



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Consultation générale dans le cadre de l'étude
de l'avant-projet de loi sur les services
de santé et les services sociaux (3)

Le jeudi 25 janvier 1990 — No 8

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Table des matières

Association des hôpitaux du Québec	CAS-361
Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux	CAS-373
Conseil du patronat du Québec	CAS-385
Corporation professionnelle des médecins du Québec	CAS-394
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	CAS-408
Fédération des médecins spécialistes du Québec	CAS-420
Association des médecins de CLSC du Québec	CAS-431
Fédération des médecins résidents et internes du Québec	CAS-442

Intervenants

Mme Pauline Marois, présidente

M. Marc-Yvan Côté
M. Guy Chevette
M. Rémy Trudel
M. Henri Paradis
M. Richard Holden
M. Jean A. Joly

- * M. Henri Favre, Association des hôpitaux du Québec
- * M. Jacques Brunet, idem
- * M. Jacques A. Nadeau, idem
- * M. David Levine, Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux
- * M. Miville Lapointe, idem
- * M. Lucien Lessard, idem
- * Mme Micheline Larose, idem
- * M. Michel R. Denis, idem
- * M. Réginald Grenier, idem
- * M. Ghislain Dufour, Conseil du patronat du Québec
- * Mme Denise Turenne, idem
- * M. Augustin Roy, Corporation professionnelle des médecins du Québec
- * M. Pierre Saint-Georges, idem
- * M. Clément Richer, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- * M. Renald Dutil, idem
- * M. Paul Desjardins, Fédération des médecins spécialistes du Québec
- * M. Jean-Marie Albert, idem
- * M. André Munger, Association des médecins de CLSC du Québec
- * M. Jean Rodrigue, idem
- * M. Jean-Hugues Brossard, Fédération des médecins résidents et internes du Québec
- * Mme Rolla Hraibeh, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 25 janvier 1990

**Consultation générale dans le cadre de l'étude de l'avant-projet
de loi sur les services de santé et les services sociaux**

(Dix heures sept minutes)

La Présidente (Mme Marois): J'invite les membres de la commission, s'il vous plaît, à prendre place à la table. Nous reprenons nos travaux dans le cadre de la consultation générale et des auditions publiques portant sur l'étude de l'avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Je vais rappeler aux membres de la commission que notre journée sera longue, que les groupes qui se présentent aujourd'hui devant nous sont nombreux, sont bien représentés et je dirais, en nombre significatif et important. Il faudra donc être très disciplinés dans l'utilisation de notre temps, sinon on risque de se retrouver à terminer nos travaux à des heures fort indues.

Cela étant dit, j'inviterais, dès le départ, l'Association des hôpitaux du Québec à prendre place devant nous, s'il vous plaît. Merci. Alors, je rappelle brièvement les règles: une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire, 20 minutes sont accordées au gouvernement, 20 minutes à l'Opposition pour soulever des questions, de telle sorte que le temps imparti à chaque groupe est d'environ une heure. Ça peut être un peu moins, ça peut être un peu plus, mais pas beaucoup plus. D'accord? Alors, je vous remercie et j'inviterais M. Favre, j'imagine, à présenter les personnes qui l'accompagnent.

Association des hôpitaux du Québec

M. Fabre (Henri): Oui, Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes, MM. les membres de la commission des affaires sociales. J'aimerais vous remercier, Mme la Présidente, de me donner l'occasion ce matin de présenter le "rapport" que nous avons préparé et que nous soumettons à cette commission.

Je voudrais vous présenter les membres de l'Association des hôpitaux du Québec qui m'accompagnent. À ma gauche, le premier vice-président de l'Association, le Dr Jacques Brunet, et le deuxième vice-président de l'Association, M. Marcel Gagnon. À ma droite, M. Jacques Nadeau, vice-président exécutif, le Dr Paul Landry, vice-président, programmes et recherche, et Me Ghislaine Gosselin, directeur des affaires juridiques.

L'Association des hôpitaux du Québec regroupe les quelque 200 centres hospitaliers et centres de santé du Québec, ainsi qu'une trentaine d'autres établissements et organismes agissant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Nous sommes, ainsi que les membres que nous représentons, fortement con-

cernés par les débats entourant l'évolution du système de santé et l'organisation des soins et des services à la population. À ce titre, nous nous réjouissons de la volonté ferme du gouvernement et, plus particulièrement, du ministre de la Santé et des Services sociaux de passer à l'action pour améliorer le système de santé et de services sociaux.

En effet, notre système de santé fait face à des problèmes sérieux et nécessite des améliorations importantes et urgentes. Cependant, il faut bien se comprendre: améliorer ne veut pas dire faire table rase des acquis et tout reconstruire. Au contraire, il faut bien identifier les problèmes les plus criants et mobiliser les forces et le dynamisme du réseau et du gouvernement pour y faire face.

Ces problèmes auxquels nous avons à faire face sont de plusieurs ordres. D'abord, au niveau même de ce qui constitue la raison d'être du réseau, nous devons admettre que les services sont souvent discontinus, manquent de complémentarité entre eux et que ce sont nos clients, et particulièrement les plus vulnérables, qui en font les frais. À un autre niveau, soit celui de la structure et du fonctionnement, nous devons constater que le système est lourd et rigide. Il y a beaucoup trop de structures, de procédures compliquées, d'étapes et de délais qui retardent l'action. En contrepartie, il y a peu d'incitatifs, de stimulation et de reconnaissance du travail réalisé. Enfin, il y a aussi un problème majeur au niveau du financement du système. Le vieillissement de la population et les pressions exercées par les nouvelles technologies exigent d'investir davantage. Par contre, la capacité de payer des gouvernements est de plus en plus limitée.

Ces problèmes sont sérieux et exigent des solutions énergiques. Malheureusement, l'avant-projet de loi qui nous est proposé n'offre pas de réponse adéquate, ni dans son contenu, ni dans son approche. Ce projet repose sur une vision technocratique selon laquelle les solutions ne peuvent venir que d'en haut et il prévoit la mise en place d'une bureaucratie encore plus lourde ainsi que la multiplication des contrôles sur ce qui se fait à la base.

L'avant-projet de loi entraîne une réelle centralisation des pouvoirs. On le réalise d'abord au niveau des régions régionales qui, au lieu d'être un outil privilégié de concertation et d'assistance aux ressources de la base, sont en fait des bureaucraties régionales prolongeant le rôle central du ministère. On le réalise aussi et surtout dans la tentative de ramener les établissements à un rôle de point de service, amputés

de leur propre conseil d'administration et devant agir comme de simples exécutants des programmes conçus, planifiés, gérés et évalués par le niveau régional. Au lieu de dynamiser et de responsabiliser le réseau des ressources qui sont sur le terrain, on les neutralise.

L'avant-projet de loi affiche aussi une approche extrêmement rigide et complexe quant aux solutions qui sont proposées. Le regroupement des conseils d'administration sur la base des territoires de CLSC en est l'exemple le plus évident. Ce modèle unique ne tient pas compte, ni dans la base territoriale de regroupement proposée, ni dans son organisation, des particularités propres à chaque milieu et du fait que le bassin de clientèle desservi par un centre hospitalier dépasse largement un territoire de CLSC.

La redéfinition des rôles des catégories d'établissement illustre aussi cette approche rigide et manquant d'ouverture. Il en est de même pour plusieurs aspects, notamment les mécanismes de nomination des membres de conseil ou encore la limite imposée au renouvellement de mandat des directeurs généraux. Si l'on ajoute à cela la multitude de nouveaux contrôles et l'ensemble des autorisations qui seraient requises avant d'agir, force nous est de reconnaître que l'avant-projet de loi traduit un manque de confiance évident à l'égard des établissements, de leurs administrateurs et gestionnaires, ainsi que des médecins et du personnel.

Nous ne pouvons donc souscrire à une telle approche et c'est pourquoi nous recommandons fermement au ministre de prendre ses distances par rapport à ce projet et de considérer plutôt les améliorations essentielles à apporter à la loi actuelle.

Les changements à la loi actuelle. L'amélioration de notre système de santé, de son fonctionnement et surtout de sa capacité de produire en quantité et en qualité les services requis par la population exige qu'un certain nombre de changements soient apportés à la législation actuelle. Ces changements concernent notamment le cadre dans lequel est exercé le droit d'accès aux services, la place des établissements dans le système, ainsi que leur organisation et leur gestion et, enfin, le partage des responsabilités.

D'abord, en ce qui touche le droit d'accès aux services, nous considérons que, dans un contexte de ressources limitées et afin d'assurer la qualité des services, il importe que le législateur précise mieux ou balise l'exercice de ce droit par les bénéficiaires. Si l'on se fie à la jurisprudence récente, il semble que l'on ne reconnaisse pas vraiment aux établissements la possibilité de rationaliser l'accès aux services qu'ils dispensent.

En effet, le jugement rendu récemment dans la cause d'Yvon Jasmin et alia contre la Cité de

la santé de Laval empêche cet établissement d'appliquer des critères d'accès à ses services obstétricaux, de même qu'à ses services diagnostiques et cela, même si la demande que doit satisfaire ce centre dépasse largement la capacité des ressources en place. Cette situation a pour effet de rompre le fragile, mais nécessaire équilibre entre les différents services offerts par l'établissement.

Il n'est évidemment pas question d'aller à l'encontre du droit d'accès aux services. Cependant, qu'il s'agisse de services d'obstétrique ou d'autres services, il est de plus en plus important que les établissements puissent établir des critères et des mécanismes leur permettant de déterminer et de faire connaître à la population les services disponibles en fonction des ressources dont ils disposent. Par exemple, ces critères pourraient prendre la forme de délimitation du territoire desservi par un centre hospitalier dans tel ou tel domaine. Dans la mesure où de tels critères sont établis en tenant compte de la complémentarité nécessaire entre les centres hospitaliers, l'accessibilité aux services est non seulement maintenue, mais il est davantage possible d'en garantir la qualité.

Quant à la place des établissements dans le système, on doit s'assurer que le rôle attribué à chaque catégorie demeure assez ouvert. Il ne faut pas les cloisonner indûment dans des rôles trop limitatifs, mais plutôt leur permettre d'assumer le plus complètement possible leur mission de soins de courte ou de longue durée, d'enseignement et de recherche ou de santé communautaire, de la façon qui corresponde le mieux aux besoins des populations qu'ils desservent. De même, on doit créer les conditions et trouver les incitatifs qui amènent les établissements à travailler en plus étroite collaboration. La complémentarité des services et la rationalisation du réseau doivent venir de la base et respecter les caractéristiques propres à chaque milieu. Pour ce faire, nous croyons que, dans chacune des régions, les établissements appartenant à un même milieu naturel devraient se voir confier le mandat d'élaborer, pour leur milieu, un plan de complémentarité des services. Ils pourraient disposer d'au plus deux ans pour déposer ces plans. Quant aux solutions qui pourraient y être prévues, elles sont variées, allant des ententes de services à la mise en commun de services et de ressources entre des établissements qui demeurent autonomes jusqu'à, lorsque cela est possible et voulu, la création de réels ensembles de santé réunissant des établissements ayant des missions complémentaires dans un même milieu.

