large du terme, évidemment, là.

Mme Anctil (Micheline) : Bien, dans ce que j'ai écourté un petit peu dans ma présentation, je parlais un peu des services sociaux. Pour nous, c'est extrêmement important de maintenir l'offre de services des services sociaux. Que ce soit, par exemple, au niveau de la protection de la jeunesse, on le sait, par exemple, au niveau des communautés autochtones, c'est bien documenté, les problématiques sont importantes à ce niveau-là en négligence, en consommation, donc... Et tout retrait de services, je dirais, au bon moment d'intervention auprès de la jeunesse, de façon précoce, aura des coûts et risque d'avoir des coûts dramatiques, pas juste des coûts financiers mais des coûts dramatiques pour ces jeunes-là qui ont besoin de services au bon moment. Donc, encore une fois, une desserte à proximité pour ces jeunes qui sont identifiés problèmes ou négligence. Mais c'est aussi toutes des conditions dans les communautés qui font en sorte aussi que les jeunes, par les organismes communautaires, par les municipalités, par les services de loisirs, puissent aussi vivre dans leur communauté, vivre des expériences intéressantes.

Dans les écoles, la même chose. C'est quoi, le problème des jeunes qui décrochent en secondaire II, secondaire III? Bien, peut-être qu'il faut aller voir quelle a été l'intégration à la maternelle puis voir comment les communautés

peuvent aussi porter la jeunesse à l'intérieur de leur développement. Puis, bon, il y a ceux qui vivront des problématiques qu'il faut accompagner le plus rapidement possible.

Alors, pour moi, ces services-là, c'est des services de proximité, bien ancrés dans les milieux avec les organismes communautaires et les autres réseaux, qui ont une contribution aussi très importante à faire. Je pense qu'il ne faut certainement pas se retirer des services sociaux et du développement social dans nos communautés.

• (15 h 30) •

M. Barrette : Moi, je suis bien content que vous abordiez ça, la jeunesse, Mme Anctil, parce que, quand j'ai fait la tournée des régions, la semaine dernière, dont la vôtre, évidemment, j'ai abordé cet élément-là puis j'ai pris moi-même l'exemple des centres jeunesse. Les gens qui commentent actuellement le projet de loi et qui ne s'informent pas beaucoup, bien ils ont l'impression qu'on va aller couper les services sociaux, alors que c'est exactement le contraire. Puis je prends souvent l'exemple des centres jeunesse. Les centres jeunesse, on sait que, comme vous le dites avec justesse, les jeunes où ils sont pris là-dedans, ils ont d'abord... bien peut-être pas d'abord, mais ils ont aussi des problèmes, évidemment, d'ordre juridique, mais en même temps, souvent, ils ont un problème de santé physique, ou de santé mentale, ou de toxicomanie, évidemment. Et, ces gens-là, lorsqu'arrive le moment pour ces problèmes-là de frapper du côté santé de notre système, bien, souvent l'arrimage est difficile, là, et un des objectifs du projet de loi ou en fait le fondement du projet de loi est de faire l'intégration des soins et services sociaux et de faire en sorte que tout le monde soit traité sur le même pied.

Tantôt vous disiez qu'il fallait qu'il y ait une équité entre les citoyens et les lieux où les citoyens vivent, et vous avez parfaitement raison, mais c'est aussi vrai dans leur condition clinique. Et en jeunesse, souvent, et on nous l'a rapporté à plusieurs reprises, on voit des jeunes dans des situations difficiles comme celle que vous décrivez, et au moment où ils doivent avoir accès aux services de santé, peu importe le type de service de santé, bien, souvent l'arrimage se fait mal, et la porte est difficile à ouvrir. Et l'objectif du projet de loi est de faire en sorte que cette intégration-là se fasse et que les blocages qu'il y a toujours entre les activités qui sont à plus petit budget mais avec une aussi grande importance... elle se fasse, parce que souvent, dans notre réseau, celui qui va se faire opérer pour une hernie discale par un neurochirurgien va se faire traiter dans le système avec plus d'attention que le jeune dans un centre jeunesse qui a besoin d'un appui pour un problème de santé physique qui peut être parfois mineur mais significatif pour lui dans cette situation-là.

Alors, je veux vous rassurer sur un point. L'objectif du projet de loi n'est pas du tout, en aucune circonstance, de minimiser, au contraire, ou de négliger tous les services sociaux et soins de santé physique ou mentale qui sont à petit budget mais à grande importance, mais à petit budget, puis qu'ils vont se sentir délaissés par le système, c'est le contraire. Et ça, ça s'applique particulièrement chez vous, où en plus, évidemment, de la distance, vous avez aussi les poids relatifs des activités, puis ce n'est pas toujours évident à ramener ensemble.

Moi, je vous inviterais, là... Je vous invite sincèrement à avoir une bonne discussion avec le président de l'agence et les directeurs des institutions que j'ai rencontrés. Je vous avouerai que j'ai reçu, évidemment, les mêmes commentaires que vous faites, mais la fin de la conversation, qui a duré plus de deux heures, là, a été très, très positive, et les gens voient la plus-value de ça, là. Puis je vous invite à avoir une conversation avec ces gens-là parce que, quand on voit ce que l'on veut faire en termes d'intégration et de traitement de chacun des gens ou chacune des organisations dans votre réseau ou dans votre territoire, il y a une plus-value.

Maintenant, pouvez-vous me parler un peu de la problématique chez vous des soins de longue durée?

Mme Anctil (Micheline) : Oui. Les statistiques nous parlent présentement, d'ailleurs, d'un vieillissement accéléré de notre population. La Côte-Nord était une population relativement jeune. Maintenant, on sait donc qu'au cours des prochaines années, l'accélération, là, du vieillissement, on a deux MRC qui seront particulièrement touchées, la MRC de La Haute-Côte-Nord et la MRC de Manicouagan.

Alors, c'est sûr que les soins de longue durée sont devenus, au cours des dernières années, et, je pense, de façon favorable, des milieux davantage de fin de vie. L'objectif, dans le fond, et je pense que c'est ce que les aînés aussi souhaitent ardemment, c'est de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté, avec des ressources, par contre, hein, ils ne doivent pas être laissés dans leurs maisons et laissés pour compte. Et, pour nous, ce que ça signifie, c'est qu'au fil du vieillissement, qui malheureusement va apporter une certaine perte de mobilité au départ et d'autres problématiques, ça doit absolument être accompagné de services et du bon service au bon moment. Donc, il faut qu'on déploie dans notre région... — et, encore là, l'éloignement, les petits milieux, tout ça revient dans nos défis quotidiens — créer dans nos communautés, pour les personnes âgées qui seront fragilisées par la maladie, un ensemble de services graduellement, donc, pour les maintenir dans le milieu avec des ressources en habitation; bien sûr, la santé et les services sociaux, des ressources au niveau du transport aussi pour avoir accès aux services, mais aussi les services de loisirs, des services au niveau de la culture, donc créer des milieux de vie dynamiques et de compter sur le fait que la majorité des aînés sont aussi des aînés qui sont en bonne santé et qui veulent contribuer au développement de leur collectivité.

Donc, je pense aussi qu'on peut utiliser ce potentiel au niveau des aînés. Et des fois je m'amuse à dire : Nous sommes assez vieux, pour ne pas dire assez grands pour parler en notre propre nom, au niveau des aînés, alors faire participer, autrement dit, les aînés à la définition des services qu'ils ont besoin et les amener à contribuer pour que finalement, pour répréciser ma réponse, les soins de longue durée soient des soins, je dirais... une période la plus courte possible de la vie, en autant qu'on peut demeurer dans d'autres ressources en sécurité, avec des services de qualité qui les accompagnent. Je pense que c'est la volonté des aînés et c'est sur ça qu'on doit travailler, mais pas à n'importe quelle condition, dans des conditions de services, donc, à proximité, des communautés qui s'entraident. Donc, en termes de développement social, je pense que l'application se fait là aussi — dans les soins de longue durée, si c'est une clientèle de fin de vie, c'est aussi une clientèle très fragilisée par la maladie, qui a donc besoin d'une gamme de services — et faire que ce ne soient pas des milieux de vie de stationnement mais qu'il y ait encore un milieu où il y a de la vie.

La Présidente (Mme Hivon) : Il vous reste environ 2 min 30 s.

M. Barrette : Merci. Bien, je vous remercie beaucoup, madame, de ces commentaires-là. Moi, je vais quand même terminer là-dessus. Tout simplement, je peux vous dire que le projet de loi, contrairement à ce que bien des gens laissent entendre, c'est un projet de loi... Bien sûr, on s'entend, là, puis on ne s'en cache pas, il y a un certain nombre d'économies à faire, mais je ne me cacherai pas non plus en vous disant que ce n'est pas chez vous qu'on va faire des milliards, là, en termes d'économies, là, compte tenu de toutes les contingences que vous avez. Alors, c'est bien évident que, dans cette optique-là, il y a des endroits où il y a des économies à être faites qui sont plus grandes que d'autres, puis il y a des endroits où elles sont plus petites que d'autres, puis il y a des endroits où on n'en fera pas bien, bien. Et, compte tenu de vos contingences physiques et géographiques, bien évidemment que, chez vous, l'objectif, ce n'est pas ça. L'objectif chez vous est de faire comme ailleurs, est de faire en sorte qu'on puisse bénéficier de l'intégration des soins maximale de façon à ce que, pour le patient, pour le citoyen, on ait accès partout et qu'on chemine correctement partout sur le territoire.

Et la philosophie qui est derrière le projet de loi est une philosophie qui vise à faire en sorte que le ministre ne fasse qu'une chose, le ministre donne des orientations, et les gens localement, régionalement, qui sont les mieux placés pour faire cette coordination-là, la fasse, et la coordination soit faite selon des paramètres qui sont les orientations du gouvernement, et les paramètres premiers sont les soins accessibles de proximité, là où le patient se trouve, et le cheminement, par la suite, adéquat, dans votre cas à vous, vers vos hôpitaux de soins secondaires que sont Baie-Comeau, évidemment, et Sept-Îles, et après de mettre en place les corridors de services avec Québec. Alors, la finalité, là, est vraiment une finalité d'intégration au bénéfice du patient, et on pense qu'au bout de la ligne tout le monde va y gagner, tant sur le plan économique que de la dispensation des soins et services. Et rappelez-le... retenez-le, s'il vous plaît, madame : Nous ne toucherons pas aux services sociaux dans votre région.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci, M. le ministre. Alors, on va passer à une période d'échange avec l'opposition officielle pour une période de 13 minutes. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci, Mme la Présidente. Alors, bienvenue et merci d'être parmi nous, Mme Anctil. Vous avez très bien défendu, très bien présenté le contexte. Bienvenue, M. Dahl, et bienvenue, M. Charette.

