

Montréal, vendredi 15 mars 1991

# La réforme de la santé et des services sociaux

Martine D'Amours

**D**EPUIS près de 20 ans qu'ils existent, une forte majorité de Québécois (91 %) connaissent l'existence des Centres locaux de services communautaires, ou CLSC. Une proportion importante sait qu'ils offrent des services, à la fois médicaux, psycho-sociaux et communautaires, dans une perspective multidisciplinaire.

De là à les utiliser, c'est autre chose. Un sondage Sorecom réalisé en août 1989 révèle que, dans l'année précédente, 29 % des personnes interrogées avaient eu recours aux services d'un CLSC, alors que 9 % avaient été en contact avec ses activités d'information, d'éducation et d'animation communautaires. Pour un problème de santé mineur, seulement 6 % des Québécois s'adressent à leur CLSC, contre 67 % en cabinet privé, chiffrant pour sa part l'enquête Santé-Québec, en 1987.

Bref, il reste une côte à remonter pour faire du CLSC l'établissement public de première ligne, la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux, comme le prévoit la réforme Côté.

Une jeune femme, usagère de CLSC depuis plusieurs années, change de quartier. Elle téléphone au CLSC de son nouveau secteur pour subir un examen gynécologique de routine. Réponse : « il n'y a pas de services médicaux ici, madame, seulement une clinique de contraception qui s'adresse aux jeunes de 13 à 25 ans ».

Si les CLSC sont si peu utilisés, c'est probablement parce que tous n'offrent pas une gamme complète de services médicaux et sociaux courants. Selon les données fournies par la Fédération des CLSC, 36,7 % d'entre eux n'ont aucun médecin aux services sans rendez-vous et 21,4 % n'offrent pas le service de consultation médicale avec rendez-vous. Au total, un tiers des CLSC manquent de médecins. Ceux créés après 1980, soit environ la moitié, sont les plus déficients, en raison de leur sous-financement chronique.

« Pour devenir réellement la porte d'entrée du réseau, les 158 CLSC du Québec doivent offrir une gamme complète de services, une sorte de plateau commun, ce qui



PHOTO JACQUES NADEAU

## Les CLSC, une porte d'entrée ... à élargir

n'empêche pas à chacun d'ajouter sa touche locale, déclare M. Maurice Payette, président de la Fédération des CLSC du Québec. Sinon, le CLSC n'est qu'un nom sur une affiche, une porte dessinée sur un mur. Le citoyen entre et il se casse le nez ! »

« Pour jouer le rôle dévolu par la réforme, poursuit-il, les CLSC doivent également devenir plus accessibles. À l'heure actuelle, ils sont ouverts en moyenne 65 heures par semaine. Nous estimons que, pour devenir l'établissement public de première ligne, ils devraient l'être

en moyenne 96 heures par semaine et offrir, sur une base régionale, le service de ligne téléphonique 24 heures sur 24. Ils devraient aussi être accessibles géographiquement et culturellement, surtout à Montréal où se concentrent la majorité des membres des communautés culturelles. »

Un sondage CROP-La Presse, publié le 20 décembre, semble lui donner raison. Réalisé dans la semaine suivant l'annonce de la réforme (et de l'établissement d'un ticket orienteur pour ceux qui se tromperaient de porte d'entrée), il

révèle que 55 % des répondants s'adresseront au CLSC, plutôt qu'au centre hospitalier, si on élargit les heures d'ouverture et qu'on offre des services adéquats. Déjà, depuis quelques mois, la demande de services en CLSC a augmenté de 15 %.

Tout en faisant des CLSC la « porte d'entrée » du réseau, la réforme Côté leur confie également de nouvelles responsabilités, notamment dans le secteur du maintien à domicile et dans celui de la jeunesse. Les CLSC ont de plus un rôle à jouer dans le domaine de la

Voir page 3 : CLSC

*Je suis d'accord, moi non plus...*

Jean Francoeur

**E**N DEUX MOTS, aussi bien qu'en dix mille, la réaction au livre blanc et au projet de loi 120 sur la réforme en matière de santé et des services sociaux se ramène à ceci : oui, mais...

Je suis d'accord, moi non plus... Telle est la position, somme toute ambivalente, dans laquelle se trouvent presque tous les intervenants les plus directement touchés par cette réorganisation des services, soit à titre d'administrateurs d'établissements regroupés en association (conseil régionaux, hôpitaux, CLSC, centres d'accueil, centres de services sociaux), soit à titre de « personnes qui y travaillent », cadres, professionnels, techniciens et autres salariés de toutes catégories qui s'expriment par la voix de leurs corporations, associations professionnelles ou syndicats.

Malgré toute la rhétorique du livre blanc « axé sur le citoyen », à la fois consommateur (usagers, patients...), décideur (membres des conseils d'administration...) et payeur (contribuables...), il faut bien convenir que ce citoyen a peu d'occasions de parler en tant que tel, sinon par le truchement du processus de la démocratie représentative qui est nôtre. Mais cela supposerait que les représentants élus de la population puissent s'exprimer librement tout au long de la phase législative qu'il reste à franchir. Est-ce encore possible du côté ministériel ? Quant à l'opposition, elle se satisfait trop facilement du rôle de la mouche du coche ou de l'empêcheur de légiférer en rond. Il faut souhaiter que les quelques heures de débat à l'Assemblée nationale sur l'adoption du principe du projet de loi, les 17, 18 et 19 décembre dernier, n'ont pas donné le « la » à tout ce qui va suivre. Cela serait assez lamentable.

Bref, ce qui s'est fait depuis la publication du livre blanc, le 7 décembre, et ce qu'il reste à faire d'ici l'adoption et la sanction du projet de loi 120, a été et restera largement l'affaire d'un ministre

Voir page 2 : Je suis

## GIRARD, ROY et ASSOCIÉS inc.

DES CONSEILLERS SPÉCIALISÉS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CONSULTATION: PLANIFICATION • SYSTÈMES • GESTION

60 ouest, rue St-Jacques, suite 800, Montréal, Qué. H2Y 1L5 — (514) 288-1288

◆ **Je suis**

bardés de conseillers et des porteparole des divers establishments qui courront les antichambres et hanteront les couloirs.

Et tout cela pendant que les projecteurs de l'opinion publique se braquent successivement sur des événements autrement plus télé-géniques : accidents écologiques, crise amérindienne, guerre du Golfe, ou même débat constitutionnel.

Oui, mais... telle est la réaction que l'on recueille aujourd'hui, venant de tous les horizons.

Cela s'est fait en trois temps. Premier temps : publication du livre blanc, OUI au pourquoi de la réforme, OUI aux orientations et aux perspectives esquissées par le document, OUI aux objectifs mis de l'avant par le ministre. C'était presque l'unanimité, sinon l'euphorie, avec tout au plus, ici et là, quelques notes discordantes.

Deuxième temps : dépôt du projet de loi 120. Là, tout le monde demande à réfléchir. C'est la moindre des choses. Même les représentants syndicaux de la profession médicale refusent de s'énerver (ce qui vaudra par la suite aux docteurs Clément Richer et Paul Desjardins quelques bonnes dégelées de bois vert de la part de leurs cotisants). Le Dr Desjardins déclarera par exemple : « La tentation est peut-être, en ce moment, de lancer des hauts cris et de traduire notre inquiétude par des déclarations fracassantes et des comportements rigides. L'expérience nous incite plutôt à adopter une attitude plus réaliste. Nous devons [...] scruter, analyser en profondeur les implications de cette nouvelle réforme afin d'intervenir le plus efficacement possible. » Bien des médecins ne le lui pardonneront jamais. Au même moment, le Dr Augustin Roy, président-directeur de la Corporation professionnelle des

médecins (chargée de par la loi, faut-il le rappeler, d'assurer la protection... du public) était à court d'épithètes pour stigmatiser la démarche du gouvernement, tandis que le Dr Jacques Genest, de scientifique renommée, réenfourchait sa rossinante.

Troisième temps : nous y sommes, ce sont les MAIS qui dominent.

Dissipons toute équivoque. C'est toujours OUI, partout — sauf chez les médecins spécialistes où la « réflexion » a conduit à un NON retentissant dont on commence à peine à percevoir l'écho. Les CLSC sont encore aux anges, les centres d'hébergement crient victoire, les centres de services sociaux voient dans les nouvelles modalités d'organisation une amélioration notable des services offerts. Les hôpitaux restent « positifs », mais ébranlés et vaguement inquiets.

Dans Artère, mensuel publié par l'Association des hôpitaux du Qué-

bec, on trouve sous la signature de son vice-président exécutif, M. Jacques A. Nadeau, cette phrase qui reflète assez bien l'ambivalence du réseau : « Somme toute, l'AHQ appuie les orientations de base de la réforme. Cependant, de la consultation effectuée auprès de ses membres, il ressort clairement que... » Ces mots pourraient servir d'introduction à la presque totalité des mémoires adressés au ministre depuis la mi-janvier.

Ces mémoires parfois fort volumineux — celui de l'AHQ ne fait pas moins d trois pouces format ministre — analysent de façon très serrée des centaines et des centaines d'articles d'un projet de loi qui, dans sa version actuelle, en compte exactement 494 ! Avec, en regard de chacun des articles commentés, une proposition d'amendement.

Il faut voir là la raison principale du report de la commission parlementaire qui devait entreprendre, dès le 25 janvier, l'étude article

par article du projet de loi. M. Marc-Yvan Côté, à son tour, a voulu se donner un temps de réflexion. Il aura senti le besoin de se donner — et de donner aux auteurs du texte de loi — une chance de reprise : cette première copie d'examen ne valait pas la note de passage. Une mauvaise surprise, assurément. Les plus généreux parmi les critiques disent que les scribes de M. Côté se sont mépris sur les véritables intentions du ministre ! On verra bien.

Les vieux routiers n'auront pas oublié que la première version du projet de loi déposée par M. Claude Castonguay en 1971, dans le sillage du rapport de la commission qui porte son nom, avait subi de profondes modifications tout au long du processus qui a conduit à son adoption par l'Assemblée nationale.

On aurait tort, du moins à cette étape-ci, de part et d'autre, de vouloir jouer les humiliés et les offensés.

# L'accès à la santé, ça ne peut plus attendre



**La santé,  
c'est le fruit  
d'un effort  
collectif...**

**...c'est notre  
raison d'être!**

# SCFP

Syndicat canadien  
de la fonction publique



Ticket orienteur et impôt-services

# De simples consommateurs à «citoyens payeurs»

Anne Pélovas

**L**E LIVRE BLANC sur la réforme des services de santé et des services sociaux, publié en décembre dernier par le gouvernement, nomme clairement les futurs usagers du système de santé. Ils ne seront plus de simples citoyens consommateurs, mais bien aussi des « citoyens payeurs » qui devront assumer une part plus importante des dépenses.

Le projet de loi 120 inaugure pour ce faire deux nouveaux concepts — le ticket orienteur et l'impôt-services — dont la mise en application vise trois objectifs principaux : désembouteiller les services d'urgence mais aussi les autres services hospitaliers, en orientant la demande vers les CLSC et les cabinets privés de médecins; limiter davantage les dépenses de santé et trouver de nouvelles ressources financières pour les compenser. Du point de vue du consommateur, mais également de certains juristes, la réforme proposée porte atteinte à des principes légaux considérés comme autant d'acquis sociaux : l'universalité, la gratuité et l'accessibilité des soins et des services sociaux au Québec.

Dans son Livre blanc, le ministre de la Santé présentait le ticket orienteur comme un incitatif pour les consommateurs à s'adresser en priorité à un CLSC ou un cabinet privé. Il prévoyait le versement d'une somme de 5 \$ — sorte d'amende — pour « toute visite effectuée aux centres hospitaliers qui ne

constitue pas un cas d'urgence, une consultation consécutive à une hospitalisation, une consultation consécutive à une référence d'un CLSC ou d'un médecin en cabinet privé ».

L'intention de décharger les urgences d'hôpitaux est particulièrement louable. Mais, on vise ici une cible bien plus grande. En fait, le projet de loi comporte actuellement des textes attribuant le pouvoir — très large — d'imposer un ticket orienteur. Ces textes posent de sérieux problèmes juridiques, estime Andrée Lajoie, professeur au Centre de recherche en droit public de l'Université de Montréal. « Ils permettent d'en imposer à tous les services de santé et à tous les prix. »

Le projet ne parle plus ni de montants, ni de services d'urgence. L'ouverture est immense. « Et, ce n'est pas rassurant, dit Andrée Lajoie, car le pouvoir que le ministère demanderait à l'Assemblée de lui accorder n'est pas limité. À l'extrême, on pourrait faire payer aux patients toutes les consultations cliniques des hôpitaux si ces services sont offerts gratuitement ailleurs, dans les CLSC par exemple. »

Les rédacteurs du projet n'y sont, en tout cas, pas aller de main morte. En accordant ce pouvoir quasi-discrétionnaire aux responsables du système de santé, on ouvre la porte à bien des bouleversements. On ferait d'abord payer de nombreux services d'hôpitaux à l'utilisateur récalcitrant. L'article 410 du texte est on ne peut plus explicite sur l'étendue de ce pouvoir. Il « précise » en effet que le ministre



Marc-Yvan Côté

peut « prescrire le montant des frais d'administration qu'un établissement peut exiger d'un usager pour la prestation par un centre hospitalier de services également accessibles dans un CLSC ou dans un cabinet privé ». La liberté de manoeuvre est totale. Mais, on risque aussi de transférer l'embouteillage au niveau des CLSC — dont il n'est nullement question d'augmenter les ressources en proportion — et d'opérer, chaque fois qu'on le voudra, une réduction des services habituellement offerts dans les hôpitaux...

Les CLSC sentent eux-mêmes le danger, eux qui critiquent l'instauration du ticket orienteur et récla-

ment — si la réforme était adoptée — une hausse de leurs ressources et effectifs médicaux pour assumer leur rôle de « porte d'entrée du système de santé, offrant les services de base, de première ligne à la population... »

La deuxième nouveauté pour l'application du principe selon lequel le consommateur doit payer plus que les autres est l'impôt-services. Il concerne spécifiquement la « consommation » de programmes complémentaires d'assurance-médicaments, de services dentaires, optométriques, de services d'orthèse et de prothèse. La procédure prévoit l'ajout au revenu imposable des contribuables du coût des services obtenus dans l'année écoulée et l'application d'un taux d'impôt sur ces « dépenses ». Selon les estimations du ministère de la Santé, cet impôt-services devrait rapporter au moins 100 millions \$ par an...

Pour Andrée Lajoie, « c'est une mesure fiscale qui, en soi, est moins régressive que le ticket orienteur, parce qu'elle est directement liée à l'impôt sur le revenu. Mais, elle reste régressive puisqu'elle ferait payer ceux qui sont malades au lieu de faire peser la charge sur l'ensemble de la population. Tous les hommes sont mortels et, avant, ils sont malades, constate-t-elle. Il n'y a pas de raisons de pénaliser plus les malades que les bien-portants, comme si on était responsable de toutes nos maladies ! »

La Fédération des ACEF du Québec s'insurge, de son côté, contre ce projet. « Imposer les ser-

vices complémentaires de santé constitue déjà une brèche inacceptable dans les principes d'universalité, de gratuité et d'accessibilité », dit Henri Goulet au nom de la Fédération. Mais, il y a pire. D'après lui, la volonté clairement exprimée du ministre Pierre-Yvan Côté de faire amender la loi canadienne sur la santé indique « son intention d'imposer, à moyen terme, un impôt-services sur des services de base ». Cette loi interdit en effet d'appliquer un tel impôt sous peine d'une diminution des transferts fédéraux équivalente aux montants fiscaux perçus par les provinces. Elle garantit à tous les citoyens canadiens, rappellent les ACEF, l'universalité, la gratuité et l'accessibilité à la plupart des soins de santé. Sans amendement, l'obstacle est infranchissable...

Vouloir créer un impôt-services, la Fédération y est évidemment opposée. La proposition, dit-elle, « dépasse largement le mandat du seul ministre de la Santé... Un revirement aussi important dans un domaine aussi névralgique ne devrait pas être discuté dans un cadre aussi restrictif. Le débat devrait être complètement détaché de la simple réforme administrative actuellement mise de l'avant par M. Côté. »

Les ACEF s'en prennent enfin au calcul de ce nouvel impôt. « Personne ne s'entend sur les méthodes de calcul, dit Henri Goulet, et nous voudrions bien avoir une explication juste de la méthode exacte que préconise le ministère de la Santé. Ce n'est pas le projet de loi qui nous y aide ! »

## ◆ CLSC

santé mentale et veulent continuer d'intervenir en santé au travail. Une mission qui apparaît d'ores et déjà impossible à remplir, sans une injection importante de ressources.

Dans l'immédiat, la Fédération formule trois demandes urgentes, destinées à consolider la base budgétaire des CLSC : le rattrapage budgétaire pour les CLSC créés après 1980, dont une soixantaine sont nettement sous-financés; le paiement des frais afférents à la pratique médicale (estimés à 30 000 \$ par médecin) par la RAMQ plutôt que par les budgets des CLSC; le versement en 1991-92 des premiers 40 millions \$ annoncés pour le maintien à domicile.

Quant à l'établissement de la « première ligne » en CLSC, elle repose, selon M. Payette, sur quatre conditions. Il faut d'abord doubler la pratique médicale, de façon à pouvoir assurer le service médical avec et sans rendez-vous et à per-

mettre aux médecins de travailler sur les autres programmes : maintien à domicile, enfance-famille, jeunesse, etc. Les CLSC emploient actuellement l'équivalent de 650 médecins à temps plein; la Fédération en réclame 1400.

Deuxième condition : il faut prendre le virage du maintien à domicile. « Le Québec est en regard là-dessus, y consacrant deux fois moins de ressources que les autres provinces ».

Troisième condition : le réseau doit cesser d'être un champ de bataille. « Les CLSC, établissements publics de première ligne (c'est-à-dire qui offrent les services sociaux et de santé courants), ne peuvent fonctionner en parallèle avec les établissements de deuxième et de troisième ligne (qui offrent les services spécialisés) et avec les cabinets privés. Il nous faudra donc établir des mécanismes de complémentarité avec les centres hospitaliers, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les urgences, les centres d'accueil. Cela

suppose le respect de la mission de chacun et des mécanismes de collaboration, y compris des transferts de fonds ».

Enfin, estime M. Payette, les CLSC devront investir dans la formation et le perfectionnement de leur main-d'oeuvre, « surtout pour les employés qui ont été transférés d'autres établissements ». Conjointement avec une université québécoise, la Fédération travaille à la mise sur pied d'un certificat de perfectionnement en intervention de première ligne. On espère que cette formation multidisciplinaire sera offerte dès janvier 1992.

Au total, dans les années qui viennent, les CLSC souhaitent doubler leur « part de marché » — de 5 % à 10 % de la masse budgétaire du ministère. Dans le contexte de décroissance actuel, cela suppose une réallocation des budgets entre établissements, qui pourrait bien être le principal enjeu des batailles à venir au sein des régies régionales.



Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

## POUR JOUER PLEINEMENT SON RÔLE D'INFIRMIÈRE DANS LES SERVICES DE SANTÉ

PROGRAMME DE BACCALURÉAT ES SCIENCES (sc. inf.):

- une voie pour titulaires d'un DEC en sciences de la santé
- une voie pour titulaires d'un DEC en soins infirmiers

PROGRAMME DE MAÎTRISE ES SCIENCES (sc. inf.).

Informations: Françoise Bergeron (514) 343-6173

## COMMENT AIDER EFFICACEMENT UNE PERSONNE SIDÉENNE ?

Un numéro spécial de la revue Intervention :

### INTERVENTION PSYCHOSOCIALE ET SIDA

13 articles écrits par des spécialistes.

Autant de pistes de réflexion et de réponses

Pour vous le procurer, téléphonez ou écrivez à :



Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec  
5757, ave Decelles, bureau 335 Montréal (Québec) H3S 2C3  
Téléphone : (514) 731-3925 Télécopieur : (514) 731-6785

Joignez à votre demande un chèque de 10,00 \$ (frais d'expédition inclus) à l'ordre de la C.P.T.S.Q.  
Abonnement annuel disponible. Carte Visa et Master Card acceptées

## Aujourd'hui... les CLSC

**U**n réseau de 158 CLSC à travers tout le Québec offrant des services dans plus de 480 lieux différents à près de trois millions de Québécois et de Québécoises.

On y trouve des services de santé et des services psychosociaux pour toute la famille, pour les futures mères, pour les jeunes qui éprouvent des difficultés, pour les personnes âgées, pour les personnes ayant un handicap physique ou intellectuel, pour les personnes convalescentes...

**Plus de 15 000 hommes et femmes y travaillent:** des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des travailleuses communautaires, des agents de relations humaines, des agentes d'information, des techniciens en hygiène du travail ou en hygiène dentaire, des sages-femmes, des psychologues, des techniciens en assistance sociale, des auxiliaires familiales, des thérapeutes en réadaptation, des ergothérapeutes, des secrétaires...

### ■ Leurs champs d'action

Votre domicile, l'école de votre quartier ou de votre village, votre lieu de travail, les centres communautaires, les milieux de vie que vous fréquentez, votre rue...

### ■ Leurs partenaires

Les groupes communautaires, les organismes d'entraide, les groupes socio-économiques, les municipalités, les hôpitaux, les centres d'accueil, la protection de la jeunesse, les cliniques privées de services de santé...

### ■ Leurs dirigeants

Plus de 2 000 personnes, dont un grand nombre d'utilisateurs des services, forment les conseils d'administration des CLSC.

**Les CLSC, une présence essentielle!**

FÉDÉRATION DES **CLSC** DU QUÉBEC

# Les groupes communautaires négocient leur participation

Martine D'Amours

**D**ANS LE GRAND PUBLIC, les 1500 groupes communautaires québécois sont surtout connus pour deux choses : ils font des merveilles avec presque rien et ils lancent régulièrement des SOS-financement pour éviter de fermer leurs portes.

Qu'ils s'appellent centres de femmes, maisons de jeunes, ressources alternatives d'hébergement pour ex-psychiatisés, associations de défense des droits des retraités ou autres, ils ont une culture commune, qui les distingue des hôpitaux, CLSC, centres d'accueil et autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Ils sont d'abord sensibles aux conditions sociales, économiques et culturelles dans lesquelles s'inscrit un problème de santé ou un problème social. Bien avant tout le monde, ils ont alerté l'opinion publique sur la pauvreté, la violence conjugale, le pouvoir de la psychiatrie, la mise au rancart des personnes âgées, le suicide des jeunes.

Ils ne se sont jamais gênés pour dénoncer les incohérences entre, par exemple, un ministère de la Santé qui distribue des oranges, du lait et des oeufs aux futures mères des quartiers défavorisés (programme OLO dispensé par les CLSC), et un ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du Revenu qui réduira leur chèque d'aide sociale à partir de la vingtième semaine de grossesse, sous prétexte qu'elles sont non-disponibles à l'emploi.

Chez eux, pas de liste d'attente ni de bureaucratie. Pas non plus de « toxicomanes », de « délinquants » ou de « dépressives », seulement des personnes avec des difficultés, mais aussi avec un potentiel pour s'en sortir. Des personnes à qui on offre des services, mais aussi l'occasion de s'informer, de se sensibiliser aux causes des problèmes, de défendre leurs droits, de participer à la gestion du groupe et d'agir dans la communauté.

À première vue, la réforme Côté semble faire la part belle aux organismes communautaires. Elle les reconnaît et précise leur statut dans la loi : ce sont des groupes sans but lucratif, avec un conseil d'administration composé majoritairement d'usagers ou de membres de leur communauté, qui choisissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches.

Elle les associe à la prise de décision : au sein des régies régionales, maîtres-d'oeuvre de l'organisation des services socio-sanitaires sur leur territoire, les représentants des groupes communautaires occuperont 20 % des sièges. Finalement, la réforme protège leur niveau global actuel de financement

pour cinq ans, pendant lesquelles elle leur accorde 40 millions \$ supplémentaires.

S'ils acceptaient le partenariat proposé par la réforme, les groupes devraient s'asseoir au conseil d'administration de la régie régionale avec les représentants des établissements du réseau, les élus municipaux et les représentants socio-économiques, pour élaborer des plans régionaux d'organisation des services (PROS dans le jargon) et partager les responsabilités et l'enveloppe budgétaire régionale entre les établissements du réseau et les groupes communautaires.