En ce qui concerne les centres hospitaliers eux-mêmes, il faut reconnaître leurs responsabilités et confirmer leur place dans le réseau de soins. Ceci exige d'abord qu'on confirme l'existence de leur conseil d'administration propre et qu'on en réajuste la composition pour en faire

des instances de gestion plus efficaces. À cet égard, nous considérons qu'il est possible d'en faire une structure de décision plus dynamique, plus cohésive, plus efficace sans nécessairement en exclure toute expertise reliée aux services de santé et aux services sociaux.

Nous proposons donc pour un centre hospitalier un conseil d'administration comprenant un maximum de douze personnes dont deux personnes nommées par le ministre après consultation de la régie régionale, une personne nommée par la municipalité régionale de comté ou, à défaut, par la ville où l'établissement est situé...

La Présidente (Mme Marois): Si vous me le permettez, nous avons devant nous un mémoire qui est un résumé, mais que nous suivions assez fidèlement jusqu'à il y a quelques instants. Est-ce que vous avez révisé ce document?

Une voix: Le texte de présentation n'a pas été suivi.

M. Favre: Le texte de présentation que je lis?

La Présidente (Mme Marois): Oui, c'est ça. Nous avons le mémoire complet, bien sûr...

M. Favre: Et le résumé.

La Présidente (Mme Marois): ...et nous avons un résumé.

M. Favre: Mais je ne lis pas le résumé.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Parce que, à certains moments, on vous suivait assez bien, vous le suiviez vous-même, mais vous l'avez étoffé, si je comprends bien.

M. Favre: Il est possible, lorsque je parle, Mme la Présidente... Il y a des choses qui doivent être écrites et lues et d'autres choses sont faites pour être présentées.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Favre: Mais c'est le même...

La Présidente (Mme Marois): Parfait. Je voulais savoir, au profit des membres de la commission, si le texte comprenant aussi les ajouts ou les commentaires était disponible. Sinon, on va...

M. Favre: C'est le même exactement. Nous parlons toujours du même mémoire. Il n'y a rien de changé.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Nous vous écoutons.

M. Favre: Merci, Mme la Présidente.

Nous disions donc, par rapport au conseil d'administration, deux personnes nommées par le ministre; une personne nommée par la municipalité régionale; une personne nommée par le comité des bénéficiaires, si un tel comité existe dans l'établissement; une personne nommée par l'université à laquelle l'établissement est affilié ou, à défaut d'une telle affiliation, une personne nommée par les milieux d'enseignement de la région; trois personnes nommées par les membres de la corporation propriétaire des actifs immobiliers autre qu'une corporation constituée en vertu de la présente loi; trois personnes peuvent être nommées par les membres visés précédemment par cooptation. Le nombre et les autres modalités de nomination de ces personnes sont prévus dans le règlement de régie interne du centre hospitalier. Toutefois, au moins une de ces personnes doit être un employé ou une personne oeuvrant dans l'établissement; le directeur général. Cette formule a pour avantage de respecter le caractère distinct de chaque centre hospitalier et de recruter des personnes intéressées à les gérer, et à les gérer avec efficacité et efficience.

De même, il faut reconnaître l'apport des corporations propriétaires et maintenir leur participation très dévouée à la vie des établissements. Enfin, il faut aussi alléger, au moins ne pas alourdir davantage, les règles de gestion (procédures, autorisations, contrôle) et permettre à chaque centre hospitalier d'organiser lui-même ses ressources en fonction de sa mission et des résultats qu'il doit atteindre. Il faut aussi, au même titre, leur donner des moyens essentiels d'agir, notamment en investissant davantage dans la formation et en leur permettant d'impliquer les médecins dans la gestion.

Les centres hospitaliers peuvent et veulent faire plus. Il faut leur en donner les moyens et leur permettre de mobiliser leurs ressources à cette fin. Dans ces conditions, il est certain que le réseau des centres hospitaliers pourra davantage répondre non seulement de l'utilisation de ses ressources, mais aussi des résultats produits et de la qualité des soins et des services dispensés.

Quant au rôle du palier régional, il nous apparaît qu'il devrait d'abord en être un de concertation et de support au réseau des établissements et des autres ressources. À ce titre, par exemple, les conseils régionaux devraient assumer un rôle-clé pour aider les établissements de chaque milieu naturel à élaborer des plans de complémentarité. Ce sont aussi les centres régionaux qui devraient faire la consolidation de ces plans pour l'ensemble de leur région et en recommander l'approbation au ministre. Ces fonctions doivent être renforcées et on devrait aussi leur confier des responsabilités précises quant au choix d'objectifs de santé prioritaires pour leur région et à la mise en place, en

concertation avec les établissements, de programmes permettant de réaliser ces objectifs.

Il nous apparaît donc que l'approche de centralisation des pouvoirs et des responsabilités des établissements vers des régions régionales doit être rejetée au profit d'une plus grande responsabilisation de l'ensemble du réseau.

Au-delà de la loi... quelques vraies priorités. En plus d'améliorer le cadre législatif, il est essentiel de ne pas perdre de vue certains besoins particulièrement criants et de s'en faire des priorités appuyées par des plans d'action concrets. Ces besoins sont d'abord ceux des personnes âgées, des malades ayant besoin de services médicaux d'urgence et des populations résidant en régions éloignées et intermédiaires. Ces clientèles sont en droit de recevoir des services plus complets, plus continus et plus facilement accessibles.

La mise en place de services mieux intégrés et favorisant l'autonomie des personnes âgées exige qu'on investisse résolument dans des programmes qui permettront leur maintien dans la communauté, que ce soit en prévenant l'hospitalisation ou encore en facilitant le retour et le maintien à domicile après un séjour hospitalier. De même, on devra faire en sorte que les personnes âgées devant malgré tout être hébergées le soient dans des conditions qui recréent des milieux de vie stimulant, et qui garantissent une qualité de vie certaine.

L'accès aux services d'urgence doit aussi faire partie des priorités. Malgré les investissements des dernières années, les salles d'urgence demeurent congestionnées. L'articulation entre les services d'urgence préhospitaliers et les services et ressources des centres hospitaliers demeure nettement déficiente. Les ressources et services qui devraient permettre de prévenir l'utilisation de ces services, d'accélérer le retour à domicile et de libérer des lits hospitaliers ne sont que partiellement en place. Quant à la gestion interne des ressources hospitalières (lits, services diagnostiques) qui conditionne directement le bon fonctionnement des urgences, elle devrait aussi être améliorée sérieusement. En somme, l'accès à des services d'urgence bien adaptés aux besoins et de haute qualité doit reposer non plus sur des actions isolées, mais sur une combinaison de solutions bien articulées. Celles-ci devraient porter, notamment, sur la mise en place d'un véritable réseau de traumatologie, le développement de services plus complets et mieux intégrés aux clientèles en perte d'autonomie et une meilleure implication des médecins.

Il est évident que la capacité du réseau de répondre aux besoins dépend d'abord de ses ressources. À cet égard, des pas importants restent à réaliser pour atteindre une répartition équitable des ressources médicales au Québec. Ainsi, le gouvernement devra intensifier et réajuster au besoin les efforts réalisés en ce sens au cours des dernières années. De même, il

faut se doter d'une véritable planification et de moyens concrets pour répondre aux besoins de main-d'oeuvre en soins infirmiers et en réadaptation.

Enfin, particulièrement dans le contexte du vieillissement de la population et de l'introduction de nouvelles technologies, il est certain que les limites actuelles au financement du système ne permettront pas de répondre à tous les besoins prioritaires. Il importe donc, comme en fait état le mémoire que nous avons déposé récemment au gouvernement sur ce sujet, d'identifier et de mettre en place, de façon urgente, de nouvelles sources de financement des soins et des services de santé au Québec.

Je présenterai ici les différentes recommandations. Premièrement, refaire le projet de loi sur les services de santé et les services sociaux en se dissociant et en s'éloignant de la logique technocratique et bureaucratique de l'avant-projet de loi et en se centrant sur les besoins des personnes et des clientèles à desservir; baliser de façon claire et précise dans la loi l'exercice du droit d'accès universel aux services et la liberté du choix du médecin pour tenir compte des plans d'organisation, des plans d'effectifs médicaux et des ressources disponibles dans les établissements; reconnaître que les CHSLD, les centres hospitaliers de soins de longue durée, peuvent dispenser une gamme diversifiée de services pour leurs clientèles internes et externes; maintenir, dans la loi, la responsabilité des centres hospitaliers à l'égard de la prévention; reconnaître qu'un centre hospitalier peut avoir une vocation d'enseignement majeure ou partielle, selon la nature de son contrat d'affiliation à une université; maintenir les départements de santé communautaire intégrés aux centres hospitaliers et en déterminer les territoires selon le nombre de résidents, la densité de la population et les caractéristiques des communautés; désigner, dans les régions où il existe plus d'un centre hospitalier de soins de courte durée - ah non! DSC, c'est la santé communautaire - parmi les chefs de département de santé communautaire en place, un médecin responsable d'intervenir en situation d'urgence et de coordonner, en l'occurrence, les actions requises en matière de protection de la santé publique avec les autres intervenants; renforcer l'organisation de la santé communautaire au niveau provincial par la création d'un conseil consultatif de santé publique et par la mise en place, au ministère, d'une direction générale de la santé publique; créer des incitatifs favorisant la complémentarité des services, dont la création d'ensembles de santé; confier aux conseils régionaux le mandat d'assumer la concertation des établissements pour l'élaboration de plans de complémentarité et ce, dans un délai d'au plus deux ans; revoir la composition des conseils d'administration des centres hospitaliers pour favoriser une gestion optimale; confier à chaque

conseil régional le mandat de "prioriser", en concertation avec les départements de santé communautaire de la région, un nombre restreint d'objectifs de santé et de les traduire en programmes régionaux; alléger les règles de gestion des établissements du réseau; laisser aux établissements la possibilité d'établir leur plan d'organisation et de choisir les mécanismes de participation qui leur conviennent, en ne mentionnant, dans la loi, que les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, les conseils consultatifs du personnel clinique et les comités de vérification; favoriser la participation des médecins à la gestion des établissements en assurant une rémunération spécifique et adéquate pour les fonctions médico-administratives; améliorer les mesures incitatives de nature financière et organisationnelle pour assurer la répartition équitable des effectifs médicaux, plus particulièrement en régions éloignées et intermédiaires; élaborer une politique de main-d'œuvre en soins infirmiers, incluant la planification des effectifs et l'amélioration du contexte de travail; favoriser le développement d'un réseau de services en réadaptation et s'assurer de la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et suffisante; parachever et compléter la mise en place des mesures pour décongestionner les urgences et développer un réseau intégré de traumatologie avec des programmes coordonnés de services d'urgence préhospitaliers; développer des mesures favorisant la pratique médicale dans les secteurs de la gériatrie, de la réadaptation et des services d'urgence; resituer le phénomène du vieillissement de la population au centre des priorités gouvernementales et favoriser le développement d'un réseau intégré de services aux personnes en perte d'autonomie; identifier et mettre en place, à court terme, de nouvelles sources de financement des services de santé au Québec; confirmer l'existence propre des corporations propriétaires des actifs immobiliers et reconnaître leur apport à la vie des établissements, particulièrement par leur participation aux conseils d'administration de ceux-ci. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): Merci beaucoup, M. Favre. Vous êtes resté dans les limites prévues. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Évidemment, ce matin et toute la journée, c'est une journée assez exceptionnelle et très importante, puisque tout au long de la journée, nous aurons à recevoir l'avis de ceux qui ont à dispenser des soins aux bénéficiaires de ces soins.

