



ASSEMBLÉE NATIONALE

TROISIÈME SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (2) et de la Régie
de l'assurance-maladie du Québec**

Le mardi 19 avril 1994 — No 6

Président: M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

115 \$ débats de la Chambre — 10 \$ Index
325 \$ débats des commissions parlementaires
105 \$ commission de l'aménagement et des équipements
75 \$ commission du budget et de l'administration
70 \$ commission des institutions
65 \$ commission des affaires sociales
60 \$ commission de l'économie et du travail
40 \$ commission de l'éducation
35 \$ commission de la culture
20 \$ commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation
5 \$ commission de l'Assemblée nationale

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
5, Place Québec, bureau 195
Québec, (Qc) G1R 5P3

téléphone: 418-643-2754
télécopieur: 418-528-0381

Courrier de deuxième classe; numéro d'enregistrement: 1762

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Organisation des travaux	CAS-183
Régie de l'assurance-maladie du Québec	CAS-183
Coûts générés par l'augmentation du nombre de médecins	CAS-183
Répartition des médecins dans les régions	CAS-186
Contribution de 2 \$ sur les médicaments pour les personnes âgées	CAS-188
Carte d'assurance-maladie avec photo	CAS-190
Don d'organes	CAS-190
Profits de l'authentification versés aux fondations des hôpitaux	CAS-191
Délais pour le renouvellement	CAS-192
Retour du Losec dans la liste des médicaments assurés	CAS-193
Nouveau président-directeur général, M. Jean-Marc Bard	CAS-195
Impact de la contribution de 2 \$ sur le nombre d'ordonnances	CAS-196
Conditions de départ de M. Réjean Cantin	CAS-197
Coût des actes médicaux hors du Québec	CAS-197
Ministère de la Santé et des Services sociaux	
Services des centres hospitaliers	CAS-198
Répartition régionale des compressions budgétaires	CAS-198
Regroupement de cinq hôpitaux anglophones de Montréal	CAS-202
Projet d'hôpital dans le nord-est de Montréal	CAS-206
Avenir de l'Hôtel-Dieu de Montréal	CAS-208
Fermeture de lits dans le réseau hospitalier montréalais	CAS-209
Services ambulatoires et chirurgie d'un jour	CAS-211
Hôpital Sainte-Croix de Drummondville	CAS-211
Hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue	CAS-211
Document déposé	CAS-212

Intervenants

Mme Pierrette Cardinal, présidente
Mme Nicole Loiselle, présidente suppléante
M. Paul Philibert, président suppléant

Mme Lucienne Robillard
M. Rémy Trudel
M. Russell Williams
M. William Cusano
M. Guy Chevette

- * M. Denis Morency, Régie de l'assurance-maladie du Québec
- * M. Marc St-Pierre, idem
- * M. Robert Tremblay, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. André Bergevin, idem
- * M. Simon Caron, idem
- * M. André Trudeau, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 19 avril 1994

**Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux et
de la Régie de l'assurance-maladie du Québec**

(Vingt heures cinq minutes)

La Présidente (Mme Cardinal): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission va commencer ses travaux. Alors, je rappelle le mandat de la commission. La commission des affaires sociales est réunie afin d'étudier les crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'année financière 1994-1995.

Alors, est-ce qu'il y a des remplacements, Mme la secrétaire?

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. M. Guy Rivard (Rosemont) sera remplacé par M. Norman MacMillan (Papineau).

M. Trudel: M. Chevette va remplacer Mme Vermette (Marie-Victorin).

La Secrétaire: Il y a également Mme Cécile Vermette (Marie-Victorin) qui sera remplacée par M. Guy Chevette (Joliette).

Organisation des travaux

La Présidente (Mme Cardinal): Merci, madame. Alors, nous allons préciser les programmes que nous allons traiter ce soir, à savoir le programme 3 du ministère de la Santé et des Services sociaux et le programme 1 de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Est-ce que ça vous va, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue?

M. Trudel: Si vous le permettez, Mme la Présidente, nous débiterions par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, étant donné que les gens de la Régie se sont déplacés, qu'ils ont bien voulu se joindre à nous ce soir. Alors, nous allons aborder ce premier programme.

Régie de l'assurance-maladie du Québec

La Présidente (Mme Cardinal): Alors, M. le député, je vous cède la parole.

**Coûts générés par l'augmentation
du nombre de médecins**

M. Trudel: Très bien. Merci, Mme la Présidente. Donc, nous avons déjà vu, hier soir, qu'il y avait, dans les crédits prévus, un ajout de 50 000 000 \$ à la base budgétaire correspondant aux coûts de la

pratique professionnelle des médecins, c'est-à-dire que ça, c'est ce qu'on n'a pas pu faire l'an passé, nous a-t-on dit. C'est-à-dire que la désassurance prévue l'an passé, comme ça n'a pas été réalisé, on y pourvoit par ces 50 000 000 \$. Est-ce exact?

Mme Robillard: Oui, Mme la Présidente. Ce n'est pas parce que ça n'a pas été réalisé; c'est parce qu'il y a eu une décision de la ministre de ne pas donner suite aux travaux qui avaient été entrepris. Suite à ça, il y a une décision gouvernementale de réinjecter les fonds.

M. Trudel: Dans l'entente avec les spécialistes, le partage des bénéfices — je vais prendre les mots de l'entente — de l'efficacité de la pratique, est-ce que cela pourrait amener à abaisser les crédits prévus pour payer les actes qui n'ont pas été désassurés suite à votre décision, dites-vous? Est-ce que ça peut affecter le résultat?

Mme Robillard: Il est très clair, dans l'entente avec les médecins, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, que toute mesure de gain de productivité ou de gain d'efficacité ne doit pas toucher, en aucun cas, la désassurance de services.

M. Trudel: Mais, comme il y aura des économies, puisqu'il y a un partage de prévu — il y a une règle de partage de prévue — est-ce que cela est de nature à faire baisser les crédits de la RAMQ?

Mme Robillard: À date, c'est très difficile de faire des prévisions en la matière. Vous savez, le partage des gains d'efficacité ou des gains de productivité, tels qu'on les appelle, avec nos syndicats, c'est quand même un concept tout à fait nouveau au niveau de la fonction publique et au niveau de nos corps professionnels. C'est un concept qui est assez innovateur et, dans l'année qui vient, on va voir exactement ce qui peut être fait à cet égard. Mais, à l'heure actuelle, au moment où on se parle, on ne peut pas anticiper les résultats. On va voir au fur et à mesure ce qui va se passer, autant avec les médecins qu'avec les centrales syndicales avec lesquelles on a signé des ententes. Je pense, de façon particulière, à la FTQ. On va regarder... D'ailleurs, il y a des groupes de travail qui sont déjà sur pied avec la FTQ de façon particulière. Mais ce serait très difficile, à ce stade-ci, de penser qu'il va y avoir un impact direct au niveau du budget de la RAMQ.

M. Trudel: Par ailleurs, Mme la ministre... Donc, il est prévu, aussi, dans les crédits de la RAMQ,

une augmentation de 55 200 000 \$ pour les coûts générés par l'augmentation du nombre de professionnels. Combien de médecins de plus dans le système, en 1994-1995?
(20 h 10)

Mme Robillard: Alors, je vais demander, Mme la Présidente, à M. Denis Morency, qui est le directeur de la Direction générale des affaires corporatives à la RAMQ, de nous apporter les réponses précises sur le sujet.

La Présidente (Mme Loiselle): M. Morency.

M. Morency (Denis): Mme la Présidente, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, en fait, au niveau de l'augmentation du nombre de médecins, il y a 27 200 000 \$ d'augmentation. Si vous prenez les 36 100 000 \$ qui apparaissent en page 176 des «Crédits, Renseignements supplémentaires», de 1994-1995, on dit que ces 36 100 000 \$ sont prévus pour l'augmentation du nombre de médecins. Il y a 27 200 000 \$ qui sont occasionnés effectivement par l'augmentation de ce nombre de médecins. Et ça équivalait à 202 médecins équivalents temps plein, à savoir, d'une part, pour les omnipraticiens, 116 médecins équivalents temps plein et, pour les médecins spécialistes, 86 médecins équivalents temps plein.

La Présidente (Mme Loiselle): M. le député de Nelligan.

M. Morency (Denis): Alors... Pardon.

La Présidente (Mme Loiselle): Sur le même sujet?

M. Williams: Sur le même sujet. Est-ce que vous voulez finir là? Vous avez parlé de 55 200 000 \$ d'ajout dans les crédits et vous avez mentionné que c'est à cause du nombre de médecins. Mais c'est très clair, à la page 175 des «Renseignements supplémentaires», que c'est aussi à cause du nombre d'actes médicaux. Je voudrais savoir de combien le nombre d'actes médicaux va augmenter. Est-ce que c'est le même pourcentage environ que l'augmentation de la population québécoise?

La Présidente (Mme Loiselle): M. Morency.

M. Morency (Denis): Le montant, c'est l'équivalent de 5 800 000 \$ en augmentation du nombre d'actes, par opposition aux chiffres que je viens de donner sur l'augmentation en ce qui concerne le nombre des médecins, qui était de 27 200 000 \$. Donc, il y a une différence quand même marquée.

M. Williams: Comme pourcentage d'augmentation, je m'excuse, avez-vous ça?

M. Morency (Denis): Je ne l'ai pas sous forme de pourcentage, M. le député.

M. Williams: O.K. Je vais faire ça. Merci.

M. Trudel: 27 000 000 \$ quant au nombre... Vous avez dit: On a 202 médecins de plus dans le système.

M. Morency (Denis): Équivalents temps plein. Ça peut représenter un nombre supérieur, compte tenu des différentes...

M. Trudel: Mais ça, est-ce que c'est un plus net? Je veux dire, s'il en entre, il doit en sortir, j'imagine. Je l'espère, en tout cas.

M. Morency (Denis): Effectivement, ça tient compte des médecins qui sortent du système et de ceux qui entrent. Ce qu'on compte là, c'est un ajout de 202 équivalents temps plein.

M. Trudel: Ça veut dire qu'on va se... Est-ce que vous avez fait les statistiques? On va se retrouver, avec cette injection de 202 médecins de plus — 116 omnis et 86 spécialistes — avec un rapport médecins-population de quel ordre? Est-ce que vous l'avez?

M. Morency (Denis): Je n'ai pas l'information, M. le député.

(Consultation)

Mme Robillard: M. le Président, on m'informe qu'on n'a pas l'information sur place, mais qu'il serait facile de faire les calculs et de donner l'information nécessaire au critique de l'Opposition.

M. Trudel: Est-ce qu'en général c'est la tendance observée au cours des dernières années? Vous savez, cette série de questions me mènent à aboutir sur la piste suivante. Quand on analyse l'augmentation des coûts de la santé, c'est un lieu commun de dire: Ah, l'augmentation est due aux producteurs. Plus il y a de producteurs de services dans le système, évidemment, ça augmente nos coûts. D'aucuns infèrent la règle, au niveau du contrôle des coûts, en disant: Non, non, oublions ça, les tickets, la restriction de services, la désassurance, parce que nous aurions avantage à contrôler davantage l'entrée de professionnels dans le système.

Une autre donnée, et j'essaie de le faire rapidement, qui se promène comme information, c'est: quand on fait entrer un professionnel de la médecine de plus dans le système, ça vient de nous coûter 500 000 \$, pas de salaire, soyons précis. Ce n'est pas ça qu'ils gagnent, je le sais très bien, mais, avec tout ce que ça entraîne, on en ajoute un dans le système et il nous coûte 500 000 \$. À ce compte-là, quand on en injecte, si vous

me permettez l'expression, 202 neufs dans le système, les 27 000 000 \$ en rémunération directe risquent d'inférer ou de se transformer, par ailleurs, en 75 000 000 \$ supplémentaires de coûts pour les services connexes en milieu hospitalier, en analyses, etc. Ces analyses dont on disait qu'elles sont très élevées — on le voyait encore cet après-midi — même s'il y en a une proportion qui est inutilisée. Est-ce que ces chiffres-là sont exacts, en termes de tendance?

M. Morency (Denis): On m'indique que c'est la tendance qui a été observée au cours des dernières années.

M. Trudel: Quant au nombre?

M. Morency (Denis): C'est exact.

Mme Robillard: M. le Président, il ne faut pas oublier que notre système en tant que tel, d'abord, il est basé sur le fait que les médecins adhèrent au régime et il est basé sur le contrôle des coûts. Quand on regarde l'augmentation des coûts au niveau du système, on peut regarder deux éléments importants. D'un côté, les médicaments qui croissent à un rythme faramineux; de l'autre côté, les services médicaux. Les éléments de contrôle qu'on s'est donnés au niveau des services médicaux, c'est le nombre de médecins. Contrôler l'entrée en médecine, donc, des futurs médecins, c'est un des éléments de contrôle. Deuxièmement, c'est au niveau des tarifs. Vraiment, c'est à partir de ces outils-là qu'on réussit à contrôler nos coûts.

M. Trudel: Mais, Mme la ministre, est-ce que la croissance des effectifs médicaux n'est pas plus rapide que l'augmentation de la population? Enfin, je ne vous demande pas d'avoir cette statistique-là automatique dans la tête, là, mais il me semble assez évident qu'à ce rythme-là, compte tenu de ce que ça génère comme coûts, on va se réveiller dans le trouble tantôt, sinon qu'on l'est déjà beaucoup. Finalement, on est obligé d'agir sur un ensemble de déterminants dans le réseau. Puis, ce n'est pas tout à fait sur les bonnes personnes, sur les bons lieux ou dans les bons établissements qu'on interviendrait. Mais, il faudrait peut-être être davantage... Parce que, quand il en rentre 202 de plus dans le système, est-ce que, presque du jour au lendemain, le taux de prévalence des maladies a tellement augmenté qu'il en faut 202 de plus pour soigner l'augmentation du nombre de personnes qui demanderaient des soins? J'ai de la difficulté un peu à croire ça.

Mme Robillard: M. le Président, j'ai un professionnel, au ministère, qui travaille beaucoup sur la planification des effectifs médicaux, surtout quand on regarde au niveau de nos entrées en médecine. Vous connaissez sûrement M. Tremblay. Je vais lui demander d'apporter la réponse précise au député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

Le Président (M. Philibert): M. Tremblay.

M. Tremblay (Robert): Si j'ai bien compris votre question, vous voulez savoir... Les politiques d'admission en médecine découlent d'un modèle de projections qui est basé sur... On essaie de projeter les besoins de la population. On essaie de projeter la disponibilité des services médicaux dans le temps. Quand on fait les admissions en médecine... Vous savez que ça prend cinq ans pour former un médecin omnipraticien et de cinq à sept ans additionnels pour un médecin spécialiste. Donc, les 200 médecins qui s'ajoutent, cette année, c'est des admissions en médecine qui ont été faites il y a plusieurs années. Les politiques gouvernementales, pour les admissions en médecine, sont basées sur ce modèle-là. Ce modèle-là, il est discuté à la table de concertation sur les effectifs médicaux et il est approuvé par le gouvernement.

Ce qui arrive, c'est que l'objectif visé est, pour l'an 2006, d'atteindre un équilibre entre les besoins de la population et le nombre de médecins disponibles. Ce qui est arrivé, c'est que les admissions au cours des années antérieures ont été légèrement supérieures, mais, compte tenu du nombre de médecins qui vieillissent, on devrait se retrouver, en 2006, en situation d'équilibre.

Mme Robillard: Donc, au moment où on se parle, je pense qu'on peut se permettre de confirmer les dires du député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue. Au moment où on se parle, la progression est plus rapide que l'augmentation de la population.

M. Tremblay (Robert): Oui.
(20 h 20)

M. Trudel: Puis, est-ce que ça va nous amener, éventuellement, à ralentir davantage l'entrée en faculté?

Mme Robillard: Vous savez, à l'heure actuelle, oui. Mais je le dis avec toute la prudence nécessaire parce que notre modèle de projections, il est basé à partir de certaines hypothèses et on s'aperçoit que certaines hypothèses ne se vérifient pas nécessairement. Je vais vous donner un exemple. Dans notre modèle, on a l'hypothèse suivante: étant donné la féminisation de la profession médicale, on va penser que les femmes vont travailler beaucoup moins que les hommes, en nombre d'heures. Quand on regarde les données, c'est...

M. Trudel: Pas au total, mais en médecine.

Mme Robillard: En médecine.

M. Trudel: Au total, elles travaillent plus.

Mme Robillard: On ne parlera pas du partage des tâches, n'est-ce pas? On s'aperçoit, dans la réalité, que ce n'est pas tout à fait le cas. Le modèle a comme hypothèse, aussi, qu'à un moment donné un médecin

prend sa retraite à tel âge. Ah, bien, là, on s'aperçoit que, dans les faits, ce n'est pas exactement ça qui se passe. Ce que je veux dire, c'est qu'il y a des hypothèses qui sont incluses dans le modèle de projections, mais qu'on se doit de réajuster à chaque année. Ce qui est clair, c'est que, si les tendances actuelles se maintiennent, ça veut dire qu'on va rétrécir davantage les entrées en médecine, oui. Je n'ai pas besoin de vous dire que ça inquiète les universités québécoises, parce que, si on continue de cette façon, en l'an 2006, on va peut-être se demander la question suivante: A-t-on une faculté de médecine de trop? Ça pourrait aller jusque-là, si ça se confirme. À chaque année on révisé le modèle et on le réajuste.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Si je peux continuer avec la même question, encore, sur les 55 200 000 \$ pour des ajouts, je suis un peu choqué, ce soir. On a commencé à 20 heures et le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, si j'ai bien compris — peut-être que je lui laisserai le temps pour l'expliquer — est contre l'ajout de médecins. Mais, comme député, j'ai souvent entendu, en Chambre, qu'il veut avoir plus de médecins dans son comté afin de rendre les effectifs médicaux plus proches de la population. Avec ça, j'ai hâte que, peut-être, il puisse me clarifier... J'écoute ses questions. Mais, avant de répondre à ma question, M. le député, je vais demander une question...

M. Trudel: M. le Président...

M. Williams: Non, c'est un préambule. Tu peux avoir beaucoup de chance, ce soir, de parler. Les chiffres sont assez exacts, M. le Président, et je voudrais savoir: Quand nous avons parlé de 116 médecins omnipraticiens, quand nous avons parlé de cet ajout, comment avons-nous établi ces chiffres? Est-ce que nous avons utilisé tous les ajouts de la région régionale pour les effectifs médicaux? Ces médecins vont être placés où? Comment nous avons décidé ces chiffres?