Écoutez, dans la réforme qui nous est proposée, je constate que la région de la Côte-Nord a actuellement sept CSSS. Pouvez-vous nous expliquer quelques illustrations de qu'est-ce que ça pourrait donner si on n'en avait qu'un seul, CSSS, en fait si tous ces CSSS étaient regroupés dans les fonctions d'un CISSS, là, d'un centre intégré?

Mme Anctil (Micheline) : Bien, on a parlé des distances, on a parlé tantôt, hein, de l'étendue du territoire. Alors, une entité administrative, présentement on parle donc de l'agence de la santé et des services sociaux qui est localisée à Baie-Comeau. Alors, vous comprenez ce que ça signifie, donc, comme distance ou, je dirais, comme éloignement de ce centre décisionnel.

• (15 h 40) •

Mme Lamarre : Mais, par exemple, une personne qui aurait une difficulté d'accès à un service ou à un soin soit de santé ou de services sociaux devrait donc trouver une façon d'acheminer sa demande jusqu'à Baie-Comeau, là, qui est le lieu du CISSS, qu'il serait localisé, qui serait choisi. Donc, ça rend l'accès beaucoup plus difficile.

Mme Anctil (Micheline) : C'est extrêmement éloigné. Et ce qu'on mettrait en évidence un peu dans nos propos tantôt, c'est que les gens ne se retrouveront pas dans cette nouvelle entité là. Si je réside à Blanc-Sablon ou à Kawawachikamach, comment la structure du côté de Manicouagan, à 500, 600 kilomètres... Comment je peux intervenir? Comment je peux faire valoir mes besoins, mes réalités dans un si grand éloignement? Pour nous, c'est mission impossible. Et je pense que les gens resteraient tout simplement dans chacune de leurs... dans leurs communautés avec leurs problèmes, je ne crois pas qu'on ferait un avancement au niveau de la qualité des services, de la qualité de la desserte. Quand on parle de services de proximité, le bon service, aussi, donné au bon moment. C'est l'accès, tout simplement, qui est en danger, selon nous, par un tel regroupement administratif.

Mme Lamarre : Est-ce que je me trompe ou, dans vos régions, les établissements n'ont peut-être pas non plus... ils ont peut-être plus de polyvalence parce que justement ils sont plus uniques pour desservir un grand territoire? Donc, il n'y a pas la même exclusivité de mission qu'on va avoir, par exemple, dans un CLSC à Montréal qui est à côté d'un hôpital universitaire, on n'a pas cette même dynamique là. Pouvez-vous nous en parler un petit peu? Quel genre de services un CLSC peut offrir, par exemple, dans...

Mme Anctil (Micheline) : Tous les services de première ligne. Alors, j'ai été directrice générale d'un centre de santé pendant toute ma première carrière, plus de 36 ans. Alors, c'est les trois missions sur le même toit, CHSLD, urgence médicale avec tous les services complémentaires, bien sûr, et la mission CLSC, tout ça sur le même toit avec des organismes communautaires, avec de l'inter-réseaux, avec les écoles, etc. C'est un défi monumental déjà dans nos établissements.

Une pratique de généraliste, une pratique qui est extrêmement importante parce que c'est la première intervention, c'est la première demande, par exemple, que ce soit un problème de santé physique ou un problème de santé mentale, cette première ligne, elle peut faire toute la différence dans la suite des services à la personne, alors on déploie la gamme complète de services, allant de la promotion jusqu'à la fin de vie et au curatif. Alors, il faut être extrêmement polyvalent, un peu spécialiste en tout. Mais on doit donc aussi avoir une garantie d'avoir un accès aussi à des services spécialisés.

Cette première ligne là, il faut la garantir, la maintenir, la développer, je n'ai pas d'autre mot pour la mentionner, mais ce n'est pas aussi le département des miracles, hein, il faut aussi avoir accès à des corridors de services. M. le ministre parlait tantôt des corridors de services avec les centres hospitaliers mais aussi avec les autres régions. Que ce soit en santé ou en services sociaux, il faut qu'il y ait une fluidité de circulation, les corridors de services, qu'ils soient garantis, que ce soit pour la pédopsychiatrie ou la gynéco ou... Alors, il faut que tout ça prenne pied, s'articule, toujours centré sur la circulation du patient peu importe s'il vient de Fermont ou de Chevery.

Mme Lamarre : Mme la Présidente, avec le consentement de mes collègues, si c'est permis, la députée de Duplessis aimerait poser quelques questions aussi.

Peut-être que je conclurais ma portion en disant : Ce que je comprends, c'est que vous avez déjà fait énormément d'efforts d'intégration et que vous êtes déjà intégrés dans vos territoires. Il y a peut-être quelques corridors à accélérer, mais la concentration et l'éloignement de, déjà, toutes ces régions éloignées ne semblent pas bien servir la population et reconnaître aussi les caractéristiques et la diversité des besoins sur un aussi grand territoire.

Mme Anctil (Micheline) : Tout à fait. Ce n'est pas, donc, non plus la première fois qu'il y a des modifications ou des changements dans le réseau de la santé et des services sociaux, et à chaque fois, à chaque décennie, les gestionnaires sur chacun des territoires, on a travaillé très fort. On a travaillé ensemble aussi à assurer une desserte à notre population, à bien comprendre les besoins, les particularités puis à parfois dépasser un peu les limites pour être capables de dessiner un service qui soit au bénéfice de notre population. Et, oui, on a travaillé, on a mis en place, je pense, aussi des façons de faire, des modèles de pratique, je pense, qui sont novateurs, mais on a toujours eu le souci des services à proximité, des services sécuritaires, des services de qualité, des services qui sont en mouvance, qui s'adaptent aux réalités des populations. Mais je pense qu'on peut dire que la couverture de services qu'on a présentement sur la Côte-Nord est digne de mention.

Mme Lamarre : Vous avez plus besoin, probablement, d'avoir des professionnels de la santé qui viennent se joindre dans les équipes que d'avoir une réforme qui remet en question des choses que vous avez réussi à bien aménager. Je vous remercie beaucoup. Je passe la parole à ma collègue.

La Présidente (Mme Hivon) : Juste... Est-ce qu'on a le consentement pour laisser la parole à Mme la députée de Duplessis? Vous avez le consentement, Mme la députée. À vous la parole.

Mme Richard (Duplessis) : Merci, Mme la Présidente. Merci au ministre et aux collègues aussi d'avoir donné leur consentement. Mme Anctil, M. Dahl, M. Charette, bienvenue à l'Assemblée nationale. Merci pour votre mémoire. Mme Anctil, je vous reconnais là toute votre expérience passée dans le réseau de la santé.

Le ministre, tantôt, vous a posé quelques questions au niveau des places en CHSLD. Il fait souvent référence aux pôles que sont Baie-Comeau et Sept-Îles, mais, Mme Anctil, vous connaissez très bien notre région, vous savez qu'il n'y a pas de CHSLD à Fermont. Vous connaissez toute la problématique aussi en Basse-Côte-Nord, en Minganie. J'aimerais vous entendre un petit peu plus là-dessus, peut-être rappeler au ministre qu'il n'y a pas de centre d'hébergement pour nos aînés privé dans ces régions-là.

Et j'aimerais aussi vous entendre un peu plus, parce que vous avez parlé d'éloignement, le centre de décision, pour nous, comment c'est important. Et vous savez qu'on a quand même de bonnes relations avec les gens de Baie-Comeau, avec l'agence de santé, avec tous les gens du réseau de la santé, mais c'est un immense territoire, et centraliser tout ce centre intégré de santé et de services sociaux à Baie-Comeau... On a évacué aussi toute la notion des dispensaires, hein, à Blanc-Sablon, mais il y en a aussi en Minganie. Donc, j'aimerais vous entendre un petit peu plus parler de cette portion-là du territoire que je pense qu'on ne retrouve nulle part ailleurs au Québec.

Mme Anctil (Micheline) : Oui. Donc, je vais revenir un peu peut-être en précisant mes propos en ce qui concerne les aînés, les CHSLD. Pour moi, l'importance, c'est qu'à une grandeur territoriale les aînés puissent retrouver une gamme de services bien appropriée à l'évolution, finalement, du vieillissement. On le sait, les aînés vivent dans leurs grandes maisons. Quand c'est devenu trop grand, il y a d'autres types d'appartement qui sont nécessaires, des HLM, etc. Puis, là encore, ça ne veut pas dire que c'est présent, je dis : Il faudrait qu'il y ait ça, donc, des habitations communautaires, de l'habitation sociale. Par la suite, il faut de l'habitation avec un début de services et graduellement, bien sûr, des CHSLD, des places en CHSLD toujours avec une dimension territoriale, parce qu'en vieillissant les gens ne veulent pas juste avoir des services donnés par des professionnels, ils veulent aussi être dans leurs communautés avec les gens qu'ils ont connus, tout près de leurs familles, dans l'intergénérationnel aussi. Alors, on a des communautés actuellement en Basse-Côte-Nord où les gens sont à Harrington Harbour, puis que leurs familles sont à l'autre bout du territoire, puis qu'ils vont faire une visite par année. C'est dramatique, ça, c'est inacceptable, O.K.? C'est pour ça tantôt que je disais : Des CHSLD où il y a encore de la vie, et non pas juste de fin de vie. Pour moi, c'est toute la différence.

Alors, le défi, c'est un défi de gamme de services. Et on a des trous, on a des trous, et c'est à ça, je pense, qu'il faut veiller, donc, à développer des modèles, innover, mais il faut s'assurer d'avoir la gamme de services pour les gens qui sont fragilisés par la maladie puis compter sur les aînés, qui ont une contribution sociale à apporter puis qui ne demandent pas mieux que de rester actifs dans leurs communautés.

La Présidente (Mme Hivon) : Il vous reste un peu moins de trois minutes.
• (15 h 50) •

Mme Richard (Duplessis) : Merci. Mme Anctil, vous savez, bon, le ministre, avec son projet de loi, veut créer une mégastucture régionale. Moi, j'ai toujours été de celles, puis je pense que vous aussi... On est pour une décentralisation et non pour une centralisation avec un immense territoire, vous l'avez dit.