C'est là que le bât blesse, comme l'explique Françoise David, coordonnatrice de l'R des centres de femmes : « Nous sommes prêts à collaborer avec les établissements du réseau, nous le faisons déjà, mais nous exigeons de pouvoir demeurer différents. Nous ne voulons pas être enrôlés de force dans la logique des plans de services et des programmes : un programme sur la violence, un programme sur la toxicomanie, etc. Les centres de femmes reçoivent des femmes pauvres, des femmes seules, isolées, parfois toxicomanes, parfois violentées, des femmes en difficulté. Ça va dans quel programme ça ? »

« Si, conclut-elle, pour obtenir du financement, les groupes communautaires sont obligés de dispenser uniquement des services à des clientèles et à l'intérieur de programmes déterminés par des régies régionales où ils seront minoritaires, ils seront peut-être plus riches, mais ils auront perdu leur raison d'être, leur originalité, leur efficacité. »

À la suite de négociations entreprises avec le ministère, les regroupements d'organismes communautaires du Québec ont obtenu que la régionalisation soit, pour ce qui les concerne, reportée à 1992. Ils réclament maintenant d'être financés pour l'ensemble de leurs activités, peu importe qu'elles s'inscrivent ou non dans les programmes des régies régionales.

Les ressources alternatives en santé mentale ont une longueur d'avance sur les autres groupes communautaires. Depuis l'adoption, il y a deux ans, de la nouvelle politique en santé mentale, ils ont été les premiers à prendre le « beau risque » du partenariat.

Dans leur cas, l'instance de concertation régionale ne s'appelle pas Régie régionale, mais comité tripartite. Les groupes communautaires y occupent le tiers des sièges. Avec les représentants des établissements du réseau et de la communauté, qui forment les deux autres tiers, ils discutent program-

mes (PROS), tricotent fort pour inscrire leurs activités dans le plus grand nombre possible de volets, puisque le financement y est attaché. Diagnostic après un an de fonctionnement ?

« L'existence des comités tripartites est un élément positif, rapporte Lorraine Guay, coordonnatrice du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Elle a contribué à sortir la santé mentale du domaine exclusif des psychiatres. Elle a permis aux différents acteurs, ceux des institutions et ceux des groupes alternatifs, de se connaître et de se reconnaître. »

« Par ailleurs, nuance-t-elle, cette participation suppose une somme d'énergies difficile à fournir par des ressources qui comptent un ou deux salariés. Pour se préparer, se former, participer aux réunions, les groupes ont dû fournir l'équivalent de plus d'un mois de travail. Cela signifie soit qu'on travaille plus fort, soit que nos activités d'hébergement, d'information, de suivi des personnes, en souffrent. »

Impossible de savoir actuellement si cette participation exigeante se traduira par un financement plus adéquat, puisque les PROS, et les budgets qui les accompagnent, ne sont pas encore revenus de Québec. Mais Mme Guay est sceptique. « La majorité des groupes n'ont pas reçu de financement du ministère depuis deux ans. Ils bouchent les trous avec les programmes de création d'emplois temporaires, les subventions de Centraide pour certains... Mon intuition, c'est que cet exercice de planification a confirmé les mêmes acteurs dans les mêmes mandats et qu'en conséquence, le gros du financement demeurera aux mains des hôpitaux et de leurs ressources intermédiaires. »

### Dossier spécial Santé et services sociaux

Recherche :  
**Martine D'Amours**  
Maquette :  
**Yves d'Avignon**  
Publicité :  
**Françine Gingras**  
Administration :  
**André Leclerc**

Ce cahier spécial est édité par le journal LE DEVOIR sous la responsabilité de :

**Michel Lefèvre,**  
Rédacteur en chef adjoint

600 diététistes  
travaillant pour la santé des Québécois (es)

Le Syndicat Professionnel des Diététistes du Québec

(Fondé en 1970)

Les régies régionales

# Le pouvoir redonné au citoyen, plus qu'un slogan?

Isabelle Paré



La réforme prévoit un conseil d'administration composé en majorité de gens du milieu qui devront rendre des comptes à l'assemblée régionale.

du Montréal métropolitain, M. Gérard Marcoux, maintient que le système ne fonctionnera que si la formule obtient la bénédiction de tous les partenaires du milieu, que si tous emboîtent le pas.

Une éventualité dont il ne doute guère. À condition que le ministère prépare abondamment le terrain à cette entrée du citoyen dans un système qui fut jusqu'ici la chasse-gardée des fonctionnaires et du personnel médical.

« Pour cela, il va falloir que le projet de loi 'débureaucratiser' les régies. Un allègement est nécessaire car une régie dominatrice ne laissera pas place aux décideurs locaux », relance M. Marcoux, d'avis que le projet de loi actuel cimentera déjà les régies dans un carcan qui pourrait tuer dans l'oeuf toute velléité de participation des citoyens.

Campé comme il l'est, le projet

de loi sape en partant les espoirs de certains de fonctionner avec souplesse, en amalgamant les conseils d'administration de plusieurs établissements.

De fait, on voit mal comment la bureaucratie pourrait faire bon ménage avec cette place au coeur du réseau que prétend donner la réforme au « citoyen décideur ».

C'est d'ailleurs l'argument que brandissent les médecins, les premiers détracteurs de ces futures régies qu'ils qualifient déjà de « mini-ministères », dédiés à l'« en, vahissement technocratique de la santé ».

Pour eux, le « citoyen payeur » devenu « décideur », c'est de la frime. Rien de moins qu'un slogan accrocheur savamment modelé par un ministre décidé à vendre sa réforme à la population et à ses fonctionnaires.

« La gestion participative, c'est une illusion. Quel citoyen aura le temps de participer à la gestion des soins de santé ? C'est faux de croire que ça va changer les choses. Ce sont les experts de l'administration qui détiendront encore les informations pour prendre les décisions », fustige pour sa part le Dr Augustin Roy, qui cultive toujours une opposition viscérale à la réforme Côté et à ses protégées, les régies.

Faut dire que la réforme a rudement écorché au passable la gent médicale en l'éclipsant des conseils d'administration des régies régionales qui seront, à toute fins utiles, seuls maîtres à bord sur leur territoire.

La gifle est non seulement dure à encaisser, mais défie toute logique, rétorquent les médecins.

« On nous évacue des endroits où se prendront les principales décisions. Pourtant, qui peut dire mieux que les médecins ce dont les patients ont besoin ? », soutient le Dr Clément Richer, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Mais ceux qui sont à la barre des futures régies rétorquent que les citoyens sont bien les premiers à savoir ce dont ils ont besoin et ne voient pas d'un si mauvais oeil l'absence du personnel médical des lieux décisionnels de la régie. Au contraire. « Pour une fois, la gestion se fera en fonction des gens plutôt que des intérêts corporatifs », pense le directeur du CRSSS du Montréal métropolitain.

Mais pour ça, note toutefois le président de la Conférence des CRSSS, M. Norbert Rodrigue, il faudra réellement décentraliser les programmes et donner aux régions de quoi se mettre sous la dent. « Si on crée des instances où les gens ont l'impression de ne pouvoir jouer un rôle réel, ça me marchera pas », insiste-t-il.

De son côté, le monde des services sociaux rétorque que l'omnipotence du discours médical pourrait être renforcé au sein des futures régies. Avalés par les régies, les actuels centres de services sociaux ne cachent pas leur inquiétude face à leur disparition future. Les questions sociales seront-elles occultées par les régies ?, s'interroge Mme Céline Lamontagne, vice-présidente de la CSN, qui tenait récemment un colloque sur la question. Dans un tel cas, le citoyen pourrait y perdre au change.

« À l'heure où les problèmes sociaux sont criants, où les dossiers s'alourdissent, on trouve que la réforme fait peu de cas du social. Dans la mesure où les citoyens auront plus de pouvoir, on doit espérer que les régies n'auront pas une vision strictement 'médicale' de la santé », opine-t-elle.

Principe ou réalité, le citoyen décideur ? Tout dépendra de la capacité du système, ankylosé par 20 ans de fonctionnement centralisé en vase clos, à faire de la réforme plus qu'une réforme sur papier. Et à tous ces partenaires de s'entendre entre eux !

## L'éducation des adultes

### À la mesure des années 90...

Formation et perfectionnement dans les domaines de la santé et des services sociaux.

#### En formation sur mesure,

nos interventions d'aide et de formation s'inscrivent dans un cadre adapté aux besoins de l'établissement et à la disponibilité des membres du personnel.

#### Au Collège,

des cours de perfectionnement apportent un support aux intervenants confrontés aux nombreux changements sociaux et culturels.

### Nouveau

#### Parmi les nouveaux cours offerts :

- L'intervention interculturelle dans les services sociaux et de santé;
- Bioéthique et problèmes contemporains;
- Introduction aux approches alternatives en gérontologie;
- L'intervention infirmière en périnatalité;
- L'équipe interdisciplinaire;
- La résolution de problème: ses défis, ses réalités et son application en situation de crise.

#### Un nouveau programme en septembre :

Gérontologie menant à un diplôme de perfectionnement de l'enseignement collégial (D.P.E.C.)

Renseignements: madame Christiane Noiseux, 332-3000, poste 351



**Collège de Bois-de-Boulogne**

10555, avenue de Bois-de-Boulogne  
Montréal, Québec  
H4N 1L4

Vient de paraître

# Vieillir et mourir

no 23 188 pages 14,98 \$ (incluant la TPS)

# médecines douces

no 24 144 pages 14,98 \$ (incluant la TPS)

### Revue internationale d'action communautaire

Disponibles en librairie ou à l'adresse suivante:

RIAC, École de service social, Université de Montréal

C.P. 6128, succ. A. Montréal, Québec H3C 3J7

Tél.: (514) 343-7222 — Fax (514) 343-2493

Abonnements:

PERIODICA, C.P. 444, Outremont, Québec, Canada H2V 4R6

Tél.: (514) 274-5468 — 1-800-361-1431 (Le Québec et l'Outaouais)

Fax (514) 274-0201

# Plus de pouvoir aux infirmières?

Martine D'Amours

**D**ANIELLE HOULE, infirmière depuis neuf ans, aime prendre soin des malades. Ce qu'elle déteste en revanche, c'est d'en être réduite à appliquer des techniques, sans avoir le temps de parler à ses patients. Ce qu'elle déteste, c'est de jouer un rôle d'exécutante. « Je n'ai pas, dit-elle, étudié trois ans simplement pour distribuer des médicaments. »

Récemment, elle a quitté un hôpital où elle avait un poste de jour et des vacances en juillet pour recommencer à zéro, c'est-à-dire sur le quart de nuit, à l'Institut de cardiologie de Montréal, où le ratio infirmières-patients est plus élevé, où on lui offre un meilleur équipement, de la formation en cours d'emploi et une plus grande autonomie dans l'exercice de sa profession.

« Les jeunes ne sont plus intéressés à devenir infirmières, à cause des conditions de travail », déplore sa collègue Renaude Labrecque. Dans la profession, il faut compter en moyenne douze ans avant d'obtenir un poste de jour. Les primes pour le travail de soir ou de nuit, bien que bonifiées par la dernière convention, offrent une maigre compensation. Les fins de semaine et les jours fériés sont payés à taux simple. « Une tâche lourde, conclut Mme Labrecque, pour un salaire inférieur à celui d'un chauffeur d'autobus ! »

Parce que les inconvénients liés à la tâche ne sont pas compensés par une rémunération alléchante ou par une grande satisfaction au travail, le Québec a du mal à attirer et à retenir ses infirmières. En 1988, l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) évaluait à 2000 le nombre annuel de nouvelles infirmières nécessaires pour éviter la pénurie : or en 1987, à peine 1397

nouvelles diplômées s'apprêtaient à entrer sur le marché du travail. Entre 1973 et 1983, le Québec a perdu 1400 infirmières au profit des autres provinces. Aujourd'hui, révèle le Livre blanc du ministre Côté, il en compte près de 10 % de moins que l'Ontario et que l'ensemble du Canada.

Pour tenter de pallier au problème, le projet de réforme de la santé et des services sociaux a porté une attention particulière aux infirmières. Il leur promet pour avril une politique globale de la main-d'œuvre en soins infirmiers. Il leur accorde un siège au conseil d'administration des centres hospitaliers et des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Il crée enfin, dans ces mêmes établissements, un Conseil des infirmières et infirmiers, chargé d'apprécier la qualité et l'efficacité des soins infirmiers, d'évaluer et de maintenir la compétence des infirmières et infirmiers et de donner son avis sur les règles de soins infirmiers applicables dans l'établissement.

À la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), la plus importante organisation syndicale dans ce secteur, on accueille ces mesures avec satisfaction. « C'est un pas vers la revalorisation de la profession, explique la première vice-présidente Sylvie Boulanger. Il y a eu tellement de changements à l'organisation des soins et du travail pour lesquels nous avons été les dernières avisées que nous ne pouvons que nous réjouir de ces nouvelles possibilités pour les infirmières de faire entendre leurs voix. »

Accord sur le principe donc mais interrogations quant aux modalités d'application de ces mesures. On se demande par exemple s'il y aura concurrence entre ces nouveaux conseils, qui regrouperont toutes

les infirmières, syndiquées et cadres, d'un même établissement, et les comités patronaux-syndicaux de soins infirmiers, créés à la suite de la dernière lutte syndicale, avec le mandat d'étudier les problèmes liés à l'organisation du travail.

D'autres aspects de la réforme Côté soulèvent aussi des peurs. On craint par exemple que la redéfinition de la mission des établissements et la réduction des temps de séjour en hôpitaux n'aient pour effet d'augmenter la tâche des infirmières. On se demande si la régionalisation n'entraînera pas une mobilité du personnel entre les établissements. On redoute que le « partage des inconvénients » ne signifie une plus grande rotation, c'est-à-dire le travail en alternance sur les quarts de jour, de soir et de nuit.

« Lors de la dernière négociation, rappelle Mme Boulanger, nous visions à ce que le personnel bénéficie de postes à temps complets et d'équipes stables. Pour nous, il n'est pas question de laisser la réforme défaire ce qu'on a gagné. » Tout en veillant au grain, la FIIQ encouragera ses membres à utiliser les nouvelles structures pour faire entendre leurs voix.

Sur le terrain cependant, on est pour le moins sceptiques. Pour Renaude Labrecque, tout cela pourrait bien n'être que de la poudre aux yeux, « un discours gouvernemental utilisé pour calmer les professionnelles déçues, pour les motiver afin qu'elles continuent à produire. La valorisation des infirmières est inséparable des conditions de travail et de salaire qu'on leur offre, surtout en comparaison de ce qui est accordé aux médecins. »

Danielle Houle, pour sa part, s'interroge sur le pouvoir réel qui sera dévolu aux conseils d'infirmières et d'infirmiers. « Parfois, les négociations avec les administrations locales sont très difficiles. Est-ce que



PHOTO CHANTAL KEYSER

Parce que les inconvénients liés à la tâche ne sont pas compensés par une rémunération alléchante ou par une grande satisfaction au travail, le Québec a du mal à attirer et à retenir ses infirmières.

ces nouvelles instances nous permettront davantage de nous faire entendre ? Je n'en suis pas convaincue. Elles risquent de ressembler aux comités d'école, où les parents n'ont guère de pouvoir. »

Joëlle Lévesque, leur déléguée syndicale, constate que plusieurs de ses collègues ont perdu la foi dans les structures paritaires de participation : « Les filles font partie de comités, elles montent des dossiers sur certains problèmes mais attendent longtemps qu'on donne suite à leurs recommandations. »

Mais cette fois-ci, croit-elle, ce pourrait être différent : « Si on

nous en donne les moyens, c'est-à-dire si les filles sont libérées de leur tâche pour siéger sur ces comités, s'ils enquêtent sur les problèmes et font circuler l'information, ils peuvent susciter une réelle prise de conscience dans le milieu. »

Pour éviter que leurs recommandations ne restent lettre morte, Mme Lévesque suggère la possibilité pour les infirmières d'établir de nouvelles alliances. « Par exemple, si les directrices de soins infirmiers et les infirmières-chefs défendaient le même point de vue que nous, ça ferait toute la différence du monde ! »

POUR MIEUX TRAVAILLER...

À VOTRE SANTÉ!



des emplois à temps plein une meilleure organisation du travail la reconnaissance de la valeur de notre travail

Fédération du personnel de la santé et des services sociaux

Regroupement des professionnels et professionnelles de la santé

Regroupement des techniciennes et techniciens de la santé

Union québécoise des infirmières et infirmiers

CEQ

## CHANTAL DUPLAIN

Diplômée de l'Institut Kushi

Cours de cuisine naturelle et macrobiotique

Consultations en alimentation

956-9265

## Centre de Paix et de Santé Écoute Ton Corps de Bellefeuille

Un endroit idéal dans la nature...

... Pour prendre des vacances tout en faisant une démarche intérieure

... pour se libérer de stress accumulé et refaire le plein d'énergie

... pour aller à la cause du mal plutôt que changer le mal de place!

**Programme d'une semaine ou plus!**  
**Pour renseignements ou recevoir**  
**notre brochure par la poste, appelez au:**  
**1-514-431-8921**

# De meilleurs services médicaux partout au Québec

Isabelle Paré

UN MÉDECIN dans chaque patelin éloigné, de Mata-gami en passant par Havre Saint-Pierre, des spécialistes parsemés à la grandeur au Québec, des hôpitaux qui voient aux urgences et des CLSC qui soignent les maux mineurs : des services avant tout, et partout, c'est ce que professe la réforme de la santé.

Mais concrètement, dans ce lot de services tous azimuts que nous fait miroiter Québec, quelle place auront les médecins ? Et les patients eux, continueront-ils à voir leur « docteur » au coin de la rue, en cabinet privé, où dans ces CLSC dont on veut faire les stars du réseau de première ligne ?

On dit souvent, on ne fait pas de médecine sans médecins. Le hic, pour l'instant, c'est qu'à l'heure où le projet de loi sur la réforme de la santé entreprend son dernier virage avant l'adoption, les médecins refusent la médecine de cheval qu'entend leur administrer Québec pour mener à bien son ambitieux de répartition des services sur le territoire et à l'intérieur du réseau public. À moins que Québec n'entende leurs doléances, les médecins menacent de ruer dans les brancards et de bloquer la machine.

Selon les rumeurs, des dizaines de modifications pourraient toutefois être apportées au projet de loi pour éviter un affrontement en règle entre Québec et la profession médicale.

Car dans sa forme actuelle, le projet de loi 120 prévoit sortir les

omnipraticiens des cabinets privés pour qu'ils mettent l'épaule à la roue dans les hôpitaux et les CLSC, et d'extirper des centres urbains les spécialistes tant réclamés en région.

Même si le nombre de médecins a doublé en 20 ans, passant de 8316 en 1970 à plus de 16 500 aujourd'hui, alors que la population du Québec diminue, la pénurie persiste dans certains établissements de santé. Au même moment, se développe en parallèle une pléiade de cabinets privés. Ce constat posé, le ministre Marc-Yvan Côté a choisi de donner aux régies régionales le pouvoir « de gérer » tous les effectifs médicaux sur leur territoire, y compris ceux des cabinets privés.

Les médecins pourraient donc être appelés à donner ici et là des heures aux CLSC ou à l'urgence d'un hôpital. Quant aux spécialistes, ils seront « exportés » là où on a besoin d'eux, surtout dans certaines régions éloignées. Pour quelques spécialités où règne une grave pénurie, le ministère entend augmenter le nombre des admissions dans les universités et promet même des rémunérations à la hausse pour appâter les candidats.

Finis le temps où il faudra rouler des centaines de kilomètres pour voir un cardiologue, maintient le ministre Côté. « Des citoyens qui en auront pour leur argent », c'est là un des maîtres mots de sa réforme.

Ce slogan deviendra-t-il réalité ? Les médecins, farouches adversaires de la réforme, soutiennent le contraire. D'abord, ils ne s'entendent pas sur les constats posés par le ministre Côté et accusent Qué-

bec de brandir un bazooka pour tuer une mouche.

« On sait que les omnipraticiens sont bien répartis en région. Dans le réseau, les urgences, les CLSC, les centres d'hébergement, c'est tout au plus de 150 à 200 médecins dont on aurait besoin et 200 gradués chaque année. Il faut quand même être raisonnable dans l'établissement des besoins », objecte le Dr Augustin Roy, président de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Quant aux spécialistes, on parle cette fois d'un besoin de 150 personnes, tranche le Dr Roy. « Pourquoi régimenter toute la pratique médicale pour un problème qui pourrait être résolu sans virer sans dessus dessous tout le système de santé ? », relance-t-il.

Plus encore, le Dr Roy doute fort que le citoyen y gagnera en bout de ligne. « Pourquoi obliger les gens à aller en CLSC s'ils sont habitués à voir leur médecin en cabinet privé. Le CLSC a un rôle majeur à jouer pour les cas sociaux. Il faut améliorer les CLSC, mais ne pas délaissier pour autant les cabinets privés qui sont déjà équipés et fournissent 80 % des services de première ligne. C'est pour des raisons idéologiques qu'on veut créer un système davantage public. Mais en bout de ligne, ça va coûter des milliards de dollars », opine-t-il.

Les médecins spécialistes, principales cibles de la répartition régionale, affirment pour leur part que le cadre qu'entend leur imposer la réforme Côté n'assurera pas de meilleurs services aux ci-

toyens.

De l'avis du Dr Jean-Hugues Brossard, endocrinologue de formation et président de la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, il serait illusoire de penser que les régions pourront compter sur plus de services spécialisés si le gouvernement se borne à expatrier les spécialistes.

« Pour exercer une spécialité, il faut des laboratoires, des outils, une foule d'équipements qui engendrent des déboursés importants. Sinon les spécialistes seront ligotés. En bout de ligne, le service donné au citoyen dépendra de la volonté du gouvernement d'entourer le spécialiste des équipements qui lui faut. Il n'y a pourtant rien dans le projet de loi qui prévoit cela », s'inquiète le Dr Brossard.

Aussi, la répartition des effectifs spécialisés pourrait se solder par un coup d'épée dans l'eau si les cardiologues, internistes et chirurgiens ont les mains liées, faute d'équipements.

« Concrètement, ça pourrait vouloir dire qu'un patient est vu par un spécialiste dans sa région, mais doit toujours aller passer ses tests dans un centre pour obtenir un diagnostic », ironise-t-il.

Dans la même veine, le Dr Augustin Roy craint que la volonté du gouvernement de doter chaque région de certaines spécialités porte un dur coup à la compétence de ces médecins.

« Un chirurgien qui pratique une fois par mois, c'est quelqu'un qui perd sa compétence. Ce n'est pas dans l'intérêt du patient de se faire opérer par quelqu'un qui perd son

expertise, faute d'un bassin de population suffisant », s'impatiente le Dr Roy.

Mais au-delà de toutes ces considérations, les médecins, qu'ils soient spécialistes ou omnipraticiens, refusent d'être mis au pas par Québec. Ils sont prêts à tout pour conserver leur liberté, quitte à y perdre au change.

Pénalisez-nous s'il le faut, mais laissez-nous la liberté de choisir notre lieu et nos heures de pratique, clament-ils en chœur depuis que le projet de loi est sur la table. Va pour les fins visées par Québec, mais les moyens sont abusifs, grondent-ils.

Pis encore, c'est la relation médecin-patient qui pourrait en pâtir si on force les médecins à faire des tâches qu'ils n'ont pas choisies, affirme pour sa part le Dr Clément Richer, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

« Si on me précipite dans une urgence, chose que je n'ai pas faite depuis 15 ans, quel genre de services vais-je donner. Inévitablement, ce genre de climat va finir par éclabousser la relation entre les médecins et leurs patients », explique-t-il.

Mauvaise pour les médecins, la réforme le sera-t-elle aussi pour le citoyen ? Pour l'heure, tout semble dépendre des ajustements qu'apportera Québec à son projet pour s'allier les troupes médicales, pour mettre fin à ce dialogue de sourds. À moins que le ministre Côté ne décide de faire une médecine sans médecins.

## Cet enfant est en santé

Mais la santé n'est pas que physique et il est prouvé que 60 % des visites aux médecins sont dues à des problèmes psychologiques et non pas à des troubles physiologiques.

