



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le jeudi 23 octobre 2014 — Vol. 44 N° 10

Consultations particulières sur 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 (4)

**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 jeudi 23 octobre 2014 — Vol. 44 N° 10

Table des matières

Auditions (suite)	1
Association médicale du Québec (AMQ)	1
Association des Townshippers et Voice of English-speaking Québec (VEQ)	12

Intervenants

M. Marc Tanguay, président

M. Gaétan Barrette
Mme Diane Lamarre
M. Jean-François Lisée
M. Éric Caire
Mme Françoise David
M. David Birnbaum
M. Pierre Reid
M. Maka Kotto

- * M. Laurent Marcoux, AMQ
- * M. Gerald Cutting, Association des Townshippers
- * Mme Rachel Hunting, idem
- * M. Taylor Ireland, VEQ
- * M. Jean-Sébastien Jolin-Gignac, idem
- * Mme Helen Walling, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 23 octobre 2014 — Vol. 44 N° 10

Consultations particulières sur 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 (4)

(Onze heures cinquante 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. M. Giguère (Saint-Maurice) est remplacé par M. Birnbaum (D'Arcy-McGee); Mme Hivon (Joliette) est remplacée par M. Kotto (Bourget); Mme Richard (Duplessis) est remplacée par M. Pagé (Labelle).

Auditions (suite)

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Ce matin, nous accueillons d'abord l'Association médicale du Québec et ensuite, en audition conjointe, l'Association des Townshippers et Voice of English Speaking Quebec.

Alors, merci beaucoup aux représentants du premier groupe, soit l'Association médicale du Québec, je vous souhaite la bienvenue. Pour les fins d'enregistrement, je vous demande de bien vouloir vous identifier, et par la suite vous disposerez d'une période de 10 minutes pour votre exposé. Alors, la parole est à vous.

Association médicale du Québec (AMQ)

M. Marcoux (Laurent) : Merci, M. le Président. Mon nom est Dr Laurent Marcoux, et je suis accompagné de M. Normand Laberge, le directeur général de notre association.

Dans un premier temps, qu'il nous soit permis de remercier les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de permettre à l'Association médicale du Québec d'exprimer son point de vue préliminaire sur le projet de loi n° 10.

L'Association médicale du Québec est la seule association québécoise qui rassemble l'ensemble de la profession médicale du Québec, soit les omnipraticiens, les spécialistes, les résidents et les étudiants en médecine. L'Association médicale compte sur un vaste réseau de membres pour réfléchir aux enjeux auxquels est confrontée la profession médicale, proposer des solutions et innover pour repenser le rôle du médecin dans la société et constamment améliorer la pratique médicale.

Notre intervention se veut lucide et constructive. Elle est guidée essentiellement par notre souci de contribuer efficacement et positivement à l'amélioration des services à la population. Nous avons toujours été les instigateurs d'une réflexion approfondie, pondérée, respectueuse et constructive sur les modèles d'organisation les plus propices à rendre les meilleurs services aux citoyens du Québec. Nous sommes la voix objective, non teintée de considérations syndicales ou corporatives.

Les délais qui nous ont été impartis n'ont pas permis de procéder à une consultation exhaustive de nos membres. Nous avons toutefois eu des échanges avec plusieurs médecins qui forment les instances décisionnelles et consultatives de notre association. Nos commentaires toucheront principalement les points suivants : le regroupement de la structure, l'impact sur la qualité des services aux patients, la gouvernance du réseau et la période de transition.

Je n'aurai pas le temps d'aborder en détail tous ces éléments et je veux surtout m'attarder au regroupement des structures et à la gouvernance du réseau. À la lecture de notre mémoire, vous serez à même de constater notre grande inquiétude quant à certains points de ce projet de loi. Il est primordial de clarifier un point très important. L'AMQ est fondamentalement d'accord avec toute mesure qui se traduira par une diminution de la bureaucratie dans le réseau de la santé. Nous avons déjà témoigné ici de notre volonté à ce sujet. Ainsi, nous ne sommes pas opposés au principe de l'abolition des agences régionales.

Ce qui nous préoccupe, c'est de voir comment les responsabilités de coordination présentement assumées par les agences régionales vont dorénavant s'exercer. À cet égard, l'Association médicale du Québec s'inquiète du caractère extrêmement centralisateur de la nouvelle organisation proposée. Cette poussée centralisatrice va à l'encontre de toute tendance lourde qu'on observe dans l'ensemble des systèmes de santé occidentaux. En effet, les modes de fonctionnement qui y sont privilégiés sont ceux qui rapprochent la prise de décision des milieux cliniques où se donnent les services de santé.

J'arrive, d'ailleurs, d'Ottawa, où des discussions entourant la gouvernance réunissaient des représentants de toutes les provinces. Je peux vous assurer que ces préoccupations de gouvernance sont partagées partout au pays. La plupart des provinces ont opté, à divers degrés, pour une plus grande centralisation du système de santé. Cela a été le cas particulièrement au Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, et surtout en Alberta.

Il y a quelques années, l'Alberta a adopté une gouvernance centrale, mais a dû y mettre fin quelques années plus tard à cause des problèmes de cafouillage que ça avait amené, et on voulait, à ce moment-là, remplacer les agences qui ressemblaient à nos agences qu'on a ici actuellement. Et on avait fait ça certainement dans une bonne cause, en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau. Mais on a dû faire volte-face assez rapidement parce que cette centralisation a été vite jugée inefficace et surtout déconnectée des réalités locales et des besoins de la population et des professionnels sur le terrain. En effet, le gouvernement albertain a rompu avec un modèle qui est passablement similaire à celui qui est préconisé dans le projet de loi n° 10. Cette rupture a été rendue nécessaire en raison des problèmes multiples vécus par les établissements dispensateurs de services, dont une forte démobilitation des équipes de soins sur le terrain.

Le projet de loi n° 10 modifie de façon significative la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Celui-ci passera d'un système de gestion de trois à deux paliers, notamment par l'abolition des agences régionales et la création d'un seul établissement par région, que nous appellerons des centres intégrés de santé et de services sociaux, les CISSS.

Nous craignons que la mise en place des CISSS se traduise non pas par une diminution de la bureaucratie, mais bien par un déplacement de la bureaucratie vers le haut, en transférant au ministère les responsabilités des agences régionales, accordant ainsi de nouveaux pouvoirs au ministre. Notons, par exemple, le pouvoir de prescrire les règles relatives à la structure organisationnelle des établissements régionaux et le pouvoir de faire enquête sur les pratiques des établissements, le pouvoir de modifier ou d'établir des corridors de services et aussi l'immense pouvoir de nommer des membres de conseils d'administration des CISSS ainsi que les présidents-directeurs généraux et leurs adjoints. La taille des nouvelles structures régionales nous inquiète tout aussi, du moins pour certaines régions. Il nous apparaît inconcevable qu'un seul conseil d'administration administre tous les points de service d'une région aussi vaste que la Montérégie.

Et parlons aussi des centres suprarégionaux. L'Association médicale du Québec s'interroge sur la logique de la création de centres suprarégionaux prévue dans le projet de loi. Nous saluons le fait que le gouvernement reconnaisse dans son projet de loi la mission suprarégionale du CHUM, du CUSM, du CHU Sainte-Justine et de l'Institut de cardiologie. Pourquoi ce même raisonnement n'est-il pas aussi valable et appliqué pour le CHU de Sherbrooke et le CHU de Québec? La taille du territoire desservi par ces deux établissements leur confère amplement le statut de centres suprarégionaux. De quelle façon les CISSS, auxquels ils seront intégrés, selon le plan prévu au projet de loi, pourront-ils gérer ces deux mégastuctures tout en continuant à desservir adéquatement les autres centres de soins?

L'intégration des deux CHU au CISSS de leurs régions respectives défie toute logique organisationnelle, mais surtout clinique et académique. Le gouvernement doit reconnaître le statut des centres suprarégionaux du CHUS et du CHUQ, au même titre que ceux de Montréal. Ces deux centres doivent conserver leurs conseils d'administration distincts afin de préserver leur mission propre de centres de soins ultraspecialisés voués à l'enseignement, à la recherche et à l'évolution technologique.

En somme, nous recommandons au gouvernement de revoir le découpage des régions en évitant de s'en tenir strictement aux territoires actuels des régions sociosanitaires. L'exercice a été possible pour la région de Montréal, pourquoi ne le serait-il pas d'autres régions? Pourquoi passer de 182 établissements à 28? Pourquoi pas 35 ou 40? Nous croyons que, tout en poursuivant le désir fort légitime d'alléger les structures du réseau, le gouvernement est allé trop loin. En médecine, on dit que l'intention est bonne, mais, quand la dose est trop forte, elle peut devenir toxique, et je crois que c'est ce que nous vivons actuellement.

Enfin, en guise de conclusion, deux brefs commentaires. Nous sommes très déçus de constater que les efforts de rationalisation semblent exclure tout l'appareil ministériel. Un simple coup d'oeil à l'organigramme du ministère, sur le site Internet, donne une idée de l'ampleur importante de l'appareil administratif, auquel on ne touche pas. Encore une fois, les pouvoirs conférés au ministre sont tels qu'il y a un sérieux risque de voir la bureaucratie régionale remplacée par une bureaucratie centrale chargée d'assumer les responsabilités des agences abolies.

Enfin, nous sommes conscients des impératifs budgétaires qui guident l'action gouvernementale, mais cette réforme livrera-t-elle les gains attendus? Les économies attendues, de l'ordre de 220 millions de dollars par année, annoncées par le ministre ne pourront être réalisées qu'à moyen terme en raison des conditions de protection d'emploi consenties aux cadres et aux professionnels du réseau. Si elles sont effectives au rendez-vous, ces économies seront-elles significativement induites par les investissements qui devront être réalisés pour assurer la transition administrative nécessaire?

Or, il y a d'autres moyens de générer des économies. L'Association médicale du Québec a rendu public en août dernier un plan d'action en vue de contrer les effets pervers du surdiagnostic, du surtraitement et de la surmédicalisation. Nous attendons toujours un signe...

• (12 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : Je vous inviterais à conclure, s'il vous plaît.

M. Marcoux (Laurent) : J'ai terminé, M. le Président. Nous attendons toujours un signe de leadership de la part du ministère pour s'attaquer à ce fléau. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : On m'indique que le ministre vous accordait également... Aviez-vous réellement terminé? Le ministre, sur son temps...

M. Marcoux (Laurent) : J'ai terminé, vraiment. Oui, j'ai terminé.

Le Président (M. Tanguay) : Bon, parfait. Alors, je vous remercie beaucoup. S'enchaîne immédiatement, donc, une période d'échange avec le ministre pour un bloc de 22 minutes, et je lui cède immédiatement la parole.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Dr Marcoux, M. Laberge, merci d'être venus. C'est vraiment un échange que je vais espérer le plus fructueux possible. Alors, je vais faire une intervention la moins longue possible, mais je vais quand même l'introduire en faisant un ou deux commentaires sur la présentation que vous avez faite, dont je vous remercie pour la pertinence, ainsi que le mémoire.

A date, évidemment, les gens, dans ces audiences-ci, là, ont fait certains commentaires qui se recoupent, et je vais juste essentiellement, là... pas corriger, là, mais simplement donner quelques précisions sur l'optique du projet de loi n° 10, qui, j'en conviens, de la manière qu'il est écrit, peut être interprété différemment.

Le projet de loi vise essentiellement... Et je vais vouloir vous entendre là-dessus, puis suivez-moi bien où je veux aller, là, vous allez comprendre sans aucun problème. Ce que l'on vise, c'est de faire en sorte que la relation entre le... On passe de trois paliers à deux paliers, là. Et on passe d'un palier direct, on part du gouvernement à directement une organisation régionale. Et on vise à ce que la relation soit une relation non pas centralisatrice, mais, au contraire, régionalisée.

Mais — et c'est là-dessus que je vais vouloir vous entendre — le gouvernement, à quelque part, doit avoir la responsabilité de donner des orientations, à moins que vous trouviez, et que ce soit ça, votre opinion, que le gouvernement n'ait plus aucun rôle en termes d'orientation à donner. Alors, nous, on vise à ce que le gouvernement soit le donneur d'ouvrage, si vous me passez l'expression — mais qui est bien connue dans le milieu — et que l'autorité qui est maintenant... qui a sous sa responsabilité un certain nombre d'établissements et un certain nombre de services ait la responsabilité d'intégrer tout ça.

Et, dans cette optique-là — bien, c'est la question que je vous pose — est-ce que vous trouvez que le gouvernement ne devrait pas jouer ce rôle-là, auquel cas, ça veut dire qu'on a 18 régions, donc 18 systèmes de santé différents et indépendants les uns des autres? Si on est d'accord sur le fait que le gouvernement soit un donneur d'orientation, un donneur d'ouvrage, en quelque part le gouvernement a aussi une certaine responsabilité de surveillance. Et, quand on dit «surveillance», il faut quand même qu'il y ait un pouvoir d'intervention utilisé aussi parcimonieusement que possible, et ce pouvoir-là doit exister, il doit être écrit à quelque part dans la loi. Donc, ce que l'on vise, nous, c'est une relation quotidienne d'orientation exécutée sur le terrain et, donc, de l'imputabilité.

Et là je fais un pont avec la philosophie que vous mettez sur la table depuis maintenant plus d'un an avec l'Association médicale canadienne, qui est celle de Choosing Wisely, là, qui est celle de faire le bon choix, la pertinence des examens, la sécurité, et ainsi de suite. Ça, ça demande une culture organisationnelle, c'est une culture d'entreprise. Et, pour avoir une culture d'entreprise, bien il faut être une entreprise. Alors, ne trouvez-vous pas que le fait d'aller dans la direction où on veut aller, ça ne favorise pas... — vous comprenez la double négation, là — que ça va dans le sens où vous voudriez que ça aille?

Et je vais enrober le tout en essayant de puiser dans votre expérience. Parce que vous, à l'Association médicale du Québec et, donc, du Canada, vous avez toujours été à l'affût de ce qui se passait à l'extérieur en termes de grands ensembles et de modes opérationnels. Et d'ailleurs vous avez, dans le passé, organisé des missions et des visites, auxquelles j'ai moi-même participé, où on est allés, par exemple, voir comment fonctionnait un grand groupe comme Cleveland Clinic, Cleveland Clinic qui est un ensemble qui gère, à toutes fins pratiques, un État, qui est l'Ohio et qui est 6 millions d'habitants ou de clients, si vous préférez, et dans laquelle on intègre tout, de la première ligne jusqu'au sommet des sommets, qui est évidemment Cleveland Clinic comme telle, avec toutes sortes de règles, toutes sortes de paramètres. Et c'est quand même une organisation où l'intégration se fait. Si je vous dis, moi, qu'à partir du moment où on écrit le projet de loi n° 10 et on s'en va dans une direction qui ressemble à ça et à la lecture des commentaires que je viens de vous faire, ne trouvez-vous pas que ce qui est sur la table a des bénéfices pour la population?