On va aller aussi avec un financement par activité. Moi, j'aimerais vous entendre là-dessus. Je vais vous donner l'exemple. On sait que les conditions budgétaires sont ce qu'elles sont. Le ministre veut bien nous rassurer en nous disant que les services vont être maintenus, puis il ne faut pas faire peur à notre monde, mais quand même notre réalité... Je vais donner l'exemple de Fermont, où l'urgence est ouverte 24 sur 24 avec un médecin, avec une infirmière. Fermont, c'est Fermont, hein, il y a beaucoup de «fly-in/fly-out». Souvent, ils viennent consommer des services; d'autres fois, non. Si on devait se retrouver avec des statistiques, à une fin d'année, où on a fréquenté l'urgence deux fois seulement la nuit pendant un mois, une semaine, moi, je pense que le ministre se réserve le droit d'aller diminuer le financement. Et là ce ne sera pas Fermont qui va être capable, comme on dit, de défendre son point de vue, puisqu'on n'aura plus de gens ni au conseil d'administration qui vont pouvoir siéger sur ces CSSS, c'est le ministre qui les nomme. Donc, il n'y a plus de critique à y avoir, et ça, ça me fait peur aussi.

Puis je prends l'exemple aussi de la Minganie, et tout ça, là. On oublie souvent que, dans les régions comme la nôtre, les personnes se déplacent très souvent. Pour aller simplement à une petite chirurgie d'une cataracte d'un jour, là, ça coûte très cher aux personnes âgées, souvent c'est eux qui se font opérer, là, pour les cataractes... ou des traitements de chimiothérapie, de radiothérapie. Donc, c'est ça, les services de proximité aussi au citoyen. C'est le citoyen qui sort l'argent de ses poches pour pouvoir obtenir les services. Je suis sûre que, Mme Anctil, ça aussi, ça doit faire partie de vos préoccupations.

Mme Anctil (Micheline) : Et ça fait partie des particularités d'une région comme la nôtre avec son étendue. Il doit y avoir dans chacun de nos territoires un seuil de services, c'est-à-dire qu'il n'y a pas juste la performance calculée, je dirais, là, en chiffres d'utilisation des services, c'est qu'il y a aussi un seuil de services qu'il est nécessaire de maintenir dans une communauté. Et c'est dans ce sens-là que, même si l'urgence n'a pas l'utilisation... le nombre de patients, tout ça, c'est nécessaire de maintenir le service. C'est ça que j'appelle le seuil de services.

Et on doit aussi admettre la spécificité que les services ont un coût, parce qu'à Montréal, une infirmière qui fait des visites à domicile, peut-être qu'avec un ticket de métro elle va en voir 25 dans son avant-midi; chez nous, c'est peut-être 100 kilomètres sur lesquels elle va en voir cinq en s'en allant. Et c'est nécessaire, ce seuil de services là, pour atteindre les objectifs de services de proximité, services de qualité et services sécuritaires.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci beaucoup. Alors, on va maintenant passer à la période d'échange avec le deuxième groupe d'opposition. M. le député de La Peltre, la parole est à vous pour une période de 8 min 50 s.

M. Caire : Merci, Mme la Présidente. Bonjour à vous trois. Mme Anctil, dans votre présentation, vous avez dit : Je ne vois pas en quoi une grande structure avec un seul conseil d'administration pourrait régler nos problèmes, puis vous avez, je pense, tracé de façon assez claire les problèmes en question, bon, attirer, évidemment, les ressources dans votre région, la prestation de services, l'intégration, la rétention. Donc, ça, je le comprends assez bien. Mais vous avez l'air à faire une espèce d'adéquation entre la multiplication des conseils d'administration et la prestation de services, puis c'est là où j'ai peut-être un petit peu plus de difficultés à vous suivre. Donc, en quoi le réseau actuel sert mieux les Nord-Côtiers que d'avoir une structure peut-être plus grande, plus intégrée? C'est là que j'essaie de comprendre le raisonnement.

Mme Anctil (Micheline) : C'est-à-dire que, de la façon qu'on le vit actuellement, moi, je pense qu'on a besoin d'une structure régionale, qui est présentement l'agence de la santé et des services sociaux, qui a une mission bien particulière de coordonner l'ensemble des services, de coordonner, bien sûr, des budgets, s'assurer de l'équité aussi des services entre les territoires. Mais je pense que le véritable dessin de services, il doit être plus à proximité. À la grandeur des MRC, il peut peut-être y avoir des regroupements aussi, mais je ne pense pas que c'est une structure... À l'étendue de notre territoire, à nos particularités, aux communautés anglophones ou aux communautés autochtones aussi, je ne pense pas que c'est une structure régionale qui va être en mesure, avec ce qu'on voit comme conseil d'administration, de vraiment prendre en considération et de dessiner vraiment les services pour chacun des territoires, les objectifs que nous avons de services de proximité et avec toutes ces particularités qui doivent prendre pied dans les milieux. Il y a le sentiment d'appartenance aussi des communautés qui aide à la prestation de services ou au maintien du dynamisme des communautés. Je pense que c'est beaucoup plus à proximité que ça peut se faire que d'une grande structure régionale, dans une région comme la nôtre, en tout cas.

M. Caire : Bien, je vais faire un peu de pouce sur ce que vous venez de dire. Parce que, bon, vous dites : Les agences jouent un rôle de coordination. Écoutez, je fais référence à au moins deux rapports du Vérificateur général où le rôle des agences a été sévèrement critiqué pour leur inefficacité. Même chose pour les différents conseils d'administration, où le vérificateur... des CSSS notamment et des agences mais des CSSS aussi, où on disait : Bien, écoutez, l'efficacité est très, très relative. Donc, encore là, je comprends ce que vous me dites, puis ça, beaucoup d'intervenants nous l'ont dit, hein, soit dit en passant, d'avoir une capacité locale à décider dans la prestation de services, je le comprends, mais je pense qu'on reconnaît tous la nécessité d'avoir une instance régionale qui est capable de faire une coordination, un arbitrage, bon, gérer les ressources, les systèmes informatiques, les groupes d'achats — on en a parlé à plusieurs reprises — de façon plus efficace.

Vous ne pensez pas au contraire que d'avoir une structure qui va avoir un rôle clair, bien déterminé, avec des responsabilités claires, ce qui n'était pas le cas des agences, ça va au contraire amener des gains d'efficacité, et qu'on

devrait peut-être plutôt travailler, à l'intérieur de ça, à définir des autorités locales sur la prestation de services? Parce que demain matin, là, les établissements physiques ne vont pas disparaître, là. Donc, vous ne pensez pas qu'à l'intérieur du cadre du projet de loi qui nous est proposé il n'y a pas moyen de bonifier peut-être cette faiblesse-là qui semble être identifiée par beaucoup d'intervenants?

Mme Anctil (Micheline) : En tout cas, ce qu'on perçoit maintenant, c'est qu'il y a une très grande faiblesse au niveau de la représentativité, des particularités territoriales, dans cette grande structure centralisée. On ne s'y reconnaît pas et on est inquiets de ça. Si vous voulez ajouter...

M. Caire : Je reviens...

M. Charette (Yannick) : ...je veux juste ajouter quelque chose. C'est difficile de comprendre... Par exemple, pour les grands centres d'une région aussi grande, il y a aussi une compréhension à y avoir des petits milieux de ces grands centres là. Le pouvoir décisionnel qui, par exemple, serait à Baie-Comeau, les gens qui y vivent, à Baie-Comeau, il y a des subtilités dans notre région, à même notre région qui sont difficiles à comprendre si on n'y est pas, sur ce territoire-là. Je veux dire, les gens, par exemple, de Baie-Comeau ont énormément de difficultés de comprendre une réalité qui est à Blanc-Sablon. Il n'y a pas de route, il n'y a pas de système d'eau, il n'y a pas... C'est difficile, si on n'est pas là, de comprendre la complexité de ce que ça implique, ce milieu-là.

M. Caire : Ce que je veux dire, c'est... Puis je vous rejoins là-dessus, là, je comprends qu'il peut y avoir des réalités très locales qui méritent d'être adressées. Ceci étant dit, est-ce que ça veut dire qu'il faut maintenir en place des structures qui ont prouvé leur inefficacité? Puis même le Vérificateur général remet en question l'efficacité des différents conseils d'administration. Mais est-ce qu'à l'intérieur de ce qui est proposé il n'y a pas une façon d'adresser ce problème-là, dont je ne nie pas l'existence, bien entendu? Puis c'est un peu plus dans ce sens-là qu'était mon intervention. Comment peut-on rendre tout ça plus efficace?

Mme Anctil (Micheline) : Quand on... Un patient m'avait déjà dit, à titre de directrice générale : Si vous voulez connaître la qualité des services, Mme la directrice, venez tenir le pied de mon lit de temps en temps. Ça m'avait vraiment frappée. C'est que je pense aussi qu'il faut que les gestionnaires, que les gens qui orientent les services... Il faut aussi qu'ils soient à proximité des territoires, il faut qu'ils soient auprès de leurs équipes. Il y a un vécu qui ne peut pas se faire avec la distance qu'on aurait, on a besoin... On parle de rétention du personnel, on parle d'innovation au niveau des modèles de pratique, du travail en équipe; il faut quand même qu'il y ait des gestionnaires à proximité pour qu'on arrive à mettre en place ces éléments-là. Puis effectivement, la qualité des services, je pense aussi que ça demande à ce qu'un directeur général aussi fasse, à un moment donné, le tour des patients sur les départements, les écoute, les entende. Ça fait une bonne évaluation de services, habituellement, ces tournées-là.

• (16 heures) •

M. Caire : J'entends ça parfaitement, mais je repose un peu ma question, parce que vous reconnaissez d'emblée qu'il y a des réalités régionales qui doivent être adressées, qui doivent être de la responsabilité de quelqu'un qui est en autorité, et ce que vous dites, par contre, c'est qu'au niveau de la prestation de services, donc des considérations plus locales, il faut des gens en autorité. Est-ce que ça nécessite une grosse structure avec un conseil d'administration, puis des bureaucrates — vous comprenez ce que je veux dire — ou ça nécessite d'avoir quelqu'un qui a une autorité, et qui est capable d'agir rapidement, mais qui n'est pas nécessairement tribulaire d'un conseil d'administration dont l'efficacité, en tout cas, a été remise en question par le Vérificateur général lui-même, là?

La Présidente (Mme Hivon) : Il nous reste, pour indiquer, une minute.

Mme Anctil (Micheline) : Je dirais deux choses par rapport à ça. Si le projet de loi parle, donc, d'un conseil unifié, un conseil d'administration unifié, il doit y avoir au sein de ce conseil-là davantage que ce qui est là sur la table présentement, c'est-à-dire des représentations, des représentativités territoriales. Pour nous, c'est incontournable. Et il doit y avoir sur les territoires, effectivement, peut-être des structures qui méritent qu'on s'y attarde pour les alléger, pour faire en sorte... En tout cas, les choses peuvent toujours être améliorées. C'est à ce rendez-vous, là, moi, que je suis, et on offre notre contribution dans ce sens-là. Ça peut être revu, mais ça ne peut pas être annulé. Il doit y avoir des structures de gestion des services territoriaux.