Avec 23 recommandations, vous comprendrez facilement que, dans l'espace de quinze ou vingt minutes, on n'aura pas le temps de passer à travers. Évidemment, j'ai choisi, quant à moi, deux thèmes extrêmement importants, majeurs.

Comme vous êtes les premiers, ce matin, on va y aller.

D'abord, il y a un certain nombre de constats qu'on fait et on les fait ensemble. Je pense qu'à peu près tout le monde les fait. On a des difficultés dans le réseau. Si on n'avait pas de difficultés, vous ne seriez probablement pas là ce matin et nous non plus; je pense qu'on pourrait faire autre chose. Allongement des listes d'attente, désuétude et vétusté de certains équipements, comme vous l'avez évoqué à plusieurs reprises, et un certain sous-développement sur le plan technologique. Et on pourrait ajouter autre chose, mais c'est sur le plan des constats.

(10 h 30)

Quant à moi, ça ne fait pas longtemps que je suis là et je suis très très concerné, très impliqué. Je pense qu'il y a deux raisons qu'on peut facilement avancer. On peut être d'accord ou pas. J'ai tenté de le faire dans mon discours d'ouverture et c'est là-dessus que vont porter mes questions et mes échanges avec vous. On peut parler d'un niveau de financement et on peut parler de la dynamique même du système. Donc, je ne m'attarderai pas à me demander si on doit avoir 21 personnes au conseil d'administration, un conseil d'administration unifié ou pas, parce que ce qui arrivera après la commission, sur le plan des analyses, dépendra de certaines décisions que nous aurons à prendre.

Votre mémoire, d'ailleurs, fait état de comparaisons avec l'Ontario, avec le Canada et même, à l'occasion, avec les États-Unis, et ça m'apparaît extrêmement important. Donc, si vous nous le permettez, on va d'abord commencer par le premier élément qui est celui du niveau de financement. Effectivement, le Québec met moins d'argent que l'Ontario dans le système, globalement, et on peut qualifier de 215 \$ per capita l'effort du Québec qui est mis en moins, sur le plan de l'argent, que celui de l'Ontario. Évidemment, au bout de la ligne, lorsqu'on considère les populations, ça veut dire que le Québec met 1 400 000 000 \$ de moins que l'Ontario pour tenter de régler ses problèmes de santé et de services sociaux. C'est un écart très très important qui vaut la peine d'être regardé de très près, puisque, dans vos tableaux mêmes de présentation, c'est là. Lorsqu'on veut décortiquer les 215 \$ de moins qui sont mis per capita, je pense qu'on peut regarder un certain nombre de catégories. Je suis sûr que, ce matin, ça va faire plaisir, mon constat, à un certain nombre de personnes, moins à d'autres, mais on verra, cet après-midi, comment est-ce qu'on rebalance les affaires. Lorsqu'on décortique les 215 \$, on se rend compte que, comparé à l'Ontario, le Québec investit 60 \$ de plus per capita pour les établissements, à partir de vos tableaux. On investit 209 \$ de moins pour les services professionnels. Et, d'ailleurs, les médecins le disent à qui veut l'entendre: C'est 40 % de moins que les médecins

gagnent au Québec qu'en Ontario. Mais on verra cet après-midi cette partie-là. On investit 72 \$ de moins pour les médicaments et appareils. Quand on parle d'appareils, c'est orthèses et prothèses, ce n'est pas dans l'équipement technique. Et il y a 6 \$ de plus, pour les autres dépenses. C'est ce qui explique les 215 \$ d'écart.

Mon premier constat est à l'effet que - il est contestable, mais je le fais à partir de vos chiffres - le Québec investit pour ses établissements 60 \$ de plus per capita qu'en Ontario et que ce sont les professionnels de la santé qui sont, aujourd'hui, les plus défavorisés par rapport à l'Ontario. Lorsqu'on décortique les 60 \$ de plus per capita qui sont mis dans les établissements, notre conclusion à nous - à partir de vos chiffres - c'est qu'il y a 73 \$ de plus dans les centres hospitaliers de courte durée et 15 \$ dans les centres hospitaliers de longue durée, dans les centres d'hébergement et dans les CAR. Donc, lorsqu'on dit qu'au Québec on est sous-financé au niveau des établissements de santé, après une analyse comme celle-là sur le plan des chiffres, moi, j'ai l'impression, par rapport à l'Ontario, qu'on n'est pas sous-financé, mais que nos établissements en reçoivent - en tout cas, à partir des chiffres et des tableaux que nous avons - en moyenne, dans les courtes durées, 73 \$ de plus qu'en Ontario. Et ça, évidemment, c'est une question qui est extrêmement importante parce que là, on parle du financement.

Donc, avec moins de ressources au niveau du Québec, on est dans une situation où le financement de nos centres hospitaliers de courte durée serait nettement supérieur à ce qui est offert en Ontario. Et ça, je le fais à partir de vos tableaux. Donc, dans ces conditions-là, évidemment, on dit - et votre mémoire le disait bien - il faut ajouter de l'argent. Parce que le fédéral s'est retiré, il faut trouver une nouvelle source de financement. Mais, vous avez l'honnêteté de le dire dans votre mémoire, il faut ajouter de l'argent, mais d'abord et en premier lieu pour le vieillissement de notre population.

À partir de cette analyse-là, je dis que, si on avait des sommes additionnelles qu'on pouvait dégager - quand je fais l'analyse, je ne dis pas qu'il n'y a pas de besoins, on pourra y revenir - véritablement, on devrait les affecter en toute première priorité au traitement des personnes âgées et, à ce moment-là, l'endroit idéal ne me paraît pas les centres hospitaliers de courte durée. Et vous dites dans votre mémoire qu'il doit y avoir des mesures préhospitalières et qu'on doit davantage viser les personnes âgées. Or, j'aimerais vous entendre davantage sur le sous-financement, en particulier, des centres hospitaliers que vous représentez. Mais ma conclusion à moi, sur le plan de l'analyse faite avec vos chiffres, c'est qu'on est plus généreux vis-à-vis de vous que l'Ontario ne l'est vis-à-vis de ses centres hospitaliers. Si j'ai une mauvaise

lecture, ne vous gênez pas pour me le dire.

M. Favre: Mme la Présidente, vous me permettez de faire appel aux compétences autour de cette-

La Présidente (Mme Marois): Très certainement. Vous savez, selon nos règles, que vous pouvez inviter l'un ou l'autre de vos collègues à la table à intervenir. Vous pouvez même inviter une autre personne qui vous serait nécessaire. Ça va.

M. Favre: Oui, merci, Mme la Présidente. Je demanderais au Dr Brunet de...

M. Brunet (Jacques): Je pense que, dans les documents qui ont été remis par l'Association, on ne se rend pas au niveau de détails et de sophistication, malheureusement, que le ministre vient de nous donner ce matin. L'Association n'a pas les chiffres pour infirmer, confirmer ou discuter la notion que les centres hospitaliers du Québec reçoivent plus d'argent que les centres hospitaliers de l'Ontario. L'impression qu'on avait - et je pense qu'il faudrait la vérifier, il faudra probablement approfondir ces notions-là - c'est que les centres hospitaliers du Québec reçoivent moins d'argent que ceux de l'Ontario et, s'il y a des différences qui sont significatives, c'est possiblement aussi relié avec les contraintes des conventions collectives. Une bonne partie de l'argent qui est reçu chez nous est allouée... Les conventions collectives sont négociées provincialement et, pour être capable de comparer en détail le montant reçu et l'utilisation qu'on peut en faire entre l'Ontario et le Québec, il semble assez évident qu'il faudrait pouvoir comparer toutes ces données. Jusqu'à maintenant, les données qui nous sont disponibles, tant dans les documents qui sont publiés par le ministère que dans ceux qu'on peut obtenir de l'Ontario, ne nous ont pas permis de confirmer ou d'infirmer les affirmations du ministre, et je pense que je suis incapable de vous répondre de façon spécifique là-dessus. Il reste qu'on demeure avec la conviction qu'à comparer et pour avoir l'occasion de fréquenter des centres hospitaliers de l'Ontario, il semble que leur richesse relative par rapport à la nôtre est relativement élevée. C'est tout ce que je peux ajouter là-dessus, M. le Président.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, je vous ferai parvenir l'analyse qu'on fait. C'est à partir de l'annexe 11, l'année de référence totale étant celle de 1987 où on parle de dépenses totales per capita au Québec. Les données sont là. Puisque les données de 1988-1989 n'étaient pas disponibles par rapport à l'Ontario, c'est à partir de cette année de référence, de vos tableaux, que nous avons ventilé les sommes qui sont indiquées et...

Une voix: Sur la même base que les données du fédéral.

M. Côté (Charlesbourg): ...exactement, sur la même base que les données du gouvernement fédéral, on en arrive à cette conclusion. Donc, ce que je veux tenter de vérifier avec vous parce que... Les conventions collectives peuvent être un élément. Règle générale, on nous reproche toujours, lorsqu'on négocie, qu'on paie moins nos employés que l'Ontario; ça aussi, ça doit être tenu en compte. C'est un premier élément. Je comprends qu'on aura à échanger ultérieurement sur cette base-là, je vous ferai parvenir les données.

Le sentiment que nous avons maintenant suite à cette analyse... Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problème, ce n'est pas ça que ça cherche à cacher. Je pense qu'il y a des problèmes. Quand on parle des problèmes de listes d'attente, des problèmes au niveau des urgences, c'est sûr qu'il y a des problèmes. Mais, dans mon livre à moi, il y a deux éléments. Ça peut être le financement ou ça peut être la dynamique elle-même du système. C'est ça aussi qui est questionnable et c'est ce sur quoi je veux m'entretenir avec vous sur le deuxième point. On verra sur le plan des chiffres, je pense qu'on peut toujours en discuter.

Dans le discours d'introduction hier - je pense que vous le reprenez aussi à votre manière dans votre présentation - on parle de complémentarité, on parle de discontinuité, de distorsion et d'une série de choses. Moi, je m'interroge beaucoup sur la dynamique même du système. Est-ce qu'on n'est pas... Je demande votre opinion très simplement; moi, j'ai l'impression que notre système est orienté vers une production de services. Vous avez évoqué dans votre texte aussi qu'il fallait laisser aux centres hospitaliers de la prévention, qu'il faudrait en traiter beaucoup. Ça m'apparaît extrêmement important qu'on ait toujours présente à l'esprit la prévention, mais, lorsqu'on va dans les centres hospitaliers, règle générale, on est rendu dans le curatif. Est-ce qu'il y a un problème avec la dynamique du système? Est-ce que vous autres, vous en percevez un, parce que vous avez à l'administrer chaque jour, autre que technocratie? Je pense que vous êtes assez clairs là-dessus. On ne passera pas trop de temps. Technocratique, bureaucratique, évidemment, aux CRSSS, au ministère. Mais, moi, je vous dis très clairement: Est-ce que la dynamique même du système n'engendre pas des problèmes au système sur le plan de la dispensation des services?