M. Marcoux (Laurent) : Merci, M. le ministre. Je vois dans votre intervention trois questions, mais je vais commencer par la dernière : Est-ce qu'on voit dans le projet de loi n° 10 un modèle d'intégration qui ressemblerait au modèle Cleveland? Le modèle Cleveland...

M. Barrette : Pardon. Je vous informe simplement que la finalité de ce que l'on veut faire, c'est cet ordre-là. Et là moi, ce que j'aurais été intéressé à entendre de vous, c'est votre opinion sur ça, dans la mesure où le projet de loi n° 10, comme je vous le dis, là, sa finalité est de faire ça : une relation directe entre le milieu et le gouvernement qui a la responsabilité de donner des orientations, mais une intégration dans la région qui est dans l'esprit et la manière des Kaiser Permanente et Cleveland Clinic de ce monde.

M. Marcoux (Laurent) : Dans les Kaiser Permanente et dans les Cleveland Clinic, les décisions cliniques se prennent à la base. Il y a, dans ces organisations-là, une liberté des professionnels en accord avec la population. C'est bien certain que les grandes orientations gouvernementales, on ne les nie pas, mais il ne faut pas qu'elles soient dans la direction de donner les lignes de conduite qui se traduisent jusqu'aux activités locales. Et ce que l'on voit dans ce projet de loi n° 10 là, c'est que les activités locales semblent être dictées... il n'y a pas de palier de coordination, semblent être dictées directement à des CISSS régionaux avec un seul conseil d'administration où les valeurs de la première ligne, par exemple, pourront difficilement trouver leur place.

M. Barrette : Pourquoi?

M. Marcoux (Laurent) : Parce que, dans les organisations, c'est toujours le plus fort qui a raison, on le sait, et le plus fort, dans une organisation comme un CISSS qui comprendra des centres hospitaliers, c'est l'hospitalocentrisme,

c'est les intérêts de l'hôpital et ceux qui sont plus près du conseil d'administration qui aura été nommé par le ministre qui feront valoir leur position de façon prioritaire. Et je vois très difficilement comment la première ligne va se reconnaître là-dedans et comment les organismes communautaires vont pouvoir faire concurrence à partir de directions données directement par le gouvernement à ce conseil d'administration là qu'il a lui-même nommé. Il y a là une inquiétude de démocratisation de la population.

Je le disais dans mon exposé, les systèmes de santé occidentaux qui fonctionnent ont toujours mis la voix du patient prêt à exprimer ses besoins et, oui, une gouvernance qui vient faire l'harmonie dans tout ça. Mais d'abord le citoyen qui reçoit les soins doit être très près du prestataire de soins pour ne pas qu'il y ait de dérive. Et c'est à ce moment-là... Et je fais le lien avec Choisir avec soin, Choosing Wisely. La lutte contre la surmédicalisation, le surdiagnostic, il faut, à ce moment-là, que ce soient des gens de la base qui l'exercent. On ne peut pas l'imposer du haut, il va y avoir un mécontentement, une révolte de la part des professionnels de la santé.

M. Barrette : Donc, si je vous suis, Dr Marcoux, là, ce que vous me dites, c'est que, si l'orientation ministérielle qui est donnée aux CISSS au Québec est de mettre l'emphase sur la première ligne et la coordination des soins dans le parcours du patient de la première ligne à la troisième ligne, disons, là, vous, vous considérez, là, qu'un CISSS n'est pas capable de faire ça.

• (12 h 10) •

M. Marcoux (Laurent) : Il va être en conflit avec d'autres intérêts. Cette mégastucture va être en conflit avec des intérêts qui vont être... où le lobbying va être beaucoup plus fort.

Je donne un exemple. Il y a 30 ans... 40 ans que je suis dans le domaine de la santé et qu'on plaide pour les méthodes préventives. On sait que les méthodes préventives vont nous apporter plus de bénéfices sur la santé que les méthodes curatives. On investit le millième en méthodes préventives et on achète... on multiplie les «CT scan», les résonances magnétiques, les grandes salles d'opération, les salles de soins intensifs pour des patients en phase terminale qu'on devrait s'occuper ailleurs, on maintient les patients, parce qu'il n'y a pas d'autres structures, dans des établissements de santé.

Je pense que, même avec la meilleure volonté, de dire : Oui, on voudrait que la première ligne soit primordiale, et avec la prévention des soins, il va y avoir un lobbying tellement fort parmi les gens que vous allez avoir vous-mêmes nommés dans un conseil d'administration — comme en Montérégie, par exemple, qui représente 1,5 million de personnes — que les gens vont se dire incapables de livrer la marchandise parce que, vous savez, en santé comme ailleurs, le budget est toujours limité. Il faut faire des choix.

M. Barrette : À ce moment-là, Dr Marcoux, là, j'ai envie de vous poser une question suite à un constat. Ce que vous nous dites, c'est le constat de ce que vous avez vécu dans votre carrière, et je dois vous avouer que j'ai vécu la même affaire, alors on s'entend là-dessus. Et force est de constater que ce que nous, vous et moi, avons vécu, c'est dans le système actuel, et, dans le système actuel, on est obligés de conclure que spontanément ce que l'on voudrait pour notre système, la génération spontanée des bonnes pratiques n'arrivera pas, et il va bien falloir, à un moment donné, qu'il y ait une intervention quelconque extérieure.

Si ce n'est pas une intervention extérieure pour arriver où vous et moi voudrions arriver, qu'est-ce que vous pensez qui devrait être fait? Si le chemin qu'on propose à nous, là... Parce que ce que vous nous dites, c'est que... Puis je suis très intéressé à vous entendre parce que vous avez une longue expérience. On le sait qu'actuellement, là, on ne l'a pas fait spontanément nous autres mêmes, là. Et, si vous me dites qu'avec un système dans lequel il y a une imputabilité dans laquelle on donne des consignes, là on n'est pas capables de le faire non plus, il reste quoi? Ça veut dire que la cause est désespérée? À moins que vous ayez une solution. Puis je suis très, très intéressé à l'entendre.

M. Marcoux (Laurent) : La solution, c'est plutôt le fruit d'une réflexion des membres de notre conseil... des membres décideurs et des membres consultatifs de notre organisation, mais on pense que réduire l'emprise du ministère au niveau de l'administration des soins, ça serait une bonne chose. Il faut assurer une marge de manoeuvre plus grande et une autonomie aux CISSS, parce que les directives qui vont venir d'ici ne seront sûrement pas mauvaises, mais est-ce qu'elles sont applicables dans toutes les régions?

On va prendre l'exemple d'un CISSS d'une région que je connais bien, la Montérégie, que je connais même très bien. On a été là pour organiser les GMF, j'étais chef du DRMG à ce moment-là, on a beaucoup travaillé en Montérégie. La Montérégie, c'est une région qui est une seule région... qu'elle a des entités semblables, mais elle a de grandes différences culturelles, et des besoins différents, et des façons différentes d'appliquer. Et ça, c'est les gens eux-mêmes à la base qui nous le disent. Les gens qui sont à Longueuil ne sont pas comme les gens de Cowansville ou de Haut-Saint-Laurent à Barrie Memorial. Il y a des structures, il y a des attentes qui sont complètement différentes. Et il faut laisser la chance que ce ne soit pas un dictat d'en haut qui vienne nous dire, dans l'application clinique...

Je parle toujours de l'application clinique, comment vont se faire les choses. Dans l'intégration administrative et financière qui vient supporter l'administration clinique, oui, on peut mettre des barrières, mais, une fois que ces barrières-là sont faites, on doit laisser les gens se réunir autour de conseils d'administration où ils se reconnaissent, reconnaissent la population qu'ils desservent et que la population qu'ils desservent leur parle. C'est ce que les gens de la base nous ont dit. C'est facile de vous le dire parce que c'est mon opinion personnelle, mais c'est... Il y a un bon jumelage, mais c'est d'abord ce que les gens, nos médecins de la base, nous ont dit, nos omnipraticiens, nos médecins de famille, ce que nous ont dit aussi les gens des organismes communautaires et la réflexion de nos médecins de notre association, qui sont dans différents endroits dans la province.

M. Barrette : Et le projet de loi n'empêche pas ça, d'aucune manière. Le projet de loi vise à faire en sorte qu'il y ait une structure qui ait la responsabilité de favoriser ça, d'une part, et ait la responsabilité de s'assurer qu'il y ait une coordination entre les différentes instances, peu importe les instances, pour que le patient s'y retrouve là-dedans et qu'on puisse lui permettre de cheminer facilement et sans obstacle dans le parcours de soins. Et actuellement, je pense que vous allez être d'accord avec moi, au-delà de la problématique de la pertinence qui est réelle, il y a aussi une problématique de cheminement dans le parcours de soins, et ce cheminement-là, il n'y a personne qui a trouvé de solution à date, là.

M. Marcoux (Laurent) : Je ne nie pas que l'intention soit bonne dans le projet de loi, mais comment que les gens peuvent s'exprimer — vous dites : Ils vont avoir l'occasion de s'exprimer — alors que leur conseil d'administration lui-même, ce n'est pas eux qui l'ont nommé? Le président d'un conseil d'administration n'aura même pas de gouverneur sur son propre directeur général qu'il n'aura pas nommé lui-même.

M. Barrette : Mettons que vous êtes dans une circonstance où il l'a nommé, là, on a corrigé ça, les nominations, admettons que les nominations se font comme vous voudriez. Est-ce que ce système-là, si vous faites le parallèle avec les grands ensembles qui existent ailleurs, que vous connaissez bien... ne serait-il pas favorable, plus favorable pour le patient, plus bénéfique que ce que l'on voit aujourd'hui? C'est parce que, si ce n'est pas le cas, ça veut dire que des grands ensembles comme Cleveland et puis Kaiser sont moins bons que nous. Et on sait qu'eux sont meilleurs que nous. En tout cas, je ne sais pas votre opinion là-dessus, là, mais en termes... Bien, en fait, je vais vous laisser nous donner votre opinion là-dessus. En termes d'organisation de soins, de desserte, de coordination, d'accessibilité, y a-tu quelque chose au Québec qui s'approche de ces deux grandes organisations-là?

M. Marcoux (Laurent) : Actuellement, on l'a dit, il y a probablement un palier de décision qui est de trop, mais il va devoir rester dans les régions. Qu'il soit divisé autrement, qu'il soit refondu, ça, je suis d'accord avec vous. Il y a des régions administratives de santé actuellement au Québec qui sont peut-être trop petites, qui n'ont pas cette capacité-là. Mais regroupons-les en régions qui font du sens, en mettant moins. Mais il va toujours y avoir, à notre point de vue, pour les CISSS, un devoir de coordination. Ça ne s'appellera pas des agences, mais il va y avoir, dans ces CISSS-là, un appareil de coordination; vous avez parlé de surveillance tantôt, mais ça peut être d'orientation, et de maintien, et de...

Et surtout il y a de la médiation à faire entre les établissements qui ont des cultures, des traditions, des objectifs et des partenariats à établir entre eux. Je ne pense pas que ça se dicte d'en haut. On arrive aux mêmes résultats, mais les gens, dans une société démocratique, aiment avoir à décider pour eux à partir d'orientations qui sont données par le gouvernement. Je ne nie pas que le ministère doive continuer à être la main-d'œuvre des grandes orientations, des capacités, des... mais les gens devront avoir à choisir, sinon toute cette question de démobilisation qu'on a vue dans les systèmes qui se sont centralisés et ensuite redéployés de façon... Ils ne se sont pas redéployés pour aucune raison. Ils se sont redéployés parce qu'il y avait là un cafouillage, et les gens ne se reconnaissaient pas, il manquait d'adhésion. Parce qu'on ne travaille pas seulement qu'avec un système, on travaille avec des gens qui sont sur le terrain, des gens qui quotidiennement se dévouent pour des patients. Ils doivent y trouver leur compte au point de vue professionnel là-dedans. Et ça, c'est important. Et c'est ça qu'on appelle l'intégration des soins.

M. Barrette : ...là-dessus. Et, je peux vous rassurer, l'objectif du projet de loi n° 10, il n'est pas de reproduire l'Alberta, là. Ce n'est pas au ministère de la Santé qu'on va gérer le pain quotidien du réseau de la santé, au contraire, mais bien au niveau de l'éventuel CISSS. Et, dans un CISSS, au bout de la ligne, le CISSS doit avoir la responsabilité de s'assurer que la coordination se fasse dans son réseau et que le service soit amené aux citoyens, mais il doit y avoir aussi des orientations. Et moi, je suis d'avis que, tant qu'il n'y aura pas une orientation claire avec une certaine ligne d'autorité, là, la première ligne, elle ne se réglera jamais. Puis force est d'admettre que dans... Ça fait combien d'années, là, vous? Je ne veux pas vous vieillir, mais ça fait plus d'années que...

M. Marcoux (Laurent) : Ça fait 35 ans que je suis en pratique de médecine de famille.

M. Barrette : 35 ans que vous êtes en pratique, et on a tout vu, mais on n'a pas vu de résultats positifs significatifs pour la première ligne, puis on ne s'est même pas encore adressé à la problématique de la pertinence des examens. Alors, à un moment donné, il va quand même falloir peut-être réussir à imprimer un mouvement pour définitivement changer la culture.

M. Marcoux (Laurent) : ...M. le ministre, puis c'est pour ça qu'on a fait appel à vous pour lancer notre projet de Choisir avec soin et de contrer le surdiagnostic. Malgré les faibles moyens qu'on a — on aurait bien aimé avoir le leadership du gouvernement là-dedans — il y a des projets qui lèvent. En Gatineau, il y a des groupes de médecins qui s'y attaquent, à ce problème-là. Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, il y a des médecins qui se sont regroupés puis ils ont dit : Oui, on est conscients... on n'est pas les seuls coupables du surdiagnostic et de la dépense induite qui est faite avec le surexamen, mais on doit mobiliser nos patients et on doit se conscientiser ensemble pour changer cette culture-là où que le plus, c'est le meilleur. Et je pense que les médecins, quand on leur... quand ils réalisent qu'une chose est bonne, ils ont toujours été volontaires à suivre les directives pour arriver aux meilleurs soins de leurs patients. Parce que le surdiagnostic, comme on vous l'a dit, nuit aux patients mais nuit aussi aux ressources qui doivent être attribuées aux patients pour de meilleurs services.

• (12 h 20) •

M. Barrette : Je suis d'accord avec vous sur ce point-là. Et on va y arriver, là, faites-vous-en pas, ça fait partie du plan — on va dire ça comme ça. Ceci dit, pourriez-vous prendre quelques minutes pour aborder une autre problématique dans la gestion de notre système de santé, qui est celle du financement à l'activité? Parce que c'est une chose que vous avez analysée aussi, là, l'an passé.