Mme Robillard: Le chiffre que nous retrouvons présentement et pour lequel il y a un impact budgétaire, ce sont les médecins qui sont prêts à entrer sur le marché de la pratique, un peu comme M. Tremblay l'expliquait tout à l'heure. Ce sont les modèles de prévisions d'il y a plusieurs années. Ces médecins ont terminé et entrent dans le champ de la pratique. Donc, c'est une prévision qui avait été faite antérieurement, au niveau des effectifs médicaux. Quant à leur répartition pour l'année qui vient, ce sont des éléments qui sont regardés. Je dois vous dire que, cette année, on est dans une opération importante sur la planification des effectifs médicaux dans chacune des régions du Québec, qui se doit d'être faite par les régions régionales. Nous sommes dans cette opération.

M. Williams: Avec cette opération, est-ce qu'on peut commencer à répondre aux besoins et aux écarts dans les régions, telles que représentées par plusieurs de mes collègues et aussi quelques députés de l'Opposition?

Mme Robillard: On regarde toujours la répartition en région. Ce fut toujours une problématique importante, comme on le sait, la répartition des médecins en région, autant des omnipraticiens que des spécialistes. Je pense qu'on a assisté à des améliorations dans les années qui viennent de passer, ce qui n'empêche pas que, dans certaines régions du Québec, on peut encore avoir certaines difficultés, comme ça semble être le cas présentement en Abitibi-Témiscamingue.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Trudel: Vous les avez convoqués pour quand?

Mme Robillard: Alors, les gens de la région seront vus, de mémoire, le mercredi 20 avril.

M. Trudel: C'est demain.

Mme Robillard: Ah, c'est demain.

M. Trudel: Je m'en souviens pour une autre raison. Ha, ha, ha! Mme la ministre, là-dessus, la répartition de ces médecins, oui, effectivement, il faut y toucher, tant au niveau des spécialistes que des omnipraticiens. Donc, vous avez vu, Mme la ministre, un cas particulier, avec ce que vous venez de répondre au député de Nelligan. Non seulement il faut se préoccuper de ceux qui en pressent le plus, mais encore de là où ils vont, ces médecins. Il y a une différence entre la croissance et la répartition. Nous savons, au Québec, qu'il y a suffisamment de médecins par comparaison avec les autres provinces canadiennes. C'est la répartition de ces effectifs qui fait problème.

Répartition des médecins dans les régions

Juste quelques mots sur la répartition des omnipraticiens, puisque ça a fait l'objet de communications assez fermes, la semaine dernière. Donc, Mme la ministre, vous avez certainement dû prendre note des résultats — vous les attendiez, avez-vous dit — de la journée d'étude des médecins omnipraticiens de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, où on vous demande, premièrement, de reconnaître la situation compte tenu des particularités. Je sais, parce que j'ai eu des conversations avec vous là-dessus, que vous avez demandé à vos gens, au ministère, de se pencher sur la question. Vous avez vous-même analysé cette question-là. Est-ce que vous en êtes déjà arrivée à un certain nombre de constats quant à la situation réelle?

Vous avez vu comme moi, de toute façon, des gens se lever à 6 h 30 le matin pour aller à la porte d'un médecin omnipraticien, à moins 20° sous zéro, pour avoir un rendez-vous chez le médecin. Alors, on a beau s'obstiner sur les chiffres, vous et moi, les gens ne font pas ça pour se faire plaisir, se lever à 6 heures le matin pour aller s'écraser dans un escalier et attendre pour avoir un rendez-vous chez le médecin généraliste. Est-ce que vous avez pu identifier assez clairement qu'il y a là un problème d'omnipraticiens en Abitibi-Témiscamingue?

Mme Robillard: Ce que je peux dire, à ce stade-ci, c'est qu'il y a un problème d'accès, pour la population, aux omnipraticiens. Ça, ça me semble clair et ça me semble inacceptable pour la population qu'en 1994 on n'ait pas accès à un omni. On ne parle pas d'un spécialiste de soins tertiaires; on parle d'un omni, la base. Donc, il y a un problème d'accès, pour la population, aux services d'omnipraticiens.

À quoi est dû ce problème? Le milieu, présentement, dit: Il est dû strictement au nombre de médecins. C'est ce que j'entends. Au niveau du ministère, on est en train d'analyser ça d'une façon plus globale. Quand on regarde le nombre de médecins, on peut avoir des discussions sur les chiffres, mais des chiffres, c'est des chiffres. Un médecin, c'est un médecin, hein? Mais qu'est-ce qui explique que le ratio des médecins pour toute la région est comparable aux ratios d'autres régions? Est-ce qu'il y a une féminisation beaucoup plus grande de la profession médicale en Abitibi? Est-ce que l'âge des médecins y est pour un facteur quelconque? Est-ce que l'utilisation des services médicaux par la population est plus grande? Donc, on devrait être capables de regarder si, au niveau de nos indicateurs de santé, on a des problématiques particulières.
(20 h 30)

Est-ce que l'organisation de la pratique peut apporter certains problèmes? Là, je pense, de façon toute précise, aux services d'urgence. Notre groupe d'intervention tactique, dernièrement, a fait une visite à Rouyn-Noranda, de façon particulière, au centre hospitalier. Il y a des remarques et des questions fort pertinentes, dont celle du partage des tâches entre les omnipraticiens et les spécialistes, où il semble y avoir une étanchéité incroyable par rapport à ce qui se passe dans d'autres régions. Je vous apporte ça à titre d'exemple. Mais il y a un fait qui est là, c'est qu'il y a un problème d'accès pour la population. Pour solutionner le problème, il faut être bien sûr des causes. J'ose espérer que la réunion de demain nous permettra, de part et d'autre, de mettre les hypothèses sur la table et de trouver les voies de solution.

M. Trudel: Je ne pense pas que ce soit ici, ce soir, qu'il faille examiner l'ensemble des réponses à ces questions-là. Ça fait trois semaines que vous vous les posez, que vous les avez posées au ministère. Vous touchez là un certain nombre de questions réelles sur la pratique dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, en

particulier, et il va falloir trouver une réponse. La sortie, c'est qu'on ne peut pas laisser des familles sans médecin de famille ou sans la possibilité d'avoir accès à un médecin de famille, de façon régulière, dans cette région-là. Par rapport au restant du Québec, ces gens-là paient les mêmes impôts, les mêmes taxes et ils ont droit à des services. La nature du territoire, la nature des professionnels qui y oeuvrent, la façon dont sont organisés les soins doivent être examinées à leur face même pour trouver une réponse rapidement.

Vous savez la conclusion à laquelle, entre autres, en sont arrivés, la semaine dernière, les médecins omnipraticiens, à leur journée d'étude qui, en passant, Mme la ministre, quant à moi, a été très bien faite. On a assuré tous les services. Il n'y a pas eu de carence de soins, ni dans les salles d'urgence ni dans les cas d'urgence. Je pense que ça a été fait avec un grand respect de la population. Ça a été fait, d'abord, pour sensibiliser non seulement les autorités, mais la population.

Alors, dans ce sens-là, les médecins ont dit: Si on n'est pas capables de trouver les mécanismes qui feraient en sorte que, parmi les quelque 8000 omnipraticiens au Québec, on n'est pas capables d'en découvrir 20 qui vont venir travailler dans l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue pour répondre aux besoins minima de la population, nous, ce qu'on va vous demander, c'est d'examiner la possibilité de délivrer des permis de pratique à des médecins diplômés hors Québec, qui, eux, on le sait, sont des Québécois qui ont la capacité, mais qui n'ont pas les permis à cause de nos règlements de contrôle de l'entrée dans la profession. Mais, si on n'est pas capables, bien, on ira vers les médecins hors Québec, puisqu'il y a des ressources là qui veulent venir oeuvrer dans les régions. Alors, je souhaite que, demain, vous puissiez aller au fond et que, rapidement, on puisse dégager des pistes de solution. Je m'en tiendrai à cela aujourd'hui et nous y reviendrons, bien sûr.

Au niveau des spécialistes, Mme la ministre, l'adoption du modèle de répartition 1, 2, 3, les centres M, les deux autres niveaux de répartition des spécialistes dans les régions, ça cause un certain nombre de problèmes dans un certain nombre de régions. Pour reprendre l'expression d'un de vos collègues, M. Picotte, le député de Maskinongé, dans ce domaine-là, il semble qu'on a fait le contraire de l'approche du développement régional préconisée par le gouvernement. On a fait des chapeaux de la même grandeur pour tout le monde, des pantalons de la même grandeur pour tout le monde, un même modèle de répartition des spécialistes, qui vaudrait pour le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie, l'Abitibi-Témiscamingue, l'Outaouais. Ce modèle unique, il cause des problèmes, en particulier, en Gaspésie, compte tenu de la nature géographique de Gaspé, Chandler, New Richmond à aller jusqu'à Maria. La même chose dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, compte tenu du modèle étoilé de la région au niveau de sa répartition géographique et de la population. On nous signale aussi un certain nombre de problèmes dans l'Outaouais. Mme

la ministre, les spécialistes qui oeuvrent actuellement sur le territoire, ceux et celles qui sont là actuellement, est-ce qu'ils vont pouvoir continuer à oeuvrer là où ils sont, avec la rémunération différenciée prévue à l'entente, tant qu'ils vont être là?

Mme Robillard: Oui, M. le Président, il n'y a pas de modification à cet égard-là.

M. Trudel: On s'entend bien, là, avec le nouveau type de rémunération prévue.

(Consultation)

Mme Robillard: M. le Président, je vais le demander à M. Bergevin.

Le Président (M. Philibert): M. Bergevin, vous avez la parole.

M. Bergevin (André): M. le Président, M. le député, simplement, je veux bien comprendre votre question. Je comprenais de votre question: Est-ce que les mesures actuelles de rémunération différente continuent à s'appliquer, indépendamment de la classification qu'on a faite pour une période temporaire?

M. Trudel: Oui.

M. Bergevin (André): La réponse, c'est oui.

M. Trudel: Très bien.

M. Bergevin (André): Donc, ça continue. La prime de rétention, comme vous le savez, qu'on a prévue dans notre modification, s'applique également, indépendamment de la classification.

M. Trudel: Vous avez donné un an aux régions régionales et aux concernés pour vous faire de nouvelles propositions quant à la répartition des effectifs médicaux «spécialistes» à l'intérieur de l'entente pour — veuillez me le spécifier — deux ou trois régions où vous pensez que ça peut faire problème. On a donné une année de possibilité de révision du modèle pour la Gaspésie?

M. Bergevin (André): C'est-à-dire qu'il faut bien se comprendre. Ce que l'entente dit, c'est que c'est le plan régional, tel qu'approuvé par la ministre, qui va faire foi de la classification. De façon temporaire, pour une année, on a établi une classification, compte tenu qu'il fallait répartir une somme d'argent, puisque l'argent est limité, évidemment. Donc, on a établi une classification temporaire, mais il faut bien s'entendre: l'entente là-dessus dit bien clairement que c'est le plan régional qui va faire foi. Temporairement, pour une période d'une année, c'est la classification que l'entente prévoit. Une fois que le plan régional sera approuvé par la ministre dans chacune des régions, à ce moment-là, ça

sera soumis de nouveau à la table et il y aura des modifications qui devront se faire à l'entente.

Mme Robillard: Donc, M. le Président, ça vaut pour toutes les régions. Ce n'est pas seulement pour une région ou pour l'autre; ça vaut pour l'ensemble des régions en tant que telles. Dans le fond, ce qu'on a voulu faire par cette clause-là de l'entente, c'est favoriser le fait qu'il y ait dans chacune des régions un réseau intégré de services de spécialistes. Alors, c'est ce qu'on tente de faire et, si on identifie un centre, qu'on qualifie de multidisciplinaire, ce centre-là a des responsabilités au niveau de l'ensemble de la région, pour que les services y soient aussi disponibles. Alors, on a différentes catégories, mais, je le redis, tout ça sera sujet à réajustement suite au dépôt des plans d'effectifs médicaux qui devront être faits dans le courant de l'année par chacune des régions régionales.

M. Trudel: Pour l'année 1995, vous les avez demandés, les nouveaux plans d'effectifs médicaux?

Mme Robillard: Oui. C'est pour l'année en cours.

M. Trudel: Les nouveaux plans d'effectifs médicaux à être produits par les régions régionales, c'est pour la fin 1995?

(Consultation)

Mme Robillard: On est en train, présentement, de les recevoir. Ils avaient même été demandés pour l'automne dernier, mais on commence à recevoir les plans d'effectifs médicaux de chacune des régions.

Contribution de 2 \$ sur les médicaments pour les personnes âgées

M. Trudel: Très bien. Allons maintenant, si vous le permettez, vers le programme des médicaments de la RAMQ. Est-ce que, Mme la ministre, le président-directeur général de la RAMQ peut nous dresser un portrait du programme des médicaments, en particulier, eu égard à l'effet de l'imposition du ticket de 2 \$ pour les personnes âgées? C'est quoi les résultats après une année complète d'imposition de ce ticket modérateur?

Mme Robillard: M. le Président, on pourrait demander à M. Morency de nous apporter les éléments de l'analyse qui a été faite au niveau de la RAMQ. On voit un impact au niveau de la consommation des médicaments et un impact au niveau du coût du programme en tant que tel. On s'aperçoit, de façon très claire, M. le Président, que le taux de croissance du programme est presque nul, est presque à coût nul quand on tient compte non seulement du montant de 2 \$ qui est exigé, jusqu'à un maximum de 100 \$, mais aussi d'autres mesures, dont les mesures restrictives qui concernent le

pilulier qui a été mis de l'avant par la RAMQ et le prix de vente garanti.

Donc, je disais que le taux de croissance du programme est presque à coût nul, étant donné différentes mesures, et ce, malgré l'augmentation des honoraires des pharmaciens, l'arrivée des nouveaux médicaments qui sont toujours de plus en plus dispendieux, comme vous le savez, et la croissance de la population. Mais je demanderais à M. Morency d'apporter des détails supplémentaires, M. le Président.

Le Président (M. Philibert): M. Morency.

M. Morency (Denis): M. le Président...

Le Président (M. Philibert): Vous pouvez y aller, M. Morency. Après, on aura le député de Viau.

M. Morency (Denis): En fait, l'impact de la mesure, de la contribution de 2 \$ pour l'année 1993-1994: les sommes perçues par la Régie sont de l'ordre de 37 200 000 \$; de ça, on doit soustraire les remboursements que la Régie a effectués, ce qui laisse un solde de 34 200 000 \$. Ça, c'est au niveau de la perception et du remboursement de la contribution de 2 \$.

(20 h 40)

M. Trudel: Les «petits 2 \$» à Marc-Yvan. O.K.

M. Morency (Denis): Les autres mesures. Si on parle de la consommation comme telle, pour ce qui peut être attribué au facteur consommation, on peut noter une somme de 17 500 000 \$. Mais cette somme doit être prise en considération avec l'avènement d'autres mesures qui ont eu cours à la même époque, à savoir l'introduction de nouvelles règles en ce qui concerne la dispensation du pilulier, à savoir le remboursement d'honoraires, à savoir les méthodes qui ont changé concernant l'application de la méthode de prix au niveau des médicaments. Donc, cet ensemble de mesures démontre effectivement ceci: contribution de 2 \$, 34 000 000 \$; réduction de la consommation, 17 500 000 \$; prix le plus bas, 16 000 000 \$; pilulier et ensemble d'autres mesures, 26 000 000 \$.

M. Trudel: Pilulier et autres mesures, 26 000 000 \$; puis, restriction des ordonnances, 34 000 000 \$?

M. Morency (Denis): Contribution des 2 \$, 34 000 000 \$; application de la méthode du prix le plus bas estimé, 16 000 000 \$; réduction de la consommation, 17 500 000 \$; pilulier et ensemble d'autres mesures reliées à la façon dont la liste est établie, 26 300 000 \$.

M. Trudel: Pour un total de ?

M. Morency (Denis): Pour un total de 94 000 000 \$.

M. Trudel: De 94 000 000 \$. Mais, avec ce que vous venez de nous disséquer, dans une relation de cause à effet, le «petit 2 \$» a amené une baisse de consommation de 17 000 000 \$, parce que les autres mesures, on n'avait pas besoin du «petit 2 \$» pour les prendre. Le pilulier, le semainier, la méthode d'éducation auprès des personnes, des concernés, ça pouvait se faire. C'est un ensemble de mesures qui ont été prises, tout comme le prix réel d'acquisition. C'est des mesures administratives qui pouvaient se prendre. Ce que vous êtes en train de nous dire, c'est que les tickets, les «petits 2 \$», ça a rapporté 34 000 000 \$, et on a fait baisser la consommation de 17 000 000 \$. «Big deal!»

(Consultation)

M. Morency (Denis): En fait, c'est un facteur qu'on peut — toujours en mettant des réserves — attribuer au facteur consommation, à savoir la réaction de la population par rapport au programme des médicaments à la suite de l'introduction du 2 \$ et de l'ensemble des autres mesures qu'on peut quantifier potentiellement.

M. Trudel: En tout cas, ce que ça fait ressortir — et que chacun le retienne bien, que tous les amateurs de ticket de tout acabit retiennent bien la leçon pratique du résultat de ce que nous venons de voir, et c'est moi qui tire la conclusion, je ne vous la prête pas — c'est qu'on a eu davantage de résultats avec des mesures d'éducation et de contrôle qu'on n'en a eu avec des méthodes punitives: contrôles, amendes, frais modérateurs. Alors, quand on arrivera à tout autre niveau, dans tout autre service, eh bien, que cela soit bien compris maintenant. Ça a, malheureusement, coûté 34 000 000 \$ de la poche des personnes âgées pour qu'on puisse le comprendre, mais c'est ça, la résultante de la démonstration chiffrée de l'application du programme: on peut davantage miser sur l'éducation, la formation et le contrôle administratif pour réduire nos coûts, si tant est qu'il y a des endroits où on peut les réduire, et ce ne serait pas par l'imposition de tickets modérateurs de toute nature, comme nous l'ont dit un assez grand nombre de rapports. En particulier, ce rapport du conseil spécial, rattaché au premier ministre de l'Ontario, en Saskatchewan aussi, qui a bien démontré l'inefficacité de ces mesures de ticket modérateur. Alors, c'est un chiffre, je pense, qu'il faudra bien retenir.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Viau.