La Présidente (Mme Hivon) : Donc, 10 secondes de la fin. Ça va aller?

M. Caire : Ça va, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Hivon) : Alors, Mme Anctil, M. Charette et M. Dahl, je vous remercie de votre présentation. Et, sur ce, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 17 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 16 h 1)

(Reprise à 17 h 24)

La Présidente (Mme Hivon) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission va reprendre ses travaux. Je demanderais à toutes les personnes, donc, dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Donc, nous allons poursuivre les consultations particulières sur le projet de loi n° 10. Je souhaite la bienvenue à nos invités de l'Université McGill. Pour les fins d'enregistrement, je vous demande de bien vouloir vous présenter et présenter les personnes qui vous accompagnent. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes — je vais vous avertir à une minute de la fin pour votre exposé — et par la suite on va procéder à une période d'échange avec les membres de la commission. Donc, la parole est à vous.

Université McGill

M. Eidelman (David) : Merci beaucoup, Mme la Présidente. M. le ministre, membres de la commission. Permettez-moi de me présenter. Mon nom est David Eidelman, je suis vice-principal Affaires de santé et doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Et je suis heureux d'être devant une ancienne de McGill, si j'ai bien compris. Je suis accompagné, à ma droite, par Olivier Marcil, vice-principal aux communications... relations externes, et, à ma gauche, Mme Pascale Mongrain, directrice générale de la faculté de médecine. Permettez-moi de mentionner que le président du Conseil des gouverneurs de l'Université McGill, M. Stuart Cobbett, de même que la principale et vice-chancelière de l'université, Mme Suzanne Fortier, s'excusent de ne pas avoir pu se libérer, compte tenu du très court préavis dont dispose la commission pour nous convoquer devant ses membres.

Nous souhaiterions tout d'abord remercier la Commission de la santé et des services sociaux de l'occasion qui est offerte à l'Université McGill d'exprimer son point de vue au sujet du projet de loi n° 10, lequel concerne la mission même de notre institution, soit l'enseignement et la recherche dans les disciplines du vaste secteur de la santé et des services sociaux.

J'aimerais dire que l'Université McGill reconnaît la nécessité d'une réforme du système de santé, notamment afin d'améliorer les services aux patients et de les placer au centre des préoccupations des acteurs de ce système. À ce titre et de manière générale, McGill est favorable aux dispositions du projet de loi qui proposent d'assurer une véritable intégration des services, permettant ainsi un parcours des soins plus simple et plus fluide pour les patients. Nous sommes également favorables à l'allègement des structures et de la paperasserie au profit d'une gestion des ressources plus efficace et plus adaptée à la situation actuelle.

Alors, on aimerait aborder trois sujets. Le premier, c'est la mission d'enseignement et de recherche.

Nous estimons cependant qu'il est essentiel de préserver et de promouvoir la mission d'enseignement et de recherche dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux afin qu'ils demeurent rattachés aux établissements à vocation universitaire et, à terme, aux nouvelles entités auxquelles ils auront été intégrés. Il est crucial que la réforme en cours ne vienne pas compromettre les réalisations conjointes issues de la création de réseaux universitaires intégrés en santé, les RUIS, et des établissements qui ont des liens de longue date avec les universités.

En conséquence, l'Université McGill souhaite formuler les recommandations suivantes. Recommandation 1.1 : Nous recommandons le maintien de la désignation universitaire des divers centres de santé, centres hospitaliers universitaires, centres affiliés universitaires, instituts universitaires où sont réalisées nos activités d'enseignement et de recherche.

Deuxième recommandation, 1.2 : Nous recommandons que le projet de loi intègre le soutien de la mission d'enseignement et de recherche universitaire des établissements, y compris les centres universitaires à vocation sociale, en assurant, un, la reconnaissance et le maintien de leur mission d'enseignement et de recherche et leur financement pour cette mission; deux, la reconnaissance de leurs liens particuliers avec les établissements universitaires via les contrats d'affiliation en vue de leur pérennité; et, trois, le maintien de leur reconnaissance existante à titre de centres de recherche par les organismes subventionnaires, au-delà de leur intégration opérationnelle.

Recommandation 1.3 : Nous recommandons qu'un comité soit intégré à la structure de gouvernance des CHU et des centres intégrés de santé et de services sociaux ayant une vocation d'enseignement et de recherche afin d'assurer le développement de cette mission. Si ce rôle est confié au comité consultatif actuellement prévu au projet de loi, il doit l'être explicitement, et sa composition doit être adaptée en conséquence.

Le deuxième sujet qu'on aimerait aborder, c'est la gouvernance des nouvelles instances. Nous sommes très préoccupés par ce qui apparaît être une diminution de la participation des universités à la gouvernance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. La participation des universités à la gouvernance de ces établissements est fondamentale. Elle contribue à la formation de nos futurs professionnels de la santé et des services sociaux — les médecins, les résidents, les infirmières, les physiothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, etc. — et permet de renforcer les partenariats en enseignement et en recherche et de s'assurer que les soins qui y sont prodigués soient pour toujours enrichis par les progrès de la science.

• (17 h 30) •

Nous sommes convaincus que la mission d'enseignement et de recherche comme partie intégrante du modèle d'organisation du réseau de la santé et des services sociaux doit être explicitement reconnue, et ce, sur deux plans principaux : celui des liens formels entre les universités et le réseau de la santé, visant à assurer une formation de pointe des étudiants en sciences de la santé et l'excellence de la recherche, tant fondamentale que clinique, d'une part, et celui de la gouvernance des nouvelles instances que le législateur souhaite introduire avec le projet de loi n° 10, d'autre part.

En conséquence, l'Université McGill souhaite formuler les recommandations suivantes.

Recommandation 2.1 : Nous recommandons que trois sièges soient réservés à des représentants universitaires au conseil d'administration des établissements suprarégionaux et que ces dispositions soient également prévues dans le cas où le CISSS comporte un centre affilié universitaire ou institut universitaire.

Recommandation 2.2 : Nous recommandons que le mode de désignation des représentants universitaires au conseil d'administration des établissements régionaux ou suprarégionaux soit modifié de façon à ce que les universités puissent elles-mêmes désigner leurs représentants, sous réserve de l'approbation du ministre.

Recommandation 2.3 : Nous recommandons de réaffirmer, dans le cadre du projet de loi, le rôle des conseils d'administration dans l'évaluation et la nomination des présidents-directeurs généraux. Nous recommandons aussi que le projet de loi prévoit que les universités soient formellement consultées lors du choix du président-directeur général et du président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux lorsqu'ils incluent au moins une installation avec désignation universitaire. En ce qui concerne les CHU, ils devraient être invités à faire partie d'un éventuel comité de sélection.

Le troisième sujet que j'aimerais aborder, c'est l'identité des établissements désignés. L'Université McGill observe qu'il n'existe aucun mécanisme, dans le projet de loi n° 10, en vue de protéger le nom, les missions particulières ou le statut bilingue des établissements de santé concernés ni de favoriser l'engagement des citoyens envers leurs établissements. Bien que le projet de loi propose l'institution de comités consultatifs, ceux-ci ne peuvent être mis en place qu'à la demande des salariés ou des professionnels de santé, et le fonctionnement de ces comités reste à être précisé. Dans ce sens, nous estimons que le projet de loi, dans sa forme actuelle, pourrait mettre à risque certains des liens de longue date établis avec les communautés locales desservies par les établissements, l'engagement des citoyens envers leurs institutions locales, de même que la capacité des établissements à répondre aux besoins de ces communautés. De manière particulière, les citoyens engagés auprès des établissements affiliés à l'Université McGill ont une longue tradition de bénévolat et de philanthropie que nous ne souhaitons pas mettre à mal.

En conséquence, l'Université McGill souhaite formuler les recommandations suivantes.

3.1 : Nous recommandons que le projet de loi n° 10 réaffirme l'importance de la mission particulière des institutions de santé et de services sociaux concernées, notamment leur nom, leurs liens avec les institutions d'enseignement et les communautés locales ainsi que leurs missions particulières et leurs relations avec les fondations... et aussi leur statut bilingue.

Recommandation 3.2 : Nous recommandons que le projet de loi n° 10 établisse des mécanismes explicites favorisant la participation de la communauté, notamment en permettant aux établissements de mettre en place des conseils locaux chargés de préserver la mission culturelle, éducative et de recherche d'une institution donnée.

En conclusion, l'Université McGill souscrit à l'objectif général du projet de loi n° 10, à savoir l'amélioration des services aux patients en les plaçant au centre des préoccupations des différents acteurs du système. McGill collaborera à la mise sur pied du nouveau modèle d'organisation et de gouvernance du système de santé proposé par le projet de loi n° 10 afin de profiter des occasions qui en découleront, tant pour l'enseignement que pour la recherche. Toutefois, il devra permettre le maintien et la promotion de la mission d'enseignement et de recherche au sein des établissements affiliés.

Il est également important que le législateur intègre la pleine participation des universités à la gouvernance du nouveau modèle de gestion. Cette collaboration passe par une augmentation du nombre de représentants universitaires au sein des conseils d'administration des établissements concernés, par l'adoption du processus de désignation de représentants universitaires avec l'entière participation des universités et par la consultation des universités au moment de la désignation du président-directeur général et du président-directeur adjoint.

Finalement, l'Université McGill tient à réitérer son désir de collaborer à l'atteinte des objectifs que l'Assemblée nationale fixera dans le meilleur intérêt de la population québécoise. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci à vous, Dr Eidelman. Donc, avant de poursuivre, j'aimerais savoir si nous avons le consentement des membres de la commission pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue.

Des voix : Consentement.

La Présidente (Mme Hivon) : Donc, nous allons procéder à la période d'échange avec la partie ministérielle. M. le ministre, la parole est à vous.

M. Barrette : Pour?

La Présidente (Mme Hivon) : Pour une période de 23 minutes.

M. Barrette : Merci, Mme la Présidente. Alors, Dr Eidelman, bienvenue. M. Marcil, Mme Mongrain. Alors, d'abord, je vous présente un peu nos excuses, mais la vie parlementaire a fait qu'on a eu un vote, ce qui, malheureusement, vous a décalés. Mais je vous remercie quand même d'avoir eu la patience de nous attendre et de participer à ces échanges, qui sont très, très importants, évidemment, particulièrement compte tenu de l'intervention que vous faites ici, très réfléchie et détaillée.