M. Favre: Dr Brunet.

M. Brunet: M. le ministre, je pense que c'est sûr que la dynamique du système entraîne un certain nombre de difficultés et que les centres hospitaliers - on est ici principalement

et on parle des centres hospitaliers de courte durée - sont d'abord et avant tout des producteurs de services. Je pense que, si tel n'était pas le cas, les listes d'attente s'allongeraient et l'insatisfaction serait généralisée. Je voudrais dire, sur la dynamique du système, que les hôpitaux que je connais sont des endroits dynamiques. Ce sont des entreprises dynamiques qui fonctionnent avec plusieurs types de professionnels. C'est une bureaucratie professionnelle fort complexe et fort difficile à gérer qui a sa dynamique propre, qui offre des services et je pense qu'on peut dire qu'elle est d'une assez grande efficacité. Malgré les listes d'attente, malgré certaines Insatisfactions, malgré les difficultés vécues dans les urgences, je pense que n'importe qui qui viendra passer une journée dans un centre hospitalier pourra y voir jusqu'à quel point, je dirais, l'ensemble du personnel y travaille fort à compter des aides jusqu'aux infirmières sans parler des médecins. Venez faire un tour, venez passer une journée comme observateur dans un milieu hospitalier et vous y trouverez un milieu qui est fort occupé où la masse de travail est énorme et où la plupart des gens sont débordés à donner des services. Ce sont, évidemment, des centres productifs. Je pense que vous l'avez dit et je suis bien d'accord là-dessus.

Quand vous parlez de la dynamique, vous laissez entendre - et je pense qu'on retrouve ça dans l'avant-projet de loi et dans certains documents qui proviennent du ministère - que, s'il y avait, je dirais... On a l'impression que s'il y avait moins de concurrence et s'il y avait plus de concertation... que c'est un problème, vraiment, de partager les services ou les activités. Je pense qu'il existe dans le système certaines duplications à l'occasion et, de façon générale, si vous regardez les grandes villes comme Québec ou Montréal, la duplication de services est relativement minime. Dans une ville comme Québec, je pense qu'il y a eu une rationalisation assez importante. Il y a un institut de cardiologie qui regroupe presque tous les services ultra-spécialisés de cardiologie, il y a un centre de neurologie et de neurochirurgie. Je pense que la duplication est relativement mineure et que pour le reste il y a une dynamique. Il ne faut pas se faire d'illusions: la dynamique du système, actuellement, la plus grande difficulté, c'est vraiment de répondre à la demande qui est croissante dans nos milieux. Est-ce que les gens sont plus malades au Québec qu'en Ontario? Est-ce qu'on gère moins bien les hôpitaux qu'on ne les gère en Ontario? Je pense que, chaque fois qu'il y a eu des firmes privées qui se sont impliquées dans la gestion hospitalière, ça n'a pas eu comme conséquence de diminuer les coûts. En général, ça s'est terminé par une injection de budgets à l'intérieur des centres hospitaliers. Et là-dessus, ma conviction profonde, c'est qu'on a un système, qui, malgré ses difficultés, malgré, je

pense, des difficultés au niveau financier qui sont importantes, a une dynamique à l'intérieur qui est fort positive et qui, je pense, nous permet d'offrir à la population du Québec des services de qualité. Les services qu'on offre au Québec se comparent avantageusement à peu près à tous ceux qui sont offerts dans les pays comparables au nôtre et les difficultés qu'on signale sont des difficultés réelles, mais dans un monde qui est fort dynamique et qui offre une qualité de services qui est rarement atteinte dans des pays comme le nôtre sur le plan industriel.

M. Côté (Charlesbourg): Mes questions ne visent pas à mettre en doute la gérance de nos centres hospitaliers, je veux être très clair à ce niveau-là, parce que c'est tenter de faire une comparaison avec ce qui se passe en Ontario avec beaucoup plus d'argent. On l'a dit, l'Ontario, avec 1 400 000 000 \$ de plus, a exactement les mêmes problèmes que nous autres. Il y a des engorgements au niveau des urgences. Il y a des listes d'attente dans des domaines de pointe et ça, c'est très évident à un tel point que le premier ministre de l'Ontario a senti le besoin de créer une commission, comme la nôtre pour être capable de voir qu'est-ce qu'on peut faire pour corriger les lacunes du système. (10 h 45)

Évidemment, on manque de ressources; il faudra en mettre un peu plus. Nos problèmes des dernières années, c'est que, dû au désengagement du fédéral, on a été obligés de prendre cela à notre charge et on dit: Demain matin, on doit faire face à des problèmes additionnels. Vous l'avez dit dans votre mémoire, le vieillissement de la population est un problème extrêmement important auquel on devra faire face et il faut trouver les sommes nécessaires.

Moi aussi, je crois que le système est bien géré au Québec et que tout le monde fait des efforts pour y arriver. Évidemment, on est pris dans une dynamique où on a des listes d'attente et des problèmes à solutionner, et c'est là où je me pose véritablement la question avant de le défendre auprès du gouvernement: Est-ce uniquement par l'ajout d'argent additionnel qu'on va régler nos problèmes? On l'a vu dans le cas des urgences et on va arriver avec un problème plus spécifique. Dans le cas des urgences, on a effectivement investi des sommes assez importantes et substantielles sur une période de trois ans pour tenter de régler le problème des urgences. Ça s'est réglé pour un an ou deux et cette difficulté revient maintenant puisque, effectivement, les personnes âgées réoccupent des lits qui sont dévolus à des soins de courte durée.

Comment fait-on pour régler le problème des urgences? Comment fait-on pour régler le problème de Brome-Missisquoi et de Granby qui se chicanent pour savoir lequel des deux aura un "scanner"? Comment est-ce qu'on fait ça? Je

pense que ce sont des questions, et vous êtes dedans, vous autres, dans l'action quotidienne. Est-ce par une régie régionale? En tout cas, je ne suis pas sûr, malgré le fait qu'elle pourrait avoir bien des pouvoirs. Comment est-ce qu'on fait? Dans d'autres cas, on a réussi à régler des problèmes. Pierre-Boucher et Charles-LeMoine, sur la rive sud de Montréal, avec l'aide du CRSSS, ont réussi à faire une conciliation et un partage, donc à être complémentaires. Comment fait-on, demain matin, pour régler nos problèmes d'urgence? Est-ce uniquement par l'ajout d'argent ou si on ne doit pas questionner la manière dont notre système fonctionne et interroger et interpeller la dynamique?

Je vous le dis tout de suite: Oui, Dr Brunet, les urgences, je sais comment ça fonctionne. J'y suis allé à deux reprises moi-même et j'ai vu qu'il y a bien des gens qui y travaillent et qui y occupent passablement leur temps. Comme patient, oui, comme patient.

M. Brunet: Là-dessus, je répondrai, M. le ministre, si on veut prendre les problèmes un par un, que le problème des urgences, c'est un problème difficile. C'est sûr qu'il s'est amélioré. Il s'est amélioré pour deux raisons. On a mis des ressources importantes pour favoriser le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel. Je pense qu'on a obtenu un certain succès et qu'on a eu une amélioration temporaire avec une baisse... L'amélioration dans les urgences a correspondu à une certaine baisse des malades de soins prolongés qui sont dans des lits de soins de courte durée. À mesure que les mesures ont eu leur effet et qu'on a l'impression d'atteindre un point de saturation, le nombre de malades en soins prolongés dans les lits de courte durée réaugmente progressivement et la congestion des urgences augmente. Je pense que, dans la région de Québec que je connais mieux, la situation est de plus en plus difficile, je dirais de mois en mois, et qu'on s'en va vers une situation dont les solutions vont devenir de plus en plus difficiles.

On a, dans notre mémoire, présenté un certain nombre de solutions qui peuvent aider. Il y a des solutions qui sont reliées à la gestion des lits, il y a des solutions qui sont reliées au financement et il y a des solutions qui sont reliées à des problèmes sociaux plus larges. Comment fait-on pour garder plus de nos personnes âgées dans leur milieu de vie naturel? Est-ce qu'il faut injecter plus d'argent dans les soins à domicile? Quelle est la réponse aux problèmes vécus dans notre société par des personnes âgées? Est-ce qu'il faut trouver des incitatifs financiers qui soient fiscaux? Quelles sont les sources ou les moyens pour permettre de garder ces gens-là dans leur milieu de vie naturel et ne pas atteindre au Québec un taux d'institutionnalisation de nos personnes âgées qui dépasse celui de tous les pays industrialisés? Je pense

qu'il y a un réel problème et on est prêts à collaborer avec vous pour y chercher des solutions. Les solutions ne sont pas faciles et je pense qu'il faut, tous ensemble, essayer d'en trouver.

Le problème le plus difficile actuellement dans la province de Québec est peut-être de trouver des services qui sont acceptables pour les personnes âgées, qui permettent de répondre et de ne pas les garder dans les lits hospitaliers où elles ne reçoivent ni des traitements adéquats ni des soins qui sont adaptés à leurs besoins. Je pense que, si on réglait ça, on réglerait, à toutes fins pratiques, en même temps, le problème des urgences. Baissons de 6 % le nombre de personnes âgées de soins prolongés qui sont dans les lits de soins de courte durée et vous venez de régler le problème des urgences du même coup. Ça m'apparaît peut-être un des problèmes les plus difficiles à régler et celui auquel il faut s'attaquer. Ce n'est pas uniquement de l'argent, mais c'est de l'argent quelque part pour essayer de trouver des solutions.

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas nécessairement de l'argent dans les hôpitaux pour régler le problème.

M. Brunet: Pas nécessairement.

La Présidente (Mme Marois): Oui, brièvement, M. Nadeau, parce que le temps évidemment alloue... Mais, allez-y.

M. Nadeau (Jacques A.): Je vais faire rapidement. C'est clair, M. le ministre, qu'il y a des solutions dans du financement additionnel. C'est aussi clair qu'il y a des solutions dans de la meilleure organisation, dans de la complémentarité.

Ce que nous vous disons, c'est que ce n'est pas par le biais des structures qu'on va créer une complémentarité au niveau des établissements. C'est en les responsabilisant. Ce n'est pas en les réglementant, ce n'est pas en les étouffant, c'est en les responsabilisant. Votre problème de Brome-Missisquoi, c'est ça. Quand on responsabilise des gens, il y en a peut-être qui vont faire des erreurs, mais il faut qu'ils les assument.

Je ne sais pas si Brome-Missisquoi doit avoir un "scan", je ne connais pas tout à fait la nature du problème, sauf ce que j'ai lu dans les journaux, mais je n'ai pas toutes les informations du ministère. Si, dans votre esprit, Brome-Missisquoi ne devrait pas avoir un "scan" et s'il l'a, bien, il en assumera ses responsabilités et, avec sa communauté locale et son conseil d'administration, il choisira ses priorités, ses services à la population. Mais tout ça va s'inscrire dans un plan de complémentarité qui va être fait au niveau régional. C'est bien de valeur, mais si on responsabilise les établisse-

ments, si on dérègle, on va peut-être échapper quelques affaires comme ça, mais on est mieux d'en échapper quelques-unes et de créer une dynamique dans le réseau que d'étouffer tout le monde.