M. Cusano: Merci. Moi, j'aurais une question, Mme la ministre, en ce qui concerne la carte-soleil.

Le Président (M. Philibert): Je pense que ce n'est pas dans le même...

M. Chevette: Elle est dans la lune.

M. Cusano: Non, non. On ne commencera pas ça, Guy, hein? Tu as déjà été là, tu sais ce que c'est.

Carte d'assurance-maladie avec photo

Mme la ministre, j'avais une question en ce qui concerne la réglementation qui est entrée en vigueur le 15 octobre 1992, qui, entre autres, mettait en branle l'émission de cartes-santé avec photo. Est-ce qu'on peut nous dire où en est rendu tout ce processus? Particulièrement, est-ce qu'on pourrait nous dire quel est le pourcentage ou le nombre de cartes non renouvelées de la part de nos citoyens?

Mme Robillard: M. le Président, M. Morency va apporter la réponse précise.

Le Président (M. Philibert): M. Morency.

M. Morency (Denis): M. le Président, pour la période du 1er janvier 1993 au 31 mars 1994, le nombre de cartes, le nombre d'avis de renouvellement, pardon, parce que vous savez qu'on a maintenant un processus avec les avis de renouvellement... La Régie a expédié 1 983 000 avis de renouvellement pour cette période-là. Donc, je le répète, du 1er janvier 1993 au 31 mars 1994, celles qui ne sont pas renouvelées à cette date-là, le nombre est de 182 165.

M. Cusano: C'est 182...

M. Morency (Denis): C'est 182 165 avis de renouvellement qui ne sont pas parvenus à la Régie.

M. Cusano: Ça, c'est sur presque 2 000 000 de cartes qui ont été renouvelées à date?

M. Morency (Denis): Qui ont fait l'objet d'un avis de renouvellement.

M. Cusano: De renouvellement, oui. Alors, si on fait une projection selon... Est-ce que vous savez pourquoi les gens n'ont pas renouvelé? Est-ce qu'il y a eu des recherches, un «follow up», à savoir pourquoi? C'est des personnes décédées ou des personnes hors pays?

M. Morency (Denis): C'est un dossier qui, effectivement, fait toujours l'objet d'analyses à la Régie de l'assurance-maladie. Mais je peux peut-être apporter, M. le député, un éclairage plus précis si on prend les trois premiers mois de l'année 1993, à savoir les mois de janvier, février et mars 1993 qui ont fait l'objet d'une analyse plus poussée. Vous savez, c'étaient les premiers mois de la mise en place de la nouvelle mesure. La Régie avait transmis, pour ces trois premiers mois, des avis de renouvellement, effectivement, pour un total de

350 000, près de 351 000. Au 31 mars 1993 — c'étaient les chiffres qui avaient été véhiculés lors de la dernière commission parlementaire sur les crédits — il y avait environ 61 000 avis de renouvellement qui n'avaient pas fait l'objet de traitement.

À ce jour, si on se situe au 31 mars 1994 — on considère toujours la même période, à savoir ces trois mois-là de l'année 1993 — effectivement, il y a 22 466 avis de renouvellement qui n'ont pas été transmis à la Régie. Parmi ces avis-là, ceux qu'on sait qu'on ne reverra pas — parce que, effectivement, ce sont les situations auxquelles vous avez fait allusion, à savoir cause de décès, déménagement à l'extérieur du Québec, des faits connus de la Régie parce que la Régie a eu l'information — il y en a 1905, ce qui nous laisse un solde de 20 561 pour les trois premiers mois de l'année 1993, dont on sait maintenant quelle est la situation.

Don d'organes

M. Cusano: Ma deuxième question, en ce qui concerne la carte aussi, et ça ne surprendra pas les gens autour de cette table, c'est sur le don d'organes. Il y a quelque temps, justement, la Régie s'appropriait à changer la formule d'inscription à l'endos où, auparavant, on indiquait tout simplement qu'on léguait nos organes à d'autres personnes. À un certain moment, on a changé le processus en indiquant sur la carte qu'on a rempli une autre carte, c'est-à-dire que la Régie envoie la carte-soleil et, avec la carte-soleil, une autre carte de don d'organes.

Je ne voudrais pas mettre les gens ici autour de cette table ou même les gens qui sont en arrière... Je vais leur demander, premièrement, s'ils ont signé leur carte de don d'organes. Pour ça, on a une bonne réponse. Normalement, on a une très bonne réponse des gens qui ont indiqué: Oui, j'ai rempli ma carte de don d'organes.

M. Trudel: C'est 46 %, M. le député de Viau.

M. Cusano: Pardon?

M. Trudel: Vous devez en avoir 46 %.

M. Cusano: Oui, peut-être. Non... Bien oui, on est au Québec.

M. Trudel: C'est supposé, c'est supposé.
(20 h 50)

M. Cusano: C'est 46 %. Sauf que, lorsqu'on demande aux gens: Oui, vous avez indiqué que vous avez rempli votre carte de don d'organes, l'autre carte, on constate qu'à peu près 50 % des personnes qui ont dit qu'elles avaient rempli la carte ne peuvent pas trouver la deuxième. Vous allez comprendre que je trouve que c'est... Puisque, au niveau du permis de conduire, on s'approprierait à faire tomber toute la question du don d'organes à l'endos, est-ce qu'il y aurait moyen de

s'assurer qu'on puisse indiquer, tout simplement, sur la carte que, oui ou non, je fais don de mes organes? Ça ne prend pas un testament légal; ça prend juste une petite phrase.

Mme Robillard: M. le Président, je vais demander à M. Marc St-Pierre, qui est le directeur de la Direction générale des services aux bénéficiaires à la RAMQ, de répondre à la question.

Le Président (M. Philibert): M. St-Pierre, vous avez la parole.

Mme Robillard: Non pas mon chef de cabinet, mais quelqu'un de la RAMQ.

Le Président (M. Philibert): Nous avons compris par son sourire, pour le bénéfice du **Journal des débats**.

Une voix: On a sauvé du temps!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. St-Pierre (Marc): M. le Président, comme l'a mentionné le député, il est exact qu'avec le jumelage de nos opérations avec la Société de l'assurance automobile pour la prise de photo et avec l'arrivée du permis de conduire plastifié, la carte de don d'organes de la Société de l'assurance automobile va effectivement disparaître. On a eu des discussions avec la Société de l'assurance automobile et il y a d'autres discussions, actuellement, qui ont cours en vue de modifier de nouveau l'endos de la carte d'assurance-maladie. On a, cependant, un problème d'espace majeur, parce qu'on veut réserver de l'espace à l'endos de la carte d'assurance-maladie pour y mettre une bande magnétique au cours des prochaines années. Effectivement, c'est un dossier qui est regardé actuellement de remodifier le verso de la carte d'assurance-maladie pour être plus explicite au niveau du don d'organes.

M. Cusano: O.K. et j'espère que vous allez aboutir dans la bonne direction.

M. St-Pierre (Marc): C'est ce qu'on souhaite, M. le député.

M. Cusano: Vous savez, c'est important. Je n'oserais pas demander combien de personnes, ici, ont signé leur carte pour le don d'organes, mais j'espère que c'est au moins 46 %, comme le disait le député de...

M. Chevette: Il y a quelqu'un qui a dit ça.

M. Cusano: Non, non, c'est vrai. Effectivement, au Québec, c'est 46 %.

M. Trudel: C'est 46 %.

M. Cusano: C'est 47 % au Québec et 56 % pour la moyenne canadienne. On a un peu de rattrapage à faire de ce côté-là. Merci.

Le Président (M. Philibert): Alors, M. le député de Joliette.

Profits de l'authentification versés aux fondations des hôpitaux

M. Chevette: Oui, sur la carte plastifiée de la Société de l'assurance automobile. Prochainement, on sait qu'ils vont être les seuls à pouvoir authentifier la personne, la photocopier. Nos fondations d'hôpitaux, dans plusieurs cas, rendaient ce service, avec certains profits versés aux fondations. Est-ce que vous avez été mis au courant de ce dossier-là, que, dorénavant, c'est un revenu qui ne reviendra pas aux fondations des hôpitaux? Est-ce que vous avez été mis au courant de ce système?

M. St-Pierre (Marc): Effectivement, avec le projet de jumelage des opérations, pour la prise de photo, avec la Société de l'assurance automobile, il faut voir que les gens qui détiennent à la fois un permis de conduire et une carte d'assurance-maladie vont être invités à se présenter à un bureau de la Société de l'assurance automobile ou de l'un de ses mandataires pour la prise de photo, laquelle photo va servir à la fois pour le permis de conduire plastifié et la carte d'assurance-maladie. Pour ceux qui n'ont pas de permis de conduire, l'authentification va demeurer dans le réseau de la santé et des services sociaux, comme c'est le cas actuellement.

M. Chevette: Mais l'authentification n'est pas à sens unique, d'après ce qu'on sait?

M. St-Pierre (Marc): L'authentification va pouvoir continuer à se faire dans le réseau de la santé et des services sociaux, comme c'est le cas actuellement.

M. Chevette: Pour ceux qui n'ont pas de permis de conduire.

M. St-Pierre (Marc): Pour ceux qui n'ont pas de permis de conduire et même ceux qui ont un permis de conduire, mais qui ne voudraient pas aller à la SAAQ pour toutes sortes de raisons. Il n'y a pas d'obligation d'aller à la SAAQ.

M. Chevette: Ça a été corrigé, ça, clairement?

M. St-Pierre (Marc): Ça a toujours été ça.

M. Chevette: Ce n'est pas ce qui se transmettait sur le terrain. Sur le terrain, il y a plusieurs fondations qui nous appelaient pour nous dire: Écoutez, on a légalisé en un seul sens unique l'authentification par la SAAQ, alors que, dans le domaine de la santé, on

pouvait rendre ce service et en retirer un certain bénéfice pour les fondations. Moi, en tout cas, je tiens des documents de l'Association des fondations des hôpitaux du Québec, qui se disaient très inquiètes, parce qu'elles perdaient des revenus assez importants pour leurs fondations.

Mme Robillard: Dans le fond, M. le Président, ce qu'on a voulu, par ce système-là, indépendamment... Je n'ai pas été saisie de telles situations, premièrement. Deuxièmement, ce qu'on a voulu, pour la population, c'est qu'elle n'ait à se présenter qu'à un seul point de services pour avoir l'authentification et, en même temps, recevoir ses deux cartes. On a voulu simplifier la procédure. On l'a fait pour le bénéfice de la population. C'est toujours le cas, et on pense que la majorité des gens qui détiennent un permis de conduire vont utiliser les bureaux de la SAAQ ou des mandataires. On sait très bien que, par exemple, dans le réseau des caisses populaires, où les gens vont pour le renouvellement du permis de conduire, ça va pouvoir se faire. Donc, ce sera plus rapide pour le citoyen en tant que tel, mais on va maintenir quand même des points identifiés dans le réseau de la santé pour l'authentification pour toutes les autres catégories, aussi, de personnes qui n'ont pas de permis de conduire.

M. Trudel: Mme la ministre...

Le Président (M. Philibert): Oui, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Trudel: Merci. Mme la ministre, M. St-Pierre vient d'ajouter une information et, à mon avis, c'est la première fois qu'on la mentionne. Il y a donc eu des études pour ajouter une bande magnétique sur la carte?

M. St-Pierre (Marc): Oui, oui, effectivement.

M. Trudel: Alors, ce ne serait plus uniquement une carte d'identification pour les fins de l'assurance automobile...

M. St-Pierre (Marc): Pour les fins de...

M. Trudel: ...pour les permis de conduire ou pour les usagers du système de santé et de services sociaux. Ça pourrait servir à autre chose?

M. St-Pierre (Marc): Non, non. Il y a eu une étude, effectivement, pour ajouter une bande magnétique sur la carte d'assurance-maladie, strictement sur la carte d'assurance-maladie, laquelle bande magnétique contiendrait exactement les mêmes informations qui apparaissent actuellement sur votre carte, sauf que la carte servirait pour les systèmes informatisés des hôpitaux et des cabinets.

M. Chevette: Mais quelqu'un qui irait dans le réseau de la santé, qui fournirait sa photo prise dans la

réseau de la santé et qui s'en irait à la SAAQ, ça ne serait plus admissible?

M. St-Pierre (Marc): Oui. Il va être possible, à la SAAQ, d'apporter sa photo. La SAAQ va offrir le service de prise de photo...

M. Chevette: Oui, mais ce n'est pas ça. On ne se comprend pas. Je vais vous réexpliquer ce que je veux dire. Celui qui a un permis de conduire, mais qui choisirait de passer par le réseau de la santé, par exemple, pourra-t-il se présenter à la SAAQ, en disant: Voici ma photo prise dans le réseau de la santé et authentifiée par le réseau de la santé, mettez-la sur mon permis de conduire. Il y avait un bénéfice, comme je le disais, pour les fondations. Est-il exact qu'ils ne pourront plus — ceux qui ont des permis de conduire — passer par le réseau de la santé? C'est l'information que l'on a.

M. St-Pierre (Marc): La personne qui détient un permis de conduire va pouvoir arriver à la SAAQ avec sa photo. Que la photo ait été prise dans le réseau, comme vous le dites, chez une fondation ou chez un photographe privé, la personne va pouvoir arriver à la SAAQ avec sa photo. À ce moment-là, à la Société de l'assurance automobile, elle va avoir un rabais parce qu'il y aura des frais pour la photo. Elle va avoir un rabais parce qu'elle apporte sa photo. Ça, je peux vous l'assurer.

M. Chevette: Ce n'est pas pire. Ça vous fera plus d'argent à aller chercher comme gouvernement: avec les rabais, sans les rabais. À la SAAQ, bien sûr, madame.

Mme Robillard: Ça ne relève pas de moi.

M. Chevette: Non, non, je ne parlais pas de vous.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Nelligan.

Délais pour le renouvellement

M. Williams: Merci, M. le Président. J'ai deux petites questions. Une sur la bande magnétique dont nous avons discuté. Une fois que nous avons fini les deux projets d'études — je pense que c'était Rimouski et Sherbrooke, je ne sais pas exactement — est-ce que nous allons continuer ces études pour vérifier comment le système peut marcher? C'est vraiment des études, des projets-pilotes. Deuxième question. Avec toute cette nouvelle approche des nouvelles cartes, chaque carte... Souvent, dans mon bureau de comté, nous avons eu des citoyens qui sont entrés. Pour une raison ou une autre, ils n'ont pas nécessairement suivi les règles. Peut-être qu'ils n'ont pas rempli les formulaires, peut-être qu'ils

ont oublié. Je voudrais savoir ce que la RAMQ est en train de faire pour au moins encourager tout le monde à remplir ces nouvelles cartes d'assurance-maladie. Aussi, comment on peut protéger le simple citoyen, entre le temps où la demande a été faite pour une nouvelle carte...

M. Chevette: Le temps de la recevoir.

M. Williams: Pardon?

M. Chevette: Le temps de la recevoir.

M. Williams: ...et le temps de la recevoir? Est-ce que la RAMQ a posé les actes pour bien remplir ces périodes entre les deux?

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre. (21 heures)

Mme Robillard: M. le Président, il y a deux questions du député de Nelligan. Dans la première question, le député de Nelligan a associé la bande magnétique dont on vient de parler avec l'expérience qui a cours à Rimouski. Je voudrais dire que c'est deux opérations complètement différentes. On parlait de la bande magnétique qui est sur la carte d'assurance-maladie. Quand on parle de l'expérience de Rimouski, c'est l'expérimentation de la carte à puce, qu'on appelle, qui est une carte, comme vous le savez, d'information sur vos propres données médicales et que vous pouvez vous-même transporter d'un professionnel de la santé à l'autre. On pense, par ce système-là, avoir des gains importants, mais c'est une expérimentation qui est en cours présentement et qui va être soumise à un protocole d'évaluation scientifique. Je pense que c'est avec l'Université Laval qu'on a un protocole d'évaluation pour suivre cette expérience-là et voir si ça vaut la peine de la continuer et de l'élargir à l'ensemble du Québec. Alors, ça, c'est ce qui se passe dans la région de Rimouski présentement.

M. Williams: Merci.

Mme Robillard: Par rapport à votre deuxième question, par ailleurs, au niveau du délai, je demanderais à M. St-Pierre d'apporter la réponse.

Le Président (M. Philibert): M. St-Pierre.

M. St-Pierre (Marc): M. le Président, les avis de renouvellement de la carte d'assurance-maladie sont maintenant expédiés aux bénéficiaires près de quatre mois avant la date d'expiration de leur carte d'assurance-maladie. Je pense qu'on a essayé, au cours de la première année d'opération du système, d'apporter beaucoup d'améliorations, si bien qu'au moment où on se parle il y a près de 83 % de la population qui renouvelle sa carte d'assurance-maladie à temps. Nos délais, qui ont connu quelques ratés au début du système, il faut l'avouer, sont maintenant, au niveau des

avis de renouvellement, revenus à la normale. Je pense qu'on a des délais d'environ trois semaines. Trois semaines, oui. Pour les gens qui, malheureusement, nous font parvenir leurs avis de renouvellement en retard, on a une mécanique qui a été mise en place. Quand ces gens-là communiquent avec nous et qu'on a effectivement reçu les avis de renouvellement, si ces gens-là doivent consommer des soins de santé dans les jours qui suivent, on peut leur émettre une attestation d'admissibilité en attendant qu'ils reçoivent leur carte.

M. Williams: Merci beaucoup pour cette clarification.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Rouyn-Noranda.

M. Trudel: Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

Le Président (M. Philibert): Témiscamingue.

M. Trudel: Témiscamingue, c'est grand, grand, grand, grand. On le sait, le vendredi, quand on fait le bureau.

Mme Robillard: Une belle région.

Retour du Losec dans la liste des médicaments assurés

M. Trudel: Mme la ministre, je reviens sur les médicaments. À l'occasion de l'étude du projet de loi 125, je vous ai posé un certain nombre de questions sur la décision qui a été prise de réintroduire Losec dans la liste des médicaments assurés, pour un bon nombre de millions de dollars, malgré la recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie. Vous m'avez mentionné, à cette occasion-là, qu'il y avait de nouvelles informations qui vous étaient parvenues, qui vous avaient amenée à renverser la décision et que vous étiez prête à déposer le document ou les informations relatifs à cette décision de réintroduire ce médicament pour lequel il y a des dépenses, par année, d'une quinzaine de millions de dollars, et qu'il n'y aurait aucun lien avec l'investissement de la compagnie Astra, au Québec, en matière de produits pharmaceutiques, eu égard à la décision prise. Est-ce que vous avez ces informations? Pouvez-vous les rendre publiques? De quelle nature sont-elles, ces informations?