Alors, d'abord, je tiens à vous remercier pour la pertinence et le détail des commentaires que vous nous avez faits, c'est très apprécié. Et je comprends de vos propos que vous avez bien lu le projet de loi et compris sa finalité et je vous en remercie.

Maintenant, je vais reprendre peut-être un peu point par point les recommandations que vous faites, là, simplement pour vous donner une réponse aux demandes que vous faites.

Alors, vous avez bien compris, évidemment, que l'objectif ici en était un d'intégration de soins et que ce projet de loi là visait essentiellement à faire en sorte que le patient en trouve un grand bénéfice, tant sur la plan de l'accès aux soins que de son cheminement dans le réseau de la santé, et ce, évidemment, pour ce qui est de l'Université McGill, dans les CISSS, qui offrent la continuité du continuum. Évidemment, vous, vous allez pouvoir offrir dans les CISSS liés à l'Université McGill tout le continuum de soins, de la première ligne jusqu'aux soins universitaires les plus quaternaires possible, dans certains cas, incluant, évidemment, tous les soins et services sociaux qui sont rattachés souvent à la santé en général que sont la réadaptation, la santé mentale, et ainsi de suite. Alors, effectivement, nous avons cette finalité-là en tête dans le projet de loi et, de ce côté-là, nous nous rejoignons sur la finalité des choses.

Maintenant, il y a une chose qui, pour nous, est très, très importante, et vous y avez fait référence et vous nous demandez de vous rassurer sur ce point-là, et je vais le faire. Pour nous, il est extrêmement important, extrêmement important que la filiation qui existe actuellement entre les universités, donc, dans votre cas, l'Université McGill et ses hôpitaux à la fois universitaires et affiliés, demeure. C'est vous qui êtes l'organisation qui est la plus à même d'évaluer la performance et la pertinence des soins de niveau tertiaire et quaternaire et d'enseignement dans vos hôpitaux affiliés. Il aurait été, pour nous, tout à fait déplorable si les hôpitaux universitaires avaient décidé de profiter de cette occasion-là pour rapatrier dans les U les activités qui se retrouvent dans les A ou dans les instituts. Alors, il est de notre intention de garantir de toutes les façons possibles, dans ce projet de loi — et ce sera par les modes d'application, évidemment, du projet de loi — les activités qui demeurent à être préservées dans les hôpitaux affiliés, et pas simplement les hôpitaux... les activités d'enseignement, mais les activités aussi de recherche à proprement parler.

Et, à cet égard-là, bien je vous rejoins aussi sur la nécessité que vous exprimez que ces institutions-là gardent leur nom, leurs fondations et leurs liens avec leurs structures de fondation caritative et de recherche. Et là-dessus on vous rejoint tout à fait, et c'est dans notre intention d'aller de l'avant pour satisfaire les exigences que vous évoquiez dans vos commentaires. Je suis tout à fait d'accord avec vous que cette reconnaissance-là doit passer par les contrats d'affiliation et donc que les choses soient formalisées dans les contrats d'affiliation, qui, comme on le sait tous, là, passent par l'approbation du ministre éventuellement.

Quant aux différents modes de représentation, je comprends votre point, mais j'aimerais ça peut-être tantôt que vous élaboriez sur la nécessité de trois plutôt que de deux. Mais ça, j'imagine que vous avez une logique, là, qui sous-tend cette demande-là. Nous, évidemment, on était plus dans le deux que dans le trois, mais j'aimerais ça vous entendre sur les raisons qui feraient en sorte qu'on devrait être plus dans ces chiffres-là qu'autrement.

Maintenant, je suis tout à fait d'accord avec vous qu'il doive y avoir une représentation sur les conseils d'administration venant de l'université comme telle, dans le cas des CHU et des CHA. Ça, on s'entend là-dessus, il n'y a pas de problème.

• (17 h 40) •

Ceci dit, pour ce qui est des nominations, vous nous recommandez aussi que vous ayez, comme université, votre mot à dire, comme c'est le cas actuellement, dans la nomination des P.D.G. Je suis tout à fait d'accord avec vous. Comme je le dis à chaque groupe qui vient nous rencontrer, le projet de loi n° 10 vise à mettre en place des choses qui sont permanentes, qui vont faire en sorte que, lorsqu'on aura réécrit la LSSS et ses lois connexes, les nominations seront selon un protocole qui ressemble beaucoup plus à ce que vous nous proposez. Entre-temps, il y a une période de transition à vivre et qui, pour des raisons de rapidité, fait en sorte que les processus de nomination sont un petit peu différents, tel que c'est abondamment critiqué par tout le monde à date.

Maintenant, sur le plan du troisième point, ça, je suis tout à fait d'accord avec vous, le projet de loi prévoit dans son essence qu'il y ait toujours des mécanismes qui fassent en sorte que soient préservés le sentiment d'appartenance et la participation des communautés locales dans la vie de leurs institutions, comme il est prévu, évidemment, qu'il y ait encore le statut bilingue. Ça, là-dessus, il n'y a absolument aucun problème.

Puis, là-dessus, sur cet élément-là, je vais quand même faire un commentaire. Vous avez fait référence, dans vos commentaires, au fait que les nominations puissent être suggérées par les employés simplement d'une institution, mais, quand vous regardez l'article 131, c'est «toute autre personne». Ça veut dire que ça peut être le corps médical, ça peut être n'importe qui dans la communauté. Il fallait mettre dans le texte de loi un lien avec les gens qui sont dans l'institution, pour les mises en nomination des membres de ce comité-là, mais ce n'est pas réservé exclusivement, là, aux employés, et c'est donc ouvert à d'autres personnes.

Donc, globalement, nous, en termes du projet de loi, là, on va essentiellement, dans notre esprit, dans la direction que vous nous suggérez, avec quelques points d'interrogation, un de ces points d'interrogation là étant plus trois que deux.

Et, sur un autre élément, un de ces éléments-là, j'aimerais ça vous entendre sur la mécanique. Comme vous le savez — je viens de le dire, puis on s'en était parlé dans une conversation récente, là, quand j'ai rencontré tous les doyens — l'objectif du ministère est de faire en sorte que les missions universitaires qui sont exercées dans les hôpitaux affiliés soient préservées. Maintenant, pour les préserver, est-ce que vous avez des idées particulières sur la mécanique à mettre en place? Moi, par exemple, je pense l'avoir évoqué, il y a des hôpitaux affiliés qui ont des activités qui sont vraiment U, des hôpitaux qui ont des activités plutôt A, puis parfois, dans des hôpitaux affiliés, il y a des activités qui ne sont ni U ni A. Et une des façons, par exemple, de garantir la protection des activités U est évidemment de passer par le contrat d'affiliation, qui garantit les budgets, les résidents et les ressources qui viennent avec l'enseignement, mais en même temps, localement — et ça, c'est une suggestion, là, je ne vous dis pas que ça va être définitivement ça et j'aimerais vous entendre là-dessus — est-ce que, par exemple, de passer par une départementalisation d'une activité... Admettons que vous avez l'oncologie dans un hôpital affilié, le Jewish General, par exemple, l'Hôpital général juif, est-ce que, par exemple, si on départementalisait l'oncologie dans l'hôpital, ce serait, pour vous autres, une garantie supplémentaire recherchée... ou y aurait-il d'autres mécaniques que vous envisageriez?

M. Eidelman (David) : Merci beaucoup. Mme la Présidente, j'aimerais remercier M. le ministre pour ses commentaires et j'aimerais essayer d'aborder les questions qu'il a soulevées.

Pour ce qui est des trois membres sur le conseil d'administration d'un CHU, pour nous, c'est important. Il faut se souvenir qu'auparavant c'était quatre et ça a été réduit à deux. Nous croyons que c'est très important, pour toutes les raisons que le ministre a soulevées au sujet de l'importance de la mission universitaire, d'avoir une bonne représentation dans le conseil d'administration afin d'être sûrs que la mission d'un CHU soit alignée bien avec la mission universitaire.

Par exemple, actuellement au CUSM où moi, je participe, il y a deux représentants au conseil d'administration officiels, et moi, je suis invité d'office, sans vote, pour être présent. Donc, on a fait ça pour aller autour mais vraiment pour avoir le niveau d'implication de l'université nécessaire. Nous croyons que trois membres est le minimum. Et surtout, comme on a fonctionné pendant très longtemps avec quatre, il me semble très normal qu'on fait un compromis entre le deux actuel qui n'est pas suffisant et le quatre qu'on avait avant.

Nous croyons que le passé des hôpitaux universitaires, et surtout le CUSM et sa relation avec l'Université McGill, chez nous, y compris... pas seulement le CUSM mais les autres centres affiliés comme l'Hôpital général juif, l'Institut universitaire de santé mentale Douglas et aussi l'Hôpital St. Mary's, nous avons une relation très étroite entre eux et l'université McGill. En fait, on a un organisme qu'on appelle le MAHN, le McGill Academic Health Network. On aimerait l'appeler en français, mais ça se traduit en RUIS, alors ça fait une petite confusion. Donc, on l'appelle le MAHN. On se réunit régulièrement pour discuter des affaires universitaires entre les hôpitaux et la faculté, et, l'université, la rectrice et le président du conseil d'administration de l'université siègent aussi sur ça, pour souligner l'importance que nous accordons à la relation entre l'université et les hôpitaux.

Pour ce qui est de la départementalisation de certains services, je peux simplement vous expliquer ce qu'on fait chez nous, à McGill, par exemple, en oncologie, où, grâce à un don très généreux de la famille Rossy, on a essayé... on n'a pas essayé, on a réussi à réunir les services d'oncologie de tous nos hôpitaux qui offrent ce service-là, y compris le CUSM, l'Hôpital général juif et le St. Mary's, pour travailler ensemble. Et nous avons chez nous un département universitaire très fort dans tous les domaines qui fait en sorte que les professeurs qui travaillent dans chacun des hôpitaux sont reconnus comme professeurs à part entière. Il n'y a pas une différence si un professeur se trouve à l'Hôpital général juif, ou au CUSM, ou au St. Mary's. Et on a eu déjà des chefs de département universitaire qui se trouvaient dans tous les hôpitaux que nous avons.