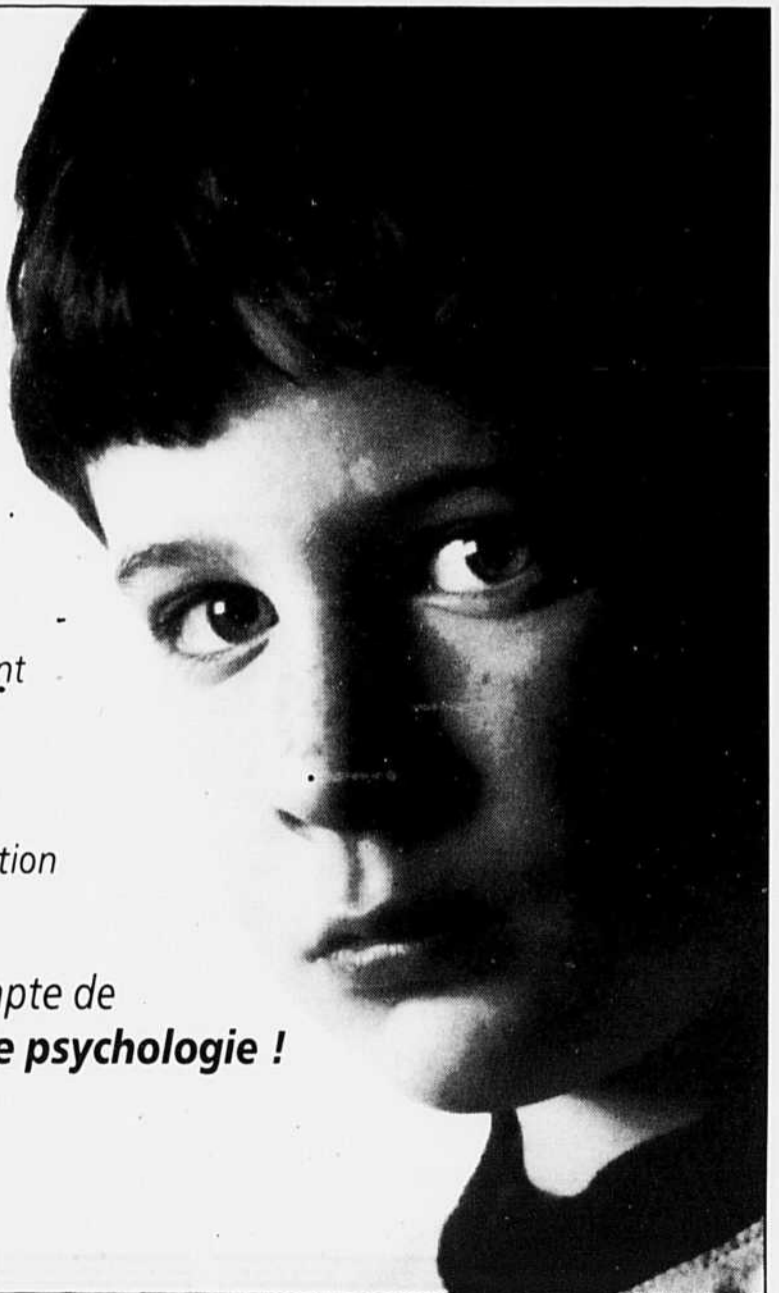
### QU'EN EST-IL DE LA SANTÉ POUR

- les trop nombreux jeunes placés en famille d'accueil et qui auraient besoin d'intervention psychologique ?
- les femmes et les enfants victimes de violence conjugale ?
- les jeunes suicidaires âgés de 15 à 24 ans ?
- les personnes âgées et les assistés sociaux qui font une consommation excessive de tranquillisants ?

Une véritable réforme de la santé pour le citoyen doit tenir compte de **toutes** les causes de la maladie. **C'est une simple question de psychologie !**



Corporation professionnelle  
des psychologues du Québec



# La douce fin des DSC

Raymond Lemieux

**P**UR PRODUIT de la réforme des services de santé entreprise au tournant des années 60, le réseau des Départements de santé communautaire (DSC) est maintenant appelé à s'intégrer à la nouvelle dynamique que l'on tente d'implanter dans le secteur de la

santé au Québec. D'autant que, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSSQ), les 32 DSC répartis sur l'ensemble du territoire québécois n'étaient plus vraiment des outils appropriés pour relever le défi de la santé publique.

« L'organisation de la santé publique se doit aujourd'hui d'être rajustée », indique-t-on dans le do-

cument de la réforme tout en précisant que cette tâche sera maintenant dévolue à l'ensemble des intervenants de la santé et des services sociaux.

« Chacune des régies régionales qui seront instituées devra constituer une direction régionale responsable de la santé publique », explique Simon Caron de la direction de la planification stratégique et de la coopération au MSSSQ. C'est ainsi que l'on tient à conserver les acquis obtenus par le biais d'une relative décentralisation des services de santé, entreprise dans les années 70. « Les DSC ont été un *must* au chapitre de la décentralisation mais il leur faut maintenant s'organiser en fonction d'une vision nationale de la santé, de Hull à Sept-Îles. Autrement, on assisterait pratiquement à une balkanisation de notre système de santé. Qu'est-ce qui empêcherait alors chaque région de délivrer sa propre carte d'assurance-maladie ? », ironise-t-il.

Jouxté à un centre hospitalier, chaque DSC faisait, depuis près de 20 ans, leur bonhomme de chemin. « Prévention et promotion de la santé » ; c'est en gros leur leitmotiv. De surcroît, les Départements de santé communautaire ont largement contribué à sensibiliser sa clientèle aux problèmes de santé environnementale et de santé au travail. « En ce sens, les DSC au-



PHOTO JACQUES GRENIER

Les DSC ont été un *must* au chapitre de la décentralisation mais il leur faut maintenant s'organiser en fonction d'une vision nationale de la santé, de Hull à Sept-Îles.

## MAÎTRISE ET DIPLÔME EN DROIT DE LA SANTÉ MAINTENANT EN MONTÉRÉGIE

Le droit de la santé couvre l'ensemble des règles juridiques ayant trait à la santé physique, mentale et sociale de l'être humain. Il s'intéresse aux bénéficiaires ainsi qu'aux personnes qui ont à prodiguer des soins de santé. Son importance se confirme chaque jour davantage en raison de l'évolution de la science et de la technologie. Il s'agit d'un domaine d'études encore peu exploité et en pleine expansion.

### LA MAÎTRISE (45 crédits)

Ce programme de type cours est offert à Longueuil, en Montérégie. Il vise à former des spécialistes qui connaissent à fond les aspects légaux, sociaux et administratifs de l'organisation et du fonctionnement du secteur de la santé. Le programme permet également à des personnes n'ayant pas de formation en droit de s'initier aux aspects juridiques du domaine de la santé.

### LE DIPLÔME (30 crédits)

Ce programme de deuxième cycle comporte les mêmes activités pédagogiques que la maîtrise de type cours à l'exception de l'essai.

### Conditions d'admission

Diplôme et maîtrise : grade de 1<sup>er</sup> cycle en droit ou grade dans une discipline ou champ d'études approprié avec expérience valable et pertinente dans le secteur de la santé et des services sociaux.

### Régime des études

Diplôme et maîtrise : à temps partiel uniquement.

### Demande d'admission

La date limite pour le dépôt d'une demande d'admission en vue d'une inscription au trimestre d'automne est le 1<sup>er</sup> mai.

### Renseignements

Longueuil (514) 670-4090	Sherbrooke (819) 821-7518	Le Directeur Programme de maîtrise en droit de la santé Faculté de droit Université de Sherbrooke Sherbrooke (Québec) J1K 2R1
Télécopieur (819) 821-7578		



UN PAYS DE CONNAISSANCE

Veuillez me faire parvenir les documents suivants :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> brochure «Maîtrise en droit de la santé» en Montérégie | <input type="checkbox"/> formule «Demande d'admission» |
|---|--|

NOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_

TELEPHONE \_\_\_\_\_



**CLINIQUE DU NOUVEAU DÉPART INC.**  
CENTRE DE TRAITEMENT EXTERNE  
POUR ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES

Après des années de recherche et d'expertises, tenant compte des exigences de la vie contemporaine, la Clinique du Nouveau Départ Inc. a mis au point un programme bien rodé, de réadaptation en milieu externe, qui se veut souple et dynamique.

Le programme externe de la Clinique du Nouveau Départ Inc. a été spécialement conçu en tenant compte des besoins des corporations qui désirent apporter une aide à leurs employés ayant des problèmes de surconsommation.

### PROGRAMME

L'équipe professionnelle, composée d'intervenants en toxicomanie, est dirigée par le docteur Jean-Pierre Chiasson, lequel est entouré de professionnels tels que :

psychiatre, neurologue, médecin acupuncteur, psychologue, andragogue, travailleurs sociaux, infirmières.

De plus, la Clinique du Nouveau Départ Inc. est affiliée à la Clinique Médicale 1851, qui offre des soins en médecine générale et diverses instances et spécialités médicales.

**SERVICE D'URGENCE 24 HEURES PAR JOUR**, fins de semaines incluses  
1851 RUE SHERBROOKE EST, SUITE 1003, MONTRÉAL, QUÉBEC H2K 4L5 • (514) 521-9023

**besoin de relaxer ?**

Handwritten notes on a calendar grid for Friday 15 and Saturday 16 (Feb 1991):

- 9:00: Parler à Ingrid à la garderie Bureau
- 10:00: Dîner avec Luc et Suro
- 11:00: Meeting agnès de production
- 12:00: Clinique dentaire
- 13:00: Curs d'Anglais
- 14:00: tel. assurances auto
- 15:00: remettre texto de la conférence à Jacques
- 16:00: Meeting agnès de production
- 17:00: Aller chercher Samuel et Slim
- 18:00: (tel à Marie et Pierre)
- 19:00: Enfant Massage Delta Mtl

**information**

**284 4348**

ront été ni plus ni moins des pionniers pour faire valoir l'importance d'une politique globale de santé et de bien-être au Québec », soutient Simon Caron.

Le DSC devait notamment chaapeauter, au niveau local, la lutte contre les maladies infectieuses, de la grippe jusqu'au SIDA, tout en encadrant des campagnes de vaccinations. Toutefois, le mandat de soins à domiciles et de cours prénatals qu'ils avaient reçu à l'origine, a progressivement été remis aux CLSC. « Certains DSC s'étaient même délestés de leur mission qui leur était assignée au profit d'un champ plus large d'action et cela sans coordination nationale de ces efforts, il manquait un leadership », note Simon Caron. La réforme du ministre Côté réserve ce travail touchant la santé environnementale et de santé au travail à des « centres d'expertise » dont le rôle n'a cependant pas encore été bien défini.

De plus, les cinquante-sept millions \$ qui sont approximativement réservés à la santé publique, chaque année, seront dorénavant distribués selon de nouvelles règles qui prennent en compte le bassin de population de chacune des régions et quelques autres paramètres tels que le vieillissement de la population ou la pauvreté, qui peuvent être caractéristiques d'une région. Mieux repartis, les subsides de l'État pourraient, espère-t-on, mieux répondre aux objectifs de santé publique mis de l'avant par le ministre Côté.

### L'ENTRAIDE-JOUVENCE

Services de Santé personnalisés (MAINTIEN À DOMICILE)  
Pour personnes âgées, personnes handicapées, post-hospitalisation, familles ayant besoin de répit, etc.  
Personnel infirmier, préposés(es)  
DISPONIBILITÉ 24h/Jour et 7 Jours/Semaine!  
SERVICE DE QUALITÉ A COUT RASONNABLE  
TEL: Françoise Des Rosiers. 355-5946

# Systeme des plaintes: insuffisance de recours pour les usagers

Normand Grondin

**B**LANC BONNET, bonne blanc ? Critiqué abondamment et sous toutes ses coutures depuis plusieurs années, le système de traitement des plaintes du réseau de santé devait faire l'objet d'un important remaniement dans le cadre de la réforme. Le Livre blanc évoque d'ailleurs à ce sujet les trois mots magiques — transparence, crédibilité, efficacité — qui devaient permettre de relancer une mécanique de recours qui souffrait d'à peu près tous les maux. Dont une méconnaissance de la part du public qui frisait le ridicule. Mais à la lecture du projet de loi 120, il semble qu'il faudra attendre encore un peu. Si on a bouché quelques trous importants, on en a également creusé de nouveaux. Et laissé béant quelques vieux nids-de-poule dignes de mention.

Jusqu'à maintenant, le système souffrait surtout de l'absence d'un recours de première ligne crédible. Une oreille attentive dans l'établissement même à qui l'utilisateur s'adresserait pour faire valoir ses droits ou se plaindre de la qualité des services. Actuellement, seul dix-huit établissements sur les quelques neuf cents que compte le réseau ont créé un poste d'ombudsman ! De plus, même si on s'entend habituellement pour vanter la qualité de leur travail, les ombudsmen relèvent presque toujours du directeur général et, pour cette raison, ont souvent les mains liées dans les dossiers plus « délicats ».

Et comme le faisait remarquer récemment Daniel Jacoby, le Protecteur du citoyen, à la Commission des affaires sociales : « Un ombudsman d'hôpital qui n'a plus de marge de manoeuvre, qui n'est plus écouté, ça devient purement et simplement un agent de relations publiques ».

En prévoyant obliger les établissements à nommer un cadre supérieur pour recevoir les plaintes et les traiter selon une procédure d'examen standard, le projet de loi 120 marque donc des points importants aux yeux de la plupart des observateurs. Du moins, à quelques bémols près.

Ainsi, les cadres responsables des plaintes relèveront directement du directeur général. Avec les risques de conflits d'intérêts que cela peut entraîner. On s'interroge aussi sur les longs délais — un maximum de soixante jours — alloués aux établissements pour l'examen des plaintes. Imaginez un patient alité 24 h sur 24, victime de mauvais traitements, et qui doit ronger son frein pendant deux mois en attendant une réponse (possiblement négative) !

Le projet de loi précise également que seuls les usagers pourront déposer une plainte — et toujours par écrit s.v.p. — alors qu'on voit régulièrement des patients, par crainte des représailles, se taire plutôt que de dénoncer une situation difficile.

En aval, il existe encore plusieurs points d'interrogation. Les services de plaintes des conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS), l'ancien recours de première ligne, sont abolis. Mais

comme l'indiquait en 1990 un groupe de travail chargé par le ministère d'étudier la question des droits des usagers en santé mentale, ce service était « peu connu, considéré comme peu important et dénué de pouvoir significatif ». Sa disparition ne devrait donc pas causer trop de remous...

En lieu et place, la réforme propose de confier aux régies régionales le soin de recevoir les plaintes des usagers insatisfaits de la réponse des établissements. Les régies seront-elles plus efficaces ? Dans son mémoire, le Protecteur du citoyen signale que les régies disposeront de plus de pouvoir au niveau de l'allocation des ressources et de l'organisation des services et que, de ce fait, « elles seront exposées à des conflits d'intérêts accrus ». Seul l'avenir le dira.

Chose certaine, le pouvoir d'enquête qu'on leur a confié est passablement réduit. En principe, les régies devront se contenter de la version du plaignant et de celle de l'établissement pour motiver leurs décisions. Sans pouvoir questionner aucun autre témoin. Ce qui confère à la procédure un petit air de justice en circuit fermé.

Disparu également la possibilité d'en appeler à la Commission des affaires sociales lorsqu'un établissement refusait de se plier à une décision du conseil régional. Même s'il était peu utilisé — on parle d'à peine une demi-douzaine de cas durant les dix dernières années ! — ce recours ultime avait, dit-on, quand même un effet dissuasif. Une sorte d'épée de Damoclès qui pendait au-dessus de la tête des récalcitrants.

On suggère maintenant de laisser le dernier mot au ministre. Mais dans les faits, il existe un espace vacant que le Protecteur du citoyen aimerait bien combler, lui qui cherche depuis longtemps à mettre le pied dans le champ de mines de la santé et des services sociaux. En janvier dernier, la Commission des institutions a d'ailleurs reçu près de soixante-dix mémoires au sujet de l'extension de la juridiction du protecteur. Malgré quelques sérieuses divergences d'opinions, la grande majorité des organismes représentés se sont rangés, d'une façon ou d'une autre, derrière l'idée que le Protecteur devrait agir comme recours externe au réseau de la santé et des services sociaux.

Quant au système de traitement des plaintes concernant les actes professionnels, il est demeuré identique. Ainsi, les doléances des usagers continueront d'être acheminées au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements puis, si nécessaire, au co-

mité de discipline de la corporation. Une seule différence : maintenant, on appliquera sensiblement la même procédure pour les plaintes visant les infirmiers et les infirmières. Pour le meilleur ou pour le pire ? Certains disent que c'est le maillon le plus faible de la chaîne. Et même le Livre blanc souligne que les usagers jugent les recours actuels dans ce domaine « peu crédible et inefficace » et qu'une seule personne sur cinq « pense que les corporations servent à protéger le public ».

Si on ne change rien au projet de loi, les usagers du réseau de santé se trouveront donc encore dans la délicate position où leurs plaintes seront entendues soit par ceux-là à qui ils reprochent une décision ou par les paris des professionnels présumément fautifs. Délicat. Sinon, il reste les tribunaux réguliers, une alternative coûteuse et souvent très frustrante pour toutes les parties impliquées.

Bref, malgré certains efforts louables — notamment, un soutien accru aux comités de bénéficiaires et aux organismes communautaires — on a parfois l'impression de piétiner les mêmes plates-bandes. On reconnaît les droits des usagers, on responsabilise les établissements mais les recours disponibles semblent encore mitigés.

Micheline Lynch, ex-ombudsman du centre hospitalier en santé mentale de Lanaudière, rapportait d'ailleurs devant la Commission des institutions une anecdote qui en dit long sur le sujet. Ainsi, un patient transféré récemment d'un autre centre lui rapportait qu'il appréciait de n'avoir maintenant plus à payer pour sa pâte à dent et sa crème à barbe. Manifestement, personne ne lui avait indiqué que ces dépenses doivent normalement être défrayées par les établissements. Et non par le maigre chèque mensuel de prestations d'un bénéficiaire. Pire : en fouillant un peu, Mme Lynch s'est rapidement aperçu que plusieurs autres centres — et pas les plus petits — agissaient de même. Les droits des usagers ? Les principaux intéressés étaient au courant de la situation, mais, pour cause de compressions budgétaires (et de directives en révision depuis des lustres), on préférait maintenir le statu quo.

« Bon nombre d'obstacles ne sont pas liés à l'insuffisance des droits (des usagers) mais, plus fondamentalement, à un manque d'information sur ces droits et les recours existants, à l'insuffisance des recours ou à la difficulté d'y avoir accès », soulignait le rapport du groupe de travail en santé mentale. « Le réseau de la santé travaille en

Voir page 10 : Plaintes

## Librairie Archétype

une librairie jungienne

1989, rue Gilford, Montréal, Qc H2H 1H1 527-8315

Nous vous offrons une importante sélection, tant en français qu'en anglais, de livres jungiens neufs et usagés.

La librairie est présente aux conférences du Cercle C. G. Jung de Montréal. Pour recevoir le dépliant des activités du Cercle: 844-4153

## LA RECHERCHE

N° 230 - MARS 1991

# A QUOI SERVENT LES AVIS DU COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE?

Enquête:  
autopsie d'un moratoire.  
La thérapie génique  
en question.

Au sommaire également:  
**LA PHYSIQUE DU GONG,  
LE REPLIEMENT DES PROTÉINES,  
LE TECHNICIEN INVISIBLE, ETC.**

5,95

OFFRE SPÉCIALE D'ABONNEMENT — UN AN: 49,00 \$ + (TPS)

Je souscris un abonnement d'un an (11 nos), à LA RECHERCHE  
au prix de 49,00 \$ + 7% (TPS) = 52,43 \$.

Veillez payer par chèque établi à l'ordre de Diffusion Dimédia Inc.

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

À retourner accompagné de votre règlement à:  
Diffusion Dimédia, 539, boul. Lebeau, Saint-Laurent H4N 1S2

« Un délai de 6 à 12 semaines interviendra entre la date de la demande d'abonnement et la réception du premier numéro. L'abonné(e) le sera pour un an à compter du premier numéro reçu. »

**Auberge  
du  
Parc  
Inn**  
*Thalassothérapie  
cure marine - yoga*

Ouvert toute l'année  
Informations et brochures  
1-800-463-0890

Les bonnes vieilles vacances dans le Sud ont un charme indéniable... mais répondent-elles vraiment à vos besoins de repos et de relaxation?

### LA THALASSOTHÉRAPIE à PASPEBIAC

C'est la relaxation en profondeur et la récupération d'énergie, dont vous avez besoin... dans un somptueux manoir 19<sup>e</sup> siècle sur 15 acres de terrain aménagé au bord de la mer... où vous vous laisserez vivre... **PLUS** que des vacances là où la qualité et l'ambiance font la différence...

# Des urgences plus accueillantes et plus efficaces?

Raymond Lemieux

**D**ES DIZAINES de patients campés dans le couloir de l'hôpital, un personnel soignant débordé, des ambulances refoulées vers d'autres hôpitaux; ces scènes, largement décrites dans les médias ces dernières années, se vivaient comme un cauchemar chez les malades tout comme chez les administrateurs. Indiscutablement, il fallait revoir de fond en comble l'organisation des services d'urgences dans les centres hospitaliers. Dès 87, l'hôpital Saint-Michel au nord de Montréal a mis en pratique des mesures qui ressemblent fort aux propositions contenues à ce chapitre dans la réforme du ministre de la Santé et des Services sociaux, Marc-Yvan Côté. Bonne nouvelle : ça fonctionne.

« Il ne faut pas se raconter d'histoires; l'urgence c'est dérangentant

parce que ce n'est absolument pas planifiable. Ça commande des prouesses et des performances de la part du personnel », dit Gérard Desaulniers, directeur des services professionnels et hospitaliers à l'hôpital Saint-Michel. « Seulement, il y a cinq ans, le problème nous semblait sans issue, se rappelle-t-il. On recevait cinq ambulances et nous étions plongés dans le chaos. Les corridors étaient souvent bondés. On manquait de personnel, de lits. Il a rapidement fallu regarder la réalité en face et tenter de transformer le système dans lequel on était empiété. Mais, il fallait d'abord agir. »

On tente alors des changements administratifs importants. En outre, on étale les heures de travail du personnel tout au long de la semaine, 24 heures par jour. « C'est indispensable, soutient Gérard Desaulniers. Si on met la priorité sur l'urgence, il faut continuellement

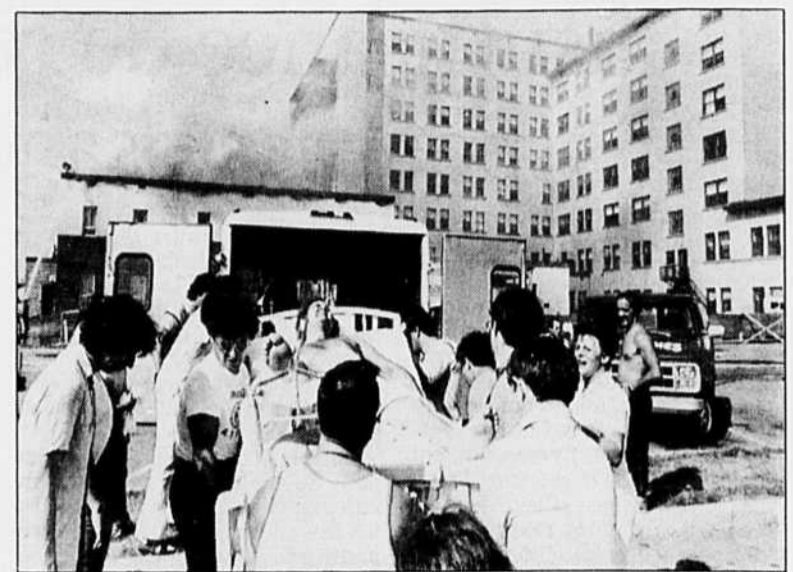
avoir le personnel nécessaire à notre disposition et non seulement de neuf heures à quatre heures, du lundi au vendredi. Ensuite, on a institué une procédure d'attribution des lits qui donne la priorité aux patients nécessitant une hospitalisation d'urgence. »

La période de transition a duré deux ans. Depuis avril 90, le système est particulièrement bien rodé et la vie dans les corridors de cet hôpital n'a plus rien de comparable. « On reçoit, en moyenne, 18 ambulances par jour. On a même eu des « pointes » à 26 ambulances sans jeter l'hôpital sens dessus-dessous », continue Gérard Desaulniers. Résultat : on y traite trois fois plus rapidement les patients admis à l'urgence que le centre hospitalier le plus proche. Un patient n'a pas à attendre plus de deux heures et demie avant de se voir attribuer un lit. Par contre, encore dans l'hôpital voisin, il faudra compter 27 heures.

Un demi-milliard de dollars ont été investis dans les urgences depuis cinq ans. Fort bien. Cependant, comme l'a reconnu sans détour le ministre de la Santé et des Services sociaux dans son livre blanc, l'engorgement des urgences n'est pas essentiellement dû à un manque de ressources comme on aurait pu le croire. Tout au contraire : le réseau de la santé dispose de tous les outils, de toutes les compétences et de tous les médecins et infirmières nécessaires pour répondre aux urgences.

Alors quoi ? La réforme note tour à tour les problèmes de fonctionnement interne, les liens entre les urgences et les autres départements de l'hôpital (qui laisseraient parfois à désirer), le manque de disponibilité de médecins spécialisés, la gestion de l'utilisation des lits, l'absence d'une gestion régionale des lits et enfin, le manque de communication entre l'urgence et les ressources médicales externes telles que celles offertes par d'autres centres hospitaliers. C'est tout cela qu'elle entend corriger.

Le livre blanc a aussi soulevé un autre problème : la mauvaise utilisation des services d'urgences. « Le citoyen a de la difficulté à s'y retrouver », lit-on dans le document



Le livre blanc a aussi soulevé le problème de la mauvaise utilisation par le citoyen des services d'urgences.

de la réforme qui poursuit : « Il réussit à peine à pouvoir identifier la bonne ressource qui lui offre les services dont il a besoin ». Résultat : près de la moitié des Québécois ont recours à l'urgence comme si c'était un service de première ligne comparativement à 30 % pour l'ensemble des Canadiens et à 24 % pour les Ontariens.