Mme Robillard: Oui, M. le Président.

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre.

Mme Robillard: De fait, on avait abordé cette question-là au niveau de la commission parlementaire sur la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Je rappelais, M. le Président, que le médicament avait été remis sur la liste en tant que telle suite à

des demandes qui avaient été faites par des spécialistes en la matière. Je vous rappellerai que le Conseil consultatif de pharmacologie ne remettait pas en question, un, la valeur thérapeutique du médicament et, deux, le prix qu'il coûtait, mais qu'il remettait en question l'usage qu'on en faisait. Donc, c'était plutôt un problème de sensibilisation et d'information au niveau du corps médical afin que ce soit utilisé à bon escient, ce médicament-là. Quand il était utilisé à bon escient, il était nécessaire pour plusieurs personnes qui souffraient d'une maladie.

J'ai fait sortir les documents dont j'avais parlé au critique de l'Opposition, M. le Président, plusieurs documents que j'ai en main. J'en ai un devant moi, qui est celui de l'Association des gastro-entérologues du Québec, qui précise que ça demeure — le Losec, qui s'appelle l'oméprazole — la meilleure thérapie pour la maladie ulcéreuse, tant gastrique que duodénale. Effectivement, le taux de guérison de la maladie ulcéreuse non seulement est-il amélioré, mais la durée du traitement est moins prolongée avec cette médication qu'avec les autres médicaments dont on dispose pour traiter la maladie ulcéreuse. Je cite toujours cette lettre où on affirme que l'oméprazole est actuellement, probablement, le meilleur traitement pour l'oesophagite de reflux sévère, etc., et où on demandait que ce médicament soit sur la liste.

Alors, il y a eu différentes correspondances comme ça adressées à mon prédécesseur. C'est suite à ces demandes que la décision a été révisée pour le rendre accessible sur la liste des médicaments.

M. Trudel: Est-ce que vous pouvez déposer ces documents, Mme la... Enfin, en commission, on ne peut pas les déposer, mais les rendre publics. Est-ce qu'on peut les déposer en commission, si vous n'avez pas d'objection?

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre, est-ce que vous pouvez déposer les documents?

M. Chevette: On aurait un dictionnaire d'avis, madame.

Mme Robillard: Attendez! Non, non, attendez, ici, là!

(Consultation)

M. Trudel: C'est parce que, Mme la ministre, pendant que vous consultez...

Mme Robillard: On va faire faire des photocopies, si vous le désirez, M. le Président, parce que je vois qu'on a marqué des notes à la main sur les documents. On va faire disparaître ça, puis on va les déposer.

Le Président (M. Philibert): D'ailleurs, en vertu du règlement, vous avez cité... En Chambre, lorsque vous citez un document, vous pouvez être

interpellé pour le déposer. En commission, vous n'êtes pas obligé de le déposer, mais chaque membre de la commission va avoir un très grand plaisir à recevoir ce document, madame.

M. Trudel: Oui, tout à fait, parce que le constat qu'on peut faire tout de suite, avant le décodage scientifique, avec l'exemple que vous donnez, Mme la ministre, c'est que le médicament a été réintroduit sur la liste, en particulier, après les arguments servis par les gastro-entérologues, qui ont été mis en rapport avec les recommandations du Conseil consultatif de pharmacologie. Je vous dis bien simplement que, si j'étais membre du Conseil consultatif de pharmacologie, je me poserais des questions, puisque l'avis qu'ils vous ont fourni n'a pas été respecté. C'est le conseil aux ministres et au gouvernement. Mais il n'est pas interdit, bien évidemment, aux ministres concernés d'avoir d'autres avis, ça va de soi, sauf qu'on peut comprendre la demande du directeur du Conseil consultatif de pharmacologie, d'éclaircir le mandat du Conseil consultatif de pharmacologie. C'est ce qu'il disait à Radio-Canada, en février. Il demandait au gouvernement de clarifier le mandat parce que — traduction libre, ce n'est pas lui qui le fait, c'est de moi: Qu'est-ce qu'on fout dans la boîte?

Mme Robillard: Écoutez, M. le Président, moi, j'ai mes contacts en direct avec le président du Conseil. Là, vous me parlez de la réaction du directeur général. Peut-être a-t-il oublié, au fil des ans, étant donné que les ministres ont toujours suivi à 99,9 % les avis du Conseil, qu'il était consultatif! Hein, il faut bien comprendre que c'est un conseil consultatif et qu'en tout temps le ministre peut aussi demander des avis consultatifs à d'autres, à l'extérieur. De tradition, de fait, les avis sont presque tous suivis par le ministre en poste. Mais ce n'est pas parce qu'une fois il y a un avis qui n'a pas été suivi, suite à l'avis déposé par d'autres spécialistes auprès du ministre, que le Conseil doit se remettre en question: Avons-nous toujours le même rôle? une question existentielle. Oui, il a toujours le même rôle, le Conseil consultatif. Je ne vais quand même pas lui écrire pour lui dire qu'il conserve son rôle, il l'a toujours!

M. Trudel: À bon entendeur, salut! Alors, pour terminer avec la RAMQ, puisque le temps est toujours très pressé, on va en profiter pour remercier Me Morency.

M. Williams: Est-ce que je peux demander... Excusez.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Nelligan.

M. Trudel: Pour?

M. Williams: Pour les médicaments?
(21 h 10)

Le Président (M. Philibert): M. le député de Nelligan.

M. Trudel: Ah, je m'excuse.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Nelligan.

M. Trudel: Je n'ai pas fini, je n'ai pas fini.

M. Williams: Je m'excuse. Allons-y.

**Nouveau président-directeur général,
M. Jean-Marc Bard**

M. Trudel: Non, non, c'est parce que j'avais ça comme introduction. Me Morency en est certainement à sa dernière apparition avec nous puisqu'il y a un nouveau président-directeur général, maintenant, à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, M. Jean-Marc Bard. Y a-t-il eu un concours, Mme la ministre?

Mme Robillard: On va relire la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

M. Trudel: Pardon? Il n'y a pas eu de concours.

M. Chevette: Ce n'est pas trop nécessaire depuis six, sept ans.

Mme Robillard: On peut relire la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

M. Trudel: C'est quoi, les qualifications de M. Bard pour occuper cette responsabilité fort importante de gérer un budget d'au-delà de 2 500 000 000 \$ en matière de santé et en matière médicale? Qu'est-ce qui a amené le gouvernement à la désignation de M. Bard?

Mme Robillard: La compétence en gestion, M. le Président.

M. Trudel: Est-ce que le départ de M. Cantin de la direction de la RAMQ s'est accompagné d'une prime de séparation?

Mme Robillard: Est-ce que...

(Consultation)

M. Chevette: Il est retourné à Giffard?

M. Trudel: Oui.

Mme Robillard: M. Cantin est retourné à son poste...

M. Chevette: Qu'il n'a jamais quitté, d'ailleurs, sur papier.

Mme Robillard: ...de directeur général à Robert-Giffard.

Le Président (M. Philibert): À l'ordre, s'il vous plaît! M. le député de Joliette, je vous prierais de...

M. Chevette: Je le répéterai tantôt pour être plus sûr...

Le Président (M. Philibert): ...demander la parole.

M. Chevette: ...que ça soit enregistré.

Mme Robillard: À ma connaissance... Écoutez, c'est à vérifier au niveau du Conseil exécutif, mais...

Le Président (M. Philibert): Alors, madame, vous demandez...

Mme Robillard: ...je n'ai personne du Conseil exécutif autour de moi, ce soir, comme vous le voyez.

Le Président (M. Philibert): Vous faites la vérification et vous faites parvenir la réponse au secrétaire de la commission qui distribuera ça aux membres de la commission.

M. Trudel: Bien.

Le Président (M. Philibert): N'est-ce pas?

Mme Robillard: Nous avons des crédits jusqu'à jeudi soir, sûrement.

Le Président (M. Philibert): Alors, si c'est possible, avant...

Mme Robillard: Sûrement que la réponse sera déposée d'ici jeudi soir.

Le Président (M. Philibert): Très bien, Mme la ministre.

M. Trudel: Bien, je vais en ajouter une, Mme la ministre, qui va venir de la même source, certainement. En tout cas, un article, une information publiée par *La Presse* indiquait également le départ de M. Réjean Cantin, avec pleine pension, pour la direction de l'hôpital Robert-Giffard, en banlieue de Québec, ceci quant au départ de M. Cantin de la RAMQ. Alors, si vous pouviez nous amener l'information. Bien sûr, on n'est pas obligés de tout détenir, compte tenu du nombre de personnes qu'il y a dans ce réseau-là. Est-ce qu'il y a eu une prime de départ? Est-ce qu'il y a pleine pension? Quelles sont les conditions dans lesquelles M. Cantin a quitté notre organisme gouvernemental et ses conditions d'introduction dans le même réseau de la santé, à Robert-Giffard, l'établissement d'où il était issu quand il

est arrivé au ministère et ensuite à la RAMQ?

Alors, on pourra peut-être en disposer avant la fin des crédits, jeudi.

Mme Robillard: Tout à fait.

M. Trudel: Vous disiez tantôt, à propos du nouveau président-directeur général, M. Bard, que c'est à cause de ses compétences en gestion qu'il avait été désigné. Est-ce qu'il a reçu l'approbation du Centre de référence des directeurs généraux et des cadres du réseau de la santé et des services sociaux quant à sa compétence?

Mme Robillard: Ha, ha, ha! Est-ce une question sérieuse, M. le Président?

M. Trudel: Ce n'est pas tout le monde qui passe par là, si je comprends bien. Il y a certaines catégories. On y reviendra, sur le Centre lui-même.

Mme Robillard: Oui.

M. Trudel: Comme le Centre risque d'être décertifié lui-même, si je m'en tiens à vos récentes déclarations, on va y revenir.

M. Chevette: On a le droit de rire.

Le Président (M. Philibert): J'en conclus qu'on interpelle, de toute façon, une responsabilité de l'Exécutif. Alors, cette question-là pourrait être posée à l'Exécutif.

M. Chevette: On peut prendre le sectoriel pour aller chercher...

M. Trudel: Voilà, sur la RAMQ, ça terminerait la série de questions. On en aurait beaucoup d'autres, bien sûr, mais le temps file rapidement. J'avais prévenu Mme la ministre qu'au chapitre suivant... Je m'excuse, au chapitre suivant, il y a le député de Joliette. Pour l'instant, j'ai terminé, mais je sais qu'il y en a d'autres.

Le Président (M. Philibert): Le député de Nelligan a demandé la parole.

Mme Robillard: Pour la RAMQ?

Le Président (M. Philibert): M. le député de Nelligan.

Impact de la contribution de 2 \$ sur le nombre d'ordonnances

M. Williams: Je voudrais retourner un peu à la question des médicaments et sur l'impact du 2 \$. Je voudrais savoir si le nombre d'ordonnances, pour les personnes admissibles au programme, maintenant, est environ le même qu'avant.

Mme Robillard: Il y a eu, M. le Président, de façon très claire, une diminution du nombre d'ordonnances de 10,3 %. Par ailleurs, il faut bien noter qu'en même temps on remarque que la durée de traitement des ordonnances a augmenté de façon substantielle, au-delà de 19 %. Donc, il y a moins d'ordonnances, mais le temps de traitement des ordonnances s'est allongé. Alors, on peut émettre l'hypothèse que la personne elle-même a demandé à son médecin, quand il lui prescrit un médicament, que ce ne soit pas seulement pour un mois, que ce soit pour un peu plus longtemps.

M. Williams: Merci, Mme la ministre, pour cette réponse, parce que je ne suis pas arrivé à la même conclusion que le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue. Peut-être que le 2 \$ peut être très utile sur la consommation des médicaments, parce que le monde prend plus de responsabilités. D'une façon, ils participent au financement, mais aussi ils prennent leurs responsabilités eux-mêmes pour les soins. C'est pourquoi je ne suis pas du tout arrivé à la même conclusion que le député de l'Opposition officielle, et je pense que le peuple québécois est prêt à participer au financement de notre système de santé et de services sociaux.

Je voudrais aussi demander à Mme la ministre si les médicaments pour le sida et le VIH sont inclus dans ces dépenses-là.

(Consultation)

Mme Robillard: Non, Mme la Présidente. À la RAMQ, il n'y a pas de programme qui couvre les médicaments au niveau du VIH ou du sida. C'est un programme qui existe pour les MTS, par ailleurs. La médication concernant le sida ou le VIH, c'est couvert en partie par la circulaire «malades sur pied».

M. Williams: Merci. Et pour le programme des MTS, nous avons une augmentation de quel pourcentage?

(Consultation)

Mme Robillard: Nous sommes en train de vérifier, Mme la Présidente, s'il y a une augmentation dans ce programme-là de façon particulière.

(Consultation)

Mme Robillard: M. Morency va répondre.

Le Président (M. Philibert): M. Morency.

M. Morency (Denis): M. le député, c'est un programme que la Régie administre depuis peu de temps. Un montant de 1 156 000 \$ a été prévu pour 1993-1994. Pour l'année 1994-1995, il est de 1 352 000 \$.

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Philibert): Ça va.

**Conditions de départ
de M. Réjean Cantin**

Mme Robillard: M. le Président, mon chef de cabinet vient de contacter le Conseil exécutif et on nous a confirmé qu'en tant qu'administrateur d'État I il n'y a aucune prime de départ qui a été donnée à M. Réjean Cantin.

M. Chevette: Le fonds de pension dans tout ça?

M. Trudel: Fonds de pension? Fonds de pension?

M. Chevette: Le fonds de pension, c'est quoi? Le fonds de pension, ça représente combien? Plan et fonds de pension?

Le Président (M. Philibert): M. le député de Joliette.

M. Chevette: Oui. Le plein fonds de pension, ça représente combien, madame?

Mme Robillard: Alors, on n'a pas l'information sur le fonds de pension. On va vous revenir demain sur...

M. Chevette: Donc, un deuxième téléphone à l'Exécutif.

Le Président (M. Philibert): On y reviendra.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Robillard: M. le Président, est-ce qu'il y a d'autres questions?

Le Président (M. Philibert): Est-ce qu'il y a d'autres questions?

Mme Robillard: À part du fonds de pension, parce qu'on va...

Une voix: Est-ce qu'on peut demander le fonds de pension du député de Joliette?

Le Président (M. Philibert): Est-ce que...

M. Chevette: Je vais vous le donner, moi.

Le Président (M. Philibert): À l'ordre, à l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! Est-ce que ça termine l'étude de...
(21 h 20)

M. Chevette: J'ai le droit de poser ça comme question.

Mme Robillard: C'est parce qu'il a posé quatre questions, tantôt.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Joliette.

M. Chevette: Écoutez...

Mme Robillard: Il a posé quatre questions sur le sujet.

M. Chevette: ...on a demandé: fonds de pension, avantages, prime de séparation. Ça peut être trois choses distinctes, ça. Pour la prime de séparation, il se peut que des catégories d'employés n'aient pas de prime de séparation. Ça, je n'en doute pas, je prends la parole de madame. Mais, dans des contrats, lorsque quelqu'un quitte le réseau en y gardant un lien — c'est pour ça que j'ai fait une boutade tantôt: Il n'est jamais sorti de Giffard, précisément parce que je savais qu'il restait en engagement, en congé sans solde — il peut y avoir versement du fonds de pension. Ça peut être 5 %, ça peut être 10 %. J'ignore le montant. Moi, ce que je veux savoir, c'est combien en fonds de pension ou avantages d'autre nature négociés par contrat. Ça représente combien? Donc, demandez à l'Exécutif de vous faire le bilan des avantages.

Le Président (M. Philibert): Alors, la question est bien comprise. Est-ce qu'on a terminé? Oui? M. le député de Nelligan.

**Coût des actes médicaux
hors du Québec**

M. Williams: Une dernière question d'information. Je voudrais savoir si nous avons eu une augmentation des dépenses pour des actes médicaux hors du Québec. Quelles mesures prenez-vous pour contrôler ces coûts, Mme la ministre ou quelles mesures la RAMQ prend pour contrôler ça?

Mme Robillard: M. le Président, M. St-Pierre, de la RAMQ, va nous répondre.

Le Président (M. Philibert): Alors, M. St-Pierre.

M. St-Pierre (Marc): M. le Président, au niveau des services hors Québec, je peux vous mentionner, d'abord — parce qu'il faut distinguer entre assurance-maladie et assurance-hospitalisation — qu'en assurance-maladie, il y a eu une diminution importante de 1992-1993 à 1993-1994, puisqu'on est passé de 16 800 000 \$ à 8 900 000 \$. Donc, une économie de 13 800 000 \$.

M. Williams: C'est une économie assez substantielle.

M. St-Pierre (Marc): Oui.

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Philibert): Alors, si je comprends bien, on a épuisé la discussion sur le programme 1, Régime d'assurance-maladie. Nous allons faire une pause très, très courte pour revenir immédiatement après à Santé et Services sociaux, programme 3, Services des centres hospitaliers. Alors, je suspends les travaux pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 21 h 23)

(Reprise à 21 h 32)

Le Président (M. Philibert): La commission reprend ses travaux. Nous sommes au programme 3 du ministère de la Santé et des Services sociaux, Services des centres hospitaliers. M. le député de Joliette.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Services des centres hospitaliers

M. Chevette: Je vous remercie, M. le Président. Tout d'abord, je voudrais remercier mon collègue de me donner quelques minutes pour questionner un peu. Avec les compressions — si on peut appeler ça des compressions — budgétaires dans les centres hospitaliers, les centres conventionnés ou les régies, on sait qu'il y aura un manque à gagner de l'ordre, me dit-on, de 157 000 000 \$, dépendamment des montants dont on parle, ou de 250 000 000 \$, avec une remise potentielle, de la part du ministre, dans le réseau pour certains types d'activités.

Répartition régionale des compressions budgétaires

Moi, je voudrais savoir, en mots simples, si les compressions exigées dans chacune des régions se situent à un même plancher de base. Je demande un effort, supposons, de 3 000 000 \$, cette année, dans Laurentides, je ne sais pas, moi, 90 000 000 \$ à Montréal, 40 000 000 \$ à Québec. Est-ce que c'est un même plancher de base, oui ou non?