M. Marcoux (Laurent) : Vous, savez, M. le ministre, que l'Association médicale du Québec s'est prononcée en faveur du financement à l'activité. Nous pensons que c'est un moyen qui permettra de mieux répartir et de permettre à chaque établissement, chaque département de faire les efforts pour arriver à offrir le plus de services et probablement, en bout de compte, à meilleur compte.

Il y a des conditions préalables au financement à l'activité. Il y a tout le système de l'informatique. Le système informatique doit être présent pour permettre d'évaluer, quantifier, mesurer. Et aussi il y a des établissements qui vont être freinés dans leur financement à l'activité parce que, si les ressources ne sont pas là... Je ne parle pas des ressources financières, parce qu'elles vont venir, les ressources financières, avec le paiement à... avec l'activité qui va avoir été faite. Mais les ressources humaines, par exemple, les ressources en termes de locaux, est-ce que leurs locaux vont être suffisants pour répondre, même si l'équipe est très dédiée à faire beaucoup plus de chirurgies puis dire : Bien, on va en faire parce que c'est payé à l'activité puis ça va devenir comme une activité de production?

Et il faut qu'il y ait des éléments de mesure pour aussi garantir la qualité de ces actes. Ce n'est pas tout de s'emballer à faire des examens parce qu'ils sont payés, il faut qu'ils soient de qualité. Et, dans ce projet de loi n° 10, justement, il y a une chose qui nous inquiète, je n'en ai pas parlé beaucoup : Où vont être les CMDP, les conseils de médecins et dentistes des établissements, qui sont là pour autoréguler la pratique des médecins pour assurer pour le patient une meilleure qualité de l'acte? Ce n'est que leur seul rôle. Parfois, ils débordent un peu, mais ce rôle-là, d'évaluation de la qualité et du maintien de la qualité dans leur établissement... Je fais le rapport parce que, dans les financements à l'activité, il va falloir garder une très grande préoccupation de faire les mesures adéquates pour que les activités restent de qualité.

M. Barrette : Mais ça, je peux vous rassurer, on est tout à fait en synchronisme avec vous sur ce plan-là. Je peux même vous dire qu'à la Santé on a eu de longues discussions avec les Finances, surprenamment, sur ce point-là, et les Finances sont tout à fait d'accord à s'engager dans cette direction-là, tout en constatant évidemment, comme vous le faites avec justesse, qu'il faut quand même quelques outils de mesure et ressources supplémentaires pour mettre ça en place. Et on a déjà commencé à travailler en ce sens-là. Ça fait que, tant du côté de la mesure que du côté de la pertinence des examens, évidemment, on est sur la même page.

Je vais vous poser une dernière question, parce que je pense que mon temps... 30 secondes?

Le Président (M. Tanguay) : 30 secondes.

M. Barrette : Le 5 milliards d'économies, vous avez pris ce chiffre-là où?

M. Marcoux (Laurent) : Ce chiffre-là vient...

M. Barrette : Il est québécois ou il est canadien?

M. Marcoux (Laurent) : Il vient d'une étude américaine, je vous le concède, mais il a été repris par des études canadiennes plus segmentaires. Mais on arrive toujours à des économies de l'ordre de 18 % à 30 % des soins de santé si on prescrivait les examens et on faisait les traitements avec la plus grande pertinence.

M. Barrette : ...30 %, c'est énorme.

M. Marcoux (Laurent) : 18 % correspond, si on fait l'extrapolation américaine, à ici. Mais il y a eu d'autres études qui ont été faites au Canada, et on arrive à 13 %. Mais convenons-en que, si on ne récolte pas 5 milliards, ne serait-on pas près, avec un petit effort mobilisé, d'en récolter la moitié, 2 milliards, 2,5 milliards? Ça serait quand même substantiel. Et...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup.

M. Marcoux (Laurent) : ...moi, comme médecin, mon principal point, c'est l'économie. Mais c'est que le surdiagnostic nuit aussi au patient. Et le patient qui demande du surdiagnostic — parce que c'est souvent le patient qui le demande — il faut le conscientiser à ne pas se nuire lui-même, alors...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. Marcoux. Ceci met fin au bloc d'échange avec la banquette ministérielle. Je cède maintenant la parole à notre collègue députée de Taillon pour un bloc de 13 min 10 s.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, bienvenue, Dr Marcoux et M. Laberge. Je salue également M. Nadon, à l'arrière. Alors, très contente de vous accueillir. L'Association médicale du Québec est reconnue pour sa conscience profonde du terrain, de la proximité des patients et également sa capacité à mobiliser les médecins.

J'étais aussi de la mission à Cleveland et de d'autres missions que vous avez organisées et je sais que vous êtes capables de mobiliser les médecins de famille et les spécialistes et que vous avez une vision qui est très avant-gardiste.

Et vous soutenez également le travail interdisciplinaire. Alors, je pense que ce sont ces dimensions-là qui doivent primer quand on veut vraiment trouver des solutions.

J'entendais tantôt mon collègue ministre — en fait, je ne suis pas ministre, mais vous êtes mon collègue député quand même — et je pense qu'il y a une dimension qui a été complètement escamotée dans toutes les comparaisons qu'on essaie de faire, c'est le point de départ. Et on ne part pas au même endroit qu'aux États-Unis, qu'à Cleveland où qu'à Kaiser Permanente. On part du Québec et, au Québec, on a une carence grave, dramatique d'accès et on a un manque d'argent important, et ça, ce sont nos deux données de base dans notre système. Et, si on demandait aux patients ce qu'ils pensent et aux citoyens qui nous écoutent, c'est ça, le problème. Ils veulent avoir un meilleur accès et ils ne veulent pas que ça coûte trop cher, donc ils veulent qu'on rentabilise le mieux possible. Ce sont nos deux responsabilités. Et ça, ça change beaucoup de ce qui se fait ailleurs quand les dossiers ou les... on compare avec des systèmes qui sont développés depuis plusieurs années dans d'autres contextes économiques et surtout des contextes de départ. Alors, moi, je vous dis, on a 2 millions de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille et qui subissent des préjudices de ça.

Alors, moi, je pense que c'est la séquence qui n'est pas correcte avec le projet de loi n° 10. Les priorités, il y a des mesures simples qui existent déjà pour donner accès, et elles ne sont pas mises en vigueur, et le ministre les retarde en faisant prioriser le projet de loi n° 10. La reddition de comptes pour les GMF, les soins à domicile, certaines contributions des autres professionnels de la santé, ce sont des choses qui doivent arriver plus vite que le projet de loi n° 10.

Deuxième niveau où je rejoins peut-être une partie du projet de loi n° 10, c'est l'informatisation, et vous y faites référence dans votre... On ne peut pas parler de financement à l'activité si on n'a pas priorisé d'abord l'informatisation. Et ensuite il y a un élément très important dont je vais vous parler tantôt parce que vous y référez aussi, c'est la mobilisation des équipes et des professionnels de la santé. Et après on peut penser vraiment ou en tout cas parallèlement à ça, mais certainement pas en débutant par tout désorganiser... on peut entendre des orientations. Ces orientations-là, elles peuvent s'entendre à différents moments. Mais, actuellement, ce que les groupes nous disent depuis deux semaines, depuis le début des travaux, c'est que ce ne sont pas des orientations ministérielles, c'est un contrôle ministériel, et ça, c'est très différent.

Donc, à la lumière de ce plan d'action là, moi, j'aimerais ça vous entendre par rapport à différentes mesures, mais, entre autres, pour faire valoir le contrôle, vous parlez de la nomination des conseils d'administration, et même par rapport au comité qui devrait gérer, comité d'experts, qui lui va être aussi nommé par le ministre. Est-ce que vous pouvez nous donner un peu votre perception par rapport à ça? C'est à la page 8 et 9 de votre mémoire.

M. Marcoux (Laurent) : Bien, nous pensons que le conseil d'administration d'un établissement, qu'il soit petit ou grand, doit être la voix de ceux qu'il dessert, surtout en santé. Et le fait que... comment un citoyen va pouvoir référer... ou un professionnel de la santé va-t-il pouvoir référer à membre du conseil d'administration pour faire valoir un changement ou une modification, une altération dans les orientations ou dans les décisions parce qu'il vient présenter un besoin qu'il connaît bien? Il n'y a aucune connexion avec cette personne-là, elle ne le représente pas.

C'est bien certain qu'il y a deux médecins, puis on en est très heureux, sur les conseils d'administration, mais ils sont... excusez l'expression, mais coincés dans un conseil d'administration avec lequel il y a peu d'alliances faites parce que les directives viennent d'en haut. Si je ne m'abuse, j'ai entendu, dans l'explication de ce projet de loi là, que, si le P.D.G. ou les membres du conseil d'administration nommés ne font pas les directives, c'est parce qu'ils en sont incapables, et on va les modifier, on va les changer. On va les changer jusqu'à ce qu'ils accomplissent non pas l'orientation, mais la direction ministérielle, et ça, ça nous inquiète. Parce que l'administration des usines n'est pas démocratique, et l'administration des soins, parce qu'on touche à l'humain, doit avoir une certaine part de réceptivité de la part de ceux à qui... On ne les traite pas malgré eux, on les traite avec eux et selon leurs besoins.

• (12 h 30) •

Mme Lamarre : Je suis tout à fait d'accord avec votre commentaire. Et d'ailleurs j'évoquerais, finalement, dans d'autres projets de loi ou dans d'autres... entre autres, sur le développement durable, qui fait appel aussi à la mobilisation des gens, le gouvernement actuel a fait référence à l'importance de l'acceptabilité sociale et l'acceptabilité, dans notre cas, de tous les intervenants de tous les paliers du système de santé. Et ce à quoi malheureusement on assiste actuellement, c'est beaucoup plus des contraintes et de la coercition, et donc ça nous questionne. Si vous aviez à travailler la mobilisation de la première ligne, comment vous fonctionneriez?

M. Marcoux (Laurent) : La mobilisation de la première ligne, je crois qu'il y a seulement qu'un mot, c'est l'interdisciplinarité. On n'a pas une première ligne unique. La première ligne, ce n'est pas le médecin, ce n'est pas l'infirmière, c'est l'ensemble de l'interaction de ces gens-là entre eux, avec le social, tous ceux qui oeuvrent auprès du patient, et qu'on crée une cellule auquel le patient... Il n'y a pas un patient qui va se reconnaître dans un CISSS. Un patient va se reconnaître dans son organisation locale dans laquelle il ressent... Oui, le ministère peut donner les orientations, favoriser les modes de rémunération, peut favoriser, lors des négociations, pour que ces choses-là arrivent, mais l'intégration de la clinique de première ligne se fait par une équipe interdisciplinaire. Pas multidisciplinaire, interdisciplinaire.

Mme Lamarre : Est-ce qu'il y a déjà dans notre organisation actuelle des moyens pour un ministère de donner des orientations?

M. Marcoux (Laurent) : Je pense que le ministère et le gouvernement ont beaucoup de moyens, et ils pourraient les exercer, ne serait-ce que lors des négociations. Les modes de rémunération, ce n'est pas la panacée, mais on voit... Je vous dis que j'étais à la conférence des négociations, au lac-à-l'épaule du conseil d'administration canadien de l'Association médicale canadienne et j'ai entendu des expériences qui m'ont absolument animé. Il y a des

groupes de médecins en Colombie-Britannique qui ont pris en charge des communautés, pas des communautés de 1,5 million, ils ont pris des communautés qui se ressemblaient, rurales parfois, urbaines parfois, avec des budgets en fonction des populations qui étaient là, puis ils ont le devoir — le devoir, et c'est lié dans leur mode de rémunération — de rendre ces services-là. Ils sont «accountable», ils sont redevables, vis-à-vis le gouvernement, des budgets pour desservir une population bien circonscrite et dans laquelle les gens peuvent s'impliquer.

Mme Lamarre : Vous faites référence également, à la page 11 de votre mémoire, aux économies éventuelles, donc le 220 millions qui a été évoqué, duquel vous avez peut-être pris connaissance. Mais je vous le répète, là, il y a 20 millions qui part de la Santé publique dans les régions pour être reconcentré au niveau du ministère. Je vois que, juste avec, par exemple, les tests de laboratoire dont vous parlez, des tests qui sont vraiment convenus qu'on devrait interdire ou, en tout cas, qu'on ne devrait pas laisser faire en première ligne, hein... Même dans les tests de laboratoire, il y a des tests de premier... Les premiers tests qu'on passe, on ne devrait pas nécessairement avoir tout l'arsenal. Et il y a déjà des centaines de millions de dollars qui sont récupérables à ce niveau-là. Et vous évoquez, vous, dans le 220 millions... on parle d'économies, mais on n'a pas parlé de coûts de transition. Est-ce que vous avez réfléchi à quelques éléments de coûts de transition qui vont être associés à une concentration comme celle-là, du pouvoir?

M. Marcoux (Laurent) : Bien, au point de vue clinique, je... Au point de vue administratif, je ne pourrais pas vous dire, ce n'est pas mon domaine. Mais, au point de vue clinique, il va falloir, si on veut récupérer... mais moi, je pense surtout récupérer au niveau du surdiagnostic et non pas au niveau de la coupure des postes dans les agences actuelles. Mais on va devoir réinjecter de l'argent parce qu'il va falloir reformer des structures. On n'a pas qu'à amputer le système de santé pour penser qu'il va continuer à fonctionner, il va falloir mettre quelque chose à la place comme transition, et ça, ça coûte nécessairement quelque chose.

Et aussi, dans le cas du surdiagnostic, bien il faudrait donner la bougie d'allumage pour que ça parte. Actuellement, elle part par la bonne volonté des conseils des médecins et dentistes et des organisations locales, mais il y a beaucoup plus que ça à en retirer. Mais, oui, il y a un investissement à faire. Et ce 200 millions là, pour ce qu'on fait pour centraliser le système de santé, je ne vois pas le bénéfice avant plusieurs années à cause des droits qui sont garantis aux fonctionnaires... aux gestionnaires qui sont là et aussi au fait qu'on ne peut pas couper quelque chose sans momentanément le remplacer par autre chose. On ne peut pas laisser ça en suspens.

Le système de santé, c'est complexe. Ce n'est pas comme une chaîne de montage où on l'accélère, les choses vont plus vite. Un système de santé, c'est très complexe, et il faut que les changements se fassent en mettant en place des méthodes transitoires, et c'est à ça qu'on fait allusion, qui ont des coûts. Je ne pourrais pas vous les chiffrer, mais elles ont nécessairement des coûts.

Mme Lamarre : Je vous remercie. Je laisse la parole à mon collègue le député de Rosemont.

M. Lisée : Merci, Dr Marcoux, M. Laberge, M. Nadon. Vous avez parlé de la dose de concentration qui est tellement forte qu'elle peut nuire au patient, le patient étant ici la totalité des patients et le système de santé. On sait que c'est un organisme extrêmement complexe, il doit y avoir des orientations, des décisions, de la reddition de comptes, mais aussi de la rétroaction, de la rétroaction pour savoir ce qui se passe à la base et ce que les intervenants, les médecins, les cadres constatent.