Donc, pour moi, la mécanique pour assurer la pérennité des services universitaires dans les centres hospitaliers affiliés, ça prend plusieurs choses. D'abord, ça prend le contrat d'affiliation. Deuxièmement, ça prend la volonté de la faculté de médecine de le faire, et nous avons démontré depuis longtemps qu'on a cette volonté-là. Ça prend aussi l'implication d'une population et communauté locale qui prend au sérieux la mission universitaire. On est très heureux, chez nous, d'avoir dans nos quatre centres les plus importants, les quatre établissements les plus importants, des communautés qui sont très, très impliquées et qui valorisent beaucoup la mission universitaire, et c'est pour ça, en fait, qu'on a souligné l'importance de cette implication-là. On est très heureux d'entendre le ministre et sa volonté de préserver l'implication de la communauté locale dans les activités des hôpitaux.

J'aimerais dire, Mme la Présidente, qu'on serait plus rassurés si c'était plus clair dans le projet de loi, par exemple, où... les comités consultatifs, leur rôle et leur fonctionnement soient un peu plus clarifiés, comme on demande dans nos recommandations, pas parce que... On fait confiance au ministre et au gouvernement de le faire, mais quand même nous croyons que c'est important que... Dans la législation, le législateur doit être assez clair dans ses recommandations afin d'aider dans l'interprétation par après.

Alors, je crois que j'ai touché sur tous les sujets qui ont été soulevés par M. le ministre.

M. Barrette : Sur un autre aspect, évidemment, vous, aujourd'hui, vous parlez au nom de l'Université McGill, donc vous pouvez parler à la fois au nom du CUSM et aussi au nom du CISSS qui est du côté de McGill, celui qui est au centre de l'île, qui inclut l'Hôpital général juif et St. Mary's.

Est-ce que vous, finalement, vous considérez que l'intégration qui est proposée actuellement, tant sur le plan de l'enseignement que la dispensation des soins, sera bénéfique pour le patient, de la manière qu'elle est dessinée dans vos organisations?

• (17 h 50) •

M. Eidelman (David) : Mme la Présidente, pour moi, c'est évident qu'il faut prôner une intégration plus accrue entre les différents services qui sont offerts aux patients. Moi, je travaille même maintenant un peu comme médecin, et c'est sûr que le système actuel a besoin d'une réforme.

Pour l'enseignement et la recherche, c'est sûr que, si le système de santé fonctionnait de façon plus intégrée, ça aiderait dans un certain sens, mais c'est très important qu'on ne perde pas de vue les particularités de chacun de nos établissements. Donc, il faut trouver une façon de faire ça qui à la fois augmente l'intégration et qui augmente l'offre de services aux patients mais qui ne sacrifie pas les particularités et les aspects spéciaux de chacun de nos établissements. Donc, c'est difficile à répondre avec une réponse tout à fait claire parce que c'est difficile à prévoir exactement comment ça va se dérouler une fois que c'est implanté. En général, on est d'accord avec ça.

Oui, mon collègue me rappelle qu'il y a aussi toutes sortes d'autres établissements dans le RUIS, y compris des petits établissements avec des missions très particulières, comme, exemple, via l'Hôpital Mont-Sinaï, qui offre les soins palliatifs et les soins de longue durée pour les problèmes de poumon, il y a le centre de réadaptation... Il y a toutes sortes d'établissements. Ils vont être fusionnés de façon administrative, mais reste à voir comment ça va fonctionner sur le terrain. Et c'est pour ça que j'hésite à donner une approbation totale, en disant que, comme j'ai dit dans mon mémoire, l'Université McGill favorise une intégration accrue. On croit que la réforme est nécessaire. On demande au gouvernement

d'être aussi clair que possible dans le projet de loi sur comment ça va fonctionner pour nous aider à bien comprendre et aussi mieux planifier nos activités de recherche et d'enseignement.

M. Barrette : Parfait. J'aimerais ça aborder un autre élément qui n'est pas dans le projet de loi comme tel mais qui vient avec dans une certaine mesure. Au gouvernement — et je sais que, du côté de McGill, il y a beaucoup de travaux, là, qui ont été faits dans certaines institutions — on s'en va vers un mode de financement qui sera plutôt un financement à l'activité, et, dans le cadre de cette intégration-là, ça aura des impacts.

Est-ce que vous avez une opinion ou des réflexions à nous faire part dans cette optique-là?

M. Eidelman (David) : Alors, merci encore une fois, Mme la Présidente, M. le ministre, à toucher sur un sujet qui est très proche à McGill. Mme Wendy Thomson, l'ancienne directrice de l'École de travail social, a été la présidente d'une commission qui a travaillé sur ce sujet-là.

Alors, pour nous, nous croyons que certainement le financement à l'activité est très important pour être sûr que l'argent suit le patient le plus possible. Pour nous, ça nous aiderait à planifier. Moi, en tant que doyen, ce n'est pas moi qui planifie sur le terrain les opérations de l'hôpital, mais je dois planifier en grandes lignes avec les directeurs généraux où on va investir, dans chacun de nos hôpitaux, dans les spécialités, par exemple les technologies de pointe, etc., et, si on comprend mieux le financement du budget, ça aide certainement à mieux gérer le système.

Toutefois, il est à souligner qu'un financement seulement basé sur les activités peut mener aussi à des risques, parce que chacun de nos hôpitaux a un niveau de complexité des patients différent. Des fois, si le financement n'est pas bien encadré et bien aligné avec les coûts d'exploitation, ça peut mener à des aberrances aussi.

Donc, en principe... C'est un peu comme le projet de loi dans sa totalité. On est pour en principe, mais le diable est dans les détails.

M. Barrette : Comme toujours.

M. Eidelman (David) : Comme toujours, c'est ça.

M. Barrette : Le financement à l'activité, écoutez, techniquement c'est quelque chose que le gouvernement libéral a toujours mis de l'avant. Et on se rappellera que le dernier gouvernement, par son ministre des Finances, s'était exprimé très favorablement en faveur du financement à l'activité, alors, techniquement, c'est quelque chose qui devrait se réaliser sans qu'il y ait d'opposition. Mais, comme vous dites avec justesse, le diable est dans les détails. Et le financement à l'activité n'est pas toujours quelque chose de simple à faire, mais ça doit être fait, je pense.

Le temps passe, là. Cinq minutes? Alors, vous, vous êtes les champions, évidemment, du côté de McGill, de la philanthropie et du caritativisme. Vous battez pas mal de monde, et c'est à votre honneur, et ça doit être reconnu. Ceci dit, évidemment, le côté philanthropique est un aspect qui était dépendant d'un côté identitaire d'une institution, évidemment, et ça, c'est tout à fait normal.

De la façon, du moins, dont on les présente en affirmant qu'on veut maintenir le nom, qu'on veut maintenir la mission, est-ce que vous avez des suggestions supplémentaires ou des réflexions supplémentaires à nous faire pour que nous puissions nous assurer, dans l'application de ce projet de loi là éventuel, de maintenir intacte et même de promouvoir cette activité-là, cet aspect-là de la vie de vos institutions et ailleurs, là? Parce qu'à la limite je pense qu'on a des choses à apprendre de vous pour ce qui est de la philanthropie. Est-ce qu'il y a des éléments là-dedans que vous pensez qu'on devrait peaufiner pour s'assurer du maintien de tout ça... ou éviter, le cas échéant?

M. Eidelman (David) : Merci beaucoup de cette question. Mme la Présidente, comme on a fait dans nos recommandations, nous croyons qu'un mécanisme pour faire ça, c'est d'augmenter l'importance des comités consultatifs. Dans mon expérience, c'est vrai qu'à McGill on a une plus longue tradition de philanthropie que dans les autres établissements au Québec, mais, d'après mes conversations avec mes collègues doyens et des collègues qui travaillent dans les autres hôpitaux, je suis heureux de voir que c'est de plus en plus présent dans les hôpitaux traditionnellement francophones, par exemple à l'Hôpital Sainte-Justine, ou Maisonneuve-Rosemont, ou d'autres, et je crois que c'est à l'honneur de ces institutions-là.

Mais, pour le faire travailler, c'est très important que les gens aient l'impression qu'ils font une levée de fonds pour leur hôpital. Ça veut dire qu'ils doivent avoir un mécanisme d'être impliqués au jour le jour d'un hôpital, le quotidien. S'ils sont écartés de ça ou s'ils voient l'hôpital comme un département du ministère de la Santé et des Services sociaux, ça va être impossible d'aller chercher de l'argent. Honnêtement, je n'ai rien contre le ministère, je travaille avec le ministère quotidiennement, mais personne ne va faire une philanthropie pour le ministère de la Santé et des Services sociaux ni pour l'Assemblée nationale, le gouvernement québécois. Les gens vont aller donner... ils vont donner l'argent quand ils pensent qu'ils ont une certaine appartenance et même ils se sentent en quelque sorte propriétaires de l'établissement.

Et, si on prend le meilleur exemple, c'est l'Hôpital général juif, qui est connu pour ça, les gens qui travaillent là-bas, et pas seulement sur le conseil d'administration, mais ils ont toutes sortes d'autres conseils qui existent dans l'hôpital, de la fondation, de coopération, et tout ça. Oui, peut-être, dans la loi actuelle, ces comités-là n'ont pas de pouvoir, mais ils ont un pouvoir très important pour rallier les gens autour de l'hôpital. Et moi, je suggérerais que tous les hôpitaux du Québec et tous les autres centres qui s'occupent de nos patients, qui travaillent dans les services sociaux, aient des comités, ou des corporations, ou des fondations pareilles, parce que ça nous aiderait à bien faire le travail.

Mais une autre chose, c'est le bénévolat. Vous savez que, dans nos hôpitaux, c'est impossible de les faire fonctionner sans les bénévoles. Personne n'a... Pour vraiment avoir un bénévolat qui réussit, il faut avoir des occasions

pour les bénévoles à se voir présents. Alors, actuellement, certains des bénévoles sont très présents sur les conseils d'administration, mais ça, ça va disparaître pour les établissements... pour les installations — c'est comme ça que ça s'appelle dans la loi — il faut trouver un autre moyen. Alors, les comités consultatifs, c'est un mécanisme qui peut être très, très utile pour ça.

Et il faut aussi donner aux institutions la possibilité de créer d'autres structures qui n'auront pas, peut-être, un pouvoir décisionnel mais qui pourraient avoir quand même un pouvoir consultatif qui aiderait à impliquer les gens dans le fonctionnement de l'hôpital et augmenterait le sens d'appartenance, qui est très, très important et pour le bénévolat et pour la philanthropie. Et, moi, je crois, dans les hôpitaux comme l'Institut de cardiologie de Montréal, comme Sainte-Justine, comme l'Hôpital général juif, le CUSM, les hôpitaux qui ont réussi à faire ça, ça aide beaucoup à vraiment faire fonctionner ces établissements-là.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci. Alors, nous allons maintenant passer à une période d'échange avec les représentants de l'opposition officielle pour une période de 14 minutes. Donc, Mme la députée de Taillon, la parole est à vous.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, Mme la Présidente. C'est un plaisir de vous accueillir et de vous entendre, Dr Eidelman, M. Marcil et Mme Mongrain. Merci pour votre présentation concise et claire.