C'est un peu, dans ce sens, le message qu'on vous livre dans le mémoire. D'accord, il y a du travail à faire au niveau de la complémentarité et je peux vous assurer qu'on va le faire. Mais il y a aussi d'autres choses à faire sur le plan du financement. Je vais vous donner un exemple au niveau des problèmes d'urgence. On a dit: On a mis de l'argent, et c'est vrai que votre gouvernement a fait des efforts à partir de 1986 pour régler le problème des urgences. Mais, vous savez, pendant qu'on a sorti des patients de longue durée et qu'on les a envoyés dans les lits de longue durée pour des raisons budgétaires, globalement, on a fermé en trois ans l'équivalent de 1000 lits d'hospitalisation. Bien, on ne peut pas, d'une part, les sortir et en fermer et penser qu'on va réussir complètement. Ce n'est pas juste ça. C'est un ensemble de moyens, mais c'est un exemple. Il faut que tout ça soit complémentaire.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le leader de l'Opposition et critique en matière de santé.

M. Chevette: Merci, Mme la Présidente. Je pense que je vais opter pour faire plutôt des commentaires parce que j'ai peur qu'en donnant des réponses on prenne tout le temps. J'en ai beaucoup à dire. C'est une invitation à être très brefs dans vos réponses.

Notre mission, c'est la santé et notre religion, c'est l'équilibre budgétaire. C'est ce que j'ai lu dans certains rapports émanant de certains centres hospitaliers du Québec et ça m'a inquiété. Ça m'a inquiété drôlement parce que je me suis rendu compte que, dans certains centres hospitaliers, c'était du dogme et que la religion était tellement appliquée avec rigueur qu'elle primait sur la mission. Quand c'est rendu que, dans certains centres hospitaliers, la norme ou la règle générale la plus facile à appliquer, c'est la fermeture des lits pour faire un équilibre budgétaire, votre mission en prend un coup et ça se fait à peu près partout, des 500 lits régulièrement fermés.

Personnellement, je trouve que l'Association des hôpitaux sombre dans la solution facile. Vous sombrez dans les solutions faciles et je vais m'expliquer. J'ai lu votre mémoire, y compris celui des suggestions pour corriger le sous-financement. Il me semble que c'est là une étude ou des suggestions d'une facilité totale. Vous êtes prêts à abandonner la gratuité des soins de santé, à toutes fins pratiques, sans faire une analyse des utilisateurs qui auront à payer. Quand on sait que c'est dans les milieux économiquement pauvres qu'on requiert le plus souvent des services de santé, je suis surpris et déçu du

fait que les administrateurs n'aient pas fait cette analyse ou ces suggestions à partir d'une vision humanitaire et à partir d'une vision sociale également des consommateurs qui bénéficient des soins hospitaliers.

Avec autant de facilité, se prononcer pour bannir la gratuité comme principe fondamental et ne pas avoir entendu un mot, par exemple, sur les iniquités fondamentales qui se sont créées par la loi 160 dans les hôpitaux, qui ont eu un impact énorme sur le climat des relations de travail à l'Interne, des relations humaines, et qui avaient un impact sur la qualité des soins aux bénéficiaires, ça me surprend. Il me semble y avoir une absence de vision sociale, de vision humanitaire dans votre approche. Je tenais à le dire d'entrée de jeu.

Également, je vous référerai au rapport de la commission Rochon qui est assez explicite - je le disais à l'ouverture des travaux de cette commission - qui dit que "les administrateurs d'hôpitaux sont devenus, au fil des ans, de par le système, des gérants de conventions collectives et des directives plutôt que des gestionnaires de ressources humaines". Page 413 du rapport Rochon.

Je voudrais, ce matin, vous demander si vous avez eu le temps depuis quelques jours de réfléchir sur la remise en question de la gratuité des soins hospitaliers et j'espère que je pourrai vous poser une autre question.

M. Brunet: Pour répondre rapidement, je pense qu'au niveau de l'humanisation des services ou des soins on en est, à l'intérieur des hôpitaux, très préoccupé. Il n'y a pas uniquement le problème de la gratuité. Il y a aussi le problème de l'accès aux soins. Je pense que l'humanisation des soins, ça concerne aussi les gens qui sont en attente à l'urgence sur des civières. Je pense que les malades de soins prolongés qui sont dans des lits, soit dans une unité de chirurgie, soit dans une unité de médecine où ce n'est pas leur place, sont dans des conditions difficiles et aussi inacceptables.

Nous, ce qu'on dit, c'est qu'on ne veut pas tellement remettre en cause la gratuité. Je pense qu'on mentionne dans le mémoire qu'on veut s'assurer que le système demeure équitable, accessible à l'ensemble de la population. Ce qu'on dit, c'est qu'il faut regarder pour des sources supplémentaires de financement. Le gouvernement fédéral baisse sa contribution. Le gouvernement provincial a des difficultés financières. Je pense que, si on regarde les dix dernières années, il est passé plus d'un gouvernement et on a augmenté les ressources consacrées à la santé d'une certaine façon. Mais notre conclusion, c'est que ces ressources, malgré qu'elles soient importantes au niveau gouvernemental, ne sont pas suffisantes et il nous apparaît opportun de regarder des alternatives et de rechercher d'autres sources de financement pour une marge

de manoeuvre qui nous apparaît essentielle en fonction et dans le but d'améliorer la qualité des services qui sont rendus.

M. Chevette: Sauf que, Mme la Présidente, ma question portait spécifiquement sur le fait que vous avez sombré dans la facilité: taxer le consommateur. Je donne un exemple: les frais d'hôtellerie. Je donne un exemple: un ticket modérateur sous prétexte que, facilement, on peut contrer certains abus. Est-ce qu'il faut véritablement là la solution drastique ou s'il n'y a pas des solutions beaucoup plus humanitaires? Je donne un exemple. Quelqu'un qui "chargerait" 10 \$ à l'urgence. Connaissez-vous quelqu'un, sur le pian humain, qui refuserait à un enfant, par exemple, ou à une personne âgée d'être traitée à l'urgence s'il n'a pas ses 10 \$? Il faut voir l'approche, il me semble, du côté humain et dire: S'il y a des abus à contrer... Par exemple, on parle de la multiplicité des visites. Est-ce que c'est par un ticket modérateur automatiquement qu'on peut corriger le point de vue ou si ce n'est pas par le carnet de santé, par exemple?

N'avez-vous pas eu ce réflexe, dans l'analyse de la correction des aberrations ou des abus, dans l'analyse, par exemple, d'un financement accru, n'avez-vous pas pensé à d'autres formules qui pouvaient ne pas pénaliser les plus grands consommateurs parce que ce sont les plus démunis de notre société? C'est dans les milieux économiquement pauvres que l'on retrouve le plus de maladies causées par la malnutrition, par des logements insalubres. Vous le savez. Comment se fait-il que vous n'ayez pas cette approche vis-à-vis du petit monde, comme on dit en bon québécois, qui n'a pas la capacité de payer? Mais ce qui importe pour vous, ça semble être l'équilibre budgétaire et non pas un équilibre budgétaire tenant compte de la situation économique des gens et des consommateurs.

M. Nadeau: M. Chevette, qu'on le veuille ou non, l'équilibre budgétaire, c'est la règle dans le réseau depuis 1986. Et quand vous n'avez pas d'équilibre budgétaire dans votre hôpital, vous n'avez pas de coûts de système, vous n'avez pas de projets d'aménagement, vous n'avez pas de développement. Si vous n'atteignez pas l'équilibre budgétaire, vous pouvez priver encore votre population de services. Donc, les administrateurs, par rapport à l'équilibre budgétaire, ce n'est pas une chose qu'ils peuvent atteindre, c'est une chose qu'ils doivent atteindre.
(11 heures)

Vous nous dites: L'Association des hôpitaux, vous n'avez peut-être pas de pensée sociale. Vous voulez faire payer les pauvres gens pour faire en sorte qu'ils ne puissent pas consommer les services de santé et, après ça, on aura peut-être une facture un peu plus grande ou ces gens-là vont se priver de services de santé, alors que notre société leur en a donné le droit. C'est

faux. Vous ne pouvez pas dire qu'on n'a pas une vision sociale. Si on parle de ça aujourd'hui, c'est pour bâtir l'avenir. Demain matin, on est encore capables de s'organiser et peut-être après-demain, encore un bout de temps. Mais, dans quatre ans et dans trois ans, si on ne pose pas des gestes sérieux, on ne sera pas capables de le faire et là, on va entamer de façon très sérieuse des problèmes qui vont compromettre de façon radicale l'accessibilité. Et là, on dira: Bien, si vous y aviez vu dans le temps, si on avait regardé dans le temps et qu'on avait prévu ces choses-là, peut-être qu'on ne serait pas dans la situation où on est. Or, nous, on veut bâtir l'avenir et c'est, au contraire, parce qu'on a une vision sociale qu'on parle de ça aujourd'hui.

Le deuxième élément: faire payer les pauvres gens. Ce n'est pas ça qu'on dit. On dit: Faire participer les citoyens aux coûts, sans compromettre d'aucune façon l'accessibilité aux services de santé. On ne veut pas que votre madame dont vous nous parlez, à l'urgence, qui n'a pas un sou, soit privée des services à l'urgence. Et il y a des moyens à trouver pour faire en sorte que cette personne ne soit pas pénalisée. Je suis d'accord avec vous, il ne faut pas pénaliser l'accès aux services de santé et c'est un objectif qu'on doit poursuivre et ça, on en est très conscients.

Maintenant, dans les mesures qu'on a suggérées, on n'a pas dit: Imposez un ticket modérateur. On dit: On pourrait regarder une formule où les citoyens seraient appelés à contribuer à des visites médicales. Vous, vous pouvez bien l'appeler ticket modérateur, notre idée, ce n'est pas de le modérer parce que, au contraire, on dit tenant compte de la capacité. Mais on dit: Ce n'est pas nécessairement la seule solution. On met un ensemble de formules sur la table et on dit: Regardons ça et, tenant compte de ce que l'Ontario fait comme effort dans le secteur privé, essayons de nous dégager une marge de 550 000 000 \$ sur quatre ans. Justement, on ne demande pas un effort qui est plus grand, globalement, que ce que l'Ontario fait et cela, tenant compte de la richesse relative des deux provinces. On est conscients que, si on ne fait pas quelque chose de ce côté-là, on compromet notre accessibilité dans l'avenir. Mais ça, je pense que c'est avoir une vision sociale.

M. Chevette: Mme la Présidente, ma question portait sur la gratuité et je m'aperçois que vous débordiez sur des comparaisons avec l'Ontario. Je ne suis pas en mesure, moi non plus, de dire si le ministre a raison ou si vous avez raison, peu importe. Je pense que, quand on regarde la part du produit intérieur brut qui est consacrée à la santé, qui est en diminution, en décroissance depuis 1986 - je pense que ça n'a été nié par personne - c'est peut-être là aussi une question à se poser, dépendamment du fait qu'on fasse de la santé des gens une priorité ou

pas. Ce n'est peut-être pas catastrophique, 7,3 % comme portion du produit intérieur brut consacrée à la santé quand on se compare aux Américains, par exemple, dont au-delà de 25 000 000 n'y ont même pas accès. Et nous, on a une accessibilité universelle, totale pour 7,3 %. Si on continue à baisser la portion, la part du produit intérieur brut pour la santé, c'est évident qu'on va avoir des problèmes. Mais ça, c'est un choix de société. Et le choix de société, on n'est pas obligés de le faire en fonction de toujours pénaliser les consommateurs.