Mme Robillard: M. le Président, la demande qui a été faite à l'ensemble des régies régionales d'effort pour mettre un frein à la croissance des dépenses n'est pas la même d'une régie à l'autre. Nous avons tenté d'appliquer une formule d'équité interrégionale basée sur un per capita pondéré. Si on avait appliqué la formule de façon stricte, on aurait eu un choc très important dans

certaines régions du Québec. De concert avec l'ensemble des régies, à l'exception de celle de Lanaudière, il y a eu un accord de principe sur la méthode d'équité interrégionale. Mais pour vous donner le détail de cette méthode, M. le Président, je vais demander au sous-ministre adjoint à la planification et à l'évaluation, M. Caron, de nous l'expliquer le plus simplement possible.

Le Président (M. Philibert): M. Caron.

M. Caron (Simon): M. le Président, en fait, la méthode, ce qu'elle vise, c'est à réduire les écarts sur trois plans: réduire les écarts de santé et de bien-être qui existent dans la population; réduire les écarts entre certains services dans des régions données; réduire les écarts entre la répartition des ressources dans les différentes régions du Québec. Le principe, dans le fond, qu'on a essayé d'appliquer par rapport aux compressions budgétaires, c'est le même principe par rapport à l'allocation des ressources. On a travaillé, depuis un certain nombre d'années, à développer une approche plus en fonction des besoins de la population; non pas allouer les ressources en fonction des producteurs, mais davantage en fonction de la population, des caractéristiques de cette population. C'est essentiellement ça, M. le Président, qui a été utilisé.

Ce qu'on a essayé de faire, c'est établir un niveau de richesse relatif des ressources entre les différentes régions du Québec — c'est ça, essentiellement, qui a été fait — et établir un per capita pondéré. Comment on a appliqué ce per capita? Ce qu'on a pris, M. le Président, c'est les dépenses effectives dans chacune des régions du Québec et on a pondéré ces dépenses en fonction de certains écarts de production. On a établi un per capita par rapport à une population donnée. Donc, on a établi les dépenses divisées par une population. Cette population, on l'a également pondérée par rapport à des indices de besoins. C'est essentiellement cette formule qui a été appliquée par rapport aux compressions budgétaires. Ça a été la première étape du processus auquel on vient de faire référence.

M. Chevette: Mais, quand vous dites, Mme la ministre, sauf Lanaudière, ça veut dire quoi?

Mme Robillard: Lanaudière aurait préféré qu'on applique la formule pure d'équité interrégionale. On vise à appliquer cette formule pure de façon graduelle et non pas de façon brusque, la première année. Si nous l'avions appliquée cette année de façon brusque, ça veut dire, par exemple, qu'une région comme le Grand Montréal métropolitain aurait atteint, lors de ces compressions budgétaires, un niveau presque impossible sur l'espace d'un an. À l'inverse, Lanaudière, une région qui est en manque de ressources, c'est très clair que cette région-là voulait, elle, l'application pure de la méthode en tant que telle. Mais je vous rappellerai qu'il n'y a pas seulement Lanaudière; c'est les régions en périphérie de Montréal, surtout, Laurentides, Lanaudière, Laval, Montérégie sont

dans une situation comparable. Elles sont donc dans une situation difficile par rapport aux ressources. Il est clair qu'on n'a pas pu l'utiliser de façon brusque, la méthode d'équité, sur les compressions. Mais on a voulu appliquer cette méthode-là aux réallocations — donc, on a dégagé 25 000 000 \$, comme vous le savez, qui sont demandés comme effort au réseau, mais qu'on va réallouer — et la réallocation, elle, sera basée sur la méthode d'équité interrégionale complète.

M. Chevette: Mais on ne tient pas compte, dans l'analyse que vous faites, des efforts antérieurs faits par les établissements. Il y a des centres hospitaliers qui, depuis 1980, font des efforts de redressement. Il y en a d'autres qui n'en ont pas fait, d'efforts de redressement, puis je m'en souviens assez bien parce que j'ai été ministre de la Santé, en 1984, moi. Il y en a qui entraînaient des plans de redressement de 2 000 000 \$, puis de 3 000 000 \$ — vous le savez très, très bien, ça — au niveau des établissements, puis qui ont été absous par des changements politiques. Aujourd'hui, on ne leur demande pas plus de compressions; on redemande un effort global général.

Si je prends Lanaudière, en particulier, c'est la région qui, au niveau santé physique, est la dernière de toutes les régions. C'est reconnu par l'APCHQ, c'est reconnu par le ministère et c'est reconnu à peu près par tout ce qui bouge en santé. En leur demandant un effort additionnel... Je prends l'exemple du CHRDL, qui fait des efforts depuis 1980 à cause de la fusion du centre d'accueil Saint-Eusèbe avec le CHRDL. Après avoir fait ses devoirs depuis 1980, à cause d'une fusion qu'on lui a imposée et après avoir fait tout le cheminement avec le ministère, il se voit imposer, par exemple, sur 3 000 000 \$, 1 800 000 \$ de compressions. Comment voulez-vous que ça ne se reflète pas par autre chose que la mise à pied d'individus, alors que, dans un mémoire qu'il soumettait à la Régie, le CHRDL parle même de l'urgence capitale de ne pas toucher à des unités de soins parce qu'ils sont en péril, ils sont en danger? Eux qui ont fait leurs devoirs depuis 1980, ils se voient, malgré un manque à gagner épouvantable par rapport à la moyenne nationale, dans une situation encore de compressions budgétaires en 1994. Vous ne trouvez pas que c'est exagéré une «bit»?

(21 h 40)

Le Président (M. Philibert): M. Caron.

M. Caron (Simon): M. le Président, il y a deux éléments à la réponse. Le premier élément: quand on tient compte, je dirais, du per capita pondéré dans une région donnée, on tient compte de l'ensemble des dépenses par rapport à une population donnée. En cela, on tient nécessairement compte des efforts qui ont été faits. On prend, en d'autres mots, des données objectives: les dépenses d'une région donnée par rapport à une population donnée, essentiellement. Donc, la dimension historique, elle est prise en compte. Deuxième point, si vous

faites référence, par ailleurs, à un centre hospitalier en particulier, l'approche, ici, c'est une approche qui a voulu responsabiliser chacune des régions, qui a établi, dans le fond, à partir d'un niveau de richesse relatif, un quantum pour chacune des régions. Les régions ont été mandatées pour voir comment elles peuvent appliquer ce quantum aux différents établissements. C'est une décision qui appartient à la région pour ce qui est des établissements, du pourcentage qui va être appliqué.

M. Chevette: Mais c'est un plan triennal que vous avez déposé au point de vue compressions.

Mme Robillard: Oui, M. le Président, c'est une approche triennale que nous avons utilisée, parce que nous sommes tout à fait conscients qu'il y a des mesures qui peuvent être mises en place cette année, dont les effets se feront sentir dans les années ultérieures. Encore une fois, la demande d'effort qui est faite a été appliquée sur une base d'équité interrégionale, mais on demande aux régies de faire le même exercice à l'intérieur de leurs régions, non pas de prendre le montant des compressions et de l'appliquer de façon paramétrique.

M. Chevette: Non, je comprends. Mais, si c'est 3 000 000 \$, cette année... Vous allez chercher, dans la région de Lanaudière, 14 000 000 \$, je crois, sur trois ans, alors qu'il y a un phénomène de rétention de plus en plus fort, par exemple, de nos bénéficiaires. Je prends un exemple: le CHRDL est à plus de 70 % de rétention de ses bénéficiaires, présentement, par rapport à d'autres centres hospitaliers, comme Saint-Eustache, Le Gardeur, ce qui entoure Montréal. Montréal drainait beaucoup de clientèle de Joliette. C'est le contraire qui se produit au centre hospitalier. Puis, comme c'est le seul gros établissement du coin, on demande un effort de 1 800 000 \$ cette année, probablement 3 000 000 \$ l'an prochain, probablement 3 500 000 \$ l'année subséquente, et vous avez un centre hospitalier qui s'en va de plus en plus vers une rétention de ses bénéficiaires.

Ça n'a ni queue ni tête dans la logique. Vous avez un centre hospitalier régional qui retient ses bénéficiaires chez lui, qui les traite, et ils vont de moins en moins à Montréal. Donc, Montréal est libérée d'une clientèle extraordinaire, et la compression se fait sur celui qui fait des efforts de rétention, qui réussit à garder ses bénéficiaires. Il manque des bebelles dans votre analyse pour être cohérents et être logiques par rapport à ce qui se passe sur le terrain. Ça n'a ni queue ni tête. Le Gardeur sera coupé de 35 000 \$. C'est moins qu'un centre d'accueil, pour votre information. Puis, le CHRDL, qui retient plus par rapport à Le Gardeur qui, lui, se vide au détriment de Montréal, par rapport à Saint-Eustache qui se vide au détriment de Montréal ou de la Cité de la santé de Laval, le seul centre hospitalier qui a de la rétention valable dans le milieu est pénalisé. Ça n'a ni queue ni tête!

Mme Robillard: D'abord, M. le Président, je pense que ce qu'il est important de préciser, c'est que la méthode de répartition des compressions budgétaires qui est appliquée cette année a été décidée pour seulement un an. Donc, il n'y a pas une demande, avec un quantum fixe, de compressions budgétaires pour la Régie de Lanaudière pour les trois prochaines années, parce que cette méthode-là a été jugée perfectible dans l'année qui vient. Il se pourrait bien que la répartition des compressions, l'année prochaine, soit différente de celle des quantums utilisés cette année. Ça, c'est clair. C'est un choix qui a été fait, et la méthode qui a été appliquée, le pourcentage, est seulement pour la première année du plan. On va réviser la méthode, on va la perfectionner cette année et on verra ce que ça donnera pour les régions telles que Lanaudière, l'an prochain.

Le deuxième élément: si le député de Joliette apporte des exemples à l'extrême, dans sa région, d'efforts de compression qui sont demandés, je pense qu'il faut regarder absolument la démarche qui est suivie par la Régie de Lanaudière, présentement. Je ne connais pas cette démarche, au moment où on se parle...

M. Chevette: Je la connais, moi. C'est pour ça que je vous en parle.

Mme Robillard: Elle doit me faire rapport pour le 13 mai et elle doit cibler ses compressions. Je suis assurée que les intervenants du milieu vont agir ou réagir par rapport aux demandes de la Régie, si elles ne sont pas raisonnables.

M. Chevette: Mais, me considérant comme un intervenant du milieu, ayant une certaine responsabilité dans mon milieu et connaissant les compressions présentées par la Régie, ce n'est pas pour rien que j'interviens auprès de vous, madame. Moi, je trouve tout à fait aberrant, pour un centre hospitalier régional qui a fait des efforts, qui a fait ses devoirs, à qui on a demandé des compressions épouvantables depuis des temps et des temps, que le gouvernement ne s'enlignasse pas. Plutôt que de chercher des moyennes pondérées, qu'il parte de la moyenne nationale et qu'il dise: Ceux qui sont en deçà de la moyenne nationale, ils ne sont pas en période de compression; ils sont en période de rattrapage. Ce serait beaucoup plus cohérent, beaucoup plus juste, pour ce qui est des citoyens qui paient les mêmes impôts, que ce soit dans Lanaudière, à Montréal ou à Québec, qu'ils se voient, dans une période de redressement et d'équilibre, enclenchés dans un processus de rattrapage et non pas de compressions. Moi, je trouve ça tout à fait incorrect vis-à-vis nos populations. Je pense que c'est le devoir des députés des régions, comme nous, de défendre nos régions qui sont en deçà et bien en deçà de la moyenne nationale.

Au niveau de la santé et des services sociaux, Mme Robillard, dans nos milieux, c'est 220 000 000 \$ de manque à gagner avant d'atteindre la moyenne nationale; au niveau de votre ministère, Lanaudière est à

220 000 000 \$ de manque à gagner pour atteindre la moyenne nationale. On est soumis à une compression de 3 000 000 \$ et je ne parle que de la santé. C'est bien sûr qu'il y a l'explosion démographique, et vous avez raison de parler de la ceinture de Montréal. Avec l'explosion démographique, en services sociaux, c'est la même mousus d'affaire. On est en manque à gagner à tous les points de vue: au niveau de la jeunesse, au niveau des travailleurs sociaux, à tous les niveaux, au niveau du social également. À plus forte raison au niveau de la santé, quand il y a un effort, qu'on se rend compte que le pourcentage de rétention des bénéficiaires augmente et qu'on coupe en plus. On fait des compressions, alors qu'on n'est même pas à la moyenne nationale.

Il me semble que ça ne prend pas des génies pour s'asseoir une couple d'heures, penser à ça et dire: Écoute, dans ces régions qui sont bien en deçà de la moyenne nationale, est-ce qu'on pourrait, un petit peu, se parler? Ceux-là, on ne leur touche pas. Ceux qui sont bien au-delà de la moyenne nationale, on va les plafonner et on va permettre aux autres de progresser, lentement. Je comprends qu'on ne peut pas y aller d'un seul coup; 220 000 000 \$, vous ne les trouverez pas. Je ne suis pas utopique quand je vous parle, mais il me semble qu'on pourrait sentir une volonté politique de voir progresser les derniers dans la course, au lieu de voir imposer des compressions de l'ordre de 1 000 000 \$ ou 2 000 000 \$ par année.

On s'en va vers des coupures de postes encore, vers des mises à pied. Quand on lit, dans un mémoire du centre hospitalier, que des unités de soins sont en péril, moi, je vous avoue que ça m'inquiète énormément. Ce n'est pas moi qui l'écris. Je ne les ai pas vus avant qu'ils l'écrivent et je ne leur ai pas demandé d'écrire ça. Une situation de crise dans plusieurs unités de soins. Le ratio des effectifs dans les unités de soins au CHRDL se situe en deçà de ce qu'on retrouve généralement dans les autres centres hospitaliers. On a des chiffres, on a tout à l'appui. Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen de dire que, comme on paie les mêmes impôts qu'ailleurs, on pourrait avoir au moins une tendance vers la hausse au lieu d'une tendance vers la baisse?

Mme Robillard: M. le Président...

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre.

Mme Robillard: ...dans le vaste réseau de la santé et des services sociaux, on essaie toujours d'avoir l'approche la plus consensuelle possible. Vous savez que, depuis la réforme de la santé et des services sociaux, les régions sont devenues des partenaires privilégiées du ministère, d'autant plus que, par l'approche de régionalisation que nous avons maintenant, elles ont des responsabilités au niveau de l'organisation de leurs services, de la planification et de l'allocation des ressources. (21 h 50)

Donc, quand nous avons discuté avec les régies pour appliquer une méthode d'équité interrégionale,

nous avons un modèle sur la table, qui nous amenait à appliquer un modèle pur d'équité interrégionale. C'étaient les travaux du ministère qui nous amenaient à proposer ce modèle-là aux régies. C'est les régies elles-mêmes qui nous ont demandé que, pour la première année, nous apportions certaines nuances pour faire une transition un peu plus douce, je dirais, pour certaines régions du Québec. C'est vrai que Lanaudière est en manque; c'est vrai que la Montérégie est en manque et d'autres régions périphériques. Mais c'est aussi vrai, par rapport à une grande région comme Montréal ou à la région de Québec, qu'on ne peut pas appliquer de façon brusque un montant de compressions, surtout quand on vise à ne pas toucher les services. C'est les régies qui nous ont demandé de nuancer, de pondérer davantage la méthode qui était sur la table, et c'est de concert avec elles qu'on l'a fait.

C'est pourquoi on arrive présentement à des demandes, quand même, fort importantes. Quand on regarde la région de Montréal, présentement, c'est une demande de compressions d'au-delà de 60 000 000 \$ qui est faite à la région de Montréal, malgré le pourcentage d'autosuffisance, qui est en train d'augmenter, des services et de rétention de la clientèle. Alors, on ne pouvait pas appliquer cette méthode-là — c'est les régies elles-mêmes qui nous ont convaincus — de façon brusque dès la première année. C'est pourquoi on a cette méthode, qui est tout à fait pondérée dans la demande, étant donné l'état des ressources de chacune des régions.

Je ne sais pas si M. Caron aurait...

M. Caron (Simon): Tout à fait.

Le Président (M. Philibert): M. Caron.

M. Caron (Simon): Essentiellement, M. le Président — et, à mon avis, c'est extrêmement important — si on avait appliqué la méthode de façon pure la première année, c'est les régions extrêmement éloignées qui se trouvaient également pénalisées par rapport à ça. C'est pour ça qu'il y a eu trois étapes: une première étape, l'application pure et dure; une deuxième étape, qui a été l'introduction d'un plancher, d'un plafond pour venir pondérer certains résultats; et une troisième étape où on a travaillé avec les régions pour faire en sorte d'entrer un facteur de péréquation. Le facteur, dans le fond... Pour un montant théorique de 100 000 000 \$, c'est 2 000 000 \$ qu'on a introduits, 2 000 000 \$ qui ont servi essentiellement aux régions éloignées, où, effectivement, les régions, par exemple, périphériques de Montréal ont contribué un petit peu plus. Mais, quand on regarde, en termes de résultat global, l'ensemble de cette opération-là, les régions entourant Montréal, là-dessus, par rapport à la moyenne nationale, contribuent 30 % de moins; les régions universitaires contribuent là-dessus au moins 40 % de plus. Ça, c'est Québec, Montréal. Ça, dans le fond, je pense qu'il faut le voir.

Deuxième point, je pense, qui est important: quand on pense à la courte durée, santé physique et santé mentale, quand on parle des clientèles, on a tenu compte, M. le Président, du facteur mobilité. Donc, les clientèles qui provenaient d'autres régions ont été affectées à la région qui a desservi ces clientèles-là, si bien que, pour les régions qui ont pu avoir l'approche de desservir leurs clientèles, on a tenu compte de ce facteur-là, autant pour la courte durée que pour la longue durée.

Dernier point: c'est certain que c'est la première fois que cette opération-là était appliquée, en termes de compressions budgétaires. C'est certain qu'il y a d'autres travaux là-dessus qu'il faut poursuivre. Pour cette année, c'était le maximum qu'on pouvait faire, mais il y a des travaux qu'on va poursuivre, pour que, l'an 2, on puisse tenir compte encore davantage de l'indice des besoins, des coûts de production, puis de l'autosuffisance régionale et interrégionale. Là-dessus, il y a des travaux qui se poursuivent de façon intensive par rapport à ça.