Un rapport présenté par un comité québécois qui avait à se pencher sur les « Systèmes de services d'urgences », avait pourtant déjà souligné ce problème. « Le rassemblement dans un même lieu, des cas d'urgence réelle, des cas de consultation externe et des cas de « follow-up » engendrent un engorgement et un mode de fonctionnement inefficace et peu rationnel des services d'urgences de ces établissements. »

Tant s'en faut, 17 ans plus tard, l'idée de consolider le réseau des CLSC est lancée pour répondre à ce besoin d'établissements dits « de première ligne ». C'est d'ailleurs un des éléments-clés de la réorganisation de l'urgence selon la réforme Côté. « Mais encore faut-il connaître ces ressources qui sont autour de nous », glisse Gérard Desaulniers.

L'hôpital Saint-Michel a donc en-

gagé un géographe dans le cadre d'un projet-pilote. Sur de multiples cartes, il a eu à identifier, dans le voisinage immédiat de l'hôpital, les pharmacies, les cliniques externes. Bref, tous les endroits où l'on peut effectuer des analyses de sang, où l'on peut faire des tests de grossesses, etc. Ainsi, l'hôpital peut le cas échéant réorienter certains clients vers des services de santé tout aussi compétents. Le ministre Côté fait aussi sien ce souci d'intégration des ressources régionales en matière de santé. « Enfin, au niveau provincial, on devra aussi tenter une intégration des services plus spécialisés comme ceux touchant la neurochirurgie et les soins aux grands brûlés », complète Gérard Desaulniers.

De plus, le ministre Côté promet de réexaminer l'organisation des services préhospitaliers; de maintenir le Groupe tactique d'intervention qui visite une à une les salles d'urgences des hôpitaux, de diminuer de 1500 le nombre de lits occupés par les malades chroniques dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et de renforcer le rôle du coordonnateur à l'urgence.

Cependant, à la lumière de l'expérience faite depuis deux ans à Saint-Michel, Gérard Desaulniers a constaté qu'un problème demeure entier : la rémunération des médecins. Selon lui, si la réforme Côté était appliquée comme prévue, à brève échéance, pratiquement aucun médecin ne voudra travailler dans les salles d'urgences; la rémunération accordée aux médecins pour les cas dits lourds lui paraît injuste. « Un médecin perçoit les mêmes honoraires s'il soigne en quelques minutes un patient pour une grippe que s'il soigne un patient admis à l'urgence pour un infarctus nécessitant par la suite plusieurs heures d'observation. » Cela dit, nous en avons discuté avec le ministre qui s'est montré sensible à notre commentaire.

Des salles d'urgence plus accueillantes et plus efficaces ? L'objectif semble, somme toute, réaliste comme paraît l'avoir démontré l'expérience de l'hôpital Saint-Michel.

## ◆ Plaintes

vase clos », constate Micheline Lynch, qui a six années d'expérience d'ombudsman derrière elle. Et ce qui lui faut, « c'est une bouffée d'air frais et qu'on sorte enfin de l'isolationnisme dans lequel on est. »

Un beau sourire ça dure longtemps!



À tout âge un beau sourire c'est important. C'est pourquoi plus de 2000 hygiénistes dentaires s'occupent activement de votre santé buccale. Leur première préoccupation: la prévention. Voilà pourquoi elles vous fixent régulièrement des rendez-vous afin de déceler et de remédier à tous les problèmes dès leur apparition. Ainsi, elles sont en mesure d'élaborer un plan de traitement préventif adapté à vos besoins. Vous avez tout intérêt à rencontrer votre hygiéniste régulièrement et entre chaque rencontre, à brosser vos dents et utiliser la soie dentaire quotidiennement. Consultez votre hygiéniste, elle vous répondra avec le sourire.

Un beau sourire ça s'apprend!



**CORPORATION PROFESSIONNELLE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC**

(514) 733-3925

Le plus beau sourire que vous puissiez entendre vous conseille gratuitement.

### La puissance naturelle des herbes

- OMNI E
- POUDRE DE BETTERAVE
- IRIS
- OSMOS INVERSE



**ELITE**

- NOIX DU KOLA
- AIR-POSE
- CAFÉ PLUS
- TISANES
- ENTRE NOUS

*Lisette C. Sleno*  
présidente  
695-5841

*Roger Willet*  
distributeur  
683-5964

Les Produits L.C.S. Elite Inc.

35, Margaret Ann  
Beaconsfield, QC H9W 5N7 (514) 695-1000



**Corporation professionnelle des diététistes du Québec**

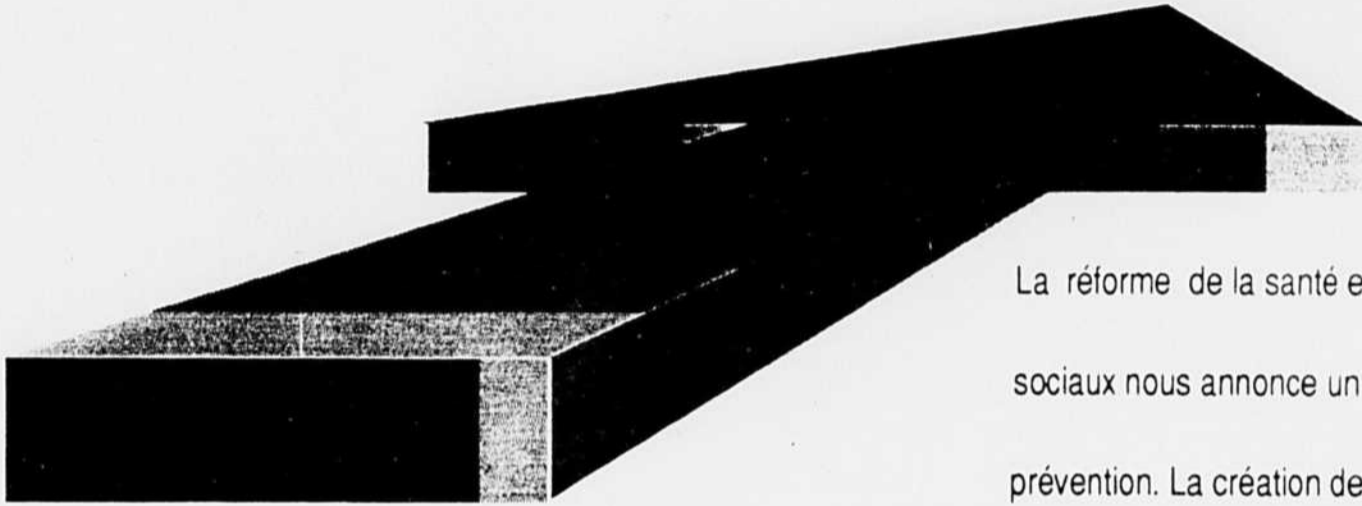
1425, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 402  
Montréal (Québec) H3G 1T7

Téléphone (514) 393-3733
Télécopieur (514) 393-3582

# LA MÉTAMORPHOSE

# DSP

DIRECTION de SANTÉ PUBLIQUE



# DSC

DÉPARTEMENT de SANTÉ COMMUNAUTAIRE

La réforme de la santé et des services sociaux nous annonce un virage vers la prévention. La création de 16 Directions de Santé Publique associées aux Régions régionales relève un défi important :

MAXIMISER L'IMPACT DE LA PRÉVENTION AUPRÈS DES CITOYENS

## 16 BONNES RAISONS POUR AGIR ENSEMBLE

- DSC Abitibi-Témiscamingue
- DSC Bale-Comeau
- DSC Beauceville
- DSC Charles LeMoine
- DSC Chicoutimi
- DSC C.H.U.L.
- DSC C.H.U.S.
- DSC De Lanaudière
- DSC Enfant-Jésus
- DSC Gaspé
- DSC Grand-Portage
- DSC Haut-Richelieu
- DSC Hôpital général de Montréal
- DSC Lakeshore
- DSC Laval
- DSC Lévis
- DSC Maisonneuve-Rosemont
- DSC Mauricie
- DSC Montmagny
- DSC Outaouais
- DSC Rimouki
- DSC Roberval
- DSC Sacré-Coeur
- DSC Sainte-Croix
- DSC St-Hyacinthe
- DSC St-Jérôme
- DSC Ste-Justine
- DSC St-Luc
- DSC Ste-Marie
- DSC St-Sacrement
- DSC Valleyfield
- DSC Verdun

**Connaître** les besoins de santé des Québécois - **Prévenir** les problèmes de santé - **Surveiller** la santé dans son environnement - **Promouvoir** de saines habitudes de vie - **Développer** des outils d'intervention - **Prévenir** les problèmes psychosociaux - **Signaler** des situations dangereuses - **Assurer** une meilleure qualité de vie aux Québécois - **Réduire** les inégalités - **Rentabiliser** les coûts du système de santé - **Protéger** la santé publique - **Contrôler** les épidémies - **Soutenir** des projets régionaux - **Intervenir** sur des facteurs de risque - **Supporter** des initiatives de la communauté - **Sensibiliser** les citoyens.

Renseignements :  Réseau des Départements de santé communautaire du Québec  
Association des Hôpitaux du Québec  
tél. : 514 842-4861

# Toxicomanie et alcoolisme: une réforme sans grand impact

Pierrette Gagné

**L**A RÉFORME proposée par le ministre Côté ne provoquera pas de grands bouleversements dans les services offerts aux personnes toxicomanes et alcooliques. Au mieux, elle apporte quelques corrections à une problématique sociale déjà fort compliquée. De plus en plus de cas lourds, notamment des polytoxicomanes, viennent grossir les rangs de la clientèle des centres de réadaptation. Le nombre croissant de jeunes et de femmes affectés par des problèmes d'alcool et de drogues a lui aussi progressé aux cours des dernières années.

Selon le directeur général de l'Association des centres d'accueil du Québec (ACAQ), Michel Clair, tant le Livre blanc que le projet de loi 120 sur la réforme des services de santé apportent peu de nouvelles réponses au phénomène grandissant des polytoxicomanies: « La réforme ne viendra pas régler les problèmes. Elle contient des éléments positifs mais, dans l'ensemble, elle ne constitue pas un projet tant politique que social de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues. »

Même son de cloche de la part de Peter Vamos, directeur général de

Portage. Ce dernier ne cache d'ailleurs pas sa grande déception devant le peu d'efforts consentis au chapitre de la toxicomanie en particulier. « Encore une fois, déplore-t-il, nos élus politiques se renvoient la balle. C'est comme si nos politiciens étaient mal à l'aise de s'attaquer de front à ce problème parce qu'il n'est pas rentable électoralement. Pendant ce temps, nous souffrons d'un manque de coordination complet entre les divers programmes et mesures adoptés par les différentes instances gouvernementales. »

« D'autre part, ajoute Michel Clair, il va falloir tenir compte de l'alourdissement des problèmes de la clientèle. »

De récentes données, obtenues auprès des 14 établissements membres du réseau des centres pour toxicomanes et alcooliques, font état d'un rajeunissement de la clientèle, en plus de l'accroissement des problèmes de polytoxicomanies. La consommation simultanée de médicaments et d'alcool touche principalement les femmes et les personnes âgées. Et, même si les hommes comptent pour 60 % de la clientèle des centres de réadaptation, de plus en plus de femmes se présentent pour recevoir des services.

Pour leurs parts, les moins de 18 ans constituent 69 % de la clientèle recevant des services dans les centres de réadaptation. Pourtant, il existe très peu de programmes de réadaptation pour toxicomanes qui s'adressent spécifiquement à eux: « Ils sont intégrés aux programmes pour adultes. Cependant, plusieurs projets visent à développer le secteur jeunesse dans les centres », explique Mme Jocelyne Forget, conseillère en service de réadaptation à l'ACAQ.

Malgré la proposition du Livre blanc de gonfler l'enveloppe budgétaire de 10 millions \$ la première année et de 8 millions \$ l'année suivante, tant Michel Clair que Peter Vamos s'attendaient à beaucoup plus. « Quand on songe que 90 % des crimes commis dans la rue sont dus à la drogue, c'est très préoccupant de voir se perpétuer des mesures aussi timides. Il y a un manque flagrant de leadership dans ce dossier, insiste le directeur général de Portage, alors que les coûts sociaux de ce fléau sont de l'ordre de 10 milliards \$ ! »

Pour Michel Clair, l'écart entre l'ampleur des problèmes de toxicomanie et l'investissement actuel ne s'est réduit que de très peu. « En santé mentale, dit-il, le gouvernement octroie un budget de 400 mil-



PHOTO JACQUES NADEAU

Le nombre croissant de jeunes et de femmes affectés par des problèmes d'alcool et de drogues a progressé aux cours des dernières années.

lions \$. En terme de prévalence au sein de la population, ce secteur se compare à celui des toxicomanies.

Nous n'osons exiger la parité mais une chose est sûre: il faut mettre de l'argent supplémentaire. »

Déjà, en 1988, le rapport Bertrand commandé par le gouvernement du Québec reconnaissait le manque d'argent alloué dans les services aux toxicomanes. Et, il semble aux yeux de Michel Clair et Peter Vamos que la réforme Côté ne répond qu'en partie aux recommandations formulées par le milieu. Dans plusieurs cas, le nombre de demandes de traitement dispensé en clinique externe dépasse largement la capacité des centres d'accueil. Domrémy-Montréal reçoit entre 8000 et 9000 demandes et ne peut traiter que 2000 personnes par année. La liste d'attente s'étend même sur plusieurs semaines. À Portage où l'on traite en priorité les cas lourds, la situation est tout aussi alarmante. « D'autant plus alarmante, précise Peter Vamos, quand on sait que 90 % des problèmes de drogue sont causés par 10 % de toxicomanes durs et qu'on peut en traiter si peu en institutions. » Quant à la prison, ce n'est

Voir page 13: Toxicomanie

## LES DEUX PLUS GRANDS CENTRES DE THALASSOTHÉRAPIE



### AQUA MER et AQUA RIVE

à Carleton  
en Gaspésie

Tél.: 1-800-463-0867  
1-418-364-7055

au Manoir Richelieu  
à Pointe-au-Pic

Tél.: 1-800-463-2613  
1-418-665-7533

vous présentent les

## RELAIS de la MER



<p><b>Horizon Santé-Beauté Inc.</b> 7430, rue St-Denis Montréal (514) 272-4903</p>	<p><b>Le Centre de Balnéothérapie Aqua Cité Inc.</b> 666, rue Sherbrooke O. Suite 1601, Montréal (514) 845-8455</p>	<p><b>Janine Lemelin Esthétique Inc.</b> 2868, rue Montreuil Ste-Foy (418) 653-7665</p>	<p><b>Centre d'Esthétique du Saguenay</b> 52, rue Racine O. Chicoutimi (418) 543-2486</p>
--	---	---	---

Un nouveau réseau de centres en balnéo-esthétique où l'on conjugue qualité, professionnalisme, authenticité et désir de toujours mieux vous satisfaire.

- **Déjouez le stress et la fatigue** en revenant aux sources de l'énergie. Goûtez vous-même le bonheur d'une cure marine en vous offrant une gamme de soins essentiels à votre remise en forme.
- **Misez sur votre capital BEAUTÉ - SANTÉ - VITALITÉ** en bénéficiant des bienfaits de nos produits marins d'une très grande richesse biologique.



Un monde nouveau, un concept unique...

Une image de marque et de confiance

La plus grande référence de l'heure dans le domaine de la balnéo-esthétique

Membre du réseau

**AQUA-SANTÉ**



**PROBLÈMES D'ALCOOL?**

**15 JOURS  
AU PAVILLON  
IVRY**

ET NOUS VOUS RENDRONS  
LA JOIE DE VIVRE.

**350\$** par semaine

**Pavillon Ivry-sur-le-lac**

(POUR HOMMES SEULEMENT)  
Demandez notre brochure  
Écrivez à C.P. 340  
Ivry-sur-le-Lac, Qué. J8C 3C6  
(819) 326-3520

◆ **Toxicomanie**

sûrement pas une solution. Il est en effet prouvé qu'on retrouve plus de drogues en milieu carcéral que sur la rue!

Par ailleurs, la réforme prévue tente de mettre un peu d'ordre dans la kyrielle de services privés proposés aux toxicomanes et alcooliques. « Le Livre blanc est ferme sur cette question, souligne M. Clair. Les établissements privés seront soumis à des normes minimales de qualité. Cependant, le projet de loi demeure nettement insuffisant malgré le fait qu'il prévoit assurer une accréditation ». De son côté, le directeur général de Portage, tout en espérant fortement que ces normes seront vraiment appliquées, souligne qu'il faudrait « que l'État puisse exercer un véritable contrôle sur la qualité des services professionnels prodigués dans les maisons de thérapie. Il faut nettement renforcer ces dispositions. »

Sur plusieurs points, on peut reconnaître une forte adéquation entre les conclusions du rapport Bertrand et le contenu du Livre blanc. Aussi, la création d'un comité permanent de lutte contre les toxicomanies qui jouera un rôle avisé auprès du ministre est généralement bien accueillie. Même si pour Peter Vamos, ce comité de bénévoles ne va pas assez loin. « Ce qu'il faudrait, explique-t-il, c'est que cet important dossier soit placé sous la responsabilité d'un organisme gouvernemental bien identifié et faisant le lien entre les différents ministères concernés tant au plan

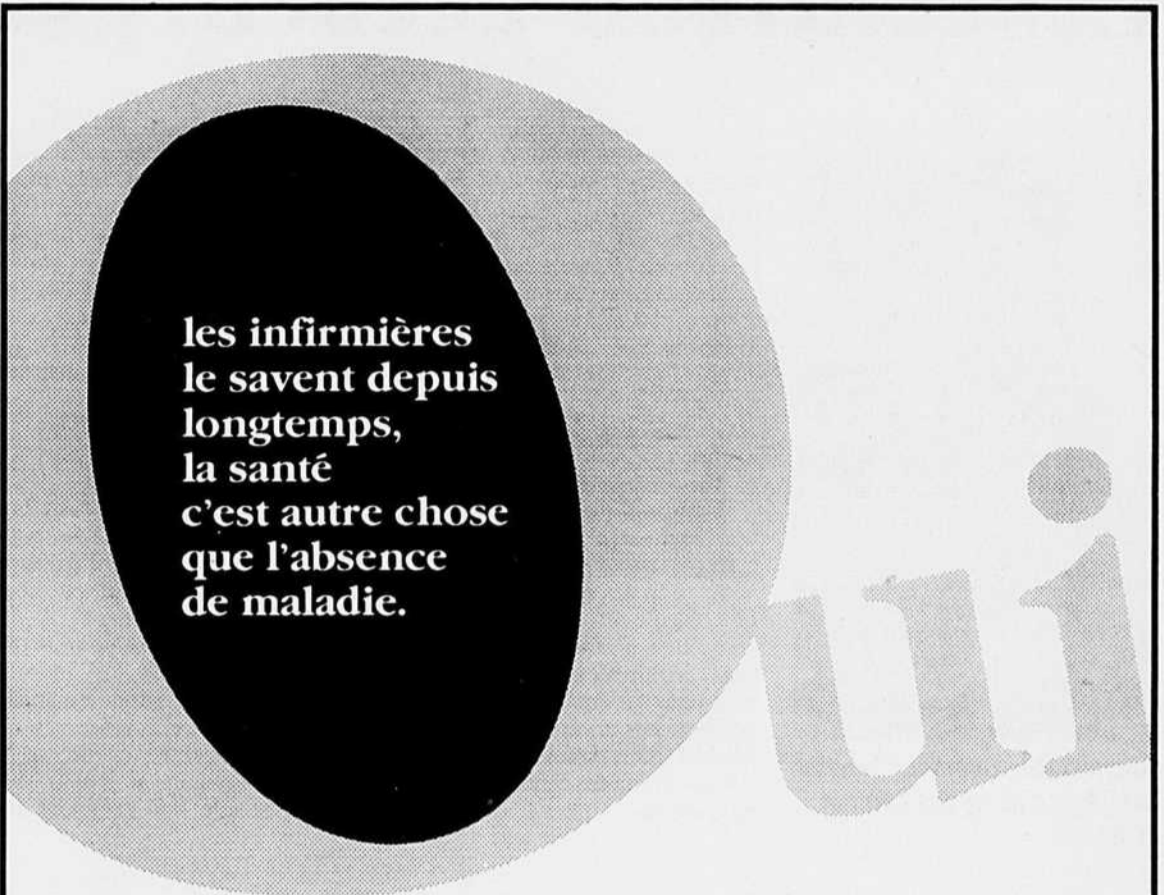
provincial, municipal que fédéral. Un organisme qui aurait un véritable pouvoir décisionnel. »

Mais, si le rapport Bertrand a beaucoup influencé le contenu de la réforme proposée, Michel Clair croit qu'il a aussi fait abstraction d'importantes données. « Le constat majeur qui indique une forte augmentation des cas lourds, des polytoxicomanes n'a pas été l'objet de mesures spéciales. Ces personnes-là iront grossir les rangs des abonnés de Dernier Recours parce que nous n'avons pas assez d'argent pour les réadapter. Nous avons un choix social à faire, ou on investit ou on les laisse tomber. La société québécoise accepte-t-elle d'abandonner cette clientèle? C'est la question qu'il faut se poser puisque la réforme n'y touche que bien timidement. »

Aux problèmes de consommation abusive d'alcool et de drogues se conjuguent des troubles de santé mentale, d'instabilité familiale et sociale, de conflits, de criminalisation ainsi que des problèmes de santé reliés aux maladies infectieuses. Pour l'ACAQ, le Livre blanc n'a fait qu'effleurer un phénomène complexe qui demeure un enjeu majeur pour la société québécoise... réforme ou pas.

« Il nous faut donc nous rendre à l'évidence, la drogue est un problème social qui exige une réponse et une mobilisation de toutes les ressources de la communauté afin d'élaborer des solutions efficaces et durables aux problèmes coûteux à tous points de vue qu'entraîne l'u-

Voir page 25 : Toxicomanie



**les infirmières le savent depuis longtemps, la santé c'est autre chose que l'absence de maladie.**

**La FIIQ réclame donc des gouvernements des mesures énergiques qui favoriseront:**

- le plein emploi,
- l'accès à l'éducation pour tous,
- la formation professionnelle des adultes,
- la protection de l'environnement.

**Dès maintenant, des gestes concrets doivent être posés car la santé d'une société reflète toujours celle de ses membres.**



**FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC**

FORMATION CONTINUE

**EN GESTION**

**L'INNOVATION TECHNOLOGIQUE : GESTION FINANCIÈRE ET STRATÉGIQUE**

POUR CADRES SUPÉRIEURS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

**Animateurs :**  
 Khiem Dao, directeur  
 Ressources financières et matérielles  
 Hôpital Sainte-Justine  
 Jean-Louis Denis, professeur adjoint  
 Département d'administration de la santé

**REPRISE**

**MONTRÉAL :**  
 16 et 17 mai 1991

**LES DIMENSIONS JURIDIQUES DU TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE**

POUR CADRES SUPÉRIEURS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

**Animateur :**  
 Me Jean-Pierre Ménard,  
 Ménard, Martin avocats

**REPRISE**

**MONTRÉAL :**  
 27 et 28 mai 1991

**Information :**  
 Lise Lamothe.

**Inscription :**  
 Monique Janelle  
 (514) 343-7937



Département  
 d'administration  
 de la santé  
 Faculté de médecine  
 Université de Montréal

# Les centres d'accueil: piliers de la réforme des services sociaux



Michel Clair, directeur général de l'Association des centres d'accueil.

Dans l'ensemble du Québec, près de 400 centres d'accueil et de réadaptation dispensent des services sociaux de deuxième ligne à près de 100 000 personnes. Les services des centres d'accueil s'adressent aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou physique, aux jeunes et aux mères en difficulté d'adaptation, aux personnes alcooliques et toxicomanes, qui sont toutes parmi les plus démunies de la société.

Depuis la mise en place du réseau socio-sanitaire, les établissements développent et offrent à la population des services de qualité. La présente réforme leur donne la possibilité d'améliorer ces services et de faire des centres d'accueil «les vrais piliers de cette réforme des services sociaux», d'affirmer Michel Clair, directeur général de l'Association des centres d'accueil du Québec.

Cette réforme actualise des propositions mises de l'avant depuis plusieurs années par les centres d'accueil, sur l'organisation et la prestation des services, sur le partage des responsabilités et sur la complémentarité. Elle propose des orientations nouvelles qui, notamment, privilégient la recherche de solutions sociales aux problèmes de la population. Les centres d'accueil ne ménageront pas leurs efforts pour faire valoir une telle approche.

Les objectifs proposés pour mieux servir la population, visent à éviter les chevauchements en clarifiant la mission et les rôles de chaque type d'établissement. A cet égard, le projet de loi doit encore être clarifié et précisé.

La décentralisation annoncée doit être réalisée et poussée au bout de la logique qui veut mettre le citoyen décideur au coeur des décisions; elle doit rejoindre les

membres du conseil d'administration d'un établissement et non pas s'arrêter au niveau des régions régionales.