Les plus grands consommateurs de soins... C'est sur ça que j'ai voulu insister, M. Nadeau. Vous savez que c'est dans les milieux économiquement pauvres que l'on retrouve le plus grand taux de maladies, de maladies infantiles également, et vous le savez. Il y a des médecins à votre table. Vous savez que, même chez les jeunes... Les maladies infantiles, dans les milieux pauvres et dans les milieux défavorisés, vous le savez que c'est là. C'est bien évident que toute taxe à la consommation, si je peux m'exprimer ainsi, pénalise ces gens-là qui sont déjà défavorisés collectivement. Et c'est le rôle de l'État, c'est le rôle du gouvernement de répartir la richesse collective le plus équitablement possible. Et c'est ça que j'ai voulu souligner au-delà des réponses que vous pouvez me donner. Comme principe, c'est à ça que je crois fondamentalement.

J'aurais une question à vous poser sur la "concurrentialité". Vous en avez parlé, je pense que c'est le Dr Brunet qui en a parlé. On a vu, on y a assisté, on a entendu le père de cette réforme venir nous dire que ça prendrait des secteurs témoins, des secteurs concurrentiels. Et vous venez vous plaindre, ce matin, vous, de la "concurrentialité" entre les établissements de santé existants. Est-ce que vous êtes d'accord avec une concurrence accrue?

M. Brunet: Je n'avais pas l'intention de donner l'impression qu'on craignait une concurrence accrue. Je pense que, dans le secteur hospitalier, comme dans plusieurs autres secteurs, une saine concurrence n'est qu'un apport positif à une meilleure gestion, à des services de meilleure qualité. Je pense qu'il faut garder une saine concurrence entre les établissements et que, là-dessus, ça ne pose pas de difficulté ou d'inquiétude. Au contraire, je pense que cette concurrence existe actuellement et qu'il faut la garder. On est des directeurs généraux d'hôpitaux, chacun est fier de son hôpital, chacun a ses secteurs d'excellence et chacun veut essayer de faire les choses le mieux possible et, si possible, mieux que son voisin. Là-dessus, c'est une concurrence qui, à mon avis, est correcte et je pense qu'on doit l'encourager.

Pour ce qui est d'une concurrence avec le secteur privé, je pense que là il peut y avoir des initiatives. Il y a une formule qui a été tentée

avec un certain succès au Québec depuis longtemps, c'est dans le secteur de l'éducation où on a des écoles privées qui compétitionnent avec des écoles publiques. Ça a fait l'objet de nombreux débats. Je pense qu'à l'occasion elles ont une popularité assez grande et que ça rend des services. Ça permet une saine concurrence là aussi. Je pense qu'on pourra examiner, du côté de la santé, l'option ou des options qui permettraient une concurrence plus grande, même au point de vue d'une forme de privatisation.

M. Chevette: Subventionne ou pnn, le secteur concurrentiel privé?

M. Brunet: Comme dans l'éducation.

M. Chevette: Non, non. Vous dites exactement comme dans l'éducation ou bien, si c'est privé, laissé aux initiatives et au paiement des individus?

M. Brunet: Dans mon optique et dans les discussions qu'on a eues à l'intérieur de l'AHQ, c'était plus une orientation d'un maintien du contrôle de l'État sur l'ensemble du système et un système qui se rapproche de celui de l'éducation, où vous pouvez envisager des entreprises privées qui sont soumises aux mêmes règles que les établissements du réseau au point de vue du fonctionnement, mais qui peuvent avoir un financement partiel.

M. Chevette: Est-ce à dire, à ce moment-là, que vous acceptez qu'une société, par exemple, puisse subventionner, à même les impôts de la majorité, une base? Par exemple, à supposer que ça coûte 400 \$ par jour pour une chirurgie électorale, le gouvernement subventionne les 400 \$ comme le coût du public et l'individu qui est riche, lui, se paie un hôpital privé un peu plus luxueux, est-ce que c'est ça? Est-ce que vous allez jusqu'à accepter ça comme principe de base?

M. Brunet: Ce qu'on dit, c'est que, dans le système actuel, il n'y a pas d'alternative possible. On dit: Il faut regarder avec le ministère et il faut discuter publiquement des possibilités de trouver des solutions alternatives. On pense qu'actuellement le système est fermé sur lui-même et qu'on a des difficultés très grandes à répondre à la demande. Si la demande continue à augmenter au cours des dix prochaines années, que les budgets demeurent au même niveau ou que la part du gouvernement du PIB demeure à peu près au même niveau, inutile de se faire des illusions, il sera impossible de répondre, de façon raisonnable, à la demande. Si on ne trouve pas soit des fonds supplémentaires qui viennent de l'État, soit des sources alternatives de financement, on s'en va vers un système qui va offrir une gratuité et une accessibilité universelles

théoriques, mais qui, en pratique, va être de plus en plus incapable de répondre à la demande.

Alors, on dit: Il faut trouver des solutions. Si l'État est prêt à augmenter sa part de financement, ça ne nous cause pas de problème, quant à nous. Par ailleurs, à écouter les discours qui sont faits au niveau gouvernemental, avec les difficultés financières actuelles, la situation financière du gouvernement fédéral et son désengagement progressif, on voit difficilement comment la part du gouvernement provincial va augmenter au cours des prochaines années.

M. Chevette: Merci.

M. Brunet: Ça nous inquiète et ça nous force à regarder des alternatives. On n'a pas de solution miracle, on n'a pas fait de tentative ou de projet-pilote dans ce sens-là, mais on dit qu'il faut regarder des alternatives pour trouver des solutions.

M. Chevette: Maintenant, une dernière question, je suppose?

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Chevette: Je voudrais vous entendre sur la décentralisation puisque, dans votre mémoire, au tout début, on lit: Votre avant-projet constitue une centralisation des pouvoirs. C'est votre affirmation. Êtes-vous en faveur d'une véritable décentralisation, y compris décentraliser les enveloppes de la RAMQ au niveau régional et responsabiliser le milieu pour qu'il se prenne en main véritablement?

M. Brunet: Pour ce qui est de la décentralisation, c'est la réaction de l'Association qui est dans le mémoire. On dit que la régie régionale est un organisme qu'on confie, dans le fond, à des citoyens, où on nomme un président-directeur général qui, lui, est nommé par le gouvernement et qui répond directement au ministère. C'est, dans notre esprit et dans nos notions de décentralisation, une forme de non-décentralisation. C'est, au plus, une déconcentration des pouvoirs et non pas une véritable décentralisation. Le jour où l'État sera prêt à transférer des pouvoirs au niveau régional, à transférer des impôts au niveau régional, je pense qu'on pourra envisager une véritable régionalisation.

Vous parlez des enveloppes médicales décentralisées sur une base de régie. Je pense que c'est une avenue qu'il faut examiner. Le problème de la disparité des effectifs médicaux est un problème réel. Le ministère fait de gros efforts. Ça fait 20 ans que le ministère tente de trouver des solutions à ce problème-là. Il y a eu des améliorations importantes, mais il reste des problèmes importants. Il faut dire qu'on a une province assez excentrique aussi, je veux dire si on la compare à l'Ontario. L'Ontario a à peu

près une région éloignée alors que nous, nous en avons trois ou quatre. Le problème est donc beaucoup plus difficile à régler au Québec qu'en Ontario. Et je pense que, là-dessus, les solutions ontariennes ne peuvent pas s'appliquer au Québec.

Quand vous nous parlez d'une enveloppe de la régie sur une base régionale, c'est une option qui a été mentionnée et qui est soumise dans certains mémoires. Je pense qu'elle mérite d'être examinée attentivement, mais je ne pense pas que ça puisse se faire d'un coup, rapidement et, encore là, il faudrait faire des simulations pour voir ce que ça signifie sur le plan technique. Parce que ce n'est pas une solution qui ne va pas changer profondément la nature des choses.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Malheureusement, le temps qui vous était imparti est terminé. Vous voulez faire un commentaire, M. Nadeau? Oui.

M. Nadeau: Je voudrais, en réponse à la question du ministre sur les données financières, déposer aux membres de la commission le tableau 5-B qui démontre que l'effort financier en courte durée en Ontario est de 26,9 % supérieur au Québec. Ce qui est probablement différent dans les statistiques du ministère, c'est qu'on ne tient peut-être pas compte des patients de longue durée qui occupent des lits de courte durée qui, évidemment, ne sont pas utilisés pour la courte durée.

Je vais le déposer, M. le ministre, et on pourra échanger avec vous sur ces données-là.

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Aucun problème, Mme la Présidente. De toute façon, c'est fait pour une discussion ouverte et pour tenter de trouver une solution à nos problèmes. Évidemment, si la vérité se trouve chez vous... Peu importe où elle se trouve, l'important, c'est de savoir la vérité.

M. Nadeau: Exactement.

La Présidente (Mme Marois): C'est de la trouver.

M. Nadeau: Exactement.

La Présidente (Mme Marois): On vous remercie de votre présentation. On s'excuse du peu de temps que l'on a, mais on essaie de respecter aussi des règles d'équité. Pendant que je vais demander au prochain groupe de prendre place, qui est l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux, j'aimerais informer les membres qui sont dans la salle que les galeries en haut sont

ouvertes, de telle sorte que, s'il n'y a pas suffisamment d'espace pour certains de vos groupes, ils peuvent aller aux galeries.
(11 h 15)

Si l'on veut bien prendre place, s'il vous plaît! Voilà, le calme revient, un certain silence, à tout le moins, nous permettant de reprendre nos travaux. Je vais souhaiter la bienvenue à l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux. J'inviterais M. Levine, qui est président, à nous présenter les personnes qui l'accompagnent, à présenter son mémoire en une vingtaine de minutes; vingt minutes de part et d'autre, ensuite, pour des questions.

Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux

M. Levine (David): Merci beaucoup, Mme la Présidente. M. le ministre, membres de la commission, à titre de président de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux de la province de Québec, je suis très fier d'être ici aujourd'hui. J'ai l'honneur de vous présenter nos réflexions sur le mémoire de l'avant-projet de loi.

J'ai avec moi aujourd'hui l'ensemble des membres de l'exécutif, mais ici, à la table, il y a M. Reginald Grenier, directeur général du centre hospitalier Saint-Sauveur; M. Miville Lapointe, directeur général du centre de services sociaux Laurentides-Lanaudière; M. Lucien Lessard, directeur général du CLSC de Forestville; Mme Micheline Larose, directeur général du centre de réadaptation Mont-Saint-Antoine et notre directeur général, M. Michel Denis. Je suis moi-même directeur général du centre hospitalier de Verdun. Vous avez devant vous des représentants de l'ensemble des établissements du réseau. Notre association regroupe 600 directeurs généraux parmi les 800 établissements du Québec. La concertation pour nous permettre de vous livrer un mémoire, c'est parmi l'ensemble de nos établissements du territoire qu'elle a été menée.