Ce que je peux vous dire, c'est que c'est inscrit directement dans le sens de la réforme où on voulait une allocation en fonction de la population, des caractéristiques de la population et des besoins d'une population vivant sur le territoire. Ça, c'est vrai. Deuxième chose, c'est qu'en termes de réduction des écarts sur les territoires, avec un exercice de 100 000 000 \$, de 1,17 %, on réduisait d'au-delà de 2 % les écarts. Ce que je peux vous dire, c'est qu'on faisait quand même un pas, et un pas réel, dans le sens de l'équité. Qui profitait de ça? C'étaient, notamment, les régions périphériques de Montréal.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Joliette.

M. Chevette: Oui. Je pense qu'il y a un consensus, pour répondre à madame. S'il y a un consensus au niveau des régies, il y a un consensus au niveau de la population: quand tu paies les mêmes impôts, tu as droit aux mêmes services ou à la même qualité de services aussi. Donc, moi, vous ne me ferez pas pleurer, personne, en me disant qu'on a fait un petit consensus, entre nous, aux régies, pour arriver à diminuer un peu l'impact. Je m'excuse, mais, quand des régions sont fortement touchées — vous le savez, vous le publicisez; vous autres mêmes, vous publicisez les chiffres d'un manque à gagner — on ne les inscrit pas dans un plan de compressions, on les inscrit dans un plan de rattrapage. Et ça, ça a fait l'objet...

Je vais vous en donner un autre consensus qui va peut-être vous montrer qu'il y a du monde qui bouge. Le Conseil de développement économique régional, ça regroupe toutes les forces vives du milieu et pas seulement de la santé. La seule motion qui est passée, quand vous avez demandé vos priorités dans toutes les régies... La première priorité qui a été votée dans tout le Conseil de développement économique régional — groupant le

scolaire, le municipal, le communautaire — ça a été un plan de rattrapage au niveau de la santé, pour vous montrer qu'il y a une cohérence dans le milieu. Donc, qu'on arrête d'atténuer en disant: Les régies...

Les régies nous ont présenté des portraits de santé. Elles nous ont quasiment fait pleurer sur le manque à gagner qu'on avait dans notre région. Elles nous ont demandé de les supporter auprès de vous. Après ça, elles sont allées vous têter les oreilles pour négocier un système de compressions pas trop fortes. Moi, me battre à coups de mouchoir, je ne suis pas dans ce camp-là! C'est correct? Je me bats ou je ne me bats pas. On a assez d'arguments dans Lanaudière, ils en ont suffisamment en Montérégie, en passant, dans votre région à vous, pour penser que le gouvernement, quel qu'il soit, offre d'abord des plans de rattrapage et non pas des plans de compressions budgétaires.

Parce que, si je retiens plus mes bénéficiaires chez nous, Mme la ministre, il y en a moins à Montréal. Quand on se bat pour mettre l'Hôtel-Dieu sur des roulettes ou bien pour en bâtir un à Rivière-des-Prairies, dans le même Montréal qui voit de moins en moins d'individus y aller parce qu'on a de plus en plus de rétention dans nos milieux, il y a quelque chose qui ne marche pas quelque part. Il y a du monde qui ne comprend pas, quelque part, ce que c'est qu'une société, ce que c'est qu'un gouvernement et ce que c'est que la distribution dans la qualité des services et dans l'équité des services.

Moi, je ne marche plus avec ça. Je m'en fous et je le dirais quand bien même il y en aurait de mon parti qui seraient contre ça. Parce que la logique, c'est ça. Le monde paie les mêmes impôts, il fait des efforts dans son milieu, et on se voit soumis à un plan de compressions, alors qu'on devrait avoir un plan de rattrapage, si minime soit-il. Et il faut donner une orientation que le gouvernement ne s'en va pas au niveau des compressions, mais qu'il s'en va au niveau des rattrapages, là où un état de pauvreté est constaté. C'est là que je ne marche pas, et je ne comprends pas qu'on n'ait pas pris cette orientation-là.

Vous allez recevoir toutes les résolutions du CRD, qui vous montrent tout ça, et on est bien à l'aise. La Régie nous a même demandé, à nous autres, d'aller l'appuyer dans une lutte pour avoir un plan de rattrapage au lieu d'avoir un plan de compressions. Ils ont convoqué les députés, les préfets; ils nous ont montré des beaux tableaux. Après ça, ça négocie en catimini des plans de compressions. Je ne marche pas, même pas avec la Régie, chez nous. Je m'en fous. Ce n'est pas ça qui est la logique.

Le Président (M. Philibert): Vous avez terminé, M. le député de Joliette?

M. Chevette: Oui, mais j'aurais le goût d'en parler longtemps.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Nelligan, vous avez la parole.

M. Williams: Merci, M. le Président. Le discours est fini. Je voudrais retourner à l'étude des crédits.

M. Chevette: Ce n'est pas un discours; c'est une opinion.

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

M. Chevette: Je ne juge pas vos interventions, vous.

Le Président (M. Philibert): À l'ordre! M. le député de Nelligan, vous avez la parole.

Regroupement de cinq hôpitaux anglophones de Montréal

M. Williams: Nous sommes en train d'étudier le programme 3, Services des centres hospitaliers. J'ai une question spécifique sur le regroupement de cinq hôpitaux qui donnent des services à une population assez importante du Québec, parce qu'il y a plusieurs façons de rendre les services accessibles à tout le monde. Je voudrais discuter... et je sais que vous êtes au courant que les hôpitaux de McGill ont proposé unanimement — et je vais nommer les hôpitaux: Hôpital général de Montréal, hôpital Royal Victoria, hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital neurologique de Montréal et Centre hospitalier thoracique de Montréal — un regroupement afin de créer le centre hospitalier de l'Université McGill. Ils ont décidé de faire ça pour plusieurs raisons. Ils veulent avoir un meilleur système de santé et de services sociaux. Ils veulent seulement rendre les services plus accessibles à tous les Québécois. Malgré qu'ils sont situés à Montréal, ils donnent des services à tous les citoyens du Québec. (22 heures)

J'ai trouvé le projet tellement intéressant, et je vais juste mentionner quelques chiffres. Ils sont prêts à réduire le nombre de lits, je pense, d'environ 400, de 1500 jusqu'à 1100, environ. Aussi, selon eux, le budget annuel du nouveau centre pourrait être de 10 % de moins que les budgets annuels des cinq centres hospitaliers s'ils ne sont pas fusionnés ensemble. J'ai trouvé le principe et l'esprit de ce nouveau regroupement tellement intéressants pour la question de l'accessibilité des services, mais aussi pour notre but de «Vivre selon nos moyens».

Je voudrais savoir, Mme la ministre, c'est quoi, les actions que nous avons prises au ministère sur cette initiative des hôpitaux de McGill. Aussi, dans les crédits proposés pour 1994-1995, avez-vous mis les actions pour l'année prochaine?

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre.

Mme Robillard: Oui, M. le Président. La question du député de Nelligan se...

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président.

Mme Robillard: ...située aussi dans le cadre de la détermination des centres hospitaliers universitaires du Grand Montréal, y compris le secteur francophone, le secteur anglophone, et, aussi, de la région de Québec, étant donné qu'à Sherbrooke on a déjà désigné le centre hospitalier universitaire. Il y a deux opérations qui sont menées, présentement, à Montréal — une, du côté anglophone; une, du côté francophone — et qui sont rendues à des étapes différentes. Alors, comme on le sait, du côté anglophone, il y a eu toute une démarche qui a été faite, je dirais, sous le leadership de la Faculté de médecine de McGill, qui en a vraiment été le maître d'œuvre et qui est arrivée à la proposition de créer un centre hospitalier universitaire de soins tertiaires en regroupant sur un même site non seulement les hôpitaux, mais aussi la Faculté de médecine, avec comme résultat même une diminution des lits de courte durée.

Je dirais que c'est une opération qui a demandé beaucoup d'efforts au niveau de la communauté pour la concertation. Parce qu'on se rappellera que chacun des conseils d'administration de ces centres-là a voté en faveur de la proposition sur la table. Souvent, on peut imaginer que, dans le milieu anglophone, à Montréal, tous et chacun, dans les établissements, ont la même orientation. Mais ce n'est pas vrai, M. le Président. Quand on se promène dans les centres hospitaliers anglophones, tout autant que dans les centres hospitaliers francophones, chacun a sa dynamique propre. Chacun a sa culture, a ses façons de faire. Donc, il y a eu beaucoup, beaucoup de travail qui a été fait pour arriver à une grande concertation et, finalement, pour arriver, presque à l'unanimité, à déposer un projet dont les coûts sont, par ailleurs, importants.

Ce projet-là a donc été entériné, autant par l'Université que par les cinq centres hospitaliers concernés via leurs conseils d'administration. Maintenant, il doit faire l'objet d'une analyse, je dirais, financière ou d'une analyse de faisabilité financière très serrée, et de la part de la Régie de Montréal et de la part du ministère. Ça, c'est très clair. Le concept peut paraître très intéressant pour un centre de l'an 2000, mais il faut bien regarder toute l'analyse de la faisabilité financière, étant donné aussi que ça veut dire que les centres actuels sont orientés vers de nouvelles vocations qu'on regroupe au sein d'un même centre.

Donc, je pense que l'idée qui est sur la table est fort intéressante. Elle mérite d'être analysée, mais on doit aller plus loin dans l'analyse détaillée au plan financier pour avoir les garanties qui nous sont indiquées, d'ailleurs, dans le rapport au niveau des impacts financiers. Alors, à l'heure actuelle, la Régie régionale, avec le ministère sont en train de regarder et d'analyser la proposition qui est sur la table.

Du côté francophone, c'est une autre démarche qui est en cours, présentement. On n'est pas encore arrivé à l'étape finale du dossier, parce que le comité directeur, du côté francophone, ne s'est pas encore

prononcé. Ils ont seulement reçu le rapport de la firme de consultants. Le comité directeur est en train de l'examiner et doit arriver aussi à des propositions sous peu.

C'est dans ce cadre de la réorganisation, dans le fond, des centres hospitaliers universitaires pour le Grand Montréal que le ministère et le gouvernement devront prendre leurs décisions. Mais, s'il y a une chose qui est claire, c'est qu'on est arrivés à l'heure des choix. On ne pourra plus se permettre de ne pas avoir un réseau de centres hospitaliers universitaires. Souvent, dans la santé, on parle de réseau, mais ce n'est pas toujours le cas. Chacun de ces hôpitaux s'est développé comme s'il était seul au monde; il ne s'est pas développé en réseau. Là, on arrive à l'heure des choix. Si on veut continuer à avoir des services de qualité, je dirais, qui répondent aux besoins de l'an 2000, avec toute la technologie que ça suppose et, en même temps, regrouper les forces au niveau de l'enseignement et de la recherche, on va devoir faire des choix qui ne seront pas toujours faciles pour la grande région de Montréal, mais on se doit de les faire aussi pour la population.

M. Trudel: Mme la ministre...

Le Président (M. Philibert): M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Trudel: ...sur le même sujet, puisque c'est extrêmement important. Ça nous a coûté 500 000 \$, au CGO, réseau anglophone, à Montréal, pour faire l'étude. Puis, le ministère en a payé 250 000 \$, sauf erreur.

Mme Robillard: Oui. Je pense que oui.

M. Trudel: En tout cas, ma question n'est pas sur les chiffres en soi. On a dû consacrer un montant extrêmement important, aussi, pour l'étude CGO toujours, réseau francophone, à Montréal. On pourrait ajouter, à ce chapitre, mais ce n'est pas l'objet, CGO toujours, Québec. Je veux dire, ça va devenir des grands spécialistes. Ils vont remplacer le ministère, en termes de planification, tantôt. Je veux dire, CGO, c'est extraordinaire, ce qu'ils font dans cette boîte-là. Il doit y avoir des spécialistes. Puis, je vais vous dire une affaire: À la vitesse où ils pondent des super-hôpitaux, ça va nous coûter cher tantôt.

Mais, Mme la ministre, la question est la suivante: Vous ne pensez pas que le ministère et la Régie régionale Montréal-Centre devraient, maintenant, prendre l'initiative de réaliser une planification en matière de réseau d'hôpitaux universitaires pour la région de Montréal? Est-ce que vous pensez que nous devrions sortir d'un réseau «anglo» et d'un réseau «franco», de mon super-hôpital «franco», de mon super-hôpital «anglo» et que nous devrions plutôt regarder... Écoutez, la société québécoise est une société avec ses couleurs, ses caractéristiques et sa population. Les caractéristiques de la région métropolitaine sont bien identifiées.

Est-ce que vous ne pensez pas qu'il serait dans l'ordre d'arrêter de traiter ça à la pièce et d'examiner maintenant, de planifier nos services nationaux, en particulier sur l'île de Montréal, je dirais, sans égard à l'affiliation universitaire, puisqu'on fait ça d'abord pour la population et pour la formation de nos personnels, de nos professionnels, de nos spécialistes? Au lieu d'aller en parallèle, est-ce qu'on ne devrait pas avoir une analyse macro pour l'ensemble du système, Montréal s'entend, parce qu'il y a très nettement — tout le monde le reconnaît — à des degrés divers, des responsabilités nationales qui se vivent et qui s'articulent sur l'île de Montréal?

Mme Robillard: Alors, M. le Président...

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre.

Mme Robillard: ...je pense qu'il faut regarder la réalité montréalaise en tant que telle et regarder que chacune des communautés, de façon historique, a aussi eu la maîtrise de ses institutions. Je pense qu'il y a là une valeur importante, chez nous: on reconnaît à la communauté anglophone d'avoir et de gérer ses propres institutions, tant dans le domaine de la santé et des services sociaux que dans le domaine de l'éducation, d'ailleurs. Alors, ça, c'est une valeur, a priori, qu'on ne remet pas en question. En tout cas, le gouvernement actuel ne la remet pas. C'est une donnée de base qui est là et une valeur qu'on tient à respecter.

Deuxièmement, il ne faut pas oublier que, quand on parle de regroupement de centres hospitaliers universitaires, on ne parle pas strictement de centres qui rendent des services à la population. C'est des centres qui ont une vocation universitaire. Donc, tout l'élément de l'enseignement et de la recherche est aussi important. Là encore, dans la région de Montréal, nous avons deux facultés de médecine importantes, celle de McGill et celle de l'Université de Montréal. Les professeurs chercheurs gravitent autour de ces deux entités, au niveau de la région de Montréal. C'est dans ce contexte-là que la planification, non seulement des services, mais de tout le domaine de l'enseignement et de la recherche universitaires, doit se faire, en regardant la dynamique et comment ça se passe.

Maintenant, il est tout à fait normal que les deux communautés arrivent avec des suggestions différentes. Les communautés sont différentes en tant que telles au niveau de leur organisation. C'est ce pourquoi il y a deux modèles qui se dessinent. Il y en a un du côté anglophone, où c'est un regroupement complet, y compris la Faculté de médecine.

M. Trudel: Est-ce que vous entendez, Mme la ministre, traiter les deux questions de façon parallèle, séparée: la question du modèle proposé par la communauté anglophone et le modèle proposé par la communauté francophone? Est-ce que vous entendez traiter ça de façon séparée?

(22 h 10)

Mme Robillard: J'entends regarder l'ensemble du Grand Montréal.

M. Trudel: Et la prise de décision sera apparentée, sera...

Mme Robillard: Sur l'ensemble.

M. Trudel: Avec l'argumentation que vous développez, c'est un réseau québécois de santé et de services sociaux avec des valeurs dans certaines communautés et l'attachement, dans un certain nombre de communautés, à des établissements. Mais, d'abord — vous venez de le mentionner, et c'est parfaitement exact — au plan de la recherche scientifique, ces distinctions de communautés sont, à toutes fins utiles, inexistantes, puisque, dans le monde scientifique, on va passer au-dessus de ces barrières, les équipes, les regroupements, les chercheurs. D'ailleurs, certains se scandalisent, mais c'est un phénomène. Par exemple, au niveau des publications scientifiques, les chercheurs de Pasteur publient davantage en anglais qu'en français. Pourquoi? Parce que c'est une langue de communication scientifique qui est assez largement reconnue. Je vous donne ça juste comme illustration.

Ce que je veux retenir, Mme la ministre, c'est que le ministère n'aura pas un processus de décision séparé. Il va regarder l'ensemble de ce qui se passe sur l'île de Montréal, en particulier ce qui se passe dans ce qu'il est convenu d'appeler, aujourd'hui — et j'espère, quant à moi, que ça disparaîtra du langage — le réseau «franco» et dans le réseau «anglo».

Mme Robillard: Alors, Mme la Présidente, on regarde chacun des dossiers qui nous sont présentés. C'est toujours deux dossiers, mais les deux se situent dans la grande région de Montréal. Donc, il doit y avoir une vue d'ensemble pour la région de Montréal.

M. Trudel: En termes de processus, ça veut donc dire que la Régie régionale de Montréal va maintenant, je l'imagine, récolter les fruits — ils coûtent assez cher — de CGO, des études qu'ils ont faites et pour la Faculté de médecine de McGill et pour la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, plus la résolution des établissements, dans le cas des cinq hôpitaux anglophones qui ont manifesté un désir de regroupement. La Régie régionale de Montréal va regarder ça dans son ensemble et va vous produire des recommandations?

Mme Robillard: À ce stade-ci, les deux dossiers ne sont pas arrivés à la même étape, comme je vous le disais. Du côté anglophone, l'ensemble des établissements s'est positionné, de même que la Faculté de médecine de l'Université McGill, ce qui n'est pas le cas, encore, du côté francophone. On n'est pas rendu à l'étape où le comité directeur... Comme vous le savez, il y a un comité directeur qui est formé de l'ensemble des

hôpitaux universitaires, plus la Faculté de médecine. Alors, ce comité directeur ne s'est pas encore positionné. Donc, il n'y a pas un dépôt de rapport du comité directeur sur l'orientation à privilégier. Ce que je veux vous dire, c'est que, concernant la désignation des CHU, il est très clair que la loi en fait la responsabilité de la ministre de la Santé et des Services sociaux, mais il est tout à fait normal que la Régie, qui a une mission de planification et d'organisation sur son territoire, regarde les dossiers.

M. Trudel: Tout à fait, et c'est la responsabilité de la ministre de les désigner, mais on a fait inclure, dans la mission des régies, le mot «planification». Alors, je comprends qu'on va s'en servir, que la Régie régionale de Montréal-Centre aura à se prononcer et que c'est de l'intention de la ministre de demander des recommandations sur l'ensemble de ce qui se présente dans ce qu'on appelle actuellement les deux réseaux. Dans le réseau francophone, ce serait à la fin du mois que le comité directeur disposerait du rapport préliminaire de ce réseau. Les établissements l'ont peut-être fait dans le cas du réseau anglophone, mais il y a des sommes extrêmement importantes et il y a des virages absolument majeurs, le moins que l'on puisse dire, là-dedans.