Dans la hiérarchie qui est proposée par le projet de loi, où le ministre désigne les membres de conseil d'administration, les P.D.G., les P.D.G. adjoints et les comités d'experts, que pensez-vous que ça va donner en termes de rétroaction, c'est-à-dire de capacité pour ces gens qui ont été nommés de dire la vérité au pouvoir, de dire que telle orientation ne fonctionne pas, telle modification serait nécessaire, compte tenu du fait qu'ils sont tous redevables, pour leur emploi actuel et futur, de la décision du ministre?

M. Marcoux (Laurent) : Bien, vous êtes au coeur de ce que je disais tantôt. On craint, on n'a pas de lunette magique pour en être sûrs, mais on craint fortement que, le fait que les gens nommés par le ministre disent au ministre ce qu'il faut pour les patients, il se crée une confrontation avec la base. Et c'est là qu'on parle de démobilisation.

On est dans un système où il y a des activités faites par des professionnels. Il y a eu de nombreuses études faites sur la gestion des professionnels où... Oublions les patients qui ont leur mot à dire, mais les professionnels dans un système d'organisation de professionnels, le professionnel se sent en devoir de dire ce qu'il veut, il est l'expert, et c'est ça qui fait la différence. On peut mettre d'autres experts, mais — vous savez qu'est-ce que ça fait des experts entre eux — celui qui applique les choses, qui est sur le terrain, il va dire que c'est lui qui a raison parce qu'il voit le résultat.

Et je vous invite à lire Henry Mintzberg, qui a fait des études intéressantes là-dessus, sur le fait que la gestion des professionnels doit laisser une place au professionnel de terrain, qui est dans l'activité, qui a les mains dedans, pour donner les suggestions et de savoir comment ça fonctionne. Le professionnel, je ne parle pas que des médecins, là, je parle des médecins, des infirmières, des pharmaciens, ces gens-là sont au quotidien. Au-delà de leur aspiration de négociation financière, ils ont des idées à dire, ils ont des choses à dire.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. Marcoux. Alors, je cède maintenant la parole au député de La Peltre pour un bloc de 8 min 50 s.

M. Caire : Merci, M. le Président. Bonjour à vous deux. Je veux revenir sur le surdiagnostic. C'est quelque chose que vous soulignez, à raison, je pense. D'ailleurs, j'ai entendu le ministre en faire aussi mention dans certaines de ses

interventions publiques. Justement, la question que je me posais : Le CISSS, tel qu'il est proposé, va redéfinir la configuration de l'administration, mais aussi l'intégration des services, et est-ce que nous ne croyez pas que cette façon-là de faire pourrait prévenir le surdiagnostic, au sens où ça devient un peu plus difficile d'aller se magasiner un médecin puis un diagnostic ou...

M. Marcoux (Laurent) : Je vais d'abord définir ce qu'est le surdiagnostic. Le surdiagnostic, c'est sûr que le magasinage peut en faire... le magasinage du patient d'un médecin à l'autre pourrait occasionner du surdiagnostic, de la surconsommation, que je pourrais dire. Mais le surdiagnostic, c'est toute activité d'investigation qui est faite chez un patient qui n'a ni symptôme et que ces symptômes-là n'atteindront pas de conséquence. Ça veut dire que les gens qui se présentent en pleine santé pour un examen général puis ils ont une batterie de tests, mais longue comme ça, qui coûte une fortune, ce n'est pas vrai que c'est pertinent, ce n'est pas pertinent. Et tout traitement qui n'apporte pas de valeur ajoutée...

Et ça, ce n'est pas l'Association médicale du Québec qui les définit, ces choses-là, ce sont des associations professionnelles pancanadiennes, l'Association des radiologistes, l'Association des chirurgiens généraux, qui nous disent : Tel acte, là, ça n'a pas sa place dans telle circonstance. On a donné des exemples, ce serait peut-être un petit trop long pour embarquer là-dessus actuellement.

Mais le surdiagnostic, il y a quatre raisons qu'il y a du surdiagnostic. Oui, il y a le médecin qui, par ses habitudes de travail, prescrit trop largement. Il y a le patient qui en demande trop. Il y a la culture, dans une culture nord-américaine, où plus c'est mieux. Ce n'est pas vrai que plus c'est mieux en médecine. C'est peut-être vrai dans... Un gros gâteau, c'est peut-être mieux qu'un petit gâteau. Mais, en pratique, plus de radiographies, ce n'est pas bon, c'est délétère pour le patient, c'est nuisible. Donc, ce n'est pas vrai.

Et aussi le système. Et, dans le système, c'est un peu plus «touchy», pour employer une expression très courante. Mais le système, c'est quand les négociations font que, si je fais plus d'exams, je vais avoir plus de rémunération, ou que telle compagnie d'assurance demande des exams, ou que tel employeur veut avoir des radiographies de la colonne lombaire de tous ses gens qu'il emploie. C'est inutile, et c'est dommageable pour le patient, et ça coûte quelque chose à quelqu'un. C'est ça, le surdiagnostic, c'est ça, la question. Je ne sais pas si ça répond à votre question, M. Caire.

• (12 h 40) •

M. Caire : Bien, en partie, mais... Bien, en fait, vous l'avez abordé, on dit souvent que le patient met beaucoup de pression, et souvent, si un médecin ne me donne pas...

M. Marcoux (Laurent) : ...effectivement.

M. Caire : ...ne me donne pas satisfaction, ou, tu sais : Par rapport aux recherches que j'ai faites sur Internet, ce que tu me dis, ça ne fitte pas, donc je vais aller voir un médecin tant et aussi longtemps que je n'aurai pas l'ensemble des évaluations et exams...

M. Marcoux (Laurent) : Ou je vais talonner mon propre médecin aussi longtemps qu'il ne me le donne pas.

M. Caire : Ou encore. Donc, dans ce sens-là, vous ne croyez pas qu'une meilleure intégration amène aussi une meilleure coordination des soins.

M. Marcoux (Laurent) : L'intégration va faire en sorte que le patient ne pourra plus magasiner, c'est ça que vous entendez?

M. Caire : Bien, je vous pose la question : Est-ce que ça ne pourrait pas être une solution à ça?

M. Marcoux (Laurent) : Je vous ai dit que je pense que le magasinage n'est pas la seule raison, là, mais ça n'empêche... Si on n'intervient pas, nous, comme médecins et comme société, en faisant... Actuellement, qu'est-ce qu'on fait avec Choisir avec soin, qui est notre programme de contrer le surdiagnostic, c'est qu'on a émis des recommandations. Il y en a 30 qui sont sorties sur différents sujets, la sinusite, les lombalgies, et il va y en avoir 30 autres qui vont sortir. C'est dans des sites publics. Il faut les publiciser, il faut amener les gens à y réfléchir, il faut amener les médecins à y réfléchir pour qu'ils soient mieux outillés pour répondre à leurs patients.

Moi, je ne pense pas que le patient, le plus souvent, il magasine d'une place à l'autre tant qu'il ne l'a pas eu, c'est sûr qu'il coince son médecin à lui prescrire puis que le médecin finalement, il dit : Bien, je vais lui prescrire, ça va le satisfaire. Puis c'est dans ce sens-là. Je ne vois pas comment, un système qui est intégré par un conseil d'administration unique puis qui rejoint une grande population, on va réussir plus, avec cet outil administratif là, à contrer le surdiagnostic. Je ne dis pas qu'ils ne peuvent pas y collaborer quand même, là, mais ce n'est pas le moyen direct pour le faire, ce n'est pas le moyen naturel pour le faire, ce n'est pas le moyen que ça ne se fera pas si ça, ça n'existe pas, mais ce n'est pas en opposition nécessairement, c'est que...

M. Caire : Je comprends. Vous avez fait référence, plus tôt, au fait que l'Alberta avait procédé à des réformes qui étaient sensiblement similaires à celle qui est proposée aujourd'hui et avait dû revenir en arrière. Je comprends que, sur le principe des CISSS, vous n'êtes pas en désaccord, vous êtes...

M. Marcoux (Laurent) : ...un peu loin.

M. Caire : ...vous êtes plutôt inquiets de la délocalisation des soins ou, en tout cas, de la capacité à décider au niveau de l'administration des soins. Qu'est-ce qui a été fait en Alberta qui était correct? Surtout, qu'est-ce qui a été fait en Alberta qui n'était pas correct et qui a amené cette espèce de recul là? Quels sont les pièges qu'on devrait éviter, finalement?

M. Marcoux (Laurent) : Bien, en Alberta, on n'avait fait, à toutes fins pratiques, qu'une seule agence pour la province. Ce n'est pas comparable tout à fait au Québec parce que l'Alberta a 1,5 million de population, c'est comme la Montérégie à peu près, là. Et puis, en Alberta, on avait je crois que c'était neuf agences de gestion de santé. Et il y avait ça au départ, puis on a ramené ça à peu, et là il y a eu... Les gens ne se reconnaissaient pas parce que, même s'il n'y a pas beaucoup de population, il y a des différences culturelles, il y a des différences de besoins, et les gens ne pouvaient pas s'exprimer dans ce système de soins là. Ça fait qu'ils sont revenus en arrière et maintenant ils ont fait un moyen terme — corrige-moi — trois à...

Une voix : ...

M. Marcoux (Laurent) : Cinq? Cinq grandes régions administratives. Et là les gens s'impliquent, se mobilisent pour une activité pour laquelle ils se sentent responsables.

M. Caire : Vous parliez, tout à l'heure, de peut-être 35 à 40 établissements. J'aimerais ça vous entendre là-dessus. Sur quelle base, dans le fond, est-ce qu'on devrait définir le nombre?

M. Marcoux (Laurent) : Ah! C'est sur la base de ce que j'avais dit précédemment. C'est que de réduire ça trop à des grands établissements puis en ayant trop de contrôle, on trouvait ça un petit peu toxique, ça fait qu'on voulait donner un petit peu d'air à la posologie, là, la mettre un petit peu moins concentrée. Pourquoi réduire à 25? Pourquoi ne pas ajouter les établissements suprarégionaux puis qu'on monterait de 28 à 29 par deux... toute chose comme ça.

Puis peut-être qu'il y a des secteurs que c'est un petit peu grand, un petit peu trop de les réunir ensemble pour faire seulement que 25... Ne pensons qu'aux centres jeunesse qui vont être intégrés là-dedans. Comment ils vont trouver leur place, comment ils vont trouver leur voie de spécificité dans les CISSS? Qui va les écouter? Qui va les entendre? Qui va répondre à leurs préoccupations? C'est là l'objet de notre inquiétude vis-à-vis des mégastuctures comme celles-là, où tout est intégré. Est-ce que 28, c'est mieux? Plus qu'on va rapetisser, plus qu'on va arriver à une; mais là on a comme l'idée que c'est vraiment trop, là. Mais 28, ça nous semble à terme un peu toxique, c'est pour ça qu'on a dit : Bien, agrandissons, pourquoi pas 40...

M. Caire : Oui, mais vous n'avez pas un critère qui vous dit... Comme hier, il y a un de nos intervenants qui disait : Écoutez, il y a une littérature qui nous dit que, des organisations d'au-delà de 100 000 habitants, on perd de l'efficacité. C'était un petit peu dans ce sens-là qu'était ma question. Vous parlez de 35 à 40. Est-ce que c'est un chiffre que vous avez donné à titre d'exemple ou vous avez vraiment réfléchi à la question puis vous dites : Bon, bien, je regarde la configuration du Québec, la population, les réalités régionales et, de l'avis de l'association, 35 à 40 CISSS seraient plus apte à mieux représenter...

M. Marcoux (Laurent) : Non. Je n'irais pas, là... C'était un chiffre approximatif qui voulait dire : Pourquoi pas un peu plus? Je pense qu'une structure qui... c'est une structure où les gens se reconnaissent. Je vous ai dit que j'avais oeuvré en Montérégie? La Montérégie, si on la met à plat, elle ne se reconnaît pas. Elle se reconnaissait parce qu'elle référait à une unité de coordination qui était l'agence. Ce n'est pas que je préconise qu'on revienne aux agences, mais je pense que les structures qui sont terrain peuvent s'unir ensemble puis se coordonner, puis faire des choses, puis c'est fort utile. Puis ce n'est pas nécessairement 100 000 habitants, ce n'est pas nécessairement 200 000, ça va dépendre du contexte culturel, du contexte démographique, du contexte où les gens sont habitués de vivre ensemble. Quand qu'on parle de l'ouest de la Montérégie, c'est une communauté qui se reconnaît, la région de Valleyfield, Châteauguay, et on a là 350 000 personnes. Et on peut arriver dans des endroits plus petits comme les Îles-de-la-Madeleine où les gens ne sont que 20 000, mais ils se reconnaissent. Ils se reconnaîtraient comment avec une population autre?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Merci beaucoup, M. Marcoux. Alors, je cède maintenant la parole à notre collègue députée de Gouin pour un bloc de trois minutes.

Mme David (Gouin) : Merci, M. le Président. Je vais, moi aussi, vous poser des questions vraiment très précises et un peu dans la lignée de mon collègue. Vous nous avez dit : L'Alberta — est-ce que j'ai bien compris? — l'Alberta, la province au complet, c'est 1,5 million d'habitants à peu près?

Une voix : C'est plus que ça.

M. Marcoux (Laurent) : C'est peut-être maintenant plus parce qu'ils ont beaucoup d'immigration. Là, ici, je suis peut-être dans les... Mais ce n'est pas...

Mme David (Gouin) : Bon, mettons, deux.

M. Marcoux (Laurent) : Oui, mais mettons-en pas trop, par exemple, parce que le...

Mme David (Gouin) : Bon, bien, mettons deux, pour le bénéfice des gens qui nous écoutent.

M. Marcoux (Laurent) : Oui, deux ou trois, là, deux et demi, oui.

Mme David (Gouin) : Alors, mettons, 2 millions d'habitants; à peu près, d'après vous, d'après vos connaissances, cinq agences.

M. Marcoux (Laurent) : Bien, pas d'après mes connaissances, d'après leur expérience.

Mme David (Gouin) : Oui, c'est ça.

M. Marcoux (Laurent) : Oui, c'est ça, à peu près.

Mme David (Gouin) : Les chiffres sont là. Donc, à peu près 2 millions d'habitants; d'après les informations dont vous disposez, cinq agences. En Montérégie, si on prend toute la Montérégie, vous la connaissez bien, on parle de combien d'habitants?

M. Marcoux (Laurent) : 1,5 million. 1 350 000 million à 1,5 million.

Mme David (Gouin) : O.K. Et donc, là, on est en train de parler d'un CISSS. Moi, je pense que ce sont des chiffres qui parlent. En plus des différences culturelles dont vous avez parlé, je pense aussi, comme vous, qu'on ne peut pas se fier uniquement sur le bassin de population, qu'il faut tenir compte des particularités géographiques, et, au Québec, elles sont nombreuses.