Premièrement, j'aimerais dire que l'Association est très heureuse de voir qu'on a devant nous un avant-projet de loi qui touche les objectifs de santé, qui touche des objectifs mesurables et des objectifs qui peuvent nous guider dans l'avenir de notre réseau. Ce qu'on note quand même, c'est qu'il y a un manque de perspective en ce qui concerne une vision sociale à l'intérieur de cet avant-projet de loi. Notre réseau est effectivement un système de santé et de services sociaux, mais, à toutes fins pratiques, c'est un système de maladie. Le ministre l'a bien dit tout à l'heure: Ça a l'air d'un système de production de services et pas nécessairement un système de prévention de la maladie. Je pense qu'il est fort important de regarder cette question de prévention. La commission Caston-

guay, en 1970, a créé un réseau où la prévention est un des éléments de base. Malheureusement, on n'a pas réussi à investir, ni en termes d'argent, ni en termes d'efforts, ce qu'on devrait investir à ce sujet. Réduire le nombre de DSC, n'est pas un moyen pour assurer la prévention et le développement de la prévention à travers le Québec. Il faut renforcer nos départements de santé communautaire, s'assurer qu'il y a une masse critique dans chacun de nos départements de santé communautaire et, aussi, donner un leadership provincial, un leadership où la prévention peut jouer un rôle important au sein du gouvernement et au sein du ministère.

Le sujet qu'on aimerait toucher est la question de rendre les Québécois responsables de leur santé. On a créé, à travers les années, une dépendance des Québécois envers leur système de santé en disant: C'est un système gratuit. Ce n'est pas un système gratuit du tout. On paie tous, chacun d'entre nous, pour les services de santé, mais on n'a aucune idée de ce que ça nous coûte, chacun individuellement, d'avoir ces services. Alors, on n'a aucune responsabilité chacun, individuellement envers les services de santé qu'on consomme. Cette attitude a influencé la famille, le rôle de la famille dans notre société, a influencé l'approche qu'on a envers les personnes âgées dans notre société actuelle et on peut dire que depuis 20 ans et l'arrivée du nouveau système, il y a beaucoup de changements, et dans le taux de natalité, et dans nos valeurs et l'attitude qu'on a envers les personnes âgées de notre société.

Je pense qu'il est temps maintenant qu'on regarde comment stimuler cette participation de la population, comment stimuler cette prise de conscience de la population, de leur rôle de prise en charge de leur santé. Dans ce sens-là, on trouve qu'il est important d'être capable d'informer chaque Québécois et Québécoise du coût qu'il en revient à chacun, individuellement, pas pour les modérer, mais simplement pour les responsabiliser. Une fois qu'on aura les données nécessaires, qu'on pourra faire connaître ce que ça coûte, on aura des moyens comme gestionnaires de notre réseau de mieux gérer, et j'en parlerai bientôt.

Je trouve qu'il est important aussi qu'il y ait des mesures de support à la famille, des mesures de support à des groupes communautaires qui veulent développer des programmes d'entraide. Elle est là la solution de l'avenir dans le système de santé. Si on veut désinstitutionnaliser, il faut avoir un service à l'autre bout et ce service à l'autre bout ne devrait pas être payé par l'État. Il devrait être subventionné par l'État, mais organisé à l'intérieur de la communauté par des personnes qui veulent l'organiser et qui voient la valeur de l'organiser.

Une chose que j'aimerais regarder maintenant est l'ensemble de la question de la consommation des services de santé et aussi la

pratique médicale. On parle beaucoup de coûts de notre système. Il faut poser la question: Est-ce qu'on consomme trop de médicaments? Est-ce qu'il y a trop de césariennes? Est-ce qu'on fait trop d'examen? Est-ce que notre séjour est trop long? Oui, notre séjour est trop long. Qu'on ait 1200 jours-présence par 1000 habitants au Canada, c'est 800 aux États-Unis. Dans les HMO, c'est 560, et on ne peut pas dire qu'ils sont moins bien servis. On a un problème de séjours moyens trop longs dans nos institutions. Pour être capable d'attaquer ce problème, on a besoin de données. Comme directeurs généraux dans notre système, on n'a pas les données nécessaires pour gérer le système de santé et de services sociaux. À titre de D.G. d'un hôpital, je ne sais pas combien ça coûte traiter une infection pulmonaire dans l'institution chez moi. Je n'ai aucune idée de ce que les médecins offrent pour un diagnostic comparé à un autre diagnostic. On ne veut pas intervenir dans leur pratique professionnelle, mais, comme directeurs généraux dans le réseau, il est important de savoir ce qu'on doit payer. Là, on demande qu'il y ait des mécanismes qui semblent des "DRG", ça veut dire le coût par diagnostic, et de cette manière-là on sera capable de financer nos institutions sur une base de justice et on sera capable de suivre aussi par le biais du protocole de pratique la pratique qu'on fait à l'intérieur de nos institutions.

Je fais référence à notre mémoire à la page 8 où on mentionne quatre points qui sont, pour nous, très importants. Que l'article 289 soit amendé pour permettre au ministre de porter un regard critique sur la pratique médicale et ce, par une collecte de données qui favoriseraient rétablissement de protocoles plus rigoureux permettant une meilleure gestion. Deuxièmement, on mentionne que la question de la rémunération est fort importante et il faut avoir une variété de rémunérations, à l'acte, à vacations, à salaire, et qu'on commence à être beaucoup plus flexibles dans nos modes de rémunération des médecins à travers le Québec. Troisièmement, on mentionne que la répartition des effectifs médicaux est importante et on supporte la régionalisation des budgets de la Régie pour permettre à chaque région du Québec de connaître les sommes d'argent allouées aux services médicaux. Quatrièmement, on mentionne que l'article 291 exige un permis pour tout établissement public. Comme directeurs généraux, on dit que cet article doit être étendu pour exiger un permis à tous les cabinets privés. Il faut comprendre l'impact de l'installation des cabinets privés sur notre territoire, l'impact sur les demandes de diagnostic, l'impact sur les services de laboratoire, l'impact sur les CLSC. Quand on commence à regarder ça, on réalise qu'on ne fait pas une planification efficace si on planifie juste une moitié et si l'autre moitié des services, on ne la planifie pas du tout.

Maintenant, j'aimerais toucher la question de la réforme des conseils d'administration. L'Association des directeurs généraux est très consciente d'un besoin important de décloisonnement, que la fragmentation est néfaste pour le système, qu'une concertation est nécessaire. La commission Rochon a indiqué très clairement que la voie de l'avenir, c'est une planification par programme. Mais les programmes débordent chaque établissement et ils ne sont pas attachés ni à l'un ni à l'autre. Ce qu'on doit faire est de déterminer c'est quoi l'objectif de cette concertation, c'est quoi les critères et, par la suite, demander à chaque région, à chaque territoire de développer son propre mécanisme de concertation. Vous comprenez, les particularités locales donnent une grande richesse à une institution. Il y a 800 institutions au Québec, il y en a beaucoup, mais il y en a plusieurs qui sont très proches de leur clientèle. Il y en a plusieurs qui ont développé une philosophie, une attitude distincte qui leur appartient, qui offre une richesse à la clientèle qui est desservie. Il y a un danger à vouloir regrouper trop vite, sans réflexion, les établissements à ce sujet. Ce qu'on suggère, c'est une période de cinq ans, avec des critères bien établis, appliqués par le gouvernement et par le conseil régional ou les régions, où chaque territoire doit atteindre ses objectifs, sinon le gouvernement impose la structure qu'il juge à propos dans chacun des territoires.

La composition des conseils d'administration est évidemment, pour nous, un élément important. On est tous membres d'un conseil d'administration et on est tous présents à chacune de ses réunions. On dit que l'élément important à éviter, ce sont les conflits d'intérêts. D'où viennent les conflits d'intérêts? Ils viennent de la participation des membres de l'établissement au conseil d'administration. Alors, on recommande qu'à l'intérieur du conseil d'administration d'un établissement donné il n'y ait pas de membre qui travaille ou qui reçoit de l'argent de l'établissement donné. Mais il ne faut pas créer deux classes de citoyens au Québec. L'infirmière qui travaille chez nous et qui veut siéger au conseil d'administration du CLSC de son territoire, parce qu'elle a trois enfants, qu'elle a le goût d'assurer qu'ils aient de bons soins scolaires et parce qu'elle a quelque chose à apporter comme professionnelle à ce conseil d'administration, il ne faut pas priver les Québécois et les Québécoises de cette expertise qui existe chez les 130 000 personnes qui travaillent dans le réseau de la santé et le réseau de service social.

Là, je veux toucher un point qui, pour l'Association des D.G. et pour l'ensemble de mes collègues, est probablement un des points les plus fondamentaux et celui qui nous frustre le plus dans cet avant-projet de loi. Je parle évidemment de l'idée de deux mandats, chacun d'un maximum de quatre ans. Il faut se mettre dans notre position. Imaginez que c'est la

sixième année de notre mandat; on a des projets à l'intérieur de l'hôpital; on veut changer quelque chose; il y a un redressement qui vient du ministère; on veut faire un nouveau développement. Tout le monde dit: Bah! Dans deux ans, il ne sera pas là; le syndicat fait ce qu'il veut; les médecins font ce qu'ils veulent. Cela devient extrêmement difficile de gérer un établissement avec ce type d'approche; cela devient même impossible. Il faut comprendre que les établissements de santé sont des bureaucraties professionnelles extrêmement complexes à gérer, probablement les structures de gestion les plus complexes, parce que le pouvoir n'appartient pas au D.G. Le pouvoir appartient aux groupes de professionnels à l'intérieur de l'établissement qui ont leurs pouvoirs de leur corporation. Pour être capable de gérer à l'intérieur de ce type de jungle, il est nécessaire d'avoir tout le respect de l'ensemble des collègues de l'établissement. À ce sujet-là, on dit qu'un système comme ça est un système unique. Je vous pose la question. Tous les membres de l'Assemblée nationale ont la chance d'aller devant le public et de lui demander: Êtes-vous satisfaits de notre performance? Et, s'ils sont satisfaits, vous êtes réélus. Mais nous, comme D.G., on demande simplement le droit d'aller devant nos conseils d'administration et d'être jugés par nos conseils d'administration et, s'ils sont satisfaits de nos efforts, on continue à travailler. S'ils ne sont pas satisfaits, ils nous remercient.

La Présidente (Mme Marois): Ha, ha, ha! Ça arrive aussi à l'occasion.

M. Levine: Une question importante ici: le nombre d'années moyen dans le réseau ne dépasse pas huit ans. Si on veut encourager la mobilité, il faut développer des programmes de mobilité pour les directeurs généraux. Il faut développer des programmes de formation, des plans de carrière, des plans de retraite. Un de nos grands problèmes actuellement, c'est que le régime de retraite pour les directeurs généraux dans le réseau a été tellement chambardé avec l'entrée du RREGOP qu'actuellement on a beaucoup de D.G. qui seraient prêts à partir si on était capables de leur offrir une retraite équitable. Je pense que ces préoccupations doivent être celles du ministère et on est prêts à vous rencontrer à ce sujet.