Lanaudière va s'inquiéter lourdement de l'équité interrégionale si nous procédons tel que les demandes, parce qu'il y a comme des feuillards à l'intérieur de ces demandes-là. Évidemment, lorsque la demande va vers l'État, bien, je ne dirais pas que c'est facile, sauf qu'il faut que ce soit intégré dans une perspective d'ensemble, ce développement futur, qui va nous porter au-delà de l'année 2000, mais qui doit intégrer l'ensemble de la région de Montréal et le système québécois de santé et de services sociaux au niveau du médico-hospitalier, dans quelle direction on veut s'en aller. Alors, dans ce sens-là, il faudra, je l'imagine, tenir compte des recommandations de l'organisme qui a les responsabilités pour l'ensemble du réseau, sur l'île de Montréal.

Alors, à ce chapitre-là, Mme la ministre, quant à moi...

La Présidente (Mme Loiselle): Oui. M. le député de Nelligan, sur le même sujet.

M. Williams: Mme la ministre, je suis d'accord que votre responsabilité, que la responsabilité de la Régie de Montréal, c'est de prendre une décision pour l'ensemble de notre réseau, mais est-ce que j'ai bien compris que nous n'allons pas prendre de décisions finales avant que nous n'ayons toutes les données, mais que rien n'empêche chaque projet de continuer ses étapes? Nous sommes loin des décisions finales, c'est des dossiers tellement complexes. Comme le député l'a déjà mentionné, c'est des millions de dollars. Il y a beaucoup de dépenses publiques en arrière de ça, mais rien n'empêche les autres d'avancer à leur propre rythme dans l'évolution des dossiers.

Mme Robillard: Les deux projets cheminent chacun à son rythme, comme vous le dites, et rien n'empêche que chacun des projets chemine. Du côté anglophone, c'est vrai qu'on est loin d'arriver à statuer que c'est faisable, entre guillemets. Donc, l'étude de faisabilité, même au plan financier, il faut regarder ça de très près. Il y a peut-être même une étape importante à faire de ce côté-là. Du côté francophone, non seulement il faut la position du comité directeur à la fin du mois, mais il va falloir aussi le positionnement de chacune des institutions via leurs conseils d'administration, y compris la position de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Donc, chacun des projets poursuit ses étapes.

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la ministre.

M. Trudel: Je retiens de vos observations, Mme la ministre, que vous avez employé le mot «réseau» qui peut et qui doit aussi exister en matière de services hospitaliers. On peut être dans les «super», mais on peut être aussi en «network». On peut être aussi en réseau. Ça existe dans d'autres pays, ça existe dans d'autres sociétés hautement évoluées sur le plan technologique. À cet égard-là, la loi dit bien que c'est, évidemment, de la responsabilité du ministre de désigner, mais est-ce qu'on doit toujours désigner des établissements au complet comme étant universitaires? Est-ce que le tout ou rien... La loi, forcément, emploie le mot «établissement» dans le contexte actuel, mais l'évolution en réseau pourrait nous amener aussi vers d'autres, je dirais, super-conceptions qui ont produit de grandes choses à travers le monde, également, en tenant compte des communautés d'appartenance, des volontés de développement, des gestionnaires qui sont actuellement en position de développement, des personnels, de l'état de progression des effectifs professionnels et de leur capacité dans l'un ou l'autre des réseaux ou des parties qui existent dans les établissements. Je retiens ça également de votre expression, de vos commentaires.

Mme Robillard: Même la loi actuelle, que nous avons votée il y a quelques années seulement, il y a à peine deux ans, permet un tel concept, quand, dans la loi actuelle, on parle de centres hospitaliers universitaires et de centres hospitaliers universitaires affiliés. Quand on parle d'un centre hospitalier affilié, ça veut dire que ce n'est pas l'ensemble de l'hôpital qui est reconnu comme universitaire, mais que c'est un centre d'excellence dans un domaine précis, au niveau de l'enseignement et de la recherche, qui peut être reconnu et qui fait partie du réseau, justement. Donc, c'est vraiment le concept de réseau, mais il faut être très conscient que notre système n'a pas été habitué à fonctionner en réseau. C'est un changement de mentalités et de culture, et on va y aller graduellement dans ce sens-là.

(22 h 20)

Projet d'hôpital dans le nord-est de Montréal

M. Trudel: Ce qui nous amène, Mme la ministre, à poser quelques questions, à l'intérieur de ce réseau, sur ce qui se passe sur l'île de Montréal dans le réseau hospitalier. Le 26 janvier, vous écriviez à la Régie régionale de Montréal-Centre... Pardon, pardon, votre sous-ministre. Comme diraient les philosophes, c'est juste user de l'épikie, c'est-à-dire qu'il aurait fait la même chose que vous s'il avait eu à le faire. Votre sous-ministre demandait à la Régie de Montréal-Centre de vous faire des recommandations suite à la décision du Conseil des ministres qui a approuvé en principe l'implantation d'un centre hospitalier régional de soins de courte durée, d'environ 300 lits, dans le nord-est de Montréal, mais à condition que le fonctionnement de ce centre hospitalier soit financé par le redéploiement des ressources hospitalières existantes.

Le sous-ministre demandait à la Régie régionale l'élaboration d'un programme fonctionnel et technique concernant le nouvel hôpital dans le secteur nord-est de Montréal, en incluant les scénarios réalistes d'autofinancement du budget de fonctionnement à même un redéploiement des ressources. Je me dois d'insister, disait le sous-ministre — très certainement, avec la pleine approbation de sa ministre — sur le fait que ces projets représentent des priorités pour le gouvernement. Par conséquent, je vous invite à faire preuve de diligence.

Est-ce que la Régie régionale de Montréal a obéi aux ordres de M. Boisvert, a agi avec diligence et vous a retourné un plan fonctionnel et technique concernant le nouvel hôpital dans le nord-est, de 300 lits de courte durée, s'entend?

Mme Robillard: M. le Président...

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre.

Mme Robillard: ...la Régie régionale de Montréal agit avec diligence dans ce dossier, et nous nous attendons à recevoir le programme fonctionnel et technique d'ici quelques semaines.

M. Trudel: Est-ce qu'il est toujours de l'intention du gouvernement, tel que le mentionnait le député de LaFontaine, par ailleurs, d'annoncer d'ici le 15 mars — mars, on est passé — d'ici demain, l'emplacement de ce nouvel hôpital dans le nord-est de Montréal, sans avoir eu encore le fruit de la diligence de la Régie régionale de Montréal-Centre?

Mme Robillard: Eh bien, quand on parle du site, M. le Président, il y a un autre interlocuteur que la Régie qui entre en ligne de compte, qui est la ville de Montréal. Donc, nous travaillons ce dossier du choix du site en collaboration avec les autorités de la ville de Montréal. Au moment où on se parle, il y a une possibilité de trois sites éventuels pour ce nouvel hôpital dans

l'est de Montréal. Pour chacun des sites, il y a des avantages et des inconvénients. On est en train de regarder ça avec la ville de Montréal. Il est toujours de notre intention d'être capables d'annoncer le futur site, ce printemps.

M. Trudel: Est-ce que ça signifie que les informations qui vous sont parvenues, c'est que la Régie a trouvé les quelque 50 000 000 \$ de fonctionnement de ce nouvel hôpital dans les budgets de fonctionnement des autres hôpitaux de l'île, pour pouvoir construire? Parce qu'il y avait ça comme partie de la commande. C'est: On bâtit, à condition que vous trouviez le fric dans vos poches. Alors, ils ont trouvé ces 50 000 000 \$, à peu près? Pour 300 lits, on ne s'en sort pas en bas de 50 000 000 \$ de fonctionnement. Ils ont trouvé ces 50 000 000 \$ dans la poche des autres, à Montréal?

Mme Robillard: Alors, comme vous le savez, la décision du Conseil des ministres était très claire. Il ne s'agit pas...

M. Trudel: Ils ont compris ça, à Montréal, oui.

Mme Robillard: ...d'ajouter des lits dans la région de Montréal. Je pense, d'ailleurs, que le député de Joliette aurait réagi fortement si on avait fait ça, étant donné l'expansion démographique en périphérie de Montréal. Il ne s'agit pas d'ajouter des lits, mais il s'agit...

M. Chevrete: Est-ce que la députée de la Montérégie aurait fait pareil?

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

Mme Robillard: ...de redéploiement des ressources, de ce qui se passe dans la région de Montréal. Donc, nécessairement, il faut trouver ailleurs ces ressources au niveau du budget de fonctionnement.

M. Trudel: Mais il n'y a pas d'ajout de lits?

Mme Robillard: Mais, présentement, il s'agit de choisir le site en tant que tel, de compléter le programme fonctionnel et technique et de commencer la construction. Vous le savez très bien, comme moi, le nombre d'années que ça prend avant qu'on arrive au moment où des patients peuvent recevoir directement des services. De façon parallèle, la Régie est en train de travailler sur un plan de redéploiement des ressources.

Le Président (M. Philibert): M. le député.

M. Trudel: On reviendra sur les questions d'immobilisation. Est-ce que vous voulez dire qu'il n'y aura pas de nouveaux lits de courte durée sur l'île de Montréal avec la construction d'un établissement qui,

lui, prévoit 300 lits? En clair, allez-vous en fermer 300, ailleurs sur l'île? Parce que, là... Enfin, c'est ça.

Mme Robillard: L'objectif, c'est de redéployer des ressources; ce n'est pas d'ajouter des lits.

M. Trudel: Mme la ministre, la question n'est pas très compliquée. Je comprends qu'au niveau du fric c'est eux autres qui vont payer, sur l'île. Mais, au niveau des places de courte durée, dans ce que l'ex-ministre appelait la bible, y a-t-il des modifications à un chapitre de la bible disant qu'il n'y a pas d'ajout de nouveaux lits de courte durée sur l'île de Montréal ou s'il y en a d'autres, ailleurs, qui non seulement vont puiser dans leurs poches, mais qu'ils «watchent» leurs meubles: il va y avoir la fermeture de 300 lits de courte durée sur l'île de Montréal?

Mme Robillard: C'est un redéploiement de ressources à l'intérieur du réseau qui nous permet de créer ces lits. Donc, il n'y a pas d'argent neuf qui sera alloué pour le budget de fonctionnement. Il doit être trouvé à l'intérieur des ressources actuelles de l'île de Montréal.

M. Trudel: Oh, on peut lire... Alors, est-ce que la Régie régionale de Montréal-Centre va également vous donner un avis sur l'état des besoins de la population ou si ça, c'est déjà défini, que vous déployez 300 nouveaux lits et que la mission de planification de la Régie régionale de Montréal, à cet égard, pouf! est biffée pour l'instant; celle-là, on ne s'en occupe pas, parce que ça vient du haut et c'est donné? Est-ce que la Régie de Montréal, en termes de responsabilités de planification, va donner son avis aussi sur la nécessité de ces 300 nouveaux lits de courte durée dans le nord-est?

Mme Robillard: Alors, le ministère avait déjà fait antérieurement, comme vous le savez, beaucoup de travaux au niveau du bilan-lits, des besoins-lits et des projections. Il continue toujours ces travaux-là. Je pense que la Régie régionale regarde la planification sur son territoire, mais le ministère se doit de regarder ça pour l'ensemble du Québec, étant donné aussi la mobilité de la population et le problème que ça nous pose au niveau des infrastructures. C'est énorme. On a juste à regarder tout le contexte de l'étalement urbain et ce que ça amène au niveau des infrastructures, tant au plan de la santé et des services sociaux qu'au niveau de l'éducation. Antérieurement, il avait été tout à fait démontré ce qui se passait pour la région de Montréal et ce qui se passait dans le secteur nord-est. On n'a pas besoin d'études supplémentaires.

M. Trudel: Est-ce que, Mme la ministre, vous allez rendre public, enfin, le bilan-lits de la région de Montréal, en particulier, de l'île? Est-ce que vous allez le rendre public? Est-ce qu'on peut le voir? Est-ce qu'on peut l'analyser? Parce que, bon, c'est des données qui

nous servent à évaluer la pertinence des solutions. C'est dans l'ordre public.

(Consultation)

M. Trudel: C'est parce que la bible de l'ex-ministre... La Bible, on l'a partout, dans toutes les chambres d'hôtel. Celle-là, on peut en disposer.
(22 h 30)

M. Chevette: On peut avoir le Nouveau Testament aussi si on n'est pas capables d'avoir l'Ancien.

Mme Robillard: M. le Président, on me dit que M. Côté, mon prédécesseur, avait déjà déposé ce bilan-lits pour la région de Montréal.

M. Trudel: On pourrait avoir, de ce côté-ci, les documents aussi...

Mme Robillard: Dans le cadre du dossier de l'Hôtel-Dieu, le dossier du bilan-lits de la région de Montréal a été déposé publiquement, me confirment...

M. Trudel: C'est parce qu'il a été déposé au conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu; on pouvait le voir sous visite guidée et surveillée.

Mme Robillard: ...mes collaborateurs immédiats.

M. Chevette: Déposé où et quand?

M. Trudel: Alors, il peut être accessible? Très bien.

Mme Robillard: Attendons.

(Consultation)

Mme Robillard: J'ai au moins trois sous-ministres adjoints qui me confirment que ça a été rendu public, au niveau du bilan-lits de Montréal.

M. Trudel: Où?

Mme Robillard: À moins que trois sous-ministres adjoints ne se trompent — un, deux, trois, quatre — plus le sous-ministre en titre. Quatre sous-ministres!

M. Chevette: Quand même il y en aurait cinq, s'ils ne nous disent pas où ni quand.

M. Trudel: Le 7 décembre 1992.

Mme Robillard: M. le Président, soyons calmes...

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

M. Trudel: Mme la ministre...

Le Président (M. Philibert): À l'ordre, s'il vous plaît! M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, vous avez la parole.

M. Trudel: Toujours en rapport avec ces 300 nouveaux lits, donc, le redéploiement des ressources, ça signifie que... Puisqu'il faut trouver les ressources sur l'île, les 50 000 000 \$ de fonctionnement, est-ce qu'on vient de dire que Sainte-Jeanne d'Arc vient d'être fermée? Est-ce que la courte durée, au centre-ville de Montréal, va être soulagée d'au moins 240 lits, pour mettre des roulettes et aller les bâtir dans le nord-est?

Mme Robillard: Non, on ne peut pas affirmer ça en date d'aujourd'hui. Il n'y a aucune décision qui a été prise concernant la fermeture ou la nouvelle orientation de Sainte-Jeanne d'Arc, en date d'aujourd'hui. Donc, on ne peut pas faire une telle affirmation. Mais, oui, la tutelle à Sainte-Jeanne d'Arc, qui est en cour, a été poursuivie, a été prolongée pour une période de 90 jours, avec un mandat très particulier: d'abord, continuer à stabiliser le fonctionnement de l'hôpital en tant que tel, mais en donnant un mandat à la Régie régionale pour regarder la complémentarité de services possible entre Sainte-Jeanne d'Arc et l'Hôtel-Dieu de Montréal, avec des paramètres très définis. Alors, ce mandat-là a été donné à la Régie de Montréal.

Avenir de l'Hôtel-Dieu de Montréal

M. Trudel: Par ailleurs, puisque vous venez de l'évoquer, il faudra trouver pour ces 300 nouveaux lits le fric de fonctionnement sur l'île de Montréal. Quant à l'avenir de l'Hôtel-Dieu, il y a eu ce virage à 180°. Enfin, on a compris la valeur de la mission de l'Hôtel-Dieu. Mais, également, dans la lettre du sous-ministre, du 26 janvier 1994, à propos de l'Hôtel-Dieu, on dit: Le Conseil des ministres, en principe, a approuvé la rénovation de l'Hôtel-Dieu de Montréal, rénovation dont l'ampleur sera fonction du statut qui sera conféré à ce centre hospitalier dans le cadre de la révision générale du statut des centres hospitaliers de la région de Montréal et des travaux du comité directeur sur la restructuration des réseaux d'hôpitaux d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal.

Autant dire que ça va prendre du temps un peu avant de signifier à l'Hôtel-Dieu quelle va être sa véritable place dans le réseau montréalais, dans le réseau universitaire, et quelle sera l'ampleur des rénovations ou le type de rénovations urgentes, par ailleurs, dans cet établissement, que l'on effectuera. Dans ce sens-là, au fur et à mesure que les semaines, les mois et les années passent, je dirais que la paupérisation de l'Hôtel-Dieu continue. Cet établissement, fondé par Jeanne Mance, a littéralement subi l'assaut de différents éléments au cours des 15 dernières années, si bien qu'aujourd'hui on se

réveille avec un établissement qui a de la... oui, et dans des conditions extrêmement difficiles pour en sortir. On veut l'évaluer, par ailleurs, à l'aune de cet appauvrissement pour lui donner sa vocation future et approuver son plan de rénovation.

C'est quoi l'échéancier par rapport à l'Hôtel-Dieu? Quel signe pouvez-vous donner à la communauté des professionnels et aux travailleurs et travailleuses, à toute la communauté de l'Hôtel-Dieu, de l'importance de cet établissement non seulement pour les gens de Montréal, au centre-ville, maintenant que c'est gagné, mais pour l'ensemble de la communauté québécoise? Où ça se situe? Parce que, avec ce que je viens de vous lire dans la lettre du sous-ministre, c'est aussi bien de dire: On ne déménagera pas l'Hôtel-Dieu, mais on ne vous dit pas ce qu'on va faire avec. On ne le sait pas ce qu'on va faire avec.

M. Chevette: Après les élections.

M. Trudel: C'est quoi, l'échéancier?

Mme Robillard: M. le Président...

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre.

Mme Robillard: ...ce qui est très clair, c'est qu'il y a eu une décision gouvernementale à l'effet, un, de ne pas déménager l'Hôtel-Dieu; deux, de rénover l'Hôtel-Dieu. Ce qui est clair, c'est que, quel que soit son statut futur, qu'il soit regroupé ou non avec Notre-Dame, qu'il devienne un CHU autonome, qu'il devienne un centre hospitalier de soins spécialisés, on se doit de rénover l'Hôtel-Dieu. Maintenant, il est très clair que l'ampleur de la rénovation va dépendre du statut qu'on va lui accorder. Si c'est un CHU en soi autonome, vous pouvez bien vous imaginer que l'ampleur sera différente. Si on parle d'un regroupement, comme on le voit dans le rapport CGO, ça pourra aussi être différent. Donc, il est très clair que l'ampleur de la rénovation est reliée au statut. Ce qu'on est en train de regarder présentement, c'est: pouvons-nous commencer des rénovations à l'Hôtel-Dieu, quel que soit son statut futur, étant donné qu'il a besoin d'être rénové? Alors, on est en train de regarder cette possibilité-là.