J'ai une autre question pour vous, et c'est aussi en pensant aux gens qui nous écoutent puis qui ne sont pas tous des experts comme vous l'êtes. Il a été fait mention, depuis hier, du modèle Kaiser, de la Cleveland Clinic. Une question simple : Dans les deux cas, est-ce qu'on parle d'établissements publics, est-ce qu'on parle d'établissements privés?

M. Marcoux (Laurent) : C'est des établissements privés, mais c'est des regroupements. C'est des assureurs, en fait, qui regroupent des clientèles, des clientèles non sélectionnées — c'est ce qui fait que ça peut ressembler à une population normale — et qui proposent un système de santé qui est plus sur le modèle de la capitation. Donc, ça veut dire qu'on a un montant total pour traiter ces gens-là. Et les gens qui travaillent doivent travailler selon des modèles préétablis, mais des modèles préétablis qu'ils adaptent à la base. Les départements eux-mêmes font leurs modèles, mais il faut que ça soit en concordance avec la philosophie du gestionnaire principal.

Mme David (Gouin) : Et, disons, si on parle... Et là, je m'exprime comme une néophyte vraiment, mais je pense que ça peut être utile aux gens qui nous écoutent. La Cleveland Clinic couvre-t-elle l'ensemble des habitants de la ville de Cleveland?

M. Marcoux (Laurent) : Non, ce n'est pas comme ça. Ils ont même des clientèles en Floride, si je ne me trompe pas. Ils ont des clientèles dans l'Ouest américain. Et ils en ont à Cleveland sûrement. Ils sont là, oui, c'est sûr. Mais pas tout Cleveland.

Mme David (Gouin) : Donc, on parle ici d'un modèle particulier couvrant des gens qui sont assurés, si j'ai bien compris, avec cet organisme. On ne parle pas du modèle public que nous connaissons au Québec, de CLSC, de CSSS, et tout, on est dans quelque chose d'assez différent.

M. Marcoux (Laurent) : Pas tout à fait... C'est différent. C'est différent, mais il y a quelque chose de semblable, et là-dessus M. le ministre a raison, c'est qu'il y a une prise en charge d'un groupe qui est quand même important, 8 millions de personnes...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup.

Mme David (Gouin) : O.K. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup à vous, MM. Marcoux et Laberge, représentant l'Association médicale du Québec.

Je vais maintenant laisser le temps au prochain groupe de prendre place et je suspends temporairement nos travaux.

(Suspension de la séance à 12 h 50)

(Reprise à 12 h 55)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Je souhaite maintenant la bienvenue à des gens qui participeront à une audition conjointe. Nous entendrons d'abord, pour une période de cinq minutes, les représentants et

représentantes de l'Association des Townshippers et, dans un deuxième temps, notre bloc de 10 minutes de présentation se subdivisera pour une deuxième portion de cinq minutes aux représentantes, représentants de Voice of English-Speaking Québec.

Alors, pour les fins d'enregistrement, dans un premier temps, je céderais la parole à l'Association des Townshippers. Je vous demanderais de bien vouloir vous présenter et je vous indiquerai lorsque le cinq minutes sera écoulé. Par la suite, nous irons avec la présentation des personnes de Voice of English-speaking Québec.

Alors, pour l'Association des Townshippers, veuillez s'il vous plaît vous présenter. Et vous disposez, donc, de cinq minutes. La parole est à vous.

Association des Townshippers et Voice of English-speaking Québec (VEQ)

M. Cutting (Gerald) : Merci beaucoup. C'est vraiment un privilège et honneur d'être présent cet après-midi. Malheureusement, on avait entendu qu'on avait 10 minutes chaque, ça fait qu'on pourra...

Le Président (M. Tanguay) : Ce sera malheureusement cinq minutes chaque, pour un total de 10 minutes. On s'excuse du qui-proquo. Alors, la parole est à vous pour cinq minutes.

M. Cutting (Gerald) : Bon. Alors, qu'est-ce qu'on va faire d'abord, c'est que je vais présenter, à ma gauche, Mme Rachel Hunting, notre directrice exécutive, et c'est notre présidente sortante, Mme Heather Bowman, et le trésorier de notre association, M. Jim Kanner. Et qu'est-ce que je vais le faire, c'est que je vais procéder tout de suite. Au lieu de parler de l'association, je vais donner la parole tout de suite à Mme Hunting pour souligner les points les plus importants dans notre mémoire.

Mme Hunting (Rachel) : Très bien. Alors, nous limiterons nos commentaires essentiellement à deux problèmes principaux qui se dégagent de notre lecture du projet de loi n° 10.

La première inquiétude, c'est : Comment le projet de loi n° 10 assure-t-il le droit de recevoir des services en anglais? En regard de cette question, il semblerait que le projet de loi soit rédigé avec les meilleures intentions. Comme nous le voyons dans l'article 65, l'exigence imposée à chaque établissement d'élaborer un programme d'accès aux services en anglais est clairement identifiée avec une liste de conditions qui sont sujettes à l'approbation ministérielle. Toutefois, un changement de ministre et/ou de gouvernement pourrait facilement permettre à un établissement quelconque de justifier la terminaison d'un plan d'accès. Ce n'est pas une position confortable où se trouver si vous êtes dans une situation minoritaire. Comment les exigences définies dans l'article 65 garantiront-elles l'élaboration de programmes d'accès pour la communauté d'expression anglaise à la suite d'un changement de gouvernement ou de ministre?

Articles 155, 156 and 157 outline the requirements needed to effect a smooth transition concerning the ongoing access to services in English until new access plans are drawn up. How would the English-speaking community contribute to the development of these access plans without formal representation? How will Bill 10 be modified to reflect this oversight?

Plusieurs plans d'accès actuellement en voie d'implantation sont le résultat d'années de consultation, de sensibilisation aux besoins spécifiques de la communauté d'expression anglaise et de surveillance continue des établissements qui les appliquent actuellement. Il est clair que, selon le concept proposé d'établissements régionaux, chaque région aura son organisme de régie avec de nombreux points de service. C'est la transformation de nombreux établissements bien connus en points de service qui a désespérément besoin d'être clarifiée afin d'y assurer la participation de la communauté d'expression anglaise.

La deuxième inquiétude, c'est la composition des structures de gouvernance des conseils d'administration régionaux. Compte tenu de l'ambiguïté du langage utilisé dans la rédaction de ce projet de loi, nous devons poser la question : Nous garantira-t-on, à nous en tant qu'acteurs à part entière de l'histoire et du développement continu du Québec rural, un siège à la table où seront prises les décisions? À maintes reprises, nous avons démontré que, comme minorité, nous pouvions ajouter à la sagesse collective dans l'ensemble de la collectivité. À l'heure actuelle, il existe deux espaces réservés aux comités régionaux sur l'accessibilité des soins de santé et services sociaux aux personnes d'expression anglaise pour les agences de l'Estrie et Montérégie. Des membres de la communauté d'expression anglaise sont actifs sur une multitude de comités d'usagers des établissements de santé et sont aussi officiellement représentés sur plusieurs conseils d'administration du CSSS dans les régions de l'Estrie et Montérégie-Est.

• (13 heures) •

For the English-speaking community in the Eastern Townships of Québec, the lack of a formal designation of representation from within the English-speaking community in the proposed governing structure is by far the most pressing yet easiest issue to remedy in this bill. With guaranteed representation from within our community, our community can effectively participate as active partners in the ongoing process of reorganizing a quality health care system that is both accessible and affordable for all Quebeckers.

Pour conclure, le principal problème qui doit être reconnu, c'est que la situation de la population d'expression anglaise dans le Québec rural, particulièrement des communautés qui ont déjà vu leurs établissements être avalés dans une structure plus englobante et méconnaissable, est très différente de l'expérience des anglophones dans les grands centres urbains tels que Montréal.

Compte tenu des énormes pouvoirs qui seront octroyés au ministre et au nouveau conseil d'administration des établissements régionaux issus du projet de loi n° 10, il est impérieux que les anglophones se voient accorder, dans la loi, une représentation issue de la communauté sur les conseils d'administration, et ce, comme un geste tangible d'inclusion

dans le secteur de la santé et des services sociaux, avec comme mandat de s'assurer l'accès continu aux services de santé et services sociaux pour la population de langue minoritaire et que ce soit traité de la façon appropriée. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Merci pour votre présentation. Et, par la suite, évidemment, vous aurez un échange avec les différents groupes parlementaires qui vous permettront donc de compléter vos représentations. Et nous sommes sincèrement désolés du quiproquo qui vous fait passer de 10 à cinq, mais nous aurons l'occasion d'y aller avec les échanges.

J'invite maintenant les représentants de Voice of English-speaking Québec à bien vouloir se présenter et d'y aller de leur présentation de cinq minutes. Merci.

M. Ireland (Taylor) : Merci, M. le Président Tanguay, vice-présidente Hivon, M. Barrette, merci pour l'invitation. My name is Taylor Ireland, je suis le président de Voice of English-speaking Québec. Je suis ici aujourd'hui avec M. Jean-Sébastien Jolin-Gignac, notre directeur exécutif, ainsi que Mme Helen Walling, notre ancienne présidente.

Le Voice of English-speaking Québec, c'est une organisation autonome à but non lucratif qui représente les anglophones et les gens qui parlent anglais dans la région de Québec. Nous sommes 14 565 habitants dans la région de Québec, soit 1,9 % de la population. Par contre, si on compare les années antérieures, on constate que notre population d'anglophones de Québec bénéficie d'une forte croissance de près de 2 000 individus depuis cinq ans. Il s'agit de la première augmentation de notre population en près de 150 ans. Cette croissance s'explique principalement par des naissances au sein de notre communauté et l'apport de nouveaux arrivants de langue anglaise, comme moi-même.

À cet effet, VEQ accueille près de 500 nouveaux arrivants chaque année. Près de la moitié de ceux-ci arrivent avec leur famille, représentant pas moins de 200 familles qui s'installent dans notre région chaque année. Ces nouveaux arrivants anglophones représentent un potentiel de main-d'oeuvre bilingue important et essentiel au développement économique de notre région. Ils mentionnent toujours... Ils ont toujours trois questions : Comment je peux apprendre le français? Comment je peux trouver un emploi? Et est-ce qu'il y a un hôpital anglophone à Québec? Je vais donner la poursuite à M. Jean-Sébastien Gignac pour la poursuite.

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Bien, moi aussi, je tiens à vous remercier. Je sais que notre présence ici est le fait d'un accord de tous les partis, donc on vous en remercie. C'est certain que notre analyse du projet de loi n° 10 nous amène à penser qu'il pourrait y avoir des conséquences sérieuses et préjudiciables à notre communauté. Je vais tenter de vous les exposer rapidement.

D'une part, il y a la disparition d'une institution essentielle à la vitalité de la communauté anglophone de Québec. Le Jeffery Hale—Saint Brigid's, c'est beaucoup plus qu'une institution qui offre des services de santé pour notre communauté. Les gens de la communauté y font du bénévolat, ils y contribuent financièrement par le biais des fondations qui la supportent, ils sont actifs au niveau de la gouvernance. Et on a même de nombreux professionnels qui de fait travaillent pour l'institution sans être payés par l'institution. C'est une institution qui est au coeur de tout ce qui est la communauté anglophone à Québec, et la survie de l'institution est intimement liée à la survie et à la croissance de notre communauté. C'est donc un impact qui serait majeur pour notre communauté, la disparition du Jeffery-Hale, comme entité autonome.

Il y a la perte définitive des outils de gouvernance de la communauté sur sa seule institution de santé. Bien sûr, le projet de loi n° 10 prévoit la disparition du conseil actuel du Jeffery-Hale au profit d'un conseil pour le CISSS de la Capitale-Nationale qui serait, bien sûr, nommé exclusivement par le ministre. Logiquement, ça abolit la gouvernance communautaire, qui a été tellement profitable à notre communauté, qui a permis à notre institution de systématiquement adapter et bien comprendre les besoins d'une communauté minoritaire en ce qui a trait à la prestation de services de santé.

Un autre point qui est très important pour nous, c'est la perte des connaissances et de l'expertise qui est requise pour desservir efficacement une communauté linguistique minoritaire. On ne questionne pas ici la bonne intention du CISSS qui serait nouvellement créé, seulement on doute que cette nouvelle entité soit en mesure de desservir la communauté anglophone avec autant d'efficacité, d'attention et de sensibilité que le Jeffery-Hale a toujours fait pour notre communauté. De forcer la fusion du Jeffery-Hale avec les autres établissements de la région de Québec, ce serait de faire passer la communauté anglophone à un statut de goutte d'eau dans un vaste océan. Ce ne sera pas profitable du tout pour notre communauté.

Et finalement un dernier point qui est important, c'est l'érosion probable et définitive de l'accès aux services de santé en langue anglaise pour la région. Le projet de loi n° 10 est dépourvu d'assurance réelle quant au maintien des services, et les garanties qui sont prévues et les mécanismes qui sont proposés permettraient au CISSS, à court et moyen terme, de se libérer de ses obligations de façon... très facilement, sans contraintes réelles. Notre voix serait peut-être écoutée, mais serait-elle entendue? On en doute fortement.

On a, à Québec, un établissement qui est unique dans tout l'Est du Québec, qui a fait ses preuves, qui dessert les deux communautés, notre communauté minoritaire mais aussi la communauté francophone. Lors de la dernière réforme, en 2004, l'établissement s'était entendu avec le ministre de la Santé de l'époque, le Dr Philippe Couillard, pour permettre au gouvernement de maintenir et d'atteindre ses objectifs tout en maintenant la survie d'une institution qui est au coeur de ce que nous sommes comme communauté.

Nous invitons donc le gouvernement à considérer les ajustements qu'une réponse adaptée aux besoins et à la réalité de la population d'expression anglaise de la Capitale-Nationale pourrait exiger et encourage celui-ci à explorer les solutions pouvant être mises de l'avant. On sait que nos partenaires de la communauté travaillent sur des options qui permettraient au gouvernement d'atteindre ses objectifs tout en maintenant l'existence de l'institution Jeffery-Hale-St Brigid's...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup.

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Comme dans tout ce que l'on fait comme communauté, et je vais conclure là-dessus...

Le Président (M. Tanguay) : On m'autorise, donc, sur le temps du gouvernement, à vous... O.K.

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Tout ce que la communauté anglophone fait à Québec, c'est dans une perspective de faire partie de la solution et non du problème. Ce qu'on vous demande aujourd'hui, c'est l'opportunité de continuer d'être... de faire partie de cette solution en vous permettant d'atteindre vos objectifs tout en maintenant une institution qui est fondamentale pour la survie de notre communauté. Merci beaucoup.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, s'enchaîne une période d'échange, tout d'abord, avec les représentants de la banquette ministérielle. Nous allons débiter en ce sens avec le ministre pour un bloc de 20 minutes.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, bienvenue, M. Cutting, Mme Hunting, Mme Bowman, M. Cameron, je crois — c'est ça? — ...