J'ai quelques questions. La première : Est-ce que vous avez été consultés dans le processus d'élaboration du projet de loi n° 10?

M. Eidelman (David) : Merci de la question, Mme la Présidente. Nous n'avons pas été consultés dans l'élaboration du projet de loi, mais, en tant que doyen et président de RUIS, j'ai été consulté avec les autres doyens par le ministre, qui nous a convoqués après pour en discuter.

Mme Lamarre : Donc, après le dépôt du projet de loi.

M. Eidelman (David) : C'était après l'élaboration de la loi, du projet de loi.

• (18 heures) •

Mme Lamarre : D'accord, je vous remercie. Je vois... Dans votre rapport, il y a quand même quelques recommandations qui sont très intéressantes au niveau du maintien de la fonction de recherche. Est-ce que vous la sentez diluée, cette fonction de recherche, à l'intérieur de la structure? Est-ce qu'il y a une façon dont vous aimeriez qu'elle soit signalée de façon plus significative?

M. Eidelman (David) : Merci de la question. Mme la Présidente, la recherche est très importante pour toutes les universités qui ont des facultés de médecine au Québec et toutes les universités en général. Pour nous, à McGill, une de nos raisons d'être ici, au Québec, c'est de faire de la recherche. Et on ne sent pas une menace à la recherche, mais on aimerait voir une plus grande présence de la recherche dans le projet de loi, où c'est clairement indiqué... Et j'ai apprécié les commentaires du ministre au sujet de la recherche, c'est très bien, mais, comme j'ai mentionné avant, nous serons plus rassurés de voir ça plus clairement exprimé dans la loi, pour nous aider à bien comprendre comment ça va marcher dans le futur.

Dans le cas de notre université, le CHU est reconnu comme un établissement suprarégional, qui aide un peu, parce que notre centre de recherche, au CUSM, est le plus grand au Québec et le troisième au Canada. Mais on a aussi des centres de recherche très importants à l'Institut Lady Davis, à l'Hôpital général juif et aussi au centre universitaire de santé mentale Douglas qui sont des fleurons de la recherche québécoise, et nous aimerions avoir dans la loi les mécanismes qui vont assurer ça.

Toutefois, je suis rassuré que... La volonté exprimée par le ministre est claire, que ce soit une priorité. Et moi, je crois que, pour la société québécoise, c'est essentiel qu'on reste toujours forts en recherche, qui est le futur de notre société.

Mme Lamarre : Merci. Ce matin, on a accueilli un chercheur qui parlait de deux formes d'intégration, des intégrations horizontales ou de l'intégration verticale, selon les vocations. Donc, j'aurais deux questions, en fait, une première qui vise... Justement, en santé mentale, on le sait, c'est un enjeu important. Sur l'île de Montréal, il y a quelques établissements qui sont dédiés à la santé mentale. De quelle façon voyez-vous que le projet de loi n° 10 va faciliter la cohésion, la fluidité dont on parle beaucoup et dont on a besoin, autant pour les clientèles jeunes, moins jeunes, quand elles passent le stade de l'identification de l'enfance à l'adulte, mais aussi pour différents problèmes? Alors, ça, ce serait une première question.

Ma deuxième question, toujours en lien avec le commentaire de ce matin, c'est qu'on disait : À force de vouloir réduire le nombre de structures, parce que c'est l'objectif qui se traduit, là, dans le projet de loi, ça amène un côté où les gens se sentent obligés d'en recréer d'autres. Et là je note dans vos recommandations... Par exemple, en 1.3, vous avez une référence à un comité intégré à la structure de gouvernance. En 3.1, vous voulez avoir d'autres... dans le deuxième paragraphe : «...mettre en place des conseils locaux chargés de préserver la mission culturelle, éducative et de recherche d'une institution donnée.» Vous avez fait référence au comité consultatif, les liens avec la fondation, donc déjà on sent que vous avez besoin d'avoir d'autres structures. Alors, simplement me donner un peu votre avis là-dessus, votre vision.

M. Eidelman (David) : Merci. Merci de ces questions-là. Mme la Présidente, pour ce qui est... Je n'arrive pas à lire ma propre écriture ici sur la... J'aimerais aborder d'abord la santé mentale, parce que je crois que c'est la question

la plus importante. Je suis un simple pneumologue, donc je ne suis pas un expert en santé mentale, mais j'ai consulté avec Mme McVey, qui est la directrice générale de notre Institut universitaire en santé mentale, et, comme vous le savez peut-être, tous les centres universitaires de santé mentale se sont concertés pour en discuter, et j'ai été rassuré de voir qu'ils étaient très contents de se trouver dans des centres... dans l'intégration verticale — c'est ça, la première question que vous m'avez posée. Et l'intégration verticale, pour eux, ça veut dire qu'ils vont pouvoir travailler en plus étroite collaboration avec la première ligne. Et, comme vous le savez, pour la santé mentale, même si on a besoin des grands centres universitaires de santé mentale pour faire la recherche, et tout ça, le travail de santé mentale, ça se passe dans les rues, O.K.? Donc, avoir un lien très étroit avec la première ligne, c'est très important.

Toutefois, la problématique, c'est que nous demandons à nos centres d'expertise en santé mentale d'avoir aussi des rôles suprarégionaux, et ça, ce n'est pas tout à fait évident dans le projet de loi. On aimerait être sûrs que, pour les établissements universitaires comme le Douglas, comme l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, par exemple, leur rôle suprarégional soit reconnu aussi, afin d'être sûrs qu'ils peuvent continuer à faire leur travail. Par exemple, pour le Douglas, ils font du travail dans le Nord-du-Québec, en Abitibi, avec la région de l'Outaouais, et c'est évident que ça va continuer. Et on a confiance, on est confiants que c'était l'intention du gouvernement toujours que ça continue, mais ce n'est pas dans le projet de loi.

Pour revenir sur l'aspect théorique entre l'intégration verticale versus horizontale, pour moi, ça, c'est une intégration horizontale administrative et une intégration verticale, je l'espère, fonctionnelle, parce que, pour nous, et je ne sais pas si... Moi, en tant que patient et aussi en tant que médecin, j'ai déjà vécu des situations où on a un patient et on ne sait pas comment le faire transférer d'un endroit à l'autre quand il a besoin d'un autre service qui est offert dans un autre endroit. Moi, je travaille à l'Hôpital général de Montréal, et des fois j'ai un patient qui vient de l'Ouest-de-l'Île, et j'aimerais arranger un service, et je n'arrive pas à le faire. Donc, une intégration verticale en santé mentale... en santé, excusez, et services sociaux a beaucoup d'allure, parce que c'est vraiment comme ça qu'on peut améliorer la fluidité de l'accès aux services, et ça, du point de vue de la personne qui est concernée, le client ou le patient. Et, pour l'administration, je crois que, pour moi et le ministre... pour vous, c'est très important, l'administration. Pour les gens qui ont besoin de nos services, c'est moins important. Eux, ils s'attendent à ce qu'on s'arrange pour faire en sorte que les services soient offerts de la meilleure façon possible.

Mme Lamarre : D'accord. Et, quand vous avez parlé que les centres suprarégionaux offraient des services dans des régions plus éloignées du Québec, au niveau du financement à l'activité et au niveau des budgets régionaux, est-ce que vous voyez qu'il peut y avoir des tentations, si les demandes sont très importantes, de privilégier ou en tout cas, dans des contextes très serrés comme ceux qui nous sont imposés, d'austérité, de diminuer les services aux régions par rapport aux services qui sont requis dans la population qui est immédiatement à proximité du centre? Comment vous voyez que ça pourrait être précisé, disons?

M. Eidelman (David) : Bien, c'est pour ça que j'ai dit que le diable est dans les détails. En fait, dans les autres endroits dans le monde où on a fait le financement à l'activité, il y a toutes sortes de résultats qui sont arrivés. Il y a des très bons résultats et des fois des mauvais résultats. C'est très important que ça soit encadré et aussi que les missions des établissements soient très claires.

Alors, ici, au Québec, on a l'avantage de... La façon dans la Loi sur les services de la santé et les services sociaux actuelle, les hôpitaux ont des désignations particulières, et ça, ça relève de leur mission. Donc, j'attends à ce qu'il y ait une augmentation au CUSM, par exemple, de certaines activités tertiaires et quaternaires, pourvu que le financement à l'activité reconnaisse la complexité des cas. En même temps, j'espère et je m'attends de voir à ce que les hôpitaux régionaux auront l'argent nécessaire à faire le travail à proximité du patient grâce à ces mêmes fonctions.

Alors, ça peut aller dans les deux sens. Alors, on peut voir, oui, une chose aberrante, mais, si c'est bien encadré, ça peut mener à un financement plus logique et des services plus appropriés pour la population locale, où les budgets historiques, des fois, font aussi des aberrances parce que les gens ne veulent pas perdre leur budget, donc ils continuent de faire des choses que peut-être ils ne devraient pas faire et au contraire. Donc, c'est vraiment important, la façon, comment c'est implanté, cet aspect-là.

Mme Lamarre : Mais vous êtes quand même d'accord que ce n'est pas précisé actuellement dans le projet de loi n° 10?

M. Eidelman (David) : Je suis tout à fait d'accord que ça pourrait être plus précis.

Mme Lamarre : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez du fait que le CHU de Québec et le CHUS à Sherbrooke soient intégrés à des CISSS dans leurs régions respectives?

• (18 h 10) •

M. Eidelman (David) : Merci. Mme la Présidente, un des avantages d'être doyen à la Faculté de médecine de l'Université McGill, c'est que ce n'est pas ma responsabilité, ce qui se passe au CHUS et au CHU de Québec. Mais, en général, je vois des avantages et des désavantages. C'est pour ça que j'ai soulevé avant la question des rôles suprarégionaux des établissements qui se trouvent au sein d'un CISSS. Je vais retourner dans mon coin, là, prenons le Douglas ou l'hôpital juif. Tous les deux, ils ont des activités suprarégionales qui sont très importantes, et tout le monde est d'accord qu'ils doivent continuer, mais, d'après leur désignation dans le projet de loi, ce n'est pas clair qu'ils ont droit à faire ça. Et c'est la même chose, d'après moi, pour le CHU de Québec, CHUS de Sherbrooke.