Par ailleurs, l'Hôtel-Dieu craignait aussi beaucoup que le comité directeur, qui est en place à Montréal, ne tienne compte de la volonté gouvernementale, justement, d'injecter des fonds pour la rénovation quant à sa proposition sur les CHU. C'est pourquoi j'ai signifié de façon très claire aux deux coprésidents du comité directeur le détail de la décision gouvernementale, pour leur démontrer la volonté du gouvernement d'investir au niveau de la rénovation et qu'ils ne soient pas, je dirais, influencés par l'état actuel des lieux de l'Hôtel-Dieu dans leur décision au niveau d'une fusion, d'un regroupement ou d'une désignation de CHU universitaire. Alors, ça, c'est les gestes qui ont été posés dernièrement dans le dossier de l'Hôtel-Dieu.

Fermeture de lits dans le réseau hospitalier montréalais

M. Trudel: Toujours au niveau des centres hospitaliers, parce que le temps file rapidement, les compressions totales du «Défi qualité-performance» vont amener, sauf erreur, des compressions de l'ordre de quelque 40 000 000 \$ au chapitre des centres hospitaliers de Montréal-Centre. Je n'ai plus à l'esprit le chiffre exact — je pense que c'est 42 000 000 \$ — qui devrait être compressé dans le réseau hospitalier montréalais à l'intérieur de la compression totale. Mme la ministre, est-ce que l'évaluation selon laquelle il devrait s'ajouter 500 lits supplémentaires fermés dans le réseau hospitalier montréalais vous apparaît un chiffre réaliste quand on prend l'ampleur des coupures qui seront demandées aux centres hospitaliers, au chapitre de la santé physique, sur l'île de Montréal? (22 h 40)

Mme Robillard: M. le Président, c'est la première fois que j'entends ce chiffre. Pourtant, à plusieurs occasions, j'ai parlé avec le président de la Régie de Montréal. Au moment où on se parle, même quand le député de l'Opposition avance le chiffre de 40 000 000 \$ pour les centres hospitaliers montréalais, je ne pourrais confirmer ni infirmer ce chiffre, étant donné que je n'ai pas encore le plan de compressions budgétaires de la Régie de Montréal. C'est un plan d'au-delà de 60 000 000 \$ — je pense que c'est 61 000 000 \$ — pour la région de Montréal. Quels seront les choix et quelles seront les cibles de la Régie en regard de cette demande qui lui est faite? Elle doit me déposer son rapport pour le 13 mai. Alors, je vais voir à partir de ce moment-là.

M. Trudel: Est-ce qu'on peut imaginer que, par exemple, par la pétition qui nous a été déposée par les travailleurs de l'hôpital Notre-Dame, eu égard à la fermeture d'un étage complet à Notre-Dame, on va changer de direction au niveau de la fermeture de lits sur l'île de Montréal, compte tenu des besoins? Est-ce qu'on va poursuivre inexorablement la fermeture de lits sur l'île de Montréal? Est-ce qu'on peut imaginer qu'il va y avoir un renversement au niveau de la direction? J'en profite, M. le Président, même si, encore là, on ne peut pas faire de dépôt de document formellement, si je peux, pour transmettre cette pétition des travailleurs de l'hôpital Notre-Dame aux autorités ministérielles de la Santé et des Services sociaux, eu égard à leur protestation quant à la poursuite de la fermeture de lits à l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

Le Président (M. Philibert): Un moment, s'il vous plaît. Est-ce que c'est un document que vous déposez à la commission ou si vous le donnez à la ministre?

M. Trudel: Je le donne à la ministre parce que c'est elle qui a le plus de chance d'avoir des actions correctrices.

Le Président (M. Philibert): Alors, félicitations pour votre grande déférence pour la présidence, mais vous auriez pu y aller directement!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Philibert): M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, vous avez la parole.

M. Trudel: J'attends la réponse de la ministre, puisque la question a été posée.

Le Président (M. Philibert): Ah! Mme la ministre.

Mme Robillard: Oui, M. le Président.

Le Président (M. Philibert): M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue nous informe qu'il attend votre réponse.

Mme Robillard: Alors, écoutez, quand on parle de fermeture de lits, il faut être très prudent. Il faut regarder exactement ce qu'il y a derrière les fermetures de lits, donc, comment on gère des lits en tant que tels. Quand on suit de façon systématique les fermetures de lits à l'échelle de la province, je ne suis pas sans vous rappeler, M. le Président, qu'on note qu'il y a certaines périodes de l'année où il y a des fermetures de lits. Je pense, de façon particulière, aux vacances, à Noël, à la période de relâche scolaire. Là, très souvent, la population même, les personnes qui sont en attente d'une hospitalisation vont demander que ce soit reporté.

M. le Président, parfois, il y a des comportements, et il faut les souligner, au niveau de l'accessibilité de nos services de santé et de nos services sociaux, qui sont liés beaucoup à la façon de vivre de nos Québécois et de nos Québécoises. On me rapportait que, de façon générale, dans les salles d'urgence du Québec, les soirs où, à la télévision, il y a «Blanche», «Scoop» ou une bonne partie de hockey entre le Canadien et Les Nordiques, il y a moins de monde.

Une voix: Canadien et Boston.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Robillard: Ou avec Boston, comme vous voulez.

M. Trudel: C'est meilleur.

Mme Robillard: Alors, là, il faut faire attention, donc, quand on parle de la gestion des lits en tant que telle. Ça, c'est le premier élément. Le deuxième élément, c'est que nos hôpitaux, y compris l'hôpital Notre-Dame, sont en train de faire un virage qu'on qualifie de virage ambulatoire. On réduit les durées de séjour, on développe davantage toute la chirurgie d'un jour, on

développe des ressources alternatives à l'hospitalisation. Donc, ça peut amener des diminutions de lits et non seulement à Notre-Dame.

J'ai visité, il n'y a pas tellement longtemps, l'hôpital de courte durée Baie des Chaleurs où c'était la situation. Ce qui est important, c'est de regarder le nombre d'activités au sein d'un hôpital, au niveau de son pourcentage d'admissions, au niveau de ses chirurgies, au niveau de sa durée de séjour. Quand on regarde ce qui se passe à l'hôpital Notre-Dame, ils sont en train de faire ce virage ambulatoire. Par ailleurs, le nombre d'activités au niveau de leurs bénéficiaires, de leurs usagers et des personnes qu'ils desservent s'est maintenu et a même augmenté dans certains secteurs. Alors, c'est pour ça qu'il faut être très prudent.

Si, vraiment, on fait le virage ambulatoire au maximum, si on diminue nos durées de séjour, comme dans d'autres provinces canadiennes, dans des États américains ou dans d'autres pays, si, vraiment, on utilise au maximum toute la chirurgie d'un jour, l'hôpital de jour, les centres de jour, il se pourrait bien qu'on arrive avec des surplus de lits. Parce qu'on a fait des choix, au Québec, d'investir énormément dans l'institutionnalisation, et c'est ça qui coûte cher. Alors, il se pourrait qu'on trouve des façons différentes de rendre les mêmes services et que ça nous coûte moins cher. On va voir comment ça va évoluer. Mais c'est une orientation qui est donnée, c'est très clair.

M. Trudel: Est-ce que ça pourrait libérer des lits qui nous empêcheraient de construire ailleurs?

Mme Robillard: C'est-à-dire?

M. Trudel: Je vous pose la question, puisqu'on prend le virage ambulatoire et que ça va amener... Écoutez, la logique est imperturbable. Évidemment, si on ne les amène pas à l'hôtel, on va les traiter dans le lobby, à l'entrée, en centre de jour ou en chirurgie d'un jour, avec toutes ces formules qu'il faut développer au niveau du virage ambulatoire. Si ça libère des lits de courte durée, pourquoi on en construit des nouveaux, d'abord?

Mme Robillard: Est-ce que je comprends de la question...

M. Trudel: Je ne sais pas, là.

Mme Robillard: ...du député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue qu'il est en train d'affirmer qu'il n'y a aucun lit supplémentaire — non, même pas supplémentaire, parce qu'il n'est pas question de lits supplémentaires — qu'on peut, demain matin, diminuer le nombre de lits de courte durée au Québec?

M. Trudel: Non, non. Bien, par rapport à Notre-Dame, vous dites vous-même que ça va libérer des lits, qu'il faut s'imaginer que, si on prend le virage

ambulatoire, bien, il y a des lits qui vont se libérer. Par ailleurs, tantôt, on discutait de nouvelles constructions. Est-ce qu'il va falloir tout entrer ça dans la balance, j'imagine, au niveau de la planification? Oui?

Mme Robillard: Si vous vous référez à l'hôpital dans le nord-est de Montréal, soyons clairs, si c'est ce dont vous parlez, on parle d'un nouvel hôpital avec un redéploiement de ressources et non pas un ajout de ressources. C'est très différent. Mais, si vous êtes en train de penser...

M. Trudel: Moi, je pensais à...

Mme Robillard: ...que, demain matin, le virage ambulatoire, il est fait, au Québec, vous pouvez toujours tenter cette solution-là. Vous allez voir la réaction de la population.

M. Trudel: Mais est-ce que, effectivement, on doit investir lourdement dans les équipements, mobiliser de l'argent, au lieu de l'investir dans des ressources, disons, plus légères au niveau du virage ambulatoire pour servir davantage de personnes, au moins d'aussi bonne façon? Là, si on s'attache les deux mains au niveau de nos capacités de se tourner et d'agir autrement, on n'est pas plus avancé, vous allez en convenir. C'est tout simplement ça, ma question: S'il y a un virage ambulatoire à prendre, il ne faut pas, non plus, se livrer pieds et poings liés par rapport à un autre chapitre qui s'appelle les immobilisations et le développement de nouveaux lits, l'ajout de nouveaux lits, si on a déjà des disponibilités dans les aires géographiques concernées. C'est tout simplement cela.

Mme Robillard: Alors, il est très clair que tout ajout de lits dans le courte durée devrait se faire avec extrêmement de prudence, étant donné cette orientation, qui est très claire, qu'on veut prendre pour l'avenir.

M. Trudel: Ça vaut, ce raisonnement-là, j'imagine, aussi pour la ville de Laval, pour la MRC des Moulins, pour la Montérégie? Si on parle de la région de Montréal, ce raisonnement-là vaut aussi d'agir — vous avez dit — avec prudence. Oui? Parcimonie, devrions-nous peut-être ajouter? Oui?

Mme Robillard: Ça vaut pour toutes les régions du Québec.

M. Trudel: Très bien. D'autres éléments particuliers pour Mme la ministre, parce que le temps file vraiment vite. Au niveau des centres hospitaliers...

Le Président (M. Philibert): M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, sur le même sujet...

M. Trudel: On l'a vidé.
(22 h 50)

Le Président (M. Philibert): ...M. le député de Nelligan.

Services ambulatoires et chirurgie d'un jour

M. Williams: Merci, M. le Président. Comme complémentaire, parce que j'ai trouvé que la ministre a posé des questions et exposé des tendances tellement intéressantes sur les services ambulatoires et les chirurgies d'un jour: Quelles mesures le ministère est-il en train de faire pour encourager nos hôpitaux à aller dans cette direction, à utiliser moins les services lourds et à utiliser plus des services comme vous avez mentionnés? Je suis d'accord que ça peut être une avenue tellement intéressante pour le gouvernement du Québec et pour nos hôpitaux sur l'île de Montréal et ailleurs, mais ça prend des incitatifs. Qu'est-ce que nous sommes en train de faire pour encourager les hôpitaux et les professionnels à aller dans cette direction?

Mme Robillard: M. le Président, j'aurais le goût de répondre au député de Nelligan: Mais tout le «Défi qualité-performance» est orienté dans ce sens-là. C'est vraiment une des orientations de fond, quand on parle d'avoir plus d'efficience au niveau de notre organisation de services, au niveau de la gestion de nos services, surtout dans les hôpitaux. C'est toute cette orientation de faire le virage ambulatoire et de développer beaucoup plus les services externes, les services plus légers, les alternatives à l'hospitalisation. Encore une fois, quand on se compare par rapport à d'autres pays ou même à d'autres provinces canadiennes, on a encore du chemin à faire, au Québec, parce qu'on a été peu habitués à se développer dans ce sens-là. Je pense que l'effort qui est demandé, présentement, au réseau dans le frein à la croissance a exactement cette orientation de changer la dynamique de développement, parce que, si on gardait l'orientation de l'institutionnalisation, on continuerait dans le réseau avec des dépenses qui croîtraient à un rythme qu'on ne peut plus se payer au niveau du Québec.

Alors, c'est tout le «Défi qualité-performance». Là, on en parle au niveau des hôpitaux comme tels, mais on peut parler aussi de tout le renforcement des services de première ligne, qui nous amènerait, aussi, comme vous le savez, à diminuer les coûts énormément. Alors, c'est vraiment dans ce sens-là, présentement, qu'on travaille au ministère. Au-delà du «Défi qualité-performance», nous sommes en train de préparer des orientations ministérielles très claires dans le domaine, qui devraient être prêtes, ces orientations, dans le courant de l'année qui vient.

M. Williams: Merci.

Hôpital Sainte-Croix de Drummondville

M. Trudel: Sainte-Croix de Drummondville, Mme la ministre, l'hôpital. C'est l'imbroglio. On tourne

en rond. On va de crise en crise. C'est le drame dans la communauté. Est-ce qu'il y a des propositions qui s'en viennent pour Sainte-Croix de Drummondville, en particulier, en matière de médecins, de spécialistes, d'anesthésistes et d'autres spécialités aussi? Est-ce qu'on peut imaginer qu'à Sainte-Croix de Drummondville, pour la population de cette région des Bois-Francs, il y a de l'espoir qu'on va régler quelque chose? Parce que ça fait deux ans qu'on est en crise, je dirais, dans cet établissement-là. À quoi on arrive en termes de solution?

Mme Robillard: M. le Président, de fait, à l'hôpital Sainte-Croix de Drummondville, il y a des difficultés qui perdurent d'année en année. Ça nous a amenés, dernièrement, comme peut-être vous le savez, à nommer un observateur, directement à l'hôpital, pour nous faire des recommandations précises. On a nommé M. Claude Guimont, qui est le directeur général de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, qui est observateur, au niveau du conseil d'administration, depuis le 17 février de cette année. M. Guimont a le mandat très clair de nous déposer des recommandations par rapport à toutes ces problématiques, et j'attends son rapport pour le 30 avril de ce mois. À partir de là, on pourra prendre les décisions.

M. Trudel: Ça cause un bon nombre de drames dans la communauté, évidemment, parce que, c'est ça, l'hôpital est en crise. Alors, j'espère que vous pourrez agir rapidement suite à la réception des observations de votre observateur.

Hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue

Sainte-Anne-de-Bellevue, Mme la ministre, dernier hôpital fédéral en territoire national. Est-ce qu'il y a des préoccupations, actuellement, pour faire passer cet hôpital dans le réseau québécois? Évidemment, c'est un hôpital administré par le gouvernement fédéral pour les anciens combattants. Les anciens combattants, ils sont de plus en plus anciens et il y a de moins en moins de combattants. C'est un hôpital de 1100 lits, si mes informations sont bonnes, de 1130 lits, et il n'y en a que 400 et quelques qui sont occupés par nos anciens combattants. Il y a des places, il y a quelques places qui ont été louées par le gouvernement du Québec à l'intérieur de cet établissement, mais est-ce qu'il y a des intentions, du côté du gouvernement, de procéder à un passage dans le réseau québécois — l'utilisation complète de ces installations, évidemment — tout en respectant la mission pour laquelle cet hôpital a été développé, pour les anciens combattants?

Le Président (M. Philibert): Mme la ministre.

Mme Robillard: M. le Président, le sous-ministre, M. Trudeau, va répondre à cette question.

Le Président (M. Philibert): M. Trudeau.

M. Trudeau (André): Alors, M. le Président, effectivement, il y a des pourparlers, actuellement, des discussions à cet effet, en relation avec la Régie régionale, pour examiner des hypothèses à cet égard.

M. Trudel: Donc, de le faire passer dans le réseau québécois.

M. Trudeau (André): Pour voir s'il est possible d'utiliser ça à l'intérieur du réseau québécois, effectivement.

M. Trudel: Donc...

M. Trudeau (André): Ça implique également des discussions avec le gouvernement fédéral, comme vous le savez, qui a la responsabilité dans ce domaine. Il faut tenir compte, également, de toute la problématique concernant les vétérans, qui a tendance à s'élargir avec les différentes missions qui sont acceptées par le Canada un peu partout, en Bosnie et ailleurs. On est en train d'examiner quelle est, un peu, la problématique d'ensemble sur l'évolution, en quelque sorte, des vétérans au Québec et son implication pour l'évolution de la clientèle à Sainte-Anne-de-Bellevue.

Le Président (M. Philibert): Nous avons pris 14 minutes de retard sur le temps alloué. Comme l'ordre de la Chambre nous commande de terminer nos travaux à 23 heures, pour aller au-delà de 23 heures et récupérer ces 14 minutes, il faudrait le consentement des membres de la commission.

Mme Robillard: Demain?

M. Trudel: Oui, M. le Président. Je pense qu'on pourrait reprendre nos 15 minutes demain, si cela agréé à Mme la ministre.

Mme Robillard: Tout à fait.

M. Trudel: Bien, je dis Mme la ministre et les autres parlementaires.

Le Président (M. Philibert): Alors, avec l'accord de tout le monde, nous allons...

Document déposé

Mme Robillard: M. le Président, peut-être juste avant de suspendre, je vais déposer la lettre qui m'avait été demandée, celle de l'Association des gastro-entérologues du Québec. La lettre que j'ai mentionnée tantôt, je vais la déposer à la commission.

M. Trudel: Très bien. Merci.

Le Président (M. Philibert): Merci, Mme la ministre. Alors, j'ajourne...

M. Williams: Est-ce que nous allons...

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

M. Williams: ...continuer avec Sainte-Anne-de-Bellevue? On commence avec ça.

Le Président (M. Philibert): Alors, j'ajourne les travaux de la commission au mercredi 20 avril, à 10 heures.

(Fin de la séance à 23 heures)