Dans un contexte de rareté de ressources, la performance et l'accroissement de la productivité deviennent des instruments clés pour accroître la qualité et la quantité des services. La loi doit inscrire les concepts d'économie d'efficacité

et d'efficacité comme critères à la prise de décisions à tous les niveaux.

Les milliers de personnes qui dirigent ou travaillent dans les centres d'accueil savent qu'ils ont contribué à créer un réseau de qualité. Elles sont conscientes que la réforme Côté les interpelle avec vigueur. Elles savent aussi qu'une loi n'est rien sans les hommes et les

femmes qui devront la réaliser. Le ministre de la santé et des services sociaux fonde sa réforme sur le citoyen. Pour assurer la pleine réussite, il doit s'appuyer sur ceux et celles, parmi les citoyens, qui ont réalisé ce qui existe: administrateurs, cadres et employés. Les centres d'accueil ont fait des suggestions dans le sens de cette nécessaire continuité.

«Voilà, dit Michel Clair, directeur général de l'Association des centres d'accueil, qui regroupe les centres d'accueil publics, quelques idées que doit privilégier le législateur pour réaliser les orientations annoncées. Pour leur part, ajoute-t-il, les centres d'accueil s'inscrivent au coeur du changement. Ils savent qu'ils seront parmi ceux qui le réaliseront.»

## Déficients intellectuels: un défi

Une des clientèles les plus méconnues est celle des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Les 65 centres spécialisés donnent des services à plus de 8 000 personnes présentant une déficience intellectuelle. Les services vont de l'intervention auprès des parents qui attendent un enfant déficient à l'intégration sociale de personnes qui ont été institutionnalisées pendant de nombreuses années.

Les centres ont développé des programmes qui s'adaptent aux différents stades de la vie de la personne déficiente intellectuelle, qui la soutiennent, elle et son entourage.

«En 1988, le document d'orientation ministérielle «L'intégration des personnes présentant une défi-

cience intellectuelle: un impératif humain et social» venait confirmer le bien-fondé d'une démarche entreprise plusieurs années auparavant et que nous poursuivons toujours. Il s'agit d'intégrer socialement ces personnes dans le milieu du travail, le milieu scolaire, les garderies et les services communautaires de nous expliquer Jean-Pierre Aumont, président de la Commission des centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle.

«La réforme est silencieuse sur cette orientation fondamentale qu'il faudra néanmoins maintenir. Sur le plan des structures, elle propose de constituer une corporation par territoire de région qui aura l'entière responsabilité des services aux personnes ayant une

déficience intellectuelle. En perspective, nous connaissons donc des bouleversements structurels importants qui modifieront considérablement la configuration et le partage des rôles et mandats.» de renchéir le président de la Commission. Il faudrait éviter de se retrouver avec des centres dont la taille ne permettra plus de rejoindre ces personnes qui ont un besoin particulier de services personnalisés.

Il ajoute qu'il ne faudra pas «perdre de vue la personne déficiente dans cette vaste opération. Il faudra s'assurer que ces modifications de structures vont respecter les normes de pratique reconnues auprès de ce type de clientèle.



Les 230 centres offrent des services complets à 50 000 personnes âgées.

## Le centre d'hébergement, un véritable milieu de vie

Le centre d'hébergement s'adresse avant tout aux personnes âgées atteintes de déficits physiques, cognitifs, psychologiques ou sociaux. Les 230 établissements, répartis sur l'ensemble du territoire québécois, offrent des services à l'intérieur et en centre de jour à près de 50 000 personnes. La philosophie des services s'inspire davantage d'une approche sociale que médicale; le centre d'hébergement est un milieu de vie où la vieillesse est considérée comme une étape de la vie humaine.

Depuis 15 ans, rappelle M. Jean-Yves Poisson, président de la Commission des centres d'accueil d'hébergement, «des centres d'accueil ont continuellement adapté leurs services à l'évolution d'une clientèle, dont l'état physique et psychologique se détériore avec l'âge. Ils sont habitués à maîtriser le changement.

«Celui qui leur propose la réforme Côté, s'inscrit dans le sens du chemin déjà parcouru, donne suite à des propositions avancées depuis plusieurs années et permettra aux centres d'accueil de faire face au vieillissement de la population d'ici l'an 2000.»

La mission du centre d'hébergement regroupe dans une même catégorie les anciens centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longues durées. Cette nouvelle catégorie assumera la responsabilité de tous les milieux de vie substitués pour la personne âgée qui ne peut plus demeurer à domicile, les pavillons, les familles d'accueil et les centres de jour. Elle fixe aux établissements en font partie, le mandat de maintenir et de préserver la qualité de vie physique et sociale des personnes qui leur sont confiées.

En regroupant les conseils d'administration des centres d'hébergement par territoire de MRC, la réforme favorise la concentration des énergies de tous les établissements et organismes préoccupés du sort des aînés et favorise le développement d'un véritable tandem CLSC-centre d'hébergement pouvant assurer la continuité et l'intégration des services aux usagers. Elle permet aussi la rationalisation des ressources, leur utilisation optimale et ce faisant, l'élargissement des services.

«Des attentes, nous en avons bien sûr» affirme le président. Il faut notamment que le ministre maintienne fermement sa volonté de regrouper, sur la base d'un territoire donné et sous un seul conseil d'administration, préoccupé de cette seule clientèle, tous les centres mandatés pour offrir des services

aux personnes âgées, y compris ceux administrés par les centres hospitaliers de courte durée. L'objectif recherché appelle cette cohérence dans l'implantation de la réforme.

La rationalisation résultant des regroupements permettra certes des économies et la réallocation de ressources, mais il faudra quand même que l'État accepte d'ajuster les budgets à la réalité de l'alourdissement des personnes qui vivent dans nos établissements.

«La réforme Côté ouvre la voie à une grande étape de changement, la deuxième à laquelle nous sommes confrontés en moins de 20 ans. Nous avons su gérer la première, nous réaliserons la seconde avec succès», assure M. Poisson.



Des services spécialisés sont offerts aux jeunes déficients intellectuels.



Le centre d'accueil considère la vieillesse comme une étape de la vie humaine et non comme une maladie.

## Déficience physique: un réseau innovateur

Il y a une vingtaine d'établissements de réadaptation qui offrent des services d'adaptation et de réadaptation aux personnes qui ont des déficiences physiques au Québec. Ils développent l'autonomie fonctionnelle et sociale de ces personnes qui ont des déficiences motrices, visuelles ou auditives, pour qu'elles puissent vivre dans leur milieu de vie naturel.

Jean-Pierre Blais, président de la Commission des centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique nous parle des services pour les accidentés de la route présentant des traumatismes cérébro-craniens, des services d'aides techniques pour les personnes qui ont besoin d'orthèses ou de prothèses et des services d'ergothérapie et de physiothérapie aux accidentés du travail.

«Nous développons des projets spéciaux pour les maux de dos et l'évaluation des capacités résiduelles de travail, en collaboration avec nos partenaires privilégiés, la Régie de l'assurance-maladie, la Commission de la santé et sécurité du travail et la Société d'assurance-automobile du Québec.»

Jean-Pierre Blais affirme «les centres ont sursauté quand le ministre a annoncé l'imposition d'un impôt-services sur les orthèses-prothèses, qui constitue, selon nous, une taxe sur les déficiences qui risque de pénaliser particulièrement les parents qui ont des enfants handicapés. Le ministre se sent mal-à l'aise avec cet élément du projet de loi, semblait-il. Quant à nous, nous en demandons le retrait pur et simple.

Il est d'avis que la réforme devra éviter les chevauchements en définissant plus clairement le rôle des différentes catégories d'établissements, d'une part ceux qui peuvent offrir certaines activités de réadaptation physique d'autre part ceux dont la mission première est de donner des services de réadaptation physique.

## Toxicomanie-alcoolisme

Bon an mal an, 13 000 personnes reçoivent des services des quatorze centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes au Québec. La demande est forte et ne cesse de croître. «La clientèle se fait plus jeune et présente des comportements plus complexes», de nous expliquer Pierre Lamarche, directeur du centre Domrémy-Montréal et président de la Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

On parle dans leur cas de double problématique, santé mentale-toxicomanie, délinquance-toxicomanie ou de polytoxicomanie. Le scénario est souvent le même de nous raconter Pierre Lamarche. «Les personnes qui viennent nous voir, le font directement. Elles ont plein de problèmes et un bon jour, voilà qu'elles n'en peuvent plus et veulent s'en sortir.»

«A cet égard, le projet de loi 120 leur crée une difficulté majeure. En effet, la loi prévoit que cette

personne devra dorénavant être référée avant d'être accueillie par nos centres. Je pense qu'on leur complique la vie. Déjà 95% des gens qui viennent à nos centres, y viennent directement. Il faut que cela demeure.»

Les principaux programmes offerts par les centres sont: l'accueil, l'évaluation, la stabilisation ou le sevrage, des activités de développement personnel et d'intégration sociale, des services aux membres de la famille du toxicomane ou de l'alcoolique et des services à la communauté.

Pierre Lamarche nous fait observer que «la réforme ne parle de toxicomanie et demeure silencieuse sur l'alcoolisme et l'usage des médicaments. Pourtant, ce sont des problèmes qui sont loin d'être réglés. Nous espérons toujours que le gouvernement va mettre en place les différentes mesures proposées par le comité Bertrand et auxquelles nous adhérons dans leur ensemble.»

## Aide aux mères en difficulté

«Les mères qui reçoivent des services de nos quatre centres pour mères en difficulté d'adaptation ont des caractéristiques semblables. Elles sont pauvres et n'ont pas les habiletés parentales requises pour mener à terme une grossesse et éduquer un jeune enfant. Le travail des centres consiste à les accompagner, à leur offrir des ressources appropriées et à les aider à prendre soin de leur jeune enfant.»

Louise Breton, présidente de la Commission des centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation précise qu'il s'agit «essentiellement d'un travail de prévention. Car si l'aide ne vient pas à ces mères à ce moment important de leur vie, leur enfant aboutira dans le réseau de la protection de la jeunesse quelques années plus tard.»

Le projet de loi regroupe sur un même conseil d'administration régional les centres pour jeunes mères, les centres pour jeunes en difficulté et les nouveaux centres

de protection de l'enfance et de la jeunesse. Ce regroupement a des avantages mais il faudra toutefois veiller à ce que les mères en difficulté reçoivent leur juste part d'attention.

Le projet de loi spécifie que les centres doivent recevoir des jeunes mères en difficulté d'adaptation. «Cette spécification inquiète parce que la clientèle actuelle est composée aussi de mères adultes et des jeunes enfants. Il ne faut pas restreindre la clientèle à la seule catégorie des jeunes mères.»

«La reconnaissance de ce type de centre de réadaptation dans le projet de loi laisse supposer qu'on devra développer des services pour les mères en difficulté dans toutes les régions du Québec alors qu'on les retrouve uniquement dans quatre régions actuellement. Pourtant des mères en difficulté, on en trouve partout. A cet égard, la réforme, est un gain important» de conclure Louise Breton.

## Priorité aux jeunes

L'élément le plus positif de la réforme pour les 46 centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation du Québec est la désignation de la jeunesse comme clientèle prioritaire au même titre que les personnes âgées. «Maintenant, nous attendons les actions concrètes de la part du gouvernement» de dire Gaston Robert, président de la Commission de cette catégorie de centres de réadaptation.

«Nous avons plusieurs attentes face à cette réforme. Elle doit rendre possible une meilleure concertation entre les différents organismes qui s'occupent de jeunes afin d'assurer la continuité de services. Les centres interviennent auprès de 8 000 jeunes qui présentent des difficultés majeures et auprès de leur famille. Les centres agissent aussi d'une façon concertée avec les CLSC, les écoles, les parents et les organismes communautaires.»

Les centres pour jeunes en difficulté d'adaptation vont subir des

transformations de structures importantes. Les conseils d'administration seront regroupés au niveau régional avec ceux des centres pour mères en difficulté d'adaptation et ceux des nouveaux centres de protection de l'enfance et la jeunesse.

«Nous ne sommes pas contre ces changements structurels, d'affirmer le président de la Commission, mais ils devront se faire dans le respect des personnes et éviter l'improvisation. Une attention particulière pour Montréal est de mise. La réalité multiculturelle et la taille des établissements en cause justifient des aménagements importants au projet de loi.»

«Il y aurait lieu, me semble-t-il, que les centres gèrent l'ensemble des ressources de prise en charge que sont les familles d'accueil de réadaptation, afin de faciliter un passage plus rapide et plus économique vers les ressources intermédiaires légères» de nous expliquer Gaston Robert. Egalement, il est

important, d'après nous, de garantir la neutralité du directeur de la protection de la jeunesse.

Les jeunes en difficulté nous sont dirigés par le biais de la loi de la protection de la jeunesse, la loi fédérale des jeunes contrevenants, la loi actuelle de la santé et des services sociaux ou la loi sur les poursuites sommaires. Le centre de réadaptation donne ses services en complémentarité avec les Centres de services sociaux, le Directeur de la protection de la jeunesse, le Tribunal de la jeunesse, les CLSC, les Commissions scolaires et les organismes communautaires.

«Il faut, de conclure Gaston Robert, harmoniser nos interventions de protection et de réadaptation avec le directeur de la protection de la jeunesse et avec les intervenants de première ligne pour que le jeune reçoive le bon service au bon moment et qu'on lui garantis une continuité de services.

# Q

## UAND ON A LE MEILLEUR SYSTÈME AU MONDE, POURQUOI LE CHANGER?

Le système de santé et de services sociaux du Québec a fait ses preuves.  
Il fait partie de notre patrimoine collectif.

Gardons intactes ses principales qualités:

- l'universalité
- l'accessibilité
- la gratuité.

Le choix de société que nous avons fait il y a 30 ans est toujours valable pour les années 90.

*Si des améliorations sont nécessaires aujourd'hui, au plan de l'organisation et de l'utilisation des ressources, le système, pour l'essentiel, vaut d'être conservé tel qu'il est.*

*Le projet de réforme du ministre de la Santé et des Services sociaux nous fait faire quelques pas dans la bonne direction, par:*

- l'importance accordée aux CLSC
- une meilleure répartition des médecins en région

*...mais il renforce les tendances au désengagement de l'État et à la privatisation du système, à preuve:*

- le ticket orienteur et l'impôt-service
- la promotion de cliniques et de centres d'accueil privés

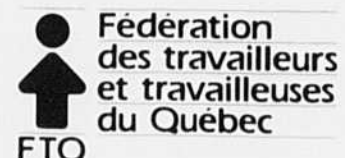
*...et il passe à côté de questions majeures, comme:*

- la prévention
- le contrôle de la qualité des soins.

Améliorons notre système public de santé et de services sociaux, mais sans rien sacrifier de ce qui lui donne toute sa valeur.

LA FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC (FTQ), ET TOUT PARTICULIÈREMENT SES SYNDICATS AFFILIÉS PRÉSENTS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – LE SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE (SCFP) ET L'UNION DES EMPLOYÉS(ÉES) DE SERVICE (UES) LOCAL 298 – ONT TOUJOURS ÉTÉ AU COEUR DE TOUTES LES LUTTES POUR DOTER LE QUÉBEC DE SERVICES SOCIAUX ET DE RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET D'ASSURANCE-MALADIE.

ILS FERONT TOUT EN LEUR POUVOIR POUR MAINTENIR ET AMÉLIORER CET INSTRUMENT PAR EXCELLENCE DE JUSTICE SOCIALE QU'EST LE RÉSEAU PUBLIC DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC.



# La santé des aînés, un pas dans la bonne direction

Normand Grondin

SI LE QUÉBEC voulait rejoindre la Suède au premier rang des pays qui répondent le mieux aux besoins des personnes âgées à domicile, dit le Livre Blanc, il lui faudrait injecter, immédiatement, près de 900 millions \$. C'est à ce prix seulement qu'il parviendrait à offrir à 20 % de la clientèle des 65 ans et plus l'équivalent de 5,5 heures de services par semaine. En comparaison, les CLSC rejoignent actuellement 17 % de cette clientèle à raison d'à peine 1,6 heure par semaine.

Le problème du maintien à domicile, une des principales pièces du puzzle de la santé des aînés, est donc loin d'être théorique. Le ministère de la Santé et des Services sociaux l'a d'ailleurs reconnu, lui qui prévoit et investit 200 millions \$ d'ici les cinq prochaines années. Une ponction que les CLSC — qui mèneront dorénavant le bal dans ce dossier — qualifient de « minimum ». Tout en applaudissant l'initiative. Vaut mieux tard que jamais...

En fait, les lacunes sont importantes dans la plupart des secteurs de la santé concernant les personnes âgées. On parle d'un déficit du nombre de places en centre d'accueil et en centre hospitalier qui pourrait atteindre 30 000 lits en 2001, de 2000 auxiliaires familiaux pour l'ensemble de la province (on en compte 40 000 en Norvège, un pays de 4,23 millions d'habitants !) et d'un réseau qui consacre aussi peu que 1,5 % de son budget au maintien à domicile (contre les 3 % de l'Ontario).

Maurice Payette, président de la Fédération des CLSC, admet cependant que la réforme, qui énonce clairement l'intention d'un virage vers le maintien à domicile, semble se diriger dans la bonne voie. Même s'il faut attendre de voir comment on partagera les nouveaux budgets. Quant aux CLSC, ils auraient, selon lui, l'expertise nécessaire pour réaliser les objectifs de la réforme.

« Mais si on veut aller jusqu'au bout de la logique, il va aussi falloir que nos services débordent le mandat étroit des soins de santé. Actuellement, le ministère mise beaucoup sur le bénévolat et le travail fait par les organismes communautaires. Mais c'est un système souvent fragile et aléatoire. C'est certain que si, par exemple, on engage plus d'auxiliaires familiaux, la note

va être plus élevée. Seulement, il faut comprendre que le maintien à domicile n'est pas qu'une dépense, mais aussi un investissement à long terme. »

La Coalition des aînés du Québec, qui regroupe dix-sept organismes francophones et anglophones de retraités, accueille également avec satisfaction le projet de loi 120. Un projet qui donne, entre autres choses, une plus grande liberté de manoeuvre aux groupes communautaires.

« L'approche des problèmes médicaux et sociaux par les CLSC est beaucoup plus complète que celle d'une urgence d'hôpital, fait remarquer Roland Marquette, porte-parole de la Coalition. On est aussi en accord avec la régionalisation qui devrait régler les problèmes de chevauchement de juridiction et de compétition entre les établissements. » La Coalition croit cependant qu'on a encore trop affaire à une « vision médico-hospitalière » de la santé. « Ce qui nous intéresse, c'est la conservation de la santé, la prévention et le maintien à domicile, fait remarquer Roland Marquette. Pas l'enfermement à domicile ! »

Pour sa part, l'Association des centres d'accueil du Québec (ACAQ) se dit globalement en faveur des orientations générales de

la réforme et appuie la réorganisation du réseau — les régies régionales regrouperont maintenant sous un même toit une brochette d'établissements et de services autrefois dispersés et sans véritable liens entre eux. Selon Michel Clair, directeur général de l'ACAQ, le système dans son entier s'en trouvera plus efficace et cohérent, notamment parce qu'on aura une meilleure perspective des besoins locaux. « Les personnes âgées ne se retrouveront plus en face d'un réseau morcelé. Il y aura une porte d'entrée pour le maintien à domicile et une autre pour le reste des services, de la famille d'accueil à la mort. »

L'ACAQ croit également que la nouvelle formule permettra de hausser la qualité et éventuellement la quantité des services d'accueil et d'hébergement. « On s'en va vers une sorte de tandem CLSC et centre d'hébergement, estime Michel Clair. Et ce sont les gens âgés qui vont en sortir gagnants. »

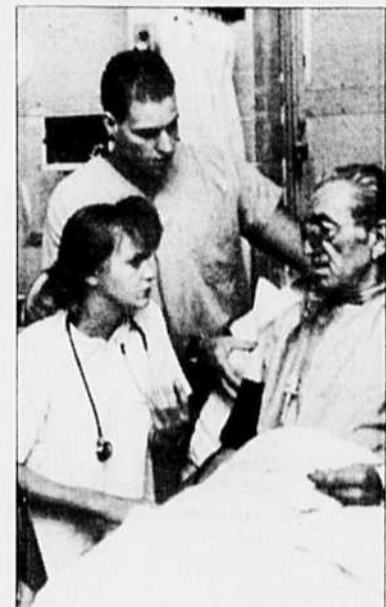
Reste un (gros) point d'interrogation : le ticket orienteur et l'impôt service.

À ce sujet, la Coalition des aînés a déjà levé bien haut les boucliers, prétendant que c'est là une atteinte sérieuse aux principes de gratuité et d'universalité du système de santé. On qualifie d'ailleurs la pre-

mière mesure de « simpliste » et la seconde « d'impôt sur la maladie ». « C'est à n'y rien comprendre, affirme Roland Marquette : d'un côté, la réforme dit que le paiement collectif est plus juste que le paiement individuel, de l'autre, le ministre parle d'imposer les usagers à cause des difficultés financières du gouvernement ! »

La Fédération des CLSC, si elle condamne l'idée d'imposer les contribuables pour les services de santé, n'est pas en désaccord, au contraire avec le principe de l'orientation de la consommation. « Le système fonctionne à l'envers, constate Maurice Payette : on distribue des pizzas en Cadillac au lieu de le faire en bicyclette ! Mais l'idée d'un ticket orienteur ne représente peut-être pas la solution adéquate. Et, à la longue, on craint même que cette solution ne devienne le problème. »


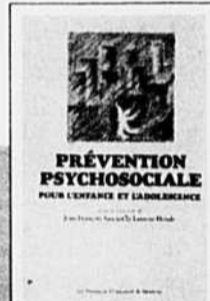
Mais ce n'est qu'avec l'annonce prochaine des politiques sur la santé et le bien-être et sur le vieillissement, les pièces encore manquantes de l'échafaudage, qu'on verra vraiment de quel bois se chauffe le gouvernement quand il parle de la santé des aînés. D'ici là, disent les observateurs, il faut se méfier des jugements trop rapides. Et espérer, conclut Maurice



Les lacunes sont importantes dans la plupart des secteurs de la santé concernant les personnes âgées.

Payette, que le gouvernement continuera dans la même direction. « Au fond, le milieu de vie par excellence, c'est la maison, les amis, la famille. Et si on veut que les gens âgés continuent de vivre chez eux, il faut les supporter véritablement, dans les faits et pas seulement qu'en paroles. »

PUM PUM PUM PUM PUM PUM PUM

 <p><b>Abus sexuels</b> D<sup>rs</sup> Jean-Yves Frappier, Nancy Haley et Claire Allard-Dansereau ISBN 2-7606-1525-1, 230 p., 29 \$</p>	 <p><b>Arthrite et rhumatisme</b> D<sup>r</sup> de Guise Vaillancourt ISBN 2-7606-1534-0, 220 p., 23 \$</p>	 <p><b>Comprendre pour soigner autrement</b> Ellen E. Corin, Gilles Bibeau, Jean-Claude Martin, Robert Laplante ISBN 2-7606-1538-3, 258 p., 25 \$</p>	 <p><b>L'ÉTHIQUE ET LE DROIT FACE AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES BIOMÉDICALES</b> Guy Bourgeault ISBN 2-7606-1519-7, 253 p., 25 \$</p>	 <p><b>PRÉVENTION PSYCHOSOCIALE POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE</b> Jean-François Saucier et Laurent Houde ISBN 2-7606-1520-0, 378 p., 35 \$</p>
--	---	--	---	---

Disponibles en librairie ou chez : **gaëtan morin éditeur**  
C.P. 180 BOUCHERVILLE, QUÉBEC, CANADA J4B 5E6  
TÉL. : (514) 449-2369 TÉLÉC. : (514) 449-1096

**COLLOQUE INTERNATIONAL**  
PROMOUVOIR LA SANTÉ EN FRANCOPHONIE

**AU DELÀ DES CULTURES  
DES OUTILS À PARTAGER**

**MONTRÉAL**  
**9, 10 et 11**  
**octobre 1991**

Pour recevoir le programme du colloque, veuillez vous adresser à :

**ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC**

3958 rue Dandurand, Montréal, Québec, H1X 1P7  
Tél. : (514) 593-9939 Télécopieur : (514) 725-2796

Ce colloque est sous le parrainage du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

# Une réforme qui ne change pas le monde pour les jeunes, mais ...

Laurier Boucher

L'auteur est coordonnateur de la protection de la jeunesse à l'Association des centres de services sociaux du Québec

LE PROJET de réforme du système socio-sanitaire porte une attention spéciale aux jeunes en difficulté en leur reconnaissant des besoins particuliers auxquels le système devra s'ajuster. Mais, quelle est la portée réelle de ce statut particulier et des bonnes intentions qui l'accompagnent ? Pour être en mesure de l'évaluer, il faut d'abord cerner qui sont ces jeunes en difficulté dont on parle et quelles sont les déficiences que l'on entend corriger dans les services actuels. Il faut surtout évi-

ter d'attendre de cette réforme ce qu'elle ne peut donner.