Une voix : ...

M. Barrette : ...O.K., M. Ireland, M. Gignac et Mme Walling, merci d'être venus. Et encore une fois je me joins à notre président pour s'excuser du quiproquo qu'il y a eu pour le temps, mais je n'en prendrai pas beaucoup. Vous allez pouvoir intervenir plus.

Comme vous le voyez, en commission parlementaire, je suis accompagné de plusieurs députés du Parti libéral, et certains d'entre eux voudront s'adresser à vous, et je vais leur laisser la parole tout à l'heure, dont M. Birnbaum, que vous connaissez, M. Reid et peut-être aussi M. Hardy.

Alors, écoutez, je suis très sensible à l'argumentaire que vous faites et je tiens à dire que, pour nous, l'importance de la contribution de votre communauté est là, et est reconnue, et sera toujours reconnue chez nous. Comme vous l'avez vu dans le projet de loi n° 10, il y a une attention particulière qui a été portée à la situation de la communauté anglophone dans l'esprit de garantir les acquis que vous aviez et de les garantir de façon perpétuelle. Et il y a peut-être un ou deux éléments que vous avez relevés qui méritent discussion, puis j'aimerais ça les aborder juste pour apporter quelques précisions.

Alors, il va de soi que, comme vous avez dit, M. Gignac, entre autres, il va de soi que, dans toutes les communautés, qu'elles soient francophones ou anglophones, l'hôpital est un outil ou un service qui est très identitaire, qui est très près de la communauté et qui joue un lien qui est très important, et il va de soi que ce lien-là, on a voulu le préserver dans le projet de loi n° 10, d'une part. Et, d'autre part, on a voulu que le projet de loi ne vienne pas atteindre certains éléments qui sont essentiels à votre vie communautaire, comme aux francophones, c'est tout le monde. Alors, il va de soi que le projet de loi n° 10 n'a pas voulu volontairement s'adresser, par exemple, aux fondations, à la recherche, pour les milieux où ça existe, et le lien qui existe, qui est très important dans les communautés, entre ces institutions-là que sont les fondations, qui sont rattachées à des hôpitaux, et le bien et la collaboration que ça fait avec les hôpitaux. C'est la raison pour laquelle les hôpitaux vont garder leur nom, que les fondations vont toujours pouvoir exercer leur travail en fonction de l'hôpital en question, et c'est la même chose pour l'activité de recherche.

• (13 h 10) •

Maintenant, pour ce qui est de l'aspect purement linguistique des services médicaux qui sont donnés au Québec, peut-être qu'il y a un point de compréhension, là, qui n'est pas clair dans la lecture qui est faite du projet de loi. Le projet de loi, il est écrit d'une telle manière que tout ce qui est écrit actuellement dans la LSSSS se retrouve sous la responsabilité du CISSS de façon pleine et entière. Alors, je pense que c'est vous, Mme Hunting, qui faisiez référence aux plans d'accès. Les plans d'accès qui sont prévus dans la LSSSS actuellement doivent être reconduits et promus de la même manière, mais, à ce moment-là, par le CISSS.

Alors, peut-être qu'il y a une problématique d'interprétation de part et d'autre. Mais ces éléments-là ne sont pas remis en cause d'aucune manière, là. Au contraire, ils sont préservés comme, par exemple, le statut bilingue de certaines institutions est préservé. Je comprends, par exemple, de votre intervention et de votre mémoire, que vous avez confiance que nous, on va le préserver, mais peut-être qu'un autre gouvernement — vous y avez fait référence vous-même — puisse ne pas le faire, là. Vous pourrez revenir là-dessus, ça nous intéresse.

Mais, quand on regarde l'article 14 de notre projet de loi, c'est un article qui essentiellement, dans son écriture, oblige ces institutions-là et le ministre, à toutes fins utiles, de prendre en considération dans ses nominations et ses actions, de prendre... Et je cite, là : «Lorsqu'il procède aux nominations, le ministre doit tenir compte de la représentativité des différentes parties du territoire couvert par un établissement ainsi que de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique — et c'est souligné — ou démographique de l'ensemble des usagers qu'il dessert.»

Alors, ça serait difficile évidemment pour un ministre de passer outre l'obligation qui vient dans cet article-là, de prendre en considération la représentativité de la communauté anglophone lorsque la communauté est significative dans une région donnée. Alors, quand je prends l'exemple de l'ouest de Montréal, là, ou des Cantons-de-l'Est, parce que, dans les Cantons-de-l'Est, ça s'applique, c'est bien sûr que c'est difficile pour un ministre de passer à côté de ça. Mais je comprends que vous ayez certaines inquiétudes. D'ailleurs, ça serait intéressant de voir ce que pensent nos collègues de l'opposition sur ce point-là.

Mais je tiens à vous rassurer, les éléments qui sont là reconduisent l'actuel et, le cas échéant, viennent spécifiquement affirmer le fait que ce qui existe doit être appliqué à nouveau et exercé par le CISSS. Et, s'il y avait des aménagements à faire ou des éléments qui vous rassureraient plus, moi, je suis bien ouvert à certaines suggestions. Mais actuellement c'est dans notre intention de faire en sorte que ce vous avez d'acquis sur ce plan-là soit maintenu de... (panne de son) ...possible.

Si vous le voulez, je vais peut-être passer... Ou vous pouvez prendre... me répondre, si vous voulez, ou je peux passer la parole à mes collègues.

Le Président (M. Tanguay) : M. Jolin, vous vouliez intervenir?

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : On comprend ce que venez de mentionner, M. le ministre Barrette. Il n'en demeure pas moins que, dans la structure que vous proposez, dans le meilleur des mondes, pour une population comme la nôtre, qui représente 2 % de la communauté à Québec, on pourrait potentiellement avoir un représentant sur le conseil d'administration.

Présentement, au sein du Jeffery-Hale, il y a 10 membres sur 18 qui sont élus par la communauté, et on en a un nombre additionnel, qui joue entre quatre et cinq, qui sont des gens qui, sans être élus par la communauté, sont nommés parce qu'ils ont fait preuve de leur sensibilité et de leur préoccupation pour la communauté. On fait référence... encore une fois, je parle d'une population de 2 %. C'est irréaliste de penser que la préoccupation envers le maintien des services de santé et services sociaux en langue anglaise va être la même dans la nouvelle structure qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Et, d'autre part, comme je l'ai mentionné, la lecture de la loi nous amène à penser que les mécanismes de protection des responsabilités à l'égard de la communauté anglophone, donc la nôtre, c'est un mécanisme qui est beaucoup trop ferme pour en assurer la survivance dans le temps en fonction des changements de ministre ou de gouvernement. Alors, pour nous, la structure qui est proposée élimine la gouvernance communautaire en plus de notre capacité d'influencer les décisions qui touchent les soins de santé qui sont offerts à nos membres. C'est la problématique majeure pour nous.

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Barrette : Moi, j'aimerais vous entendre sur un point... en fait, sur deux points. Pour ce qui est de la dispensation des services et de l'accès aux services en anglais, il y a une autre région qui a vécu une situation similaire, pire, dans une certaine mesure, parce qu'on a fermé l'hôpital, et c'était le Sherbrooke Hospital. Moi, j'ai habité à Sherbrooke, là, j'ai travaillé au Sherbrooke Hospital, alors je connais bien cette situation-là. Puis peut-être que les Townshippers peuvent nous dire quelle est leur lecture de la situation, mais les services ont été maintenus quand même dans la région, d'une part. Et, d'autre part, dans la région de Québec, il n'est pas question de fermer l'hôpital. Il n'y a pas un point de service, là, au Québec, qui va disparaître...

Une voix : ...

M. Barrette : Si vous me le permettez, je vais juste terminer. Maintenant, pour ce qui est du rôle du ministre, là, j'aimerais ça que vous donniez des précisions sur votre appréhension qu'un éventuel ministre, lui... un autre ministre viendrait toucher à ça. En tout cas, je ne vois pas ça de notre bord, là.

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : On ne questionne pas votre intention personnelle d'affecter ces éléments-là, seulement, ce qui est proposé n'offre aucune garantie réelle quant au maintien de ces services-là. Ça ne peut être plus clair pour nous. Et, d'autre part, comme je le disais, la structure actuelle, qui fonctionne, qui fonctionne à une rentabilité de coûts qui est un exemple à suivre au Québec, permet à la communauté d'influencer les décisions qui touchent la prestation de services à ses membres, ce qui ne sera plus possible dans la nouvelle structure.

Présentement, quand une décision difficile doit être prise, puisque c'est plus une décroissance des investissements qui sont faits dans l'institution qu'une croissance, les membres du conseil d'administration gardent systématiquement en tête — et là je parle de l'ensemble des membres — qu'est-ce qui est bien ou préjudiciable pour la communauté anglophone. Ce n'est pas une réalité qui va se maintenir dans la nouvelle structure que vous proposez. On n'a aucune garantie qu'on aurait un représentant, et, même s'il y en avait un, il serait un parmi un groupe de membres du conseil.

Et, pour nous, les garanties, comme je vous disais, on ne questionne pas les... on comprend et, à bien des égards, on partage les objectifs du gouvernement de mieux rentabiliser les sommes qui sont investies en santé et services sociaux pour la population du Québec. Seulement, notre évaluation de la chose, c'est qu'on va abolir une institution qui est essentielle à la survie d'une communauté minoritaire. C'est l'impact direct et indirect du projet de loi.

Le Président (M. Tanguay) : M. Jolin, vous allez me permettre, comme président de commission, de prendre un rôle un peu plus actif. Il reste un peu plus de 10 minutes. M. Cutting, vous avez demandé la parole, et par la suite je reviendrai avec M. le ministre, s'il veut revenir.

M. Cutting (Gerald) : Bien, c'est juste pour faire un peu de contexte qu'on vit présentement dans les «townships». Ça fait des années qu'on a fait la transition ou que les établissements anglophones ont été intégrés. Prenez comme un exemple Sherbrooke Hospital, c'est maintenant le centre gériatrique. Ça ne veut pas dire que tous les anglophones sont

présentement dirigés vers ce centre-là, mais on a travaillé ensemble, les deux communautés, dans la langue française, pour bâtir quelque chose très, très intéressant.

Et ce qu'on voit, c'est que vous dites : Oui, on va garder les établissements, on va garder la mission, mais, pour nous autres, de s'assurer que, quand on parle de la structure de gouvernance, — ça, ça change, il y a des changements majeurs — on veut être assurés qu'on peut continuer à faire ce travail-là. Ce n'est pas tellement intéressant pour nous autres de recevoir les décisions, on veut être partie de la discussion, on veut être partie de la création des nouvelles politiques. On comprend très bien que présentement il faut faire des choses majeures pour aller chercher les fonds pour assurer un service de qualité dans le futur. On est parfaitement d'accord. C'est la façon qu'on se trouve où il y a vraiment, pour nous autres...

Et c'est une grande difficulté quand ça vient le temps d'exprimer ces choses-là à notre communauté. Est-ce qu'on va être participants ou... Qu'est-ce qui va se passer? Et il y a une solution claire. Donnez-nous au moins un siège sur ces nouvelles structures de gouvernance où la communauté anglophone pourra vous proposer un nom ou peut-être c'est trois, cinq noms de gens qui viennent de notre communauté qui pourraient nous représenter d'une façon efficace. C'est tout ce qu'on demande.

M. Barrette : J'en prends bonne note, M. Cutting. Je vais passer la parole à mon collègue, le...

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, M. le député de D'Arcy-McGee.

M. Birnbaum : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Et je vous indique qu'il reste une période de huit minutes totales à l'échange.
• (13 h 20) •

M. Birnbaum : D'accord, merci. Cela me fait plaisir, à mon tour, de vous accueillir à l'Assemblée nationale, surtout avec fierté d'avoir eu l'honneur de travailler avec les Townshippers ainsi que Voice of English-speaking Québec pour peut-être un quart de siècle.

Throughout that time, I'd love to share with my parliamentary colleagues that I've never seen any of the actions be contrary to those that all Quebeckers can share, as was mentioned. Every intervention I've ever participated in or seen from... with the Townshippers was based on la notion de vivre-ensemble, et de comprendre le fait français au Québec, et de trouver une place honorée pour la pleine contribution des communautés de langue minoritaire.

Entre autres, je désire aussi saluer quelques membres de la délégation, entre autres, Royal Orr et Richard Walling. On est plusieurs vieux routiers qui ont eu à travailler très, très fort pour instaurer les garanties qui existent en législation, des garanties qui feraient la fierté des francophones hors Québec si elles existaient dans les autres provinces, les garanties pour les services et la gouvernance.

Vous en convenez avec moi qu'on est devant un projet de loi — parce que vous ne vous avez pas prononcé là-dessus — qui vise à une plus grande fluidité vers le service au patient, une plus grande efficacité et un focus sur le soin du patient et la continuité de ce soin-là, tout en misant sur ses besoins et pas les besoins structurels, et aussi d'éliminer et de limiter le plus que possible la bureaucratie. Alors, si je peux bien comprendre, vous êtes à l'aise avec les grands axes de ce projet de loi là.

En même temps, on se trouve devant un projet de loi qui est, par définition, une loi qui peut être bonifiée. Si j'ai bien compris, il y a deux volets qui vous tiennent à coeur, deux questions très, très importantes, c'est-à-dire l'accès aux services en anglais ainsi que le mot à dire, l'accès à la gouvernance des établissements au sein de la communauté anglophone. Sur ces deux questions, je crois que vous aurez compris qu'il y a des articles assez constructifs à cet égard. Et je comprends que, de votre lecture, c'est ces articles à bonifier.

Sur le plan, dans un premier temps, de l'accès aux services, les articles 155 à 157, entre autres, on voit, de ma lecture, un libellé assez intéressant. Auriez-vous une proposition pour bonifier ces articles en ce qui a trait à l'accès aux services à travers des établissements, pas seulement des établissements attachés, identifiés à la communauté anglophone?

Le Président (M. Tanguay) : Alors, qui veut prendre la question?

Mme Hunting (Rachel) : What's important in terms of access to services is a guarantee that what is available presently will not change in the law with a new minister or with a new government, and also a clarification of the language, that the language is explicit, and it's clear, and it demonstrates the inclusion of the English-speaking minority in terms of services.

Le Président (M. Tanguay) : ...Jolin, rapidement et après... ou Mme Walling.

Mme Walling (Helen) : Oui. J'aimerais juste dire... Je pense qu'il y a deux points. C'est intéressant, même si on est des anglophones autour de la table, on n'a pas vraiment la même perception de qu'est-ce qu'on voudrait. Pour nous, ici, à Québec, on ne parle vraiment pas juste d'un siège autour d'une table de conseil d'administration. Je sais, moi, j'ai fait partie de l'agence de Québec pendant quatre ans, j'étais la seule anglophone autour de la table. C'était intéressant, j'avais des collègues extraordinaires, mais le point de vue des anglophones souvent n'a pas été écouté parce qu'on fait 2 % de la population. Ça fait que, pour nous, là, d'avoir seulement qu'une représentation autour de cette table-là, je ne pense pas que c'est vraiment ça qu'on recherche. On recherche vraiment une gouvernance, puis la gouvernance de nos institutions.