Moi, je crois qu'il y a des avantages, pour un CHU, de se trouver dans un CISSS, parce que moi, quand je regarde en tant que médecin, au CUSM, comment je vais arranger les services à domicile si le CUSM ne fait pas partie d'un CISSS? Si on est au Jewish, le CISSS, c'est le même organisme, alors arranger les soins à domicile, ça peut être plus facile, en principe, parce que c'est la même administration. Si on se trouve au CUSM, on risque d'avoir besoin d'arranger des choses avec d'autres administrations. Donc, ça prend des contrats d'affiliation ou... des contrats pour arranger ça.

Donc, il y a des avantages et désavantages des deux côtés. Moi, je crois, ce serait mieux si à la fois les liens entre les suprarégionaux comme le CUSM avec les CISSS avoisinants soient mieux éclairés et en même temps, pour les CHU qui se trouvent au sein d'un CISSS, leur rôle suprarégional soit éclairé aussi dans le projet de loi. Donc, des deux côtés, c'est très difficile de dire lequel serait le meilleur des deux mondes. Il va falloir attendre et voir l'expérience qu'on va vivre bientôt.

La Présidente (Mme Hivon) : Il reste une minute.

Mme Lamarre : Oui, c'est ça, il nous reste une minute. Mais qu'est-ce qui est, pour vous, l'innovation du projet de loi n° 10 que vous ne pouvez pas faire actuellement et que vous allez faire dans le cas où le projet de loi n° 10 serait en vigueur?

M. Eidelman (David) : L'avantage de ça, la chose, c'est de voir pour une fois d'une façon concrète qu'on souligne l'importance de l'intégration. Jusqu'à maintenant, dans le système de santé québécois, on est parmi les derniers à aborder cette question-là. Tous nos établissements, y compris ceux qui sont affiliés à McGill, y compris l'Université McGill elle-même, ont tendance à voir : O.K., moi, j'ai ma chose, là, et je vais arranger les choses pour moi, c'est rare de voir des établissements travaillant ensemble. Nous avons fait certains efforts ici, au sein du groupe McGill, mais c'est vrai que voir une intégration sur papier, c'est très avantageux, parce que ça démontre clairement que les frontières entre les établissements ne sont plus là pour empêcher la qualité des soins offerts aux patients.

Toutefois — et je vais répéter la même phrase — le diable est dans les détails. Et, dans le projet de loi actuel, comme on en fait... dans nos recommandations, il y a des choses qui doivent être vraiment éclairées. Et ceci est bien expliqué dans les recommandations qu'on a faites.

La Présidente (Mme Hivon) : Merci. Alors, on va maintenant passer à la période d'échange avec les représentants du deuxième groupe d'opposition pour une période de neuf minutes.

M. Schneeberger : Merci, Mme la Présidente. Alors, bonjour à vous trois. M. Eidelman, vous semblez généralement assez favorable au projet de loi. Par contre, moi, je voudrais quand même souligner quelques bémols que vous nommez aussi à l'intérieur, surtout en matière de gouvernance des conseils d'administration. Il y a plusieurs groupes ici qui critiquent un peu, depuis le début de la commission, le danger de la politisation du réseau de santé, étant donné que le ministre se donne des droits, là, que ce soit temporaire ou non, au niveau des nominations. Et, dans votre mémoire, vous... je le cite : «Selon les meilleures pratiques de gouvernance, il appartient normalement au conseil d'administration — cela est même l'une de ses principales responsabilités — d'évaluer, de manière indépendante, la nomination du président directeur général d'établissement et d'en recommander la nomination à l'autorité gouvernementale. Le conseil doit également jouer son rôle dans l'appréciation et l'approbation du plan budgétaire et du plan stratégique des établissements, conformément à la proposition de la direction administrative.»

Moi, je voudrais savoir : Selon vous, est-ce que c'est une disposition qui devrait être retirée du projet de loi n° 10? Parce que, si le ministre nomme en plus les membres de l'administration et qu'il nomme aussi le président-directeur général, est-ce que cela respecterait ou respecte les meilleures pratiques de gouvernance, à votre point?

M. Eidelman (David) : Merci de la question. Mme la Présidente, d'abord, j'aimerais répéter qu'on est favorables au principe du projet de loi. Si vous lisez notre mémoire, c'est évident qu'il y a des aspects du projet de loi, nous pensons, qui peuvent être améliorés. Donc, j'aimerais être clair là-dessus.

En ce qui a trait à la gouvernance, dans notre mémoire, comme vous venez de citer, c'est sûr que nous croyons qu'il y a des améliorations à apporter au projet de loi pour faire en sorte que la gouvernance des établissements soit en ligne avec les meilleures pratiques partout au monde. Moi, j'ai compris de la part du ministre qu'il propose ça comme une mesure temporaire. Je respecte ce... mais je ne vois pas ça dans le projet de loi, où c'est indiqué que c'est temporaire. Peut-être c'est une façon de nous rassurer. Pour nous, nous croyons que l'intégration proposée pourrait être accomplie même d'emblée avec une gouvernance normale, on ne voit pas la nécessité de faire ça d'une façon plus musclée. Mais, de toute façon, si c'est nécessaire, si ça s'avère nécessaire, d'après le gouvernement, on aimerait voir plus clairement exprimé que c'est une mesure temporaire, parce que, pour nous, une fois que c'est dans la loi, pour toutes fins pratiques, ça existe, et on ne sait pas comment, quand ça va arrêter d'exister. Alors, on serait beaucoup plus rassurés par une gouvernance... pas traditionnelle, une gouvernance de meilleures pratiques au moment où le projet de loi est accepté.

M. Schneeberger : O.K. L'Université McGill est une grande institution. Vous, en temps qu'administrateur... Moi, je voudrais savoir si vous avez déjà eu l'expérience ou été témoin de cas similaires où est-ce que, justement, des nominations... où, même si elle est temporaire, elle soit suspendue. Et, si oui, avez-vous des détails ou des exemples à nous donner?

M. Eidelman (David) : Merci de la question. Mme la Présidente, mon collègue me chuchote dans l'oreille que je suis médecin, je ne suis pas administrateur, mais je dois avouer que je suis administrateur quand même, même si... Et des fois je suis même fier d'être administrateur, surtout d'une grande institution comme l'Université McGill.

Dans mon expérience, les conseils d'administration sont arrangés un peu comme c'est décrit dans notre mémoire. Donc, comme je viens de dire, je favorise et l'Université McGill favorise une structure de conseil d'administration qui ressemble au modèle qu'on a proposé dans notre mémoire.

M. Schneeberger : O.K. Tout à l'heure, vous disiez que le diable était dans les détails. Moi, je dirais que, sur certains points, c'est le manque de détails, le diable est où est-ce qu'il y a un manque de détails. Et surtout ce que vous dites... Vous parliez d'un cas où est-ce que... du continuum de soins. Moi, actuellement, au niveau du projet de loi, je ne le vois nulle part. J'aimerais ça vous entendre. Vous, qu'est-ce qui vous fait croire qu'au niveau du projet de loi c'est une réalité qui va se produire, là, au niveau du continuum de soins?

• (18 h 20) •

M. Eidelman (David) : Merci, Mme la Présidente. Il y a beaucoup de recherche qui a été faite sur la façon d'améliorer la qualité des soins. Par exemple, il y a le fameux professeur d'administration à Harvard, Michael Porter, qui a parlé vraiment de «value chain», et, dans ça, l'idée, c'est d'arranger les services d'une façon... pour permettre aux clients d'accéder aux services d'une façon facile et d'une façon où chacun des services est arrimé l'un avec l'autre. L'avantage de structures comme celle proposée en principe dans le projet de loi, c'est qu'il est plus facile d'organiser la chose comme ça. Alors, en principe, comme j'ai dit d'emblée, nous sommes en faveur, parce que nous voyons dans le nouveau système la possibilité de faire une intégration améliorée et de faire des services qui sont plus accessibles au patient du point de vue patient. Pourtant, comme vous dites, il n'y a pas assez de... ce n'est pas assez éclairé dans le projet de loi pour comprendre comment ça va fonctionner sur le terrain, et c'est pour ça qu'on a une certaine hésitation.

M. Schneeberger : O.K., oui, je suis d'accord. Mais par contre, ce matin, la fédération des médecins disait un peu le contraire. Eux, ils ne voyaient pas de note qui... tu sais, il n'y a aucune ligne directement qui précise ça. C'est un but, oui, mais je pense qu'au niveau du projet de loi cela devrait être complété par plus de détails, tu sais, que ce soient des écrits, parce que, tu sais, je veux dire, il faut se donner un but, puis, le but, il faut qu'il soit écrit dans le projet de loi, là.

M. Eidelman (David) : Mme la Présidente, je suis certainement de l'avis que le projet de loi peut être plus clair sur les détails et la façon comment ça va être implémenté. Toutefois, je dois dire qu'en principe, si on voulait organiser le système de santé à partir du principe de l'intégration du point de vue du patient, ce serait en quelque sorte comme c'est proposé dans le projet de loi.

Quand c'est traduit en actions, est-ce que ça va fonctionner de cette manière-là? Ça reste à voir. Mais le fait qu'on fait une intégration des différents établissements avec différentes missions, ça crée la possibilité, au moins, ça ouvre la porte à la possibilité de faire une intégration verticale, qui actuellement, dans notre système, est très difficile à accomplir, parce que chacun des établissements a un budget séparé et donc va toujours défendre ses intérêts. Parce que, comme plusieurs ont dit, les temps qui courent, les budgets sont très, très serrés, et personne ne veut offrir des services pour lesquels ils n'ont pas le budget. Donc, si le budget est intégré sur plusieurs établissements, il y a la possibilité au moins de proposer un fonctionnement plus efficace. Et efficace pas seulement du côté financier, mais aussi de côté pratique pour le patient, parce que, quand moi, j'ai un patient et j'ai besoin, je ne sais pas, de le référer pour des soins dans un autre établissement, ils ne vont pas me dire : Mais il y a une liste d'attente de six mois, on peut créer des programmes qui sont intégrés sur plusieurs établissements. Est-ce que c'est expliqué dans le projet de loi? Non. Mais est-ce qu'il y a le potentiel dans le projet de loi? Oui.

La Présidente (Mme Hivon) : Il vous reste 30 secondes.

M. Schneeberger : Bien, merci beaucoup pour ces explications. Puis ça a été très intéressant de vous entendre.

La Présidente (Mme Hivon) : Alors, je vous remercie tous les trois, représentants de l'Université McGill, donc, de cet exposé.

Et donc, compte tenu de l'heure, nous ajournons nos travaux jusqu'à demain, après la période des affaires courantes. Merci. Bonne soirée.

(Fin de la séance à 18 h 23)