On l'oublie parfois, mais les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, auprès de qui les services sociaux publics sont appelés à intervenir, vivent des situations dont la gravité n'a rien à voir avec l'hyperréactivité, le désintérêt scolaire ou la crise d'adolescence classique. Dans notre société, un jeune en difficulté, c'est un enfant dont l'intégrité physique ou l'équilibre psychologique est menacé par la négligence ou les comportements abusifs de son milieu familial, c'est aussi un adolescent qui connaît de sérieux problèmes de comportement ou de délinquance. En ce sens, quand on parle de jeunes en difficulté au Québec, on pense tout

au plus à trois ou quatre jeunes sur 100 ! C'est à eux que sont destinées les mesures proposées par le projet de réforme.

Jusqu'à maintenant, l'intervention publique auprès des jeunes en difficulté s'est concentrée sur un noyau dur, c'est-à-dire sur ces enfants et ces adolescents dont la situation présente suffisamment de danger pour être prise en charge en vertu de la loi sur la protection de la jeunesse ou de la loi sur les jeunes contrevenants. Bon an mal an, cela représente environ 30 000 jeunes de moins de 18 ans. En voulant parer au plus urgent, et devant compter sur des ressources limitées, le réseau public en est donc venu, à toutes fins utiles, à focaliser son intervention sur les jeunes les

plus amochés, misant sur des services curatifs et spécialisés, et négligeant, par la force des choses, l'intervention préventive auprès d'autres jeunes vivant pourtant des situations à risques. En d'autres mots, les services à la jeunesse en sont pratiquement arrivés à se confondre avec l'intervention de protection qui, chacun le sait, se déroule dans un contexte d'autorité et doit souvent faire appel à des mesures judiciaires. L'une des conséquences déplorables de cette approche — en plus de provoquer l'atrophie progressive des services préventifs — a été de négliger l'apport de la famille dans l'intervention auprès du jeune.

À ces déficiences, sans doute tributaires de l'aggravation des situa-

tions vécues par les jeunes et des choix politiques qui ont été faits, se sont ajoutés un certain nombre d'effets secondaires. On pense, notamment, au taux encore élevé de placements d'enfants, au rôle insuffisant laissé à l'action communautaire et aux ressources du milieu, au manque de concertation entre les intervenants de première ligne et ceux qui travaillent à la protection ou à la réintégration sociale du jeune, etc.

La réforme projetée entend donc rectifier le tir général de l'intervention auprès des jeunes en difficulté et propose un ensemble de mesures pour corriger les principales carences que nous venons d'énumérer. L'orientation générale de ces mesures est d'ailleurs parfaitement résumée dans l'énoncé de politique de décembre 90 : « La recherche de solutions doit principalement s'orienter vers la prévention précoce et la mise en place de services adaptés dans les milieux de vie des jeunes. Il faut que les familles aient accès à des formes d'aide diversifiées, dans leur milieu, pour éviter le placement de leurs enfants et empêcher les déplacements subséquents d'un milieu substitut à un autre. Il faut enfin mettre à la disposition des jeunes des ressources de placement plus légères et améliorer la qualité des services de protection de la jeunesse. »

Concrètement, la mise en oeuvre de ces orientations passera par le développement et la consolidation des services de dépistage, de prévention et de soutien offerts aux jeunes et à leur famille par les CLSC. À cette consolidation des services de première ligne en CLSC — élément essentiel à la réussite de toute la stratégie — s'ajoutera l'intensification des services sociaux offerts en milieu scolaire, le soutien de projets communautaires novateurs et le développement, dans chaque région, de services de médiation familiale.

Pour combler les lacunes actuelles du système de placement, la réforme propose de mettre d'abord l'accent sur le soutien aux familles, notamment en renforçant la capacité parentale. On entend également limiter le recours au placement et favoriser la diversification des ressources d'hébergement, axées sur la réinsertion sociale du jeune.

Enfin, dernier volet fondamental de cette réforme, on verra au renforcement des services de protection et à l'amélioration de la qualité des services qui y sont offerts. Concrètement, ce renforcement entraînera la transformation des centres de services sociaux actuels en centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Pour favoriser la continuité des services, les futurs CPEJ et les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation seront, dans chaque région, sous l'autorité d'un même conseil d'administration.

Les mesures préconisées par le Livre blanc répondront-elles aux besoins spécifiques des jeunes en difficulté et remédieront-elles aux faiblesses du présent système ? Après analyse, il est permis de le croire. À condition, toutefois, que l'on ne s'attende pas à y trouver une panacée. La réforme des services socio-sanitaires, aussi exhaustive et pertinente soit-elle, ne peut pallier l'absence d'une politique jeunesse, d'une politique familiale ou d'une politique de l'emploi. On se condamne à la déception si l'on veut faire des services sociaux aux jeunes en difficulté et à leurs familles, fussent-ils grandement améliorés et de très haute qualité, une arme contre la pauvreté, la détérioration des conditions de vie, la précarité de l'emploi, le chômage et l'inégalité sociale.

JEÛNE - ALIMENTATION  
HYGIENISTE

CENTRE D'ÉDUCATION  
HYGIENISTE

## VISA SANTÉ

POUR INFORMATIONS: (514) 438-1135  
236, CHEMIN DU LAC BERTRAND, RR 2 - ST-JÉRÔME J7Z 5T5

Pour recevoir  
**LE DEVOIR**

tous les matins  
à votre porte

# ABONNEZ-VOUS !

Montréal (514) 844-5738

Abonnements postaux (514) 844-7457

LA FÉDÉRATION DU PERSONNEL DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX



UN PASSÉ JEUNE

UNE RÉALITÉ DYNAMIQUE

UN FUTUR PROMETTEUR



Une solution de rechange heureuse!

Siège social  
9405, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1L 6P3  
Téléphone: 514 / 356-8888 Télécopieur: 514 / 356-9999



L'Alliance des professionnels en Pratiques  
Alternatives de Santé du Québec  
3702, rue St-Denis, Montréal, Qc.

CENTRE D'ENCADREMENT PÉDAGOGIQUE (1)

## HOMÉOPATHIE

(programme complet - sciences biologiques préparatoires)

Prérequis: D.E.C.

(sciences de la santé ou l'équivalent)

Début: Le 20 et 21 avril 1991

(cours de fins de semaine, relâche juillet/août)

Inscription: Avant le 23 mars 1991

(date limite)

Endroit: Montréal

Information: (514) 499-9975

(1) Programmation Automne 91 disponible sur demande.

# Les handicapés, une problématique à peine esquissée

Françoise Lafleur

**UN BRAS PARALYSÉ**, une vision réduite, une attention instable, une oreille sourde, une capacité réduite de lecture, une incapacité partielle ou totale à effectuer les simples tâches quotidiennes, une déficience intellectuelle, une déficience motrice sont parmi autant de particularités dont le lieu commun est d'être « une personne handicapée ». Dans sa description des groupes particuliers ayant besoin de services, la réforme Côté est loin d'accorder aux personnes handicapées une attention comparable, par exemple, à celle des personnes âgées.

Pourtant, le Québec compte plus de 200 000 personnes souffrant de déficience intellectuelle. La déficience physique (motrice) et la déficience sensorielle (auditive ou visuelle) touchent elles aussi des milliers de personnes. À l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), on évalue à 8 % de la population québécoise le nombre de personnes atteintes « d'une déficience significative ou persistante ». De son côté, Statistique Canada arrive à un chiffre de 13 % avec une définition plus large que celle utilisée par l'Office.

On estime à près de 500 le nombre d'associations québécoises regroupant des personnes handicapées au sein desquelles plus de 30 000 bénévoles sont impliqués. On parle ici de tous les types de déficience : « auditive, visuelle, intellectuelle, motrice, organique et du psychisme ». Même si la réforme Côté esquisse à peine la problématique du handicap, elle suggère cependant quelques améliorations aux soins, services et conditions de vie des personnes handicapées.

La réforme propose de réactiver, par exemple, le programme gouvernemental d'intégration à l'emploi des personnes handicapées

dans la fonction publique. L'objectif : 2 % de la main-d'oeuvre totale. On veut aussi accroître le nombre de places dans les programmes d'apprentissage au travail. Dans le mémoire préparé par Pierre Montreuil, directeur du développement corporatif du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, on se réjouit de cette suggestion. Mais on signale toutefois « qu'il s'agit là d'un vieux litige avec le ministère de la Santé et des Services sociaux ».

« Il semble que le ministère n'ait rien compris à cette problématique ou alors croit que les seules personnes ayant une déficience intellectuelle nécessitent ce genre de services. Les clientèles que nous desservons ont besoin d'un suivi, d'une préparation à des activités de travail, quelle que soit leur forme. Ne pas reconnaître les apprentissages aux habitudes de travail pour les personnes ayant une déficience physique, c'est entraver une part importante du processus de réadaptation et de réinsertion sociale. »

D'un autre côté, le ministre juge nécessaire d'ajouter 650 places de soins de longue durée à la réadaptation fonctionnelle intensive. La direction du Centre Lucie-Bruneau pense que les établissements, dont la mission est d'offrir des services de réadaptation, devraient prendre en charge ces 650 places, plutôt que de les essayer dans les centres hospitaliers de soins de longue durée où le manque de ressources professionnelles en réadaptation (er-

gothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, etc.) est flagrant. L'annonce de 650 places aurait beaucoup plus d'impact si elle était accompagnée de mesures complémentaires telles le développement d'une véritable médecine de réadaptation et l'augmentation de ressources professionnelles spécialisées en ce sens.

Pour ce qui est des services de maintien à domicile, la plupart des organismes de défense des droits des personnes handicapées dénoncent toutes les mesures dont l'objectif est de prendre en considération les revenus de la personne handicapée requérant des services ou les avoirs de sa famille la prenant en charge. Sylvie Dalpé, organisatrice communautaire au Regroupement des organismes de promotion du Montréal-Métropolitain (ROP), est d'avis que les dispositions du projet de loi à cet effet devraient être retirées afin de ne pas compromettre le principe d'accessibilité universelle.

Il en va de même pour un impôt-services sur les prothèses, orthèses, services dentaires (orthodontie) et autres aides techniques (programmes complémentaires d'appareillage) qui pénaliseraient une clientèle majoritairement démunie en ressources financières individuelles. Alain Hébert, du ROP, ajoute qu'un tel impôt-services vient d'ailleurs à l'encontre du décret du Conseil des ministres du 28 juin 1988 qui stipule de ne pas tenir compte de la capacité de payer de

la personne handicapée ou de sa famille dans la décision d'une aide matérielle gouvernementale devant être versée en compensation de limitations fonctionnelles. Lise Constantin, chef du service d'analyse à l'Office des personnes handicapées du Québec, abonde dans le même sens.

De plus, si faute d'adaptation, les personnes handicapées sur le plan moteur (fauteuil roulant) éprouvent des difficultés à utiliser certains services, dues par exemple à des barrières architecturales, elles ne devraient pas se voir imposer de ticket-orienteur lorsqu'elles se dirigent vers des services mieux adaptés y compris les urgences des hôpitaux.

Autre brèche dans la réforme : il est absolument essentiel que soient maintenus les principes de protection des budgets de maintien à domicile. « Ce serait un déplorable retour en arrière », explique Jean-Pierre Bouchard, coordonnateur à la promotion, section Montréal, de l'Association de la paralysie cérébrale. Avec les principes de nouvelle gestion des établissements, plusieurs gestionnaires auront de la difficulté à résister à la tentation de desservir, par exemple, sept personnes âgées à raison de cinq heures/semaine plutôt qu'une personne handicapée ayant besoin de

20 heures/semaine ou plus des services à domicile.

Bref, la liste des revendications est longue et un livre suffirait à peine pour mentionner tous les amendements proposés au projet de loi par les divers organismes impliqués, tout en tenant compte de l'actuelle « loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées ».

D'ailleurs, rien n'a été prévu afin d'harmoniser le réseau de la santé aux différentes politiques gouvernementales, à l'exception de la Société d'habitation du Québec qui sera désormais en charge de créer un plus grand nombre de lieux d'hébergement adaptés. Pour l'instant, rien n'assure que les programmes de subventions permettant la construction d'installations répondront vraiment aux besoins des clientèles visées.

**“N'oubliez pas ceux qui ne peuvent se souvenir”**

société **Alzheimer** de Montréal  
society of montreal

3974, Notre-Dame ouest/West  
Montréal, Qué. H4C 1R1 514/931-4211

## DES LIVRES SUR LA SANTÉ

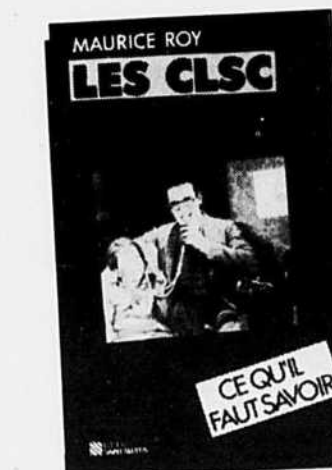


**JULIETTE, GEORGES ET LES AUTRES VIEILLIR À DOMICILE**  
Daphne Nahmiash  
Frédéric Lesemann

**C**e livre met en scène, à travers des personnages aussi bien réels que fictifs, une expérience passionnante et passionnée d'organisation de services de soutien à domicile qui s'est déroulée entre 1977 et 1988 dans un CLSC du centre-ville de Montréal.

Intervenants, personnes âgées, mais aussi familles concernées par la prise en charge des personnes âgées dépendantes trouveront dans ce récit une source de réflexion et d'inspiration.

196 pages, 18,95 \$



**LES CLSC ... CE QU'IL FAUT SAVOIR**  
Maurice Roy

**U**n livre qui décrit le rôle et l'importance des CLSC. L'auteur rappelle l'origine des centres locaux de services communautaires et leur histoire récente. Il explique en détail les services qu'ils offrent, comment ils veulent intervenir, comment ils sont gérés et le réseau dans lequel ils évoluent. Enfin, il donne des exemples concrets de programmes en vigueur dans les CLSC.

172 pages, 14,95 \$

EDITIONS SAINT-MARTIN

4316, boul. Saint-Laurent, bureau 300  
Montréal, Québec H2W 1Z3  
(514) 845-1695

Dans toutes les bonnes librairies

## FORMATION CONTINUE EN GESTION

### MANAGEMENT RENOUVELÉ ET GESTION MOBILISATRICE DES RESSOURCES HUMAINES

POUR CADRES SUPÉRIEURS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Animateur : Omar Aktouf, professeur  
École des Hautes Études Commerciales

### PROGRAMME REVISÉ

MONTRÉAL :  
23, 24 et 25 avril 1991

### LES COMITÉS DE BIOÉTHIQUE, POURQUOI? COMMENT?

POUR CADRES SUPÉRIEURS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Animatrice : Jacqueline Fortin, chargée de cours,  
Département d'administration de la santé

### REPRISE

MONTRÉAL :  
26 avril 1991

Information : Lise Lamothe.

Inscription : Monique Janelle  
(514) 343-7937



Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine  
Université de Montréal

### Moi, Gilles Baril Alcoolique et toxicomane RÉHABILITÉ



Ancien député d'Abitibi-Témiscamingue  
aujourd'hui directeur général du  
Pavillon du Nouveau Point de Vue

*Je peux vous aider!*



PAVILLON DU NOUVEAU POINT DE VUE  
356, RUE NOTRE-DAME, LANORAIE (QUÉBEC) J0K 1E0

"Le plus beau centre de traitement et de réhabilitation pour alcooliques et toxicomanes au Québec"

(514) 887-2392 1-800-267-2392

# Un aide-mémoire médical sur une puce

Michel La Salle

**C**ONFORMÉMENT aux recommandations du rapport Côté sur la réforme de la santé et des services sociaux, la RAMQ et une équipe multidisciplinaire de l'Université Laval préparent une expérimentation de « carte santé » électronique dans la région de Rimouski, auprès de groupes-cibles d'un potentiel de 9000 individus, entre l'automne 1991 et le printemps 1993.

Plutôt que de chercher à contrôler l'accès aux services, les chercheurs veulent améliorer la qualité des soins en modifiant la circulation d'information à l'aide d'un « aide-mémoire médical » inscrit dans une carte à puce ou carte à micro-calculateur. Les applications

visées concernent le suivi pédiatrique, dont la vaccination, pour des enfants de 18 mois et moins, une population à risque constituée de personnes âgées et une population en santé représentée par des femmes enceintes. Un groupe-témoin sera constitué sur une base volontaire, à partir de 1600 personnes de Saint-Fabien de Rimouski. Coût probable du projet québécois : près de 1,5 million \$.

« Le contexte de l'exercice médical a évolué. Le patient dépend de moins en moins d'un seul médecin traitant. Celui-ci passe souvent par plusieurs cabinets et par plusieurs établissements en répétant une partie de son dossier. Souvent imparfaitement d'ailleurs. La qualité des soins peut en pâtir dans certains cas. D'où la nécessité d'introduire un média général qui ga-

rantirait la transmission uniforme de certaines informations et permettrait d'éviter la duplication inutile de services », ajoute M. Pierre Boucher de la Régie d'assurance-maladie du Québec.

Chaque participant recevra une carte dont il pourra autoriser volontairement l'accès. Pour lire les informations les plus confidentielles dans les cartes santé, les professionnels de la santé inséreront d'abord leur carte d'habilitation dans un lecteur et l'activeront en tapant leur numéro d'identification personnel. Pour éviter toute utilisation frauduleuse, elle se bloquera après trois essais infructueux. Puis, le professionnel insérera la carte du titulaire. Le contenu sera affiché à l'écran pour lui permettre d'y lire ou d'y écrire. La carte santé du titulaire comprendra cinq zones distinctes dont l'accès pourra être individuellement bloqué et réservé aux professionnels compétents.

La zone d'identification portera la fiche signalétique du titulaire et sera accessible aux professionnels de la santé et à l'organisme émetteur pour écriture. La zone d'état vaccinal présentera la liste des

vaccins usuellement administrés au Québec.

Lisible par tous, sauf les ambulanciers, seuls les médecins et le personnel infirmier pourront y écrire. Pharmaciens et médecins pourront lire et écrire dans la zone de médicaments. Y seront consignés la liste des médicaments consommés régulièrement en vente libre et délivrés sur ordonnance, de même que les allergies et intolérances médicamenteuses. La zone médicale regroupera les antécédents familiaux et personnels, le suivi actuel, les examens de prévention et les données pour supporter l'application de certains suivis spécifiques. La lecture et l'écriture seront réservées aux médecins. Ambulanciers et médecins pourront identifier dans la zone d'urgence de la carte, certaines conditions (allergie, groupe sanguin, diabète, épilepsie) à connaître dès les premiers instants de prise en charge du patient en cas d'urgence. Seuls les médecins pourront écrire dans cette zone. L'équipe s'est d'abord inspirée des paramètres que la Communauté économique européenne a normalisé en 1990 pour la zone d'urgence d'une carte santé eu-

ropéenne. La zone d'urgence de la carte québécoise contiendra davantage d'informations.

Les instigateurs disent que leur projet ne vise pas à remplacer la carte d'assurance-maladie actuelle. Il ne s'agit pas d'une carte de contrôle. L'information contenue ne sera pas transférée dans les banques centralisées. De plus, les professionnels pourront lire, rectifier ou ajouter des informations mais non en retrancher. « Nous programmerons la carte pour permettre la rectification sans nécessairement effacer, quel que soit le type de mémoire choisie, EEPROM ou non », explique M. Guy Lavoie, de l'Université Laval.

À chaque étape de préparation, tous les utilisateurs éventuels ont été consultés : identification et organisation des informations pertinentes dans la carte, ergonomie et procédures conviviales d'utilisation de la carte. Ainsi, le docteur Jean-Paul Fortin, de l'Université Laval, est confiant. « Notre démarche expérimentale se fait en collaboration avec tous dans le cadre du respect de la relation patient-médecin.



## CLINIQUE DE L'ALTERNATIVE

Urgence M.T.S. - Sida - Contraception

Sans rendez-vous

Lundi au vendredi de 9h à 17h

Colposcopie avec rendez-vous

Interruption de grossesse

avec rendez-vous

2034, rue ST-HUBERT

(Métro Berri et Sherbrooke) 281-9848

FORMATION CONTINUE  
**EN GESTION**

## QUALITÉ ET PRODUCTIVITÉ DANS LES SERVICES DE SANTÉ

POUR CADRES SUPÉRIEURS  
ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Animateurs :

Pierre Filiaut et Jean Harvey, professeurs au Département des sciences administratives et chercheurs au Centre de recherche en gestion de l'Université du Québec à Montréal

### NOUVEAU PROGRAMME

MONTRÉAL :  
2 et 3 mai 1991

## L'ÉVALUATION DE PROGRAMMES POURQUOI? COMMENT?

POUR COORDONNATEURS ET GESTIONNAIRES  
DE C.L.S.C. ET DE D.S.C.

Animateurs :

François Champagne, professeur agrégé  
Jean-Louis Denis, professeur adjoint  
Département d'administration de la santé

### PROGRAMME REVISÉ

MONTRÉAL :  
7 et 8 mai 1991

Information :  
Lise Lamothe.

Inscription :  
Monique Janelle  
(514) 343-7937



Département  
d'administration  
de la santé  
Faculté de médecine  
Université de Montréal

## L'esprit de la réforme avant la lettre

### Le Sud-Ouest de l'Île de Montréal réunit les conditions pour que tous y trouvent leur compte, le citoyen, les professionnels et les administrations

**C'**est tout à fait dans l'esprit de la réforme, avant même qu'elle ne soit annoncée, qu'une vingtaine d'établissements du Sud-Ouest de l'Île de Montréal se sont engagés volontairement, il y a déjà cinq ans, dans une concertation centrée sur le citoyen et les besoins de la population de leur territoire plutôt que sur leurs intérêts administratifs institutionnels. Résultats: des collaborations et des projets novateurs qui permettent non seulement d'offrir de meilleurs services à la population mais aussi, souvent de réduire les coûts.

#### Le partage des ressources avant la demande de subvention

«Rosam» par exemple, un programme unique au Québec, est né, sans subvention, de la concertation de ces établissements soucieux de faire face avec complémentarité à la problématique du vieillissement de la population qui entraîne une augmentation rapide des demandes de services dans presque tous les types d'établissements. Reliés à l'ordinateur central de l'un d'entre eux, les centres hospitaliers, les CLSC, les centres d'accueil, les services sociaux du Sud-Ouest peuvent consulter et mettre à jour, 24 heures par jour, un résumé de dossier commun pour leurs quelque 3000 personnes âgées bénéficiaires de l'un ou l'autre établissement. La personne âgée en perte d'autonomie mais non hébergée devient le centre d'un plan de soins et services mettant à profit les ressources de plusieurs établissements en éliminant la reprise d'examen, les procédures d'évaluation, les prescriptions inutiles, voire contre-indiquées.

De même, pour répondre aux besoins de services dentaires des personnes âgées hébergées, les

établissements du Sud-Ouest se sont dotés d'une clinique dentaire mobile. Ainsi, les établissements partagent un équipement dont aucun ne pouvait assurer l'acquisition pour leurs seuls bénéficiaires et qui permet le traitement sur place sans que du transport et de l'accompagnement soient nécessaires pour les personnes âgées.

#### La mobilisation de tous les milieux

D'autres projets sont en préparation qui étendent la concertation à des organismes et à des institutions hors du réseau de la santé et des services sociaux (organismes volontaires, municipalités, commissions scolaires) qui sont parties prenantes aux grandes problématiques de santé: besoins de ressources alternatives, vieillissement de la population, sécurité routière, réintégration sociale, habitudes de vie, etc. Notamment, l'alcoolisme, la toxicomanie et la surconsommation de médicaments ont été désignés comme domaines prioritaires d'intervention en 1991.

Pour peu que certaines conditions soient réunies, la concertation mieux que la coercition administrative peut assurer l'atteinte des objectifs de décentralisation, de décloisonnement et de complémentarité.

#### Le respect des zones socio-sanitaires naturelles: une condition essentielle

Dans le Sud-Ouest, la concertation a été rendue possible parce qu'elle regroupe les établissements et les organismes communautaires dans une zone socio-sanitaire naturelle où le citoyen n'est pas simple terminologie de planificateur mais bien une personne ayant développé un sens d'ap-

partenance à une zone qui garde une taille à caractère humain, une zone où les intervenants du réseau et hors réseau s'y retrouvent dans les structures et peuvent ressentir les effets de leurs actions auprès d'une clientèle commune et y trouver motivation. C'est là un facteur important de l'humanisation des soins et services: des intervenants qui savent qu'ils peuvent compter sur le support d'autres établissements pour fournir à leurs bénéficiaires les soins et services complémentaires aux leurs.

Le sentiment de faire partie d'une zone cohérente et à dimension humaine est aussi une condition nécessaire pour que les membres des divers conseils d'administration voient des avantages à établir des collaborations, à partager des ressources et des équipements au profit d'un autre établissement s'ils peuvent avoir la certitude que leurs bénéficiaires pourront en profiter.