Puis, ministre Barrette, vous avez parlé que les structures vont rester, le Jeff puis Saint Brigid's, on est très, très contents de ça, mais on veut vraiment être capables de prendre les décisions importantes. On est une minorité ici. Il faut toujours se battre. Quand on se lève le matin, nous, on est sur le radar : Qu'est-ce qui va se passer pour les anglophones à Québec? Ça fait que c'est sûr que les gens que vous allez choisir vont être des bonnes personnes, on ne doute pas de ça, mais c'est qui qui va se réveiller puis qui va penser : Est-ce que les employés sont bilingues dans nos centres? Est-ce qu'il y a une place pour ma belle-mère qui a besoin d'aller à Saint Brigid's Home? Est-ce qu'on a des choses, des services pour nos nouveaux arrivants qui arrivent puis qui viennent à Québec pour faire partie de cette belle ville là? Mais c'est vraiment ces décisions importantes.

On parle de fondation. On a quand même des bons sous cachés, mais, je veux dire, le point de vue de ça, c'est : Pensez-vous vraiment que les fondations vont donner quand on n'a aucune partie sur les décisions importantes? Ça fait 150 ans qu'on vit, qu'on va bien, qu'on ajuste, qu'on innove. Puis, même l'année passée, on a gagné le... ce n'est pas un prix, mais c'est la mention d'honneur d'Agreement Canada. Je pense qu'on fait des choses comme il faut. 150 ans, d'être effacés par une loi, qu'on comprend le but, l'importance, mais ça va bien chez nous, on fait les choses comme il faut.

On est petit, on fait qu'est-ce qu'on peut avec qu'est-ce qu'on a. On aimerait bien être capables de trouver une porte de sortie ou d'entrée pour être capables de s'asseoir pour voir qu'est-ce qu'on peut faire pour garder qu'est-ce qu'on a déjà, qui va très bien. On est une partie de la solution et pas du problème. Puis, à tous les quatre ans, il faut que je vienne puis il faut que je répète la même chose à différentes émissions. On veut travailler avec vous, on veut faire les bonnes choses pour la population anglophone et francophone. On sert les francophones aussi. On a une perle ici qui est même vue comme modèle ailleurs, pourquoi qu'il faudrait qu'on perde ça à cause d'une loi?

Le Président (M. Tanguay) : Je vais maintenant céder la parole... Mme Hunting, vous pourrez reprendre la question. J'ai besoin du consentement pour permettre au député d'Orford d'intervenir. Avons-nous le consentement? Oui? Alors, consentement. Et, Mme Hunting, vous reprendrez la question du député d'Orford. Il nous reste 1 min 30.

M. Reid : Merci. On va aller rapidement. Écoutez, sans vouloir allonger, là, le Sherbrooke Hospital, ça a été mon hôpital avec mes enfants quand j'étais plus jeune. C'est un hôpital anglophone, mais on avait un excellent service francophone. Juste pour situer le débat, je pense qu'il faut comprendre que l'intégration a nécessité beaucoup d'efforts et on arrive à quelque chose d'intéressant. Moi, je voudrais me concentrer sur un élément et, dans la perspective, là, c'est l'hôpital de Magog, dans mon comté, et l'hôpital de Coaticook, dans le comté de mon collègue ici, de Saint-François.

L'article 131 parle de comité consultatif d'établissement. Enfin, c'est un comité d'établissement. C'est un comité qui a à faire des recommandations sur le caractère culturel, historique, local. Ça inclut évidemment notre culture, notre culture de communauté anglophone. Et c'est un comité de sept personnes nommées par le ministre. Évidemment, c'est encore peut-être un peu le même problème.

J'aimerais savoir votre opinion là-dessus parce que cet élément-là, cette présence-là, qui n'est pas centrale, mais cet élément-là qui est établissement par établissement, là où les soins sont donnés, devrait possiblement diminuer la préoccupation en tout cas... peut-être en tout cas affecter positivement la préoccupation que vous avez. Et j'aimerais avoir votre opinion là-dessus. Ou est-ce que le fait qu'encore une fois c'est nommé par le ministre et que peut-être ça pourrait changer dans différentes époques, là, politiques ou autres, est-ce que ça, ça fait en sorte que ce n'est pas aussi intéressant que ça pourrait l'être?

Le Président (M. Tanguay) : Alors, pour 30 secondes, Mme Hunting.

Mme Hunting (Rachel) : Bien, moi, je voulais juste aussi dire, par rapport à ce qu'Helen vient de dire, c'est aussi une importante différence entre les communautés anglophones rurales et urbaines. On est une communauté d'expression anglaise, mais on a des réalités qui sont entièrement différentes, et il faut en tenir compte.

Pour ce qui est des nominations ministérielles, ce qui nous inquiète, c'est la façon qu'ils vont être nommés. Ces gens-là, la liste de noms, le contexte, ça vient d'où? Est-ce que c'est la communauté qui va donner... Comme M. Cutting avait proposé, est-ce que c'est nous qui va vous fournir une liste de personnes qui seraient intéressantes, qui ont une expertise, autour de la table ou est-ce que c'est une... a ministerial appointment that doesn't necessarily represent a community that that person will be speaking for? That's really where we're coming from in terms of representation.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Je crois que, M. Jolin, vous vouliez intervenir. Malheureusement il n'y a plus de temps, M. Jolin, c'est maintenant le bloc de questions de l'opposition officielle. Mais l'échange se poursuit, et vous aurez l'occasion peut-être de revenir sur des éléments antérieurs, on voit ça régulièrement en commission parlementaire. Alors, je cède immédiatement la parole à la députée de Taillon pour un bloc de 12 min 30 pour la poursuite des échanges.

Mme Lamarre : Mais je suis prête à laisser M. Jolin apporter son commentaire tout de suite.

Le Président (M. Tanguay) : Merci.

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Pour répondre à la question de M. Reid... Pour répondre à votre question, vous nous disiez : Est-ce qu'un comité consultatif nommé par le ministre représente une alternative intéressante à ce que nous avons présentement, un conseil d'administration élu par la communauté?, la réponse est non, ce n'est pas une

alternative intéressante pour nous, du tout. On est partie prenante de toutes les décisions qui touchent notre communauté, versus la possibilité d'avoir un comité consultatif qui serait nommé par le ministre. On ne sait pas comment les membres vont être choisis pour, encore là, offrir des recommandations qui pourraient ou ne pourraient pas être appliquées, dépendamment de la volonté du ministre. Ce n'est pas un mécanisme qui est suffisant pour nous, du tout. Merci beaucoup.
• (13 h 30) •

Mme Lamarre : ...plaisir. Écoutez, d'abord, je veux vous saluer, M. Cutting, Mme Hunting, Mme Bowman, M. Ireland, M. Jolin, Mme Walling, vous dire qu'on est très sensibles à votre argumentaire. Je vous dirais que votre sentiment de ne pas avoir été entendus et de peut-être ne pas l'être autant que vous l'auriez souhaité, il est ressenti par beaucoup d'organismes qu'on a accueillis depuis le début de cette commission parlementaire, mais j'entends une sensibilité toute particulière. Et ce que je veux saluer, ce sont les... le travail que vous avez fait pour arriver à un certain équilibre dans le cas de la région de l'Estrie, et, bon, à une certaine dynamique, en tout cas, de collaboration et d'écoute mutuelles. Et je trouve que c'est très, très important, cette dimension-là, et ça nous ramène à beaucoup de préoccupations que les gens expriment par rapport à l'éloignement du palier local dans ce projet de loi là. Nous pensons que les gens, quand ils se parlent localement, ils se comprennent, ils s'apprécient, ils se respectent et ils trouvent des solutions. Et le danger de tout concentrer en présumant qu'on a les solutions à tout... eh bien, ça exclut beaucoup de dimensions qui trouvent leurs solutions par elles-mêmes sur le terrain.

Alors, vous êtes vraiment le reflet de cette préoccupation qui se traduit dans l'ensemble du projet. Et, quand on parle d'une directive ou d'orientations, nous, ce qu'on voit, c'est un contrôle qui éloigne énormément la prise de décision de la sensibilité de toutes les réalités qu'on a au Québec, et je pense qu'il faut les traduire et il faut les représenter. Donc, nous sommes tout à fait sensibles à ce que tous les citoyens et les membres des communautés locales participent à la gouvernance comme membres des C.A. Et vous évoquez même, dans la région de Québec, non seulement la dynamique et les caractéristiques de la population anglophone mais de certains sous-groupes aussi. Alors, dans des perspectives plus petites, on a cette possibilité-là de trouver des solutions. Et je vous dirais qu'historiquement nous avons toujours confirmé les droits à la minorité anglaise du Québec, historiques, en santé et en éducation. Nous avons toujours laissé la place pour que ces réalités-là puissent s'exprimer et se réaliser.

Je trouve aussi que votre intervention illustre... Un système de santé prend des années à trouver son état d'équilibre, à trouver le respect mutuel mais aussi évidemment l'efficacité dans les soins. Et cet état d'équilibre là doit respecter toutes les caractéristiques, les caractéristiques démographiques — vous les illustrez bien — entre le milieu rural et urbain, et les caractéristiques linguistiques, et d'autres types de caractéristiques aussi qui marquent particulièrement le domaine de la santé.

Alors, quand on fait grand remue-ménage et qu'on recentre tout ça, on perd toutes ces nuances et ces capacités-là. Il reste qu'on doit quand même trouver une façon d'améliorer l'efficacité de notre système de santé et d'améliorer l'accès. Donc, ma première question, ce serait : Comment trouvez-vous que l'accès se passe dans vos régions, la région de l'Estrie et la région de Québec, en termes d'accès aux soins de santé dans la dynamique où vous êtes?

Le Président (M. Tanguay) : Qui veut répondre?

Une voix : Bien, moi...

Le Président (M. Tanguay) : M. Hunting?

M. Cutting (Gerald) : Je peux commencer en disant que, pour les anglophones de la région de l'Estrie et une partie de la région de Montérégie, à cause qu'on est rural, quand tu parles des problèmes des anglophones, c'est aussi des problèmes pour des francophones aussi. On est dispersés sur un grand territoire, on est dans des petits villages, on est dans la campagne, et, pour avoir l'accès, au point de départ, c'est peut-être plus difficile que pour des gens qui sont dans un grand centre comme Montréal ou même à Québec. On parle des distances. On parle des gens qui souvent se trouvent... ils sont tout seuls. On a une population en vieillissement, et c'est une population qui a besoin de beaucoup de support, et c'est pour ça que c'est absolument essentiel qu'on ait des services qui ont été bâtis avec une connexion avec la communauté, avec les gens qui ont besoin de services. Et souvent, quand on parle : Qu'est-ce qui vous intéresse le plus quand on parle des services?, la réponse est toujours la même : Santé. C'est toujours santé. Et, pour ça, je crois que, quand...

Là, je vais prendre comme exemple la population anglophone. On est encore plus dispersés. Le territoire des Cantons-de-l'Est, historique, c'est la même grandeur que le pays de la Belgique. D'abord, c'est absolument essentiel qu'on travaille ensemble avec les établissements des points de service pour avoir des points de réception, d'accueil. Et souvent on travaille avec ces établissements-là pour bâtir exactement des systèmes nécessaires pour s'assurer que ces gens-là ont un bon service et un service à point. Et je vais dire ça une centaine de fois, un millier de fois, on l'a fait ensemble.

Le Président (M. Tanguay) : Est-ce qu'il y a M. Jolin également qui voulait intervenir?

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Écoutez, pour répondre à la question, l'accès en santé et services sociaux en anglais dans la région, ça se passe très bien parce qu'on a un modèle qui fonctionne bien. En anglais, on dit : Si ce n'est pas brisé, pourquoi tenter de le réparer? On a quelque chose qui fonctionne. Je pourrais vous donner mille et un exemples.

Moi-même, j'ai utilisé les services du Jeffery-Hale. Je suis allé avec ma fille pour un suivi de ce qui était une mononucléose, une pneumonie, une inflammation de la rate, on pensait qu'elle avait le cancer à un certain moment. Quand on est retournés faire nos tests, on a eu un service impeccable. Et, parallèlement à la prestation de services qu'on recevait, il y avait une dame anglophone qui recevait le même type de service de radiographie, et c'était fait parallèlement dans les deux langues, de façon impeccable. Puis c'est un modèle qui fonctionne.

J'ai une de mes employées qui vient des États-Unis, elle a suivi son conjoint ici, qui est dans les forces militaires. Elle a accepté de le suivre parce qu'elle avait des assurances qu'il y avait des services de santé en langue anglaise qui étaient disponibles pour eux. Ils voulaient commencer à fonder leur famille. Ils ont maintenant un petit garçon. Ils ont utilisé les services qui sont offerts par le Jeffery-Hale, les services prénataux. Ils ont utilisé les services après naissance du Jeffery-Hale. Ça fonctionne. L'accessibilité se fait bien, on réussit à desservir les deux communautés de façon efficace et à moindres coûts que si la structure était changée puisque nos fondations investissent et mettent de l'argent à payer des professionnels qui, bien qu'ils travaillent pour l'institution, ne sont pas payés par l'institution. Il n'y a pas d'argent à sauver en fusionnant de façon forcée le Jeffery-Hale à un CISSS qui couvrirait la Capitale-Nationale.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Oui, bien, écoutez, je trouve que c'est très éloquent, ce que vous nous dites. Et je pense que l'enjeu, dans notre système de santé et de services sociaux — parce que vous y avez fait référence aussi, il n'y a pas que la santé, mais il y a également tous les services sociaux — c'est de ne pas bouger ce qui fonctionne bien puis d'améliorer ce qui ne va pas bien. Et là on n'est pas sûrs du tout dans la recette qu'on nous propose. Comme on en a, en plus, seulement un morceau sous forme d'un morceau du casse-tête, avec plusieurs autres choses qui vont surgir et qu'on n'a pas bien traduites encore, eh bien c'est préoccupant. Et je comprends bien votre préoccupation. Je laisserais peut-être mon collègue député de Bourget vous poser une question. Le temps court, alors je vous laisse. Et je vous remercie.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. M. le député de Bourget.

M. Kotto : Merci, M. le Président. Mesdames, messieurs, soyez les bienvenus. Très rapidement. Pour notre gouverne, est-ce que vous pouvez nous dire, distinctement évidemment, relativement à vos deux associations, quelles en sont les sources de financement?

Mme Hunting (Rachel) : Pour les associations?