De même, la recherche de ressources alternatives et la collaboration des organismes communautaires, des municipalités, des commissions scolaires ne peuvent pas s'établir sur la base de catégories de «bénéficiaires» -par âge, maladie ou handicap- mais bien sur celle d'une population commune, du citoyen dans son milieu.

Le respect des zones socio-sanitaires naturelles avec leurs réseaux d'établissements, d'organismes publics et communautaires et le sentiment d'appartenance qui s'y développe, reste une condition essentielle à la réussite de l'application de la réforme.

Le Comité directeur de la concertation sous-régionale du Sud-Ouest. Publi-reportage

# Vers la reconnaissance de certaines médecines douces

Anne Pélouas

**L**ES MÉDECINES DOUCES ont le vent en poupe ! Même le Livre blanc sur la réforme des services de santé et des services sociaux le reconnaît : malgré l'imprécision des données, près du tiers de la population québécoise consultent régulièrement les quelque 7000 praticiens des *médecines douces*. Pourtant, 85 % d'entre eux ne sont pas reconnus et exercent leur métier en dehors du système de santé. Cette situation pose des problèmes complexes, à la fois sociaux et juridiques, qui concernent tous les professionnels de la santé, reconnus légalement ou non, et tous les adeptes de ces thérapies alternatives.

Depuis plusieurs années déjà, certaines associations de praticiens de médecines douces réclament une légalisation de leur statut. Sans grand succès jusqu'à présent mais... le vent tourne vite. Les patients étant plus nombreux, les pratiques médicales non reconnues foisonnent et il est devenu quasiment impossible de se voiler la face plus longtemps. Le ministère de la Santé, comme l'Office des professions du Québec en ont pris conscience.

Sans être très explicite ni bien concret, le Livre blanc du ministère de la Santé consacre tout de même quelques lignes à la nécessaire définition du rôle et de la

place des thérapies alternatives au sein du réseau de services de santé. Avant d'envisager une quelconque reconnaissance de ces pratiques, il prévoit de « tenir en commission parlementaire un débat public portant sur les critères en fonction desquels les thérapies alternatives pourraient être reconnues ». Les critères et mécanismes permettant d'évaluer la compétence des professionnels y seraient également discutés, de même que « les mécanismes de collaboration avec le réseau public sans pour autant que l'État finance le coût des services offerts par les praticiens des thérapies alternatives ».

Instituer une commission parlementaire ne règlera évidemment pas de sitôt les difficultés rencontrées, d'autant qu'il n'est pas prévu de la créer avant l'automne prochain. Gilles Dussault, directeur du département d'administration de la santé à l'Université de Montréal, pense que la pression n'est pas encore très forte pour modifier le statu quo. « Le gouvernement donne surtout l'impression de vouloir laisser le temps faire son œuvre. Pour aller de l'avant, il veut vérifier que l'attrait du public pour les médecines douces dépasse l'effet de mode et est bien un phénomène durable. »

Il reste que le processus est bel et bien enclenché et qu'il pourrait provoquer de grands changements dans le paysage médical au Québec. Le ministère de la Santé n'est

pas le seul en effet à s'intéresser de plus près à la question. L'Office des professions du Québec est même nettement plus avancé que lui. Il y a déjà un an et demi qu'il a lancé une enquête — la première d'une telle envergure au Canada — sur les thérapies alternatives. Pour le président de l'Office, Thomas Mulcair, il est clair que l'importance du phénomène « oblige à aller vers

une certaine ouverture. On ne peut plus jouer à l'autruche, interdire comme on le faisait au siècle dernier les pratiques de milliers de praticiens et ne pas tenir compte de la forte demande des gens pour des techniques et approches nouvelles en matière de santé ».

L'Office a pour principale préoccupation de protéger le public contre des activités qui seraient dan-

gereuses. Dans le secteur de la santé, c'est l'article 31 de la loi médicale qui a permis de maintenir un *filet de protection*. Le Code des professions reconnaît lui-même des corporations de praticiens (médecins, chiropraticiens...) qui ont des responsabilités importantes pour la surveillance des pratiques et la protection du public. En con-

Voir page 22 :Reconnaissance

## OUI À UNE RÉFORME CENTRÉE SUR LES CITOYENS.

**Les Centres de services sociaux** adhèrent à une mission dorénavant centrée sur la protection et l'aide aux enfants et aux jeunes en difficulté ainsi qu'au rapprochement avec les Centres d'accueil pour jeunes en difficulté d'adaptation, ces mesures devant permettre une consolidation des services au profit des jeunes et de leur famille.

**Les CSS** croient que les services aux adultes et aux personnes âgées qu'ils ont développés depuis plusieurs années et les familles d'accueil qui les hébergent devraient non seulement être maintenus, mais renforcés par les établissements qui en assumeront dorénavant la responsabilité.

**Les CSS** croient que la décentralisation et la régionalisation sont des conditions essentielles pour en arriver à des services beaucoup plus près des besoins et des attentes des citoyens.

Cette réforme nous apparaît un projet cohérent et pragmatique.

**Le temps est maintenant venu de passer à l'action.**



ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

FORMATION CONTINUE  
**EN GESTION**

### LE DÉVELOPPEMENT D'HABILITÉS DE GESTION, UNE SOURCE DE POUVOIR...

POUR MÉDECINS ET PHARMACIENS

**Animateurs :**  
Gilles Dussault, Département d'administration de la santé  
Laurent Lapierre, Maurice Lemelin et Alain Rondeau, École des H.E.C.

#### REPRISE

**MONTREAL :**  
8, 9 et 10 avril 1991

### LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE EN SALLE D'URGENCE

POUR CADRES SUPÉRIEURS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE CENTRES HOSPITALIERS

**Animateur :**  
Me Jean-Pierre Ménard, Ménard, Martin avocats

#### REPRISE

**MONTREAL :**  
15, 16 et 17 avril 1991

**Information :**  
Lise Lamothe

**Inscription :**  
Monique Janelle  
(514) 343-7937



Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine  
Université de Montréal

## Vingt mille infirmières auxiliaires partenaires de votre santé

*Plus que des soins infirmiers depuis 40 ans*



Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

531, rue Sherbrooke est, Montréal, Québec H2L 1K2

## ◆ Reconnaissance

tre-partie, ces catégories professionnelles bénéficient de privilèges d'exercice exclusif et d'utilisation de titres. « C'est au nom de cette notion de champ d'exercice exclusif, rappelle Gilles Dussault, qu'on a par exemple marginalisé les acupuncteurs et interdit de pratiquer les sages-femmes. »

Le développement des médecines douces oblige néanmoins à s'interroger sur la question du libre

choix, du public. D'un côté, on dispose d'un cadre légal, avec un monopole de diagnostic et de traitement pour certains professionnels reconnus. De l'autre, on a une foule de thérapies alternatives « illégalement » pratiquées mais plus ou moins tolérées et très en demande dans la population. En maintenant le filet trop serré, on risque fort qu'il casse ! L'enquête de l'Office des professions vise donc essentiellement à dégager des recommandations qui permettront

de mieux informer le public sur l'intérêt de certaines thérapies alternatives et sur les pratiques jugées dangereuses.

Pour mettre un minimum d'ordre dans un secteur laissé quasiment sans réglementation, il n'aura pas la tâche facile. Les auditions auxquelles il a dû procéder en montrent l'ampleur. L'enquête est divisée en quatre étapes successives. L'Office s'est d'abord penché, jusqu'en mars dernier, sur les pratiques de thérapies manuelles (tou-

cher thérapeutique). Il a reçu une quarantaine de groupes de professionnels non reconnus et des corporations comme celles des chiropraticiens et des physiothérapeutes pour faire le point de leurs activités et de leurs formations. Deuxième étape terminée en septembre dernier : l'homéopathie et les médications naturelles, telles que la naturopathie. Là encore, les enquêteurs ont rencontré les représentants d'une trentaine de groupes. Ils terminent actuellement le volet con-

sacré aux psychothérapies, elles aussi en plein essor. L'Office a reçu des professionnels non reconnus mais aussi des psychologues et des psychiatres. Il va maintenant s'intéresser aux approches énergétiques.

De ce vaste tour d'horizon qui s'est révélé « extrêmement instructif » aux dires de Michel Sparer, directeur des communications, « l'Office des professions veut tirer au plus vite des conclusions en terme de recommandations ». Son souci d'ouverture est clairement affiché. Reste à trouver la voie. Pour certaines professions, il pourrait envisager la constitution de nouvelles corporations (les massothérapeutes en ont déjà fait la demande). Pour d'autres, il est possible que leurs pratiques soient légalisées en les incluant dans un champ d'exclusivité déjà existant ou en créant des corporations à titres réservés.

Thomas Mulcair songe aussi à une voie plus avant-gardiste : une nouvelle forme de reconnaissance de ces groupes de praticiens qui offrirait une certaine garantie aux patients, avec des obligations moins lourdes et des critères de formation moins stricts pour ces thérapeutes que pour les membres de corporations. « Les structures actuelles ont été conçues pour reconnaître et encadrer des professionnels classiques, dit le président de l'Office. Elles ne sont guère adaptées à la situation de ces nouveaux praticiens. Pourtant, ils sont là. Les pratiques sont là et le public y fait appel. Notre vrai défi de réglementation est de leur donner droit de cité en limitant les abus et en interdisant les pratiques et l'utilisation de techniques dangereuses. »

Le changement d'optique est évident. On n'en est pas encore à remplacer la notion de champ d'exercice exclusif de certaines professions par celle « d'actes médicaux réservés », mais la voie est ouverte. Pour Gilles Dussault, cette réforme aboutirait à « spécifier des actes réservés en exclusivité à une ou plusieurs corporations ». Les autres ne feraient plus l'objet d'un monopole et cesseraient donc d'être réputés médicaux. Les professionnels qui sont actuellement dans l'illégalité, parce qu'ils exercent par exemple des manipulations physiques, sortiraient ainsi de leur relative clandestinité.

Une autre bataille atteindra les fervents des médecines douces après ce premier mouvement vers la reconnaissance. Elle concerne leur intégration éventuelle au système de santé. Dans son Livre blanc, le ministère de la Santé prévient que l'État ne financera pas le coût des services offerts éventuellement par ces nouveaux praticiens dans le réseau. Autant dire que la bataille pour la prise en charge de telles dépenses de santé sera encore plus difficile à engager... et à gagner.

## ÊTRE INFIRMIÈRE...

c'est être soignante,  
experte en soins,  
éducatrice, conseillère,  
administratrice de  
programmes de soins,  
agente de changement,  
personne-ressource,  
partenaire, infirmière-chef,  
coordonnatrice,  
agente de continuité,  
animatrice d'équipe de  
travail, enseignante,  
soutien psychosocial,  
agente de référence,  
thérapeute indépendante,  
chercheuse, chef de module,  
analyste, administratrice,  
gestionnaire.



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

L'OIIQ est une corporation professionnelle  
qui regroupe 60 000 membres.

TRANSFUSION  
SANGUINE



# La réforme ne respecterait pas les droits de la personne

Anne Pélovas

LES CRITIQUES pleuvent sur le projet de réforme des services de santé et des services sociaux. On s'inquiète du caractère bureaucratique de la loi, du traitement des médecins ou de la capacité des CLSC à assumer leur rôle de « services de première ligne ». Par contre, on semble négliger des problèmes qui intéressent pourtant directement les bénéficiaires du système et qui sont liés, notamment, à la confidentialité des données médicales personnelles. Du point de vue des droits de la personne, la réforme comporterait de graves lacunes. Au Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill, plusieurs experts dénoncent l'absence de garanties pour la protection des individus.

« Il fallait modifier le système de santé mais non le bouleverser », dit Norbert Gilmore, médecin à l'Hôpital Royal Victoria et membre du centre. La réorganisation est opportune, ajoute-t-il, pour améliorer, renforcer l'efficacité du système et avoir un meilleur contrôle financier mais on doit conserver ce qui est bon et j'ai des doutes à ce sujet ». D'après lui, il faudrait davantage considérer les coûts de la santé comme un investissement plutôt que comme une dépense.

La directrice du centre, Margaret A. Somerville, renchérit sur la question des coûts, qui est au centre du débat sur les droits des patients. « L'augmentation des dépenses de santé ne montre pas, selon elle, que le système est mauvais. Bien au contraire. C'est la rançon du succès pour un système qui a largement contribué à améliorer longévité et santé de la population ». Citant l'exemple des hôpitaux universitaires, elle rappelle que ce sont eux qui assurent la recherche, l'enseignement médical et les soins tertiaires. « Les meilleures choses du système de santé sont venues de là depuis 10 ans. Or, on s'apprête à soumettre leur budget au bon vouloir des régies régionales, sans garantie pour le maintien des ressources qui leur sont affectées ». Il y a ici, d'après elle, un premier danger de dégradation du système, qui peut toucher, à terme, toute la population, si les besoins de recherche et d'enseignement médical ne sont pas suffisamment pris en compte.

Margaret A. Somerville se dit toutefois très sensible au problème des coûts et au besoin de régulation du système mais, ajoute-t-elle, « nous craignons fort que la réforme crée plus de difficultés

qu'elle n'en résoudrait ». C'est tout particulièrement vrai, selon elle, en matière de respect des droits de la personne. Patrick Glenn, professeur à la Faculté de droit et directeur de l'Institut de droit comparé de l'Université McGill, est du même avis. « Dans la loi, la personne sujet de droit devient carrément objet d'information, à cause de la centralisation du contrôle et des garanties très vagues que la réforme accorderait à la protection des patients ». Pour lui, trois changements essentiels porteraient atteinte à la confidentialité des données médicales.

« La réforme contient d'abord, dit-il, des textes permettant une collecte généralisée de données médicales et de renseignements personnels sur les patients. Cette collecte serait effectuée par le ministère de la Santé, tant auprès des régies régionales que des médecins eux-mêmes. » Ce contrôle élargi sur les dossiers est destiné à limiter au maximum les abus d'uti-

lisation du système par les patients et les médecins. « On va ainsi filter les dossiers, remarque Patrick Glenn, et exercer un contrôle serré sur des renseignements médicaux dont beaucoup n'étaient pas auparavant recensés sous forme nominative. » Première entorse à la règle du secret médical !

Le projet de loi 120 prévoit également que chaque bénéficiaire du système de santé recevra régulièrement, par courrier, un relevé des services qu'il a utilisés. Cette « nouveauté » est présentée comme un moyen d'information et de responsabilisation des patients. Là encore, Patrick Glenn critique vivement la procédure. « La diffusion à grande échelle d'un tel rapport médical représente des risques sérieux (liés à la transmission du courrier et à l'existence d'un écrit) pour le respect du secret médical qui couvre normalement la plupart des données personnelles d'un patient. »

Sa dernière crainte pour les

droits de la personne concerne la fameuse carte médicale qu'on veut introduire dans le système. Cette carte à mémoire, avec photo et signature, pourrait très bien devenir la carte d'identité la plus demandée au Québec, à cause notamment de la photo. « Il y a des risques liés à une utilisation de cette carte à des fins non médicales, affirme Patrick Glenn. D'autant plus qu'elle comportera le numéro du dossier médical ! » En Ontario, on a prévu d'interdire par la loi ce type d'utilisation. Nulle trace d'une telle garantie dans le Livre blanc du ministère de la Santé.

Au Centre de médecine, d'éthique et de droit, on s'interroge, plus globalement, sur la portée d'une réforme qui risque de bouleverser les rapports entre médecins et malades. « L'État a à superviser le système de santé, admet Margaret A. Somerville. Le contrôle gouvernemental est indispensable, mais il ne doit pas porter atteinte à des malades qui sont déjà en situation délicate et à la relation intime qu'ils développent avec leur médecin ». La réforme lui semble dangereuse à ce niveau. « Au lieu de conserver un juste équilibre entre

Voir page 24 : Droits

C O L L O Q U E

D O U Z I È M E

## JEAN-YVES-RIVARD

DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUTONOMES POUR DEMAIN?

LES ENJEUX DE LA RÉGIONALISATION

Conférenciers :

Marc Yvan Côté, Ministre de la santé et des services sociaux

Henry Mintzberg, professeur Université de McGill

Victor Rodwin, professeur Université de New-York

Dominique Jolly, directeur général Assistance publique (Paris)

22 MARS 1991

MONTRÉAL

HÔTEL DES GOUVERNEURS LE GRAND

Information : Lise Lamothe

Inscription téléphonique : Monique Janelle (514) 343-7937



Département d'administration de la santé Faculté de médecine Université de Montréal

### Clinique Morgentaler

2990, rue Honoré Beaugrand  
Montréal (Québec) H1L 5Y6  
Tél.: (514) 351-2522 ou 351-6113

Heures de bureau: du lundi au vendredi  
de 9:00 à 17:00 hres

**Avortements jusqu'à 18 semaines**

Plus de vingt ans d'expérience

### CONSULTATION PARENTALE

*Allaire & Prescott*  
Services cliniques

Louise Prescott, B.Sc., B.F.A.  
Psycho-éducatrice

Centre Médical Fleury  
2153, Fleury Est  
Montréal (Québec) H2B 1J9  
Tél.: (514) 388-8228



Restaurant  
L'Oiseau du Paradis

Cuisine Végétarienne

3440, rue Durocher  
Montréal, QC, H2X 2E2  
845-0076

## DIAGNOSTICS INFIRMIERS

### PLANS DE SOINS

Ce petit guide pratique débute cette collection en sciences médicales de façon à réunir des diagnostics infirmiers précis avec des plans de soins détaillés pour certains cas typiques. La traduction de l'ouvrage américain actuellement le plus usité dans le milieu, cet ouvrage, par son vocabulaire et son style clairs et techniques, s'avère un outil indispensable dans l'entraînement de l'infirmière professionnelle.

2-7608-7101-0 (240 p.)  
19,95 \$

Guide pratique de diagnostics infirmiers

DIAGNOSTICS INFIRMIERS

Plans de soins

Velma C. Frey  
Christine Hockett  
Gerri Moist



LIDEC Inc.  
4350, avenue de l'Hôtel-de-Ville  
Montréal (Québec) H2W 2H5  
Téléphone: (514) 843-5991  
Télécopieur: (514) 843-5252

SCIENCES MÉDICALES AU COLLÉGIAL

## CARRIÈRES ET PROFESSIONS

Les postes sont offerts également aux hommes et aux femmes.

### COORDONNATEUR / TRICE

#### DESCRIPTION SOMMAIRE:

Sous l'autorité du conseil d'administration, le coordonnateur/trice a sous sa responsabilité immédiate les activités de l'organisme en général.

#### TÂCHES:

- Planifie, organise et contrôle les activités sous sa responsabilité;
- Dirige la préparation des budgets de l'ensemble du mouvement;
- Planifie, coordonne et participe aux activités de financement et aux campagnes de levée de fonds;
- Représente l'organisme, selon les besoins, auprès des organismes publics et du milieu des affaires;
- Accomplit des tâches secrétariales.

#### QUALIFICATIONS:

- Posséder une formation universitaire dans un domaine conforme au poste convoité ou une expérience jugée pertinente à l'emploi;
- Avoir 3 années d'expérience au sein d'organismes communautaires ou dans des fonctions équivalentes;
- Connaître les logiciels de traitement de texte (Word Perfect), de comptabilité informatisée (Bedford) et du chiffrier électronique (Lotus 123);
- Avoir une très bonne connaissance du milieu des affaires, du milieu communautaire et des médias;
- Avoir une facilité de s'exprimer en français et en anglais oral et écrit;
- Posséder un très bon sens des communications, beaucoup d'entregent et une flexibilité au niveau de l'horaire.

#### CONDITIONS:

Poste de 4 jours. Travail au siège social au Cap-de-la-Madeleine. Échelle de salaire de 20 000 \$ à 25 000 \$.

Faire parvenir votre curriculum vitae au plus tard le 27 mars 1991 à l'adresse suivante:

Comité de sélection  
Parents-Secours du Québec Inc.  
19A, rue Turgeon,  
Sainte-Thérèse, Québec.  
J7E 3H2



### DE L'ÉLAN

Notre établissement, le CLSC de l'Élan de la MRC d'Abitibi, est situé à Amos et dessert un territoire de 26 000 habitants répartis en 19 municipalités. Nous sommes à la recherche d'un-e:

### COORDONNATEUR-TRICE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

(Poste temporaire à temps complet d'une durée minimale de deux (2) ans)  
(Contrat renouvelable à chaque année)

#### SOMMAIRE DE LA FONCTION:

Sous l'autorité du Directeur général, la personne choisie aura la responsabilité de planifier, organiser, coordonner et contrôler les activités relatives aux services et programmes communautaires de l'établissement.

#### RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES:

- Superviser et coordonner tous les programmes socio-sanitaires et communautaires dispensés par le personnel en accord avec la philosophie et les orientations du CLSC;
- Assurer l'utilisation optimale des ressources humaines, matérielles et financières qui lui sont attribuées;
- Participer aux activités reliées à la consultation de la population, à l'analyse des besoins, à l'élaboration et à la réalisation des programmes ainsi qu'à l'évaluation des résultats;
- Agir comme membre de l'équipe de direction du CLSC et à ce titre, contribuer à l'élaboration des politiques et procédures ainsi qu'à la réalisation du mandat global de l'établissement.

#### EXIGENCES:

- Détenir un baccalauréat en sciences humaines (travail social, psychologie, animation) ou un baccalauréat en sciences de la santé;
- Posséder une expérience récente et pertinente de trois (3) années dans le domaine dont au moins six (6) mois dans des fonctions de coordination et de gestion;
- Une expérience polyvalente en CLSC ou en milieu communautaire serait un atout;
- Leadership, autonomie, facilité de communication, capacité de travailler en équipe et capacité d'engagement à tous les niveaux.

#### CONDITIONS D'EMPLOI:

Selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux. Poste cadre correspondant à la classe 14.

#### DISPONIBILITÉ: Immédiate.

Faire parvenir votre curriculum vitae détaillé avec vos attestations d'études ainsi qu'une lettre manuscrite motivant votre candidature au plus tard le 5 avril 1991 à 16h00 à l'adresse suivante:

COORDINATION DES SERVICES ADMINISTRATIFS  
CONCOURS No 91-03-EX.08  
CLSC de l'Élan  
1242, Route 111 Est  
Case postale 729  
Amos (Québec) J9T 3X3

### ◆ Droits

le contrôle gouvernemental sur les coûts de la santé et la nécessaire réponse aux patients, on tend à isoler les professionnels, par un contrôle tatillon, dans un rôle de comptable et de fonctionnaire. Avec le risque de dépersonnaliser la relation médecin-patient. »

La collecte des données médicales individuelles, qui serait faite en grande partie par les médecins, alourdira leur charge. Margaret A. Somerville pense, en outre, qu'en voulant limiter les abus d'actes médicaux, on tend « le bâton plus que la carotte » aux professionnels. « On risque aussi de les démotiver en instaurant trop de contrôle et en considérant comme mineur le rôle social joué par les médecins. Ils ne sont pas des hommes d'affaires ! On oublie que la médecine est à la fois un art et une science et que le plus important à préserver est la relation professionnel-malade ».

En fait, ce sont toutes les attein-

tes au secret médical qui sont ici visées. « L'homme n'a pas seulement un corps, dit pour sa part Norbert Gilmore. Il n'est pas qu'un numéro dans un système de santé et, quand il est malade, il a besoin d'une protection particulière. Assurer cette protection est l'une des fonctions que le médecin doit remplir. » Sa garantie passe donc par une certaine confidentialité entre le patient et le professionnel, le respect du secret médical et, par là même, de la vie privée du bénéficiaire du service de santé. C'est toute cette confidentialité, ajoute Margaret A. Somerville, qui est remise en cause par le contrôle centralisé des dossiers, prévu dans le projet de loi 120.

### ◆ Bulletin

taouais qui cumule les plus mauvais scores, et la région de Québec, qui recueille les meilleurs.

Lors d'un colloque organisé par la CSN sur les enjeux de la réforme Côté, le sociologue Marc Renaud

affirmait, en se basant sur les recherches en épidémiologie sociale, que le maintien et l'amélioration de la santé d'une population ne passent pas simplement par des investissements encore plus grands dans le système de soins et services. « Elles passent, disait-il, d'abord et avant tout par une amélioration de ses conditions de vie, de travail et de développement psycho-affectif ».

Et de citer l'exemple du Japon, un pays qui, dans les années 60, avait la moins bonne espérance de vie de tous les pays développés. Aujourd'hui, il possède et de loin, la meilleure du monde, l'équivalent de celle que nous aurions au Québec si nous réussissions à éliminer toute la mortalité par maladie cardiovasculaire et une partie de la mortalité par cancer.

Les chercheurs ont examiné différentes pistes d'explications. L'organisation desservie de soins ? Pourtant non, le ration médecin-population au Japon est inférieure à celui des autres pays développés. L'alimentation ? Non plus, puisqu'elle a plutôt eu tendance à « s'américaniser » ces dernières années. La génétique ? Impossible d'expliquer une performance aussi spectaculaire, sur une si courte période, par le bagage génétique d'une population. « L'explication la plus vraisemblable est celle-ci : le Japon est, de tous les pays de l'OCDE, celui où l'écart entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche est le plus faible, un pays, donc, où la prospérité économique a bénéficié à toutes les couches sociales. »

« Une politique de santé, et non pas seulement de soins, passe par l'établissement de mesures d'équité, conclut le chercheur de l'Université de Montréal. On ne réduira pas de moitié l'incidence des maladies cardio-vasculaires seulement par des campagnes anti-tabac. Il faut intervenir sur les conditions de vie qui créent les problèmes de santé. Bien sûr que cela dépasse le mandat d'un seul ministre. Aussi ai-je proposé en Commission parlementaire que les objectifs de la politique de santé fassent partie, chaque année, du discours inaugural, de façon à engager la responsabilité de tout un gouvernement ».



RECHERCHE  
POUR SON DÉPARTEMENT  
DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE  
ET DE SANTÉ PUBLIQUE

DEUX

### MÉDECINS RESPONSABLES DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

#### SOMMAIRE DE LA FONCTION:

Sous la responsabilité professionnelle du centre hospitalier de Roberval, ils exercent une autorité fonctionnelle auprès des membres des services de santé au travail, planifient l'organisation et la dispensation des services. Établissent pour le comité de santé et de sécurité le programme de santé spécifique à l'établissement et dispensent des services de santé aux travailleurs conformément aux programmes de surveillance établis. Ils doivent s'impliquer avec les ressources du milieu dans l'identification et l'évaluation des risques à la santé et visitent régulièrement les lieux de travail.

#### QUALIFICATIONS:

Être membre de la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec.

#### RÉMUNÉRATION:

Selon les ententes en vigueur avec la F.M.O.Q. et la F.M.S.Q.  
Région désignée comportant de nombreux avantages.

#### POINT D'ATTACHE: Roberval-Alma

Pour informations, vous pouvez contacter le docteur Jean-Claude Tremblay, chef par intérim du DSC de Roberval à (418) 275-4922.

**N.B.:** Les candidats intéressés devront faire parvenir leur curriculum vitae à la direction des Ressources humaines au plus tard le 20 avril 1991.

Hôtel-Dieu de Roberval  
Direction des Ressources humaines  
140, avenue Lizotte  
Roberval, Québec G8H 1B9

La médecine au CLSC Drummond...  
Une pratique à l'échelle humaine

### Médecins

(2 postes - temps complet ou demi-temps)

Situé à Drummondville, à peu de distance des grands centres urbains, le CLSC Drummond regroupe plus de 120 employés et sert dans la région immédiate une population de 75 000 personnes. Nous avons des défis stimulants à vous proposer, notamment dans les domaines suivants :

- consultation clinique en médecine familiale, clinique MTS-contraception, sexualité;
- intervention de soutien à domicile;
- travail en équipe multidisciplinaire.

Notre situation géographique avantageuse, en plus de vous rapprocher des commodités offertes par Québec et Montréal, nous permet de vous proposer un plein salaire conformément à l'entente entre le M.S.S.S. et la F.M.O.Q. En outre, vous trouverez chez nous la satisfaction d'être apprécié à votre juste valeur et d'œuvrer au sein d'une équipe jeune et dévouée.

Et surtout, vous vivrez une expérience profondément humaine, qui vous mettra à l'avant-garde de la médecine contemporaine.

Si cette offre vous intéresse, ou si vous désirez simplement en savoir davantage sur notre région, notre CLSC et le genre de pratique que nous favorisons, communiquez en toute confiance avec M. Gaëtan Mercure, directeur général, ou Dr Christian Le Duc, chef des services médicaux, au (819) 474-2572, ou faites-nous parvenir votre curriculum vitae à l'adresse suivante : CLSC Drummond, 350, rue Saint-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4.

◆ Toxicomanie

sage de la drogue », conclut Peter Vamos.

Et, c'est dans cet esprit qu'a été conçue la trame du XVe Congrès international des communautés thérapeutiques que préside d'ailleurs le directeur général de Portage. Montréal sera l'hôte de cet important événement qui se tiendra au Palais des Congrès du 22 au 27 septembre prochain sous le thème de *Drogue et société, d'aujourd'hui à l'an 2000*.

On attend près de 3 000 participants de disciplines différentes provenant de 50 nations. Fait à noter, il y aura également, au cours du congrès, une séance plénière qui portera sur le thème : *La drogue et les villes* organisée par la Communauté urbaine de Montréal. Participeront à ce panel quatre des plus importantes villes du monde.

Peter Vamos compte donc très fermement sur ce temps fort de réflexion pour sensibiliser l'opinion publique et convaincre d'autre part les instances gouvernementales à donner le coup de barre qui s'impose pour rattraper le retard du Québec face à ce problème crucial.

**LE CENTRE HOSPITALIER DE MANIWAKI**

Centre de soins généraux de 94 lits, à vocation régionale et situé dans la Haute-Gatineau; l'établissement sollicite des candidatures au poste de:

**TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE**

**STATUT:**

Poste à temps partiel deux (2) jours/semaine avec assurance de six (6) jours aux deux semaines. La personne comblera aussi la liste de rap-

**SOMMAIRE DES RESPONSABILITÉS:**

Sous l'autorité du chef du service diététique, personne qui adapte et vérifie les menus des bénéficiaires et exécute toutes les compilations et rapports nécessaires, contrôle la préparation et le service des aliments, guide d'autres employés dans la mise en pratique des techniques de travail et d'hygiène, participe au contrôle qualitatif et quantitatif des stocks selon les spécifications établies dans l'établissement.

Elle assistera la diététiste dans l'exercice de ses fonctions. Elle peut, dans le cadre de ses interventions, transmettre aux bénéficiaires les informations appropriées.

**EXIGENCES:**

DEC en techniques diététiques.

Un (1) an d'expérience pertinente dans un établissement de santé serait un atout.

**RÉMUNÉRATION:**

Minimum: 498 \$/sem  
Maximum 682 \$/sem

**ENTRÉE EN FONCTION:**

Immédiatement.

Si ce poste vous intéresse, faites parvenir votre curriculum vitae avant le 29 mars 1991, à l'adresse suivante:

**CENTRE HOSPITALIER DE MANIWAKI**

Direction des Ressources Humaines  
309 Boul. Desjardins  
Maniwaki (Québec)  
J9E 2E7

Le Centre Hospitalier souscrit aux principes d'équité en matière d'emploi.

# CARRIÈRES ET PROFESSIONS

Les postes sont offerts également aux hommes et aux femmes.



Santé et Bien-être social Health and Welfare  
Canada Canada

*Prenez une part active dans l'avenir de la santé des Canadiens.*



## Médecins et médecins gestionnaires

*À titre de médecin au Bureau des médicaments humains prescrits du ministère de la Santé et du Bien-être social, vous fournirez l'apport vital nécessaire pour assurer que les Canadiens obtiennent des médicaments efficaces et sécuritaires. Vous utiliserez votre compétence dans le domaine médical pour évaluer les essais cliniques relatifs aux nouveaux médicaments d'ordonnance éventuels. Votre tâche comprendra des rencontres avec les principaux représentants de l'industrie pharmaceutique et ceux des comités consultatifs concernant des agents spécifiques et des problèmes de nature générale ayant trait à la thérapeutique et aux essais cliniques.*

*Les exigences liées à ces postes comprennent l'admissibilité à un permis d'exercice de la médecine dans une province ou un territoire du Canada ainsi qu'un jugement sûr, fondé sur une expérience clinique en médecine familiale ou en pratique d'une spécialité.*

*Si vous êtes intéressé(e) à œuvrer dans un milieu non clinique dans la Capitale nationale, Santé et Bien-être social vous en offre la possibilité. En tant que médecin ou médecin gestionnaire, vous serez encouragé(e) à consacrer jusqu'à 20 % de vos heures de travail à des activités cliniques hors du Bureau. En plus des candidatures aux postes à temps plein, nous sommes prêts à considérer les propositions de travail à temps partiel, selon un horaire souple ou pour une durée déterminée lors d'un congé sabbatique. Nous offrons actuellement jusqu'à 85 095 \$ pour les postes de médecins et jusqu'à 91 015 \$ pour ceux de médecins gestionnaires (les salaires sont en voie de révision).*

*Division de l'endocrinologie, du métabolisme et des allergies*

*Division cardio-vasculaire*

*Division du système nerveux central*

*Division de gastro-entérologie, d'hématologie et d'oncologie*

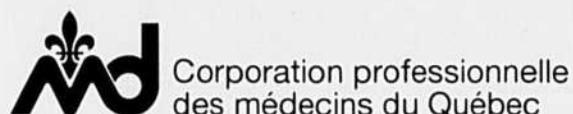
*Division de l'infection et de l'immunologie*

*Programme des médicaments d'urgence*

Si votre plan inclut un emploi auprès d'un organisme gouvernemental chargé d'apporter de nouveaux agents thérapeutiques aux malades du Canada, venez découvrir les avantages d'un poste au Bureau des médicaments humains prescrits. **Veillez téléphoner au Dr C. Franklin, directeur intérimaire, au 1-800-267-1649 ou acheminez votre curriculum vitae, en prenant soin d'indiquer votre champ d'intérêt et le numéro de référence S-91-31-5524-52DP-B02, à Daniel Potvin, Commission de la fonction publique du Canada, 171, rue Slater, Ottawa (Ontario) K1A 0M7.**

Canada

Santé et Bien-être social Canada offre des chances d'emploi égales à tous.



Corporation professionnelle  
des médecins du Québec

**La Corporation professionnelle des médecins du Québec est l'organisme de réglementation et de contrôle de la qualité de l'exercice professionnel des 16 000 médecins, omnipraticiens et spécialistes du Québec.**

**La Corporation, grâce à son Service d'inspection professionnelle, effectue des visites systématiques et périodiques dans les divers établissements de santé du réseau (centres hospitaliers, centres d'accueil d'hébergement, CLSC,...) ainsi que dans les cabinets de consultation des médecins.**

**Depuis plus de 20 ans, la Corporation s'acquitte de son mandat d'évaluation de la qualité des soins médicaux avec efficacité. En outre, la Corporation est directement impliquée dans le contrôle de l'admission à l'exercice de la médecine, s'occupe du maintien de la compétence de ses membres et traite avec minutie et objectivité les plaintes qui lui sont adressées. Le modèle médical du Québec est unique et fait l'objet d'éloges de la part d'organismes médicaux d'autres pays.**

### Le projet de loi 120

**L**a Corporation professionnelle des médecins du Québec souscrit aux grands objectifs poursuivis par le ministre de la Santé et des Services sociaux, particulièrement en ce qui concerne la nécessité d'assurer l'accessibilité de services médicaux généraux de qualité à tous les citoyens sur l'ensemble du territoire québécois.

Dans le mémoire qu'elle a soumis à la Commission parlementaire des affaires sociales en janvier 1991, la Corporation a fait état de ses inquiétudes et formulé ses suggestions sur les améliorations à apporter au projet de loi, notamment en rapport avec l'organisation médicale dans les établissements, la liberté et l'autonomie des médecins, ainsi que le sort réservé aux dossiers des malades.

La réforme projetée du système de santé annonce un virage technocratique sans précédent en Amérique du Nord. Tout en s'inspirant de louables objectifs d'équité, les changements radicaux appréhendés risquent de déstabiliser complètement la pratique de la médecine et de desservir les intérêts des malades à plus ou moins long terme.

Le citoyen doit s'inquiéter d'un projet de loi qui :

- impose des mesures exorbitantes à l'égard d'une catégorie de citoyens, les médecins, en limitant leurs libertés d'installation, de mobilité et de choix de champs d'exercice;
- exclut les médecins de toute participation à l'organisation du système de santé;

- met en péril la relation médecin-patient, notamment au chapitre de la confidentialité, en permettant l'utilisation du dossier des patients à des fins autres que médicales. Le dossier médical risque ainsi de devenir un outil de planification et de gestion du système;

- galvaude le droit fondamental du malade de choisir son médecin traitant;

- confie aux régies régionales des pouvoirs excessifs et discrétionnaires, notamment en soumettant à l'autorité exclusive du directeur général desdites régies l'organisation médicale de la région, la nomination, l'étendue de la tâche, de même que la révocation du statut d'un médecin;

- place les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens sous la tutelle des directeurs généraux d'établissements, faisant en sorte que le contrôle de l'exercice de la médecine et l'établissement des règles de soins seraient déterminés par des gestionnaires n'ayant ni la légitimité ni les connaissances pour ce faire;

- met en place des mesures draconiennes en ce qui concerne la répartition des effectifs médicaux, notamment :

- en prévoyant l'inclusion des cabinets privés dans les plans d'effectifs médicaux;
- en empêchant toute dérogation aux plans d'effectifs par l'imposition de lourdes pénalités aux établissements (ex. : gel des budgets de développement technologique);
- en liant l'obtention des privilèges dans un établissement à la signature d'un contrat déterminant les tâches du médecin.

Selon la Corporation, les plans d'effectifs médicaux, proposés par le gouvernement, ont été établis en fonction de normes ministérielles visant une répartition équitable des effectifs entre les régions, sans se préoccuper de la diversité des besoins de la population. Dans les faits, on «deshabille» Montréal et Québec pour «habiller» les autres régions.

### Reconnaître l'évidence...

**Les médecins et les infirmières et infirmiers sont les professionnels qui assument la très grosse part des responsabilités à l'égard des malades. Leur participation et leur implication doivent donc être à la mesure de ces responsabilités, de façon à assurer des services de qualité.**

La Corporation professionnelle des médecins du Québec a ainsi recommandé :

1. d'obliger chaque régie régionale à créer une commission médicale qui aurait son mot à dire dans la planification des soins, dans la préparation des plans d'organisation de services, d'organisation des établissements et d'effectifs médicaux;
2. de créer un comité mixte médico-infirmier dans chaque centre hospitalier;
3. de conserver la structure médicale existante dans chaque établissement;
4. de s'assurer d'une bonne répartition des médecins sur tout le territoire québécois.

La Corporation professionnelle des médecins du Québec souhaite un débat public sur le projet de loi 120, afin que les citoyens puissent en saisir toute la portée et comprendre à quel point les suggestions de la Corporation sont importantes afin que le malade soit vraiment au centre de la réforme proposée.

**Docteur Augustin Roy, MD**  
Président et Secrétaire général

# Bulletin de santé des Québécois

Martine D'Amours

QUAND, le 7 décembre, le ministre Marc-Yvan Côté a rendu public son Livre blanc sur les services de santé et des services sociaux, il a, en quelque sorte, mis la charrue devant les boeufs. Il annonçait une réforme des structures (le « comment ») et promettait pour avril une politique de santé et de bien-être, qui énoncerait les problèmes de santé et de bien-être qu'on souhaite résoudre (le « pourquoi »).

Impossible donc, au moment d'écrire ces lignes, de connaître sur quoi les structures revigorées et concertées feront porter leurs efforts. Nous savons seulement que six comités d'experts ont été mis à contribution, sur les thèmes suivants : jeunes, communautés culturelles, communautés autochtones, rapports hommes-femmes, personnes âgées, familles.

Ce que nous connaissons mieux en revanche, ce sont les forces et faiblesses de l'état de santé des Québécois. Réalisée en 1987, l'enquête Santé Québec (1) a pour la première fois permis de dresser un portrait de santé de la population québécoise vivant hors-institution et de faire des comparaisons avec l'enquête Santé-Canada menée dix ans plus tôt. Comme il arrive fréquemment aux médecins et aux infirmières, Santé-Québec avait de bonnes et de mauvaises nouvelles à annoncer à son patient.

Les bonnes nouvelles : depuis 10 ans, la population québécoise a amélioré ses habitudes de vie. Elle consomme moins d'alcool, fume moins et s'adonne davantage à l'activité physique, même si le Québec détient toujours le record canadien de sédentarité et de tabagisme. Les Québécoises se soumettent plus qu'avant au dépistage du cancer du col utérin et une forte proportion de conducteurs et de conductrices bouclent leur ceinture. Les Québécois vivent plus longtemps, ont réduit de façon importante la mortalité infantile et l'incidence des maladies cardiaques.

Les mauvaises nouvelles : les jeunes pensent et tentent de plus en plus de se suicider. Un adulte sur deux se déclare stressé. Une plus grande proportion de la population (plus de la moitié en fait) déclare souffrir d'au moins un problème de santé, surtout des problèmes de longue durée, comme l'arthrite, le rhumatisme, les troubles mentaux, les maux de dos et l'hypertension. Les Québécois consomment davantage de services médicaux et paramédicaux. Finalement, l'état de santé et de bien-être varie énormément selon le statut socio-économique, le sexe et le territoire occupé.

L'enquête révèle notamment que les groupes sociaux les plus défavorisés cumulent les plus mauvais scores. Ils boivent moins que les catégories plus favorisées mais comptent plus de fumeurs réguliers et d'obèses. Ils subissent plus d'événements stressants sans bénéficier d'un plus grand support social. Ils sont plus souvent victimes de troubles mentaux, de maladies cardiaques, de bronchite, de diabète d'ulcères, d'asthme, d'anémie et d'incapacités sévères. Ils sont deux fois plus nombreux à avoir un niveau élevé de détresse psychologique. Ils sont plus fréquemment hospitalisés et consomment davan-

tage de médicaments. Ils vieillissent prématurément et meurent plus jeunes.

Une récente étude de Louise Guyon (2), réalisée à partir des données de l'enquête Santé-Québec, révèle pour sa part que si les Québécoises vivent en moyenne 7,4 années de plus que leurs compagnons, ces années supplémentaires sont assombries par l'incapacité, la maladie, la perte d'autonomie, la pauvreté. Les femmes ont en général de meilleures habitudes de vie, mais déclarent plus de problèmes de santé que les hommes et ce, à partir de 15 ans. Elles souffrent davantage de dépression sévère et de détresse psychologique mais les hommes sont plus souvent hospitalisés pour des problèmes aigus de santé mentale. Leur consommation de médicaments est plus élevée que celle des hommes; on leur prescrit deux fois plus de tranquillisants.

Toujours à partir des données de l'enquête Santé-Québec, une autre étude (3) propose un bilan « géo-sanitaire » du Québec. On y découvre que l'état de santé des habitants de l'arrière-pays rural est aussi détérioré que celui des résidents du T (inversé) de la pauvreté à Montréal, quoique de façon différente. Quand on quitte les petites villes de périphérie pour le centre du Québec, ou les vieux quartiers urbains pour les banlieues, on remarque une amélioration constante de l'état de santé. Finalement, on note des différences régionales importantes, notamment entre l'Ou-

Voir page 24 : Bulletin

(1) — Sous la direction de Aline Emond. *Et la santé, ça va ?* Les Publications du Québec, 1988

(2) — Louise Guyon. *Quand les femmes parlent de leur santé.* Les Publications du Québec, 1990.

(3) — *Santé à la carte.* Les Publications du Québec, 1990.



**Si l'alcool est devenu un problème**

**Nous ne promettons pas de miracle, mais...**

LA MAISON JEAN LAPOINTE INC.

Centre de réadaptation pour tous problèmes reliés à l'abus d'alcool, de médicaments ou de drogues.

111, rue Normand  
Montréal, Qc H2Y 2K6  
(514) 288-2611

## RECHERCHE EN SANTÉ POUR AMÉLIORER NOTRE QUALITÉ DE VIE



C'est avec intérêt que les professionnels de la santé, et notamment les scientifiques, ont pris connaissance des orientations du ministre en matière de développement de la recherche en santé telles que décrites dans son document intitulé « Une réforme axée sur le citoyen ».

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) accueille avec grande satisfaction cette volonté gouvernementale d'investir de nouvelles ressources financières dans l'essor de notre avenir scientifique et, par conséquent, dans l'amélioration de la qualité de vie de notre population.

Organisme relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux et dont le mandat, depuis plus de vingt-cinq ans, est de financer et de promouvoir la recherche et la formation de chercheurs dans le domaine de la santé, le FRSQ joue un rôle toujours grandissant dans le développement de la recherche au Québec.



FONDS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC

Tél. (514) 873-2114 Télécopieur: (514) 873-8768

En médaillon: Cellule nerveuse photographiée en microscopie électronique et tirée des travaux de Dr Laurent Descarries, de l'Université de Montréal

## La réforme et la santé publique

### La spécialité en santé communautaire

La spécialité en santé communautaire réunit les habiletés nécessaires à la dispensation de services adaptés aux problèmes nouveaux de santé et essentielles pour répondre aux besoins des organisations publiques et privées de santé. Le champ d'activités comprend des activités médicales et médico-administratives comportant un ou plusieurs des éléments suivants:

- la planification dans le domaine de la santé;

- l'organisation, la coordination, l'évaluation de programmes et la gestion des activités;

- l'expertise en santé publique et dans l'organisation des services;

- des activités cliniques spécialisées.

L'association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec (AMSSCQ) regroupe 180 membres.

### L'AMSSCQ et la réforme

Les médecins spécialistes en santé communautaire accueillent favorablement les objectifs de la réforme et souscrivent particulièrement à des éléments qu'ils ont tenté de mettre de l'avant depuis de nombreuses années, entre autres, l'approche populationnelle, la démarche par programmes, l'élaboration d'une politique de santé, et surtout, l'orientation de notre système de santé vers le concept "d'objectifs de résultat".

Ils émettent cependant certaines réserves sur les modalités d'application du projet de loi et sur certains vides juridiques qui pourraient entraîner des risques importants

d'effets non désirés et non désirables.

L'AMSSCQ a déjà informé le ministre de ses inquiétudes et lui a fait certaines recommandations, particulièrement sur les sujets suivants:

### La protection de la santé publique

L'AMSSCQ craint que la notion de protection de la santé publique soit comprise de façon trop restrictive et limitée aux champs traditionnels des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

Cette notion doit être élargie pour inclure:

1. la surveillance épidémiologique de la santé de la population et des risques à la santé;

2. les mesures de prévention et de protection;

3. les interventions de promotion en matière d'environnement et d'habitudes de vie.

### Les centres d'expertise

Le projet de loi 120, contrairement au Livre blanc, ne parle aucunement des centres d'expertise. L'AMSSCQ attache une grande importance à ces centres d'expertise dans des domaines de la santé publique tels que les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé au travail, la promotion de la santé et la prévention des accidents. Ces centres auraient des répercussions importantes sur la pratique de la santé communautaire: ils permettraient de développer la recherche en santé publique et d'augmenter ainsi l'efficacité des interventions, tant pour la gestion des épidémies que dans la prévention

des grands problèmes de santé.

### Les directeurs de la santé publique

Il est fondamental d'exiger que le directeur provincial de la santé publique et les directeurs régionaux de la santé publique soient des **médecins spécialistes en santé communautaire**. Nous rappelons que les médecins spécialistes en santé communautaire détiennent une formation et une expertise officiellement reconnues. Cette recommandation est justifiée par les mandats de surveillance de l'état de santé de la population, d'information de la population et de la mise en application d'interventions efficaces de protection de la santé publique qui sont attribués par la loi aux directeurs de la santé publique.

### Priorité à l'intérêt public

On doit donc prendre toutes les précautions pour que le citoyen soit au centre des préoccupations en santé publique, notamment:

- en évitant des ingérences administratives non compatibles avec les exigences des problèmes de santé publique;

- en demandant aux directeurs de santé publique d'assumer personnellement leurs mandats et d'en être imputables au ministre et aux instances régionales;

- en invitant les médecins spécialistes en santé communautaire à être des **partenaires privilégiés** dans la réalisation de la réforme proposée.

L'association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec

Publi-reportage

# Miser sur notre réseau de santé et de services sociaux, c'est aider le Québec à relever les défis d'aujourd'hui

Un premier défi consiste à se doter d'une Politique de santé et de bien-être afin de lutter efficacement contre la pauvreté, la violence faite aux personnes, l'isolement social, l'itinérance, la détresse mentale.

En plaçant la santé et le bien-être de la population au coeur de la réforme, le Québec pourrait:

- adopter une politique de logement social;
- adopter des mesures pour élever l'espérance de vie dans les communautés défavorisées;

- accroître de façon significative les ressources en prévention, en services sociaux et communautaires;
- accroître les budgets pour les services de soutien à domicile;

- rendre disponible en quantité adéquate des ressources d'hébergement dans le réseau public;
- créer des emplois de qualité.

## Le système québécois de santé et de services sociaux a contribué au mieux-être de notre population.

L'introduction d'un impôt service ou d'un ticket orienteur constituerait une brèche importante dans les qualités de ce système. **Il nous faut préserver son accessibilité, sa gratuité, son universalité ainsi que son caractère public.**

**Investir dans  
notre système,  
c'est travailler  
à une plus grande  
équité sociale.**

A tous les jours, la CSN, la Fédération des affaires sociales, la Fédération des professionnels et professionnelles salariés et cadres du Québec, et leurs membres dans le réseau de la santé et de services sociaux y travaillent!