M. Kotto : Oui.

Mme Hunting (Rachel) : Pour Townshippers, on est financés 75 % par le financement de Patrimoine canadien. On reçoit peut-être 15 % qui découlent de Santé Canada. Et le reste, ça vient soit des dons, des levées de fonds, ou des projets municipaux, ou des enveloppes de projets locaux.

M. Kotto : O.K.

Le Président (M. Tanguay) : ...

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : ...surtout en ce qui a trait à notre organisme, on a un financement de base qui accordé par Patrimoine Canada, qui représente un peu en dessous du tiers de notre budget d'opération. Ça change d'année en année, mais on a toujours été en mesure de convaincre certaines instances du gouvernement provincial pour des projets, au niveau des aînés, par exemple, de nous supporter. Et également, dans les dernières années, on a bonifié notre financement par le biais de fondations et par le biais d'un travail avec le secteur privé.

M. Kotto : O.K. Et est-ce que vous pouvez, encore distinctement, nous donner une idée du poids réel de vos communautés distinctes, le poids réel en termes de pourcentage de la population globale?

Mme Hunting (Rachel) : Les Cantons-de-l'Est historiques, c'est les régions administratives 05, partie de 12, 16 et 17. On est 46 695 personnes, et ça fait partie... ça fait un 5 % de la population totale du territoire.
• (13 h 40) •

M. Ireland (Taylor) : Pour nous, à Québec, on est 14 565 personnes, à peu près 1,9 % de la population, donc. Mais c'est depuis cinq ans... les derniers cinq ans, on a été capables de grandir. On a reçu 2 000 de plus d'individus. Donc, c'est la première fois que nous avons une croissance dans notre communauté depuis 150 ans.

Une autre chose qui est très importante dans notre communauté, surtout à Québec, c'est qu'à peu près 25 % de notre population va renouveler à chaque année. Donc, il y a toujours des personnes qui arrivent de l'extérieur de la province, soit avec la base militaire, mais aussi avec des industries comme les jeux vidéo, hautes technologies. Puis nous avons aussi bonifié les ententes avec la ville de Québec pour aider les nouveaux arrivants de s'intégrer dans la ville de Québec.

Même, moi-même, je viens de la Saskatchewan, quand je suis arrivé à Québec, je savais trois mots français, «oui», «non» et «pamplemousse». Et, même à 25 ans, c'était très rassurant de savoir qu'il y avait une organisation, un hôpital anglophone, même si, à 25 ans, on ne pense pas nécessairement le service de santé. Mais c'est très important pour notre communauté.

Et, pour ramener l'idée de l'accessibilité, le fait que nous avons beaucoup de personnes qui arrivent chaque année, les nouvelles personnes qui arrivent, c'est très important que... Notre conseil d'administration, c'est le leader de notre communauté. L'hôpital, ça devient comme le parlement, ça devient comme l'hôtel de ville, c'est une place où on regarde... nous avons un sentiment de communauté en regardant notre hôpital. Mais ces leaders-là qui viennent du conseil d'administration sont capables de chercher nos nouveaux arrivants pour les intégrer dans le système de santé en général.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. Ireland. L'échange se poursuit maintenant avec le représentant de la deuxième opposition, le député de La Peltrie, pour un bloc de 8 min 30 s.

M. Caire : Merci, M. le Président. Bonjour à vous tous. Je comprends, de vos inquiétudes, qu'un éventuel changement de gouvernement pourrait amener une façon différente de traiter la communauté anglophone. Et je rappellerai à ma collègue, pour mémoire, que le précédent gouvernement nous a honorés du projet de loi n° 14, qui avait, entre autres, comme objectif de vous enlever des droits. Notamment, j'ai eu à faire cette bataille-là pour les militaires de la base de Valcartier, là, à qui on voulait enlever le droit d'envoyer leurs enfants à l'école en anglais. Alors, je comprends parfaitement vos appréhensions d'aujourd'hui.

Maintenant, ce que je comprends... Puis je vais peut-être m'adresser un peu plus, là, à M. Jolin, parce que vous parlez effectivement de cette grande institution qu'est le Jeffery-Hale, et vous semblez faire un... Je dirais, vous semblez avoir une demande assez précise de maintenir le conseil d'administration élu compte tenu de la situation particulière de la communauté anglophone à Québec. Et, pendant que vous échangez avec mes collègues, j'essayais de réfléchir, en me disant : Bon, bien, depuis hier, il y a plusieurs groupes qui sont venus nous dire aussi, pour des raisons différentes, autres que linguistiques, mais qui venaient nous dire : Nous sommes particuliers, nous avons des réalités particulières. Et je me disais : Bon, si on maintient les conseils d'administration dans chacun des cas, on va avoir 28 CISSS mais 280 établissements hors CISSS et, dans le fond, est-ce qu'on va vraiment avoir avancé? Puis je me demandais si la notion d'avoir un établissement avec un statut particulier mais avec une mission particulière, et, dans ce cas-ci, on parle évidemment du Jeffery-Hale, à l'intérieur du CISSS, mais qui aurait comme une mission particulière de s'assurer d'offrir des services à la communauté anglophone, est-ce que ce genre d'accommodement là, si on peut l'appeler comme ça, pourrait être de nature à vous rassurer?

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Je pense que, à prime abord, ce qu'il est important de mentionner, c'est que notre rôle comme organisation qui dessert la communauté n'est pas de définir nécessairement les structures qui pourraient être mises en place. Nous, on se fait la voix de la communauté et on explique que les préoccupations sont très présentes, les gens ont peur pour la survivance de leurs institutions et de leurs services. On sait que nos partenaires travaillent sur des avenues de solution, ils veulent faire partie de la solution avec le gouvernement. On a des solutions. J'ai eu vent qu'ils avaient des solutions qui permettraient au gouvernement d'atteindre les objectifs de sa réforme sans abolir le conseil d'administration ou la gouvernance actuelle du Jeffery-Hale. Ce qu'on demande au gouvernement, c'est d'être prêt à écouter nos partenaires pour trouver une solution avec eux.

Mais, encore là, comme je vous dis, je comprends que la réponse, elle peut être un peu platonique, mais ce n'est pas mon rôle de définir quelle serait la structure idéale à proposer versus ce qui est proposé dans le projet de loi. Mais on sait qu'on a des avenues qui permettraient au gouvernement d'atteindre ses objectifs tout en maintenant la place de l'institution au cœur de la communauté et systématiquement en mesure de répondre aux besoins évolutifs d'une communauté qui a une réalité culturelle et linguistique différente de la majorité.

M. Caire : Est-ce que vous faites un lien direct entre la capacité à avoir des services en anglais et le fait d'avoir un contrôle absolu sur le conseil d'administration, là, ou vous dites : Bon, bien, dans le contexte de la réforme qui est proposée, je reviens avec l'idée d'un établissement désigné? Au fond, c'est un peu ça qui est votre préoccupation, ce n'est pas... J'essaie d'être... peut-être de préciser ma question : Est-ce que le conseil d'administration est un «deal breaker» ou c'est vraiment... vous dites : Écoutez, nous ce qu'on veut c'est...

Parce que je vous écoutais dire : Bon, bien, moi, ce qui me rassurerait, c'est de savoir que j'aurais des services en anglais. C'était rassurant pour moi. J'ai, dans ma circonscription, une communauté anglophone importante et je suis convaincu que ce que vous dites trouve écho chez eux aussi. Et je vous avoue que j'ai une sensibilité particulière à cette question-là. Je me disais : Dans le fond, est-ce que l'assurance que la communauté anglophone veut avoir, c'est une assurance qu'il y aura toujours des services en anglais pour les membres de la communauté anglophone ou cette notion-là de contrôler les orientations de l'établissement...

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Oui. Le souhait de la maintenance des services actuels, et bien sûr, fait partie de notre démarche. Maintenant, la problématique qu'on a avec le projet de loi, c'est qu'on ne pense pas que les mécanismes qui sont mis en place permettraient de garantir la survivance de ces services-là à long terme.

La gouvernance, pour nous, c'est essentiel. Comme je le disais, sur un conseil d'administration de 18 individus, il y en a 10 qui sont votés par la communauté, puis on en a toujours au moins quatre qui sont approchés parce qu'ils ont démontré qu'ils ont une préoccupation réelle pour les intérêts de la communauté. Quand une décision doit être prise, si une décroissance des ressources est imposée par le ministère ou, dans le cas passé, par l'agence, les 18 personnes qui sont assises autour de la table, le premier prisme d'analyse qui est utilisé, c'est : Quel pourrait être l'impact possible sur la communauté anglophone et sur la communauté francophone majoritaire qu'on dessert également? On a une crainte réelle que ce premier angle d'analyse là disparaisse dans une nouvelle structure où on n'aurait aucune garantie de représentation. Et, même si on en avait une, comme Mme Walling l'a exprimé, on a fait partie de structures semblables avec l'agence, où on est... les gens écoutent ce qu'on a à dire, mais les points qui sont amenés ne sont pas pris en considération en définitive dans la prise de décision.

M. Caire : Bien, je pense que vous soulevez un problème qui est réel, qui est peut-être même un peu plus large, à savoir, dans la nouvelle structure... Puis effectivement, là-dessus, là, ce que vous dites, ça trouve écho chez nous, à savoir la

future grande capacité du ministre à nommer l'ensemble des membres d'un conseil d'administration, le P.D.G., le P.D.G. adjoint. Effectivement, je me demandais : Est-ce que, dans ce contexte-là qui nous est proposé, il n'y aurait pas lieu effectivement de sensibiliser le ministre au fait que la communauté doit avoir son mot à dire sur les gens qui vont les représenter au conseil d'administration? Puis ça, c'est vrai pour vous, mais je pense que ça va être vrai pour l'ensemble des CISSS du Québec.

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Pour nous, c'est absolument essentiel. Et, comme je le disais tantôt, je ne veux pas systématiquement me répéter, mais on a une structure qui fonctionne, on a... Tous les indicateurs qui pourraient être utilisés pour évaluer éventuellement le succès de la réforme, ce sont des indicateurs qu'on a déjà accomplis. On a un excellent ratio de managers par employés sur le terrain. Comme je le disais, il y a un investissement considérable qui est fait par la communauté, qui est fait sur la base du fait que c'est une institution qui représente la communauté. On entend, au sein de notre communauté, cette crainte qui est réelle, là. La gouvernance de l'institution nous garantit la maintenance des services et la capacité de s'adapter à la réalité qui est systématiquement changeante.

Dans les dernières années, on a développé... si on comparait à peut-être 10, 15 ans, il y avait moins de services prénataux pour la communauté anglophone, et ça, ça s'est développé dans un contexte où le budget de l'institution n'a pas nécessairement systématiquement grandi. On a développé des services pour répondre aux besoins des immigrants anglophones et allophones qui arrivent à Québec. Ça a été fait parce que l'institution, du conseil d'administration jusqu'aux gens qui les supportent, jusqu'aux bénévoles, jusqu'aux employés ont cette préoccupation-là à coeur.

Le Président (M. Tanguay) : Il y avait...

M. Ireland (Taylor) : Et on pense que cette réalité-là va disparaître avec le projet de loi.

Le Président (M. Tanguay) : Merci pour les dernières 30 secondes, il y a M. Cutting, un collègue qui voudrait peut-être prendre la parole. M. Cutting.

M. Cutting (Gerald) : J'ai juste un autre mot à dire, que ce que je vais prendre dans ce projet de loi, c'est des gestes concrets pour assurer à la population anglophone qu'on est vraiment un... on va faire partie de la solution, on va faire partie du changement. Et il me semble qu'il y a certains moyens de faire ces gestes-là. Mais, à la fin de la journée, il faut être conscient que la meilleure façon de s'assurer de sécuriser quelqu'un, c'est de dire : Hey! Vous allez être à la table quand on va prendre des grandes décisions. Et on revient toujours, je pense, à cette même discussion. Et, pour les Townshippers, on n'a pas un Jeff pour protéger.

• (13 h 50) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup.

Des voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Ceci met fin à ce bloc.

Des voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Je cède maintenant la parole, pour un dernier bloc de trois minutes, à la collègue députée de Gouin.

Mme David (Gouin) : Merci, M. le Président. D'abord, merci beaucoup d'être là. Je trouve que vous nous rappelez deux choses fondamentales : que d'appartenir à une minorité, ce n'est jamais facile — là-dessus, on est très nombreux à pouvoir se comprendre; puis, deuxièmement, que d'appartenir à une communauté, c'est une richesse incroyable. Et ce que vous êtes en train de nous dire, c'est : Nous, comme communauté, nous voulons... vous avez dit faire partie de la solution, moi, je parlerais de votre engagement, je... C'est évident que vous voulez décider. Et vous ne pouvez pas savoir à quel point je vous comprends.

Vous nous dites : Que l'on soit dans le Québec rural, que l'on soit dans la ville de Québec, au fond, il y a quelque chose comme une injustice si je compare, par exemple, à ce qu'on veut créer à Montréal, où, là — j'ai lu le projet de loi — de toute évidence, la communauté anglophone est assez bien représentée dans les lieux de gouvernance prévus par le projet de loi n° 10. Si je comprends bien, vous nous dites : Que ce soit en région rurale ou que ce soit à Québec, donnez-nous les mêmes capacités. Est-ce que je me trompe?

M. Jolin-Gignac (Jean-Sébastien) : Pas du tout. Et c'est clair que ça fait partie de la problématique, selon nous. Et, mes collègues de Townshippers l'ont mentionné, ils avaient le genre d'établissement qu'on avait par le passé; ils ne l'ont plus. Si vous demandez à la population anglophone, je pense, des Townships, s'ils préféreraient revenir au genre de services que nous, on a, là, d'après moi, on aurait pas loin de 100 % des gens qui voteraient pour ça. Alors, je le mentionne encore, ce n'est pas brisé, alors pourquoi tenter de réparer quelque chose qui fonctionne bien, qui répond aux besoins de la majorité francophone tout en desservant efficacement la minorité?

Et ce n'est pas décider pour décider, c'est décider parce qu'on a une connaissance accrue des besoins de la communauté. On a l'expertise de travailler avec les nouveaux arrivants. On a la compréhension de ce que c'est que d'arriver de Saskatchewan, puis parler trois mots de français, et devoir cheminer dans un système qui est assez complexe. On demande de pouvoir continuer de servir le gouvernement dans l'atteinte de ses objectifs.

Mme David (Gouin) : Et savez-vous ce qui est fascinant? C'est qu'à partir peut-être de mots différents, de réalités différentes, sous un angle différent, vous dites à peu près la même chose que la quasi-totalité des intervenants qui sont venus ici depuis le début de la commission. Alors, je vous en remercie.

Des voix : Merci beaucoup.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, merci beaucoup. Ceci met fin à notre échange. Nous vous remercions donc, vous, représentants, représentantes de l'Association des Townshippers de même que Voice of English-speaking Québec. Compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux jusqu'au lundi 27 octobre, à 14 heures. Merci.

(Fin de la séance à 13 h 53)