Il y a un autre point extrêmement important à toucher. C'est peut-être maintenant le moment de corriger, je ne suis pas prêt à dire une erreur du passé, mais peut-être une injustice du passé. Je parle, évidemment, du projet de loi 97 qui a été introduit pour régler un ensemble de petits problèmes qui sont arrivés à un moment donné, et je vous explique. Ce projet de loi fait une présomption de culpabilité immédiatement une fois que quelqu'un est nommé D.G. On n'a même pas une présomption d'innocence, on a une

présomption de culpabilité avant de commencer à travailler.

(11 h 30)

On dit dans ce projet de loi que si, moi, pendant mes vacances au chalet, je fais une coupe de bois et je veux vendre le bois à mes voisins d'à côté et que quelqu'un est au courant, je peux être congédié et être trois ans à l'extérieur du réseau si je n'ai pas obtenu, premièrement, la permission du conseil d'administration de vendre cette corde de bois. Évidemment, je donne un exemple caricatural, mais la loi dit exactement ça. Je pense que c'est le temps de créer cette confiance. Vous comprenez, un D.G. dans le réseau a besoin de chercher l'appui de nos patients, l'appui de nos employés, l'appui des médecins et, pour avoir cet appui, on a besoin de leur respect. Notre pouvoir vient uniquement du respect qu'on peut obtenir dans le réseau et on demande au ministère et au gouvernement, parce qu'on est, à toutes fins pratiques, vos employés, de nous accorder ce respect.

Je veux brièvement toucher deux derniers points. Le premier est le rôle du directeur général au conseil d'administration. Peu importe le modèle, peu importe la structure, il est fondamental que le D.G. soit toujours présent au conseil d'administration. On a parlé de chaise musicale dans la loi et l'idée que mon conseil d'administration siège et que je ne suis pas là, ça ne marche pas. C'est du conseil d'administration qu'on reçoit nos orientations, qu'on reçoit les explications et la façon que notre conseil veut qu'on exécute ses résolutions. Il est fondamental que les D.G. soient présents. On ne demande pas d'être membre avec droit de vote. On demande que, dans la loi, il soit clair que les D.G. soient toujours présents à leur conseil d'administration.

Finalement, la question de la régionalisation. Je pense, à ce titre, pour l'Association des D.G., qu'il est important que si on fait une régionalisation il y ait une vraie régionalisation avec les pouvoirs qui sont donnés à chaque région de gérer les services. Vous comprenez que les conseils régionaux sont formés des représentants de chaque région, qu'il y a une consultation et une collaboration à l'intérieur d'une région donnée et je pense qu'il y a un potentiel de faire ici quelque chose de très important que, jusqu'à maintenant, on n'a pas fait au Québec. Il devient très frustrant qu'on mette beaucoup d'énergies autour de nos conseils régionaux, que leurs décisions soient mises de côté et qu'on ait besoin, de toute façon, de retourner à Québec, de retourner au niveau ministériel pour faire valoir nos points de vue. Je pense qu'il y a un pas en avant qu'on peut faire.

Nous vous remercions de votre attention. On espère que vous prendrez en considération nos propos et les membres de l'exécutif sont prêts à répondre, mesdames et messieurs, à

l'ensemble de vos questions. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre présentation. Si les membres de la commission ont semblé parfois distraits, c'est parce qu'ils étaient intéressés par vos propos et ils se passaient un certain nombre de commentaires sur ceux-ci. Je peux mentionner d'ailleurs qu'il y a beaucoup d'humour à certains moments dans votre mémoire et ça fait du bien aussi. On peut être tout à fait sérieux en étant capables de rire de nous un peu.

M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Merci. Il y a longtemps que j'entendais parler de M. Levine. Je pense qu'on en a une bonne démonstration ce matin, avec une très bonne réputation dans le réseau. On l'envoie très souvent là où il y a du trouble. Je veux quand même le dire, si jamais on l'envoie où il y a du trouble, c'est une marque d'appréciation de la qualité du travail qui est produit.

Au-delà de tout ça, je pense que le mémoire est rafraîchissant parmi les quelque 250 mémoires. C'est ma première observation, parce qu'il n'a pas peur de s'attaquer à un certain nombre de problèmes et de dénoncer certaines situations. C'est rafraîchissant. C'est un peu le genre de choses qu'on souhaite avoir au cours de la commission parlementaire. Je me devais de vous le dire dès le départ parce que je ne me serais pas senti à l'aise de ne pas vous le dire. Comme vous l'avez dit tantôt, les D.G. jouent un rôle extrêmement important, les politiciens aussi et, à l'occasion, ils aiment bien recevoir le retour de la médaille. Vous abordez de front un certain nombre de problèmes, y compris votre problème comme D.G. On va l'aborder dans les questions tout à l'heure.

Décentralisation. Ce qui me frappe, l'AHQ est réticente face à la décentralisation, alors que vous semblez, vous, beaucoup plus ouvert à la décentralisation ou aux régies régionales, avec un certain nombre de pouvoirs. Ça peut être une contradiction apparente, mais elle est quand même là et vous êtes prêts à vous embarquer, si je comprends bien, dans ces régies régionales. Je n'irais pas vous demander qu'est-ce qui fait que l'AHQ a plus de réticence, parce que ce serait à l'AHQ qu'on va le demander ou qu'on devrait le demander.

Mais, par rapport à ce qu'on connaît aujourd'hui, CRSSS, par rapport à ce que nous proposons comme régie régionale, premièrement, qu'est-ce qu'on doit faire pour que ce soit opérationnel? L'imputabilité m'apparaît un élément extrêmement important et imputabilité, ça veut dire du début à la fin. Est-ce que cette règle, vous croyez que le monde régional et ceux qui auront à le faire sont prêts à vivre avec tout, tout ce que représente l'imputabilité au

niveau des régies régionales?

M. Levine: Moi, je pense que c'est tout à fait la question clé, l'imputabilité, pourquoi on a, si vous voulez, une divergence avec l'AHQ. On regroupe, on consulte évidemment 600 D.G. dans le réseau et, au conseil régional, on trouve les CLSC, les centres d'accueil, les hôpitaux chacun en train de se battre pour leur programme. On voit même les commissions du CRSSS aujourd'hui divisées par catégories d'établissements. C'est un problème. Mais on réalise que, si autour d'une région donnée vous pouvez avoir cette intégration autour d'un conseil régional ou d'une régie, ce serait possible d'avoir cette discussion et cette planification par programme. L'AHQ a les orientations face à des institutions de courte durée. L'association des D.G. veut s'assurer qu'on est capable d'offrir à l'ensemble de la population l'ensemble des catégories de services qu'on doit offrir.

La question d'imputabilité est fort importante et très très possible, mais il faut avoir la confiance de la part du ministre d'accorder les sommes d'argent, les budgets et les capacités de gérer au niveau local. Et si c'est par le biais d'un P.-D.G. que le ministre a voulu introduire qu'il crée le lien étroit parce qu'il est nommé par le ministre, bon, c'est nécessaire de s'assurer que le gouvernement soit confortable d'accorder à des régies un moyen d'oeuvrer sur chaque territoire.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais être obligé de passer vite parce que le temps passe toujours vite. Je vais aborder le problème de deux mandats. Évidemment, si on ne l'aborde pas avec vous autres, on pourrait régler ça sans vous autres, mais ce n'est pas sûr qu'on aura la bonne solution.

On m'a donné, transmis, ce matin, des statistiques qui viennent d'Ottawa parce qu'évidemment la première question que je me suis posée, je me suis dit: Oui, un terme de huit ans, si c'est bon pour le président des États-Unis... Les États-Unis n'ont pas arrêté de fonctionner dans la septième année du mandat de Reagan, comme ils n'arrêteront pas dans la septième année de Bush, si jamais il en fait huit. Tantôt vous avez dit: On est dans une situation où peut-être qu'à la sixième ou à la septième année on finirait par questionner la légitimité du D.G. Par conséquent, ça arrêterait. Je ne suis pas sûr. En prenant l'exemple des États-Unis, l'appareil continue parce qu'un D.G. c'est un homme orchestre, mais il y a aussi l'orchestre en dessous.

Donc, j'ai fait sortir les statistiques et on me donne, à ce moment-ci, 32 % qui ont moins de cinq ans, 28 % qui ont entre cinq et dix et, par conséquent, 40 % qui ont plus de dix ans. On s'adresse quand même à un pourcentage assez élevé. Si j'ai bien compris, vous n'en avez pas

nécessairement contre la règle des huit ans, mais c'est ce qui peut découler comme Instabilité à la fois de l'institution et de la personne elle-même aussi quant à son avenir. C'est là que vient l'idée de la mobilité du personnel.

Est-ce que ça voudrait dire que vous seriez prêts à accepter ce principe-là dans la mesure où il y ait la reconnaissance d'un principe de mobilité de la part du gouvernement? Si tu as fait un bon service pendant huit ans, dans une institution, tu pourrais te retrouver dans un bassin et repêché par une autre institution éventuellement, avec les garanties, bien sûr, que ça suppose.

M. Levine: Premièrement, c'est l'exemple à prendre, effectivement, celui du président des États-Unis. On a donné nous-mêmes cet exemple. Et si, moi, j'avais le plan de retraite qu'avait le président des États-Unis...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Levine: ...je serais très heureux de quitter le réseau après huit ans.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Mais je ne reconnais pas le filon que vous avez développé dans le mémoire parce que, là, c'est de l'intérêt personnel.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Levine: Comme on dit, l'humeur autour de la table... Sur la question des 40 % qui ont plus de dix ans, il faut noter que c'est dix ans dans le réseau, qu'il n'est pas dix ans à titre de directeur général, que la moyenne est autour de huit ans pour être D.G. dans le réseau et qu'on change nous-mêmes. La seule chose qu'on dit ici, c'est que ça ne prend pas une règle rigide de huit ans. On a de la difficulté à comprendre la nécessité d'une règle de cet ordre-là. C'est une règle punitive. Quand il y a un D.G. de huit ans et que, dans ses deux, trois dernières années, il embarque dans une nouvelle planification stratégique, réanime l'ensemble de l'établissement, mais - pouf! - à huit ans, il part, qui développe un an auparavant les comités de sélection, le changement, les luttes de pouvoir à l'intérieur de l'établissement? Il n'est pas nécessaire d'atteindre les objectifs de mobilité, de stimulation à l'intérieur de chacun de nos établissements. Et, oui, si elle est imposée, la règle de huit ans, au maximum, effectivement, il est absolument nécessaire d'avoir un plan de mobilité, un bassin et un moyen d'être repêché par d'autres établissements. On croit que ça créerait une imposition à d'autres établissements, minerait l'autonomie des conseils d'administration de choisir, évidemment, le chef d'orchestre qu'ils aimeraient avoir

à l'intérieur de leur institution. Mais on n'est pas convaincu que ça va donner les résultats recherchés.

La Présidente (Mme Marois): Je crois que vous vouliez ajouter, M. Lessard ou M. Lapointe... Oui.

M. Lapointe (Miville): M. le ministre, je pense qu'il pourrait aussi être intéressant, pour un ministre de la Santé, de compter sur, je dirais, des ressources humaines qualifiées, dans les postes de cadres clés, dans certaines régions, lorsque ça se présente. À ce moment-là, on pense que le ministère pourrait se donner une politique de mobilité des ressources humaines, cadres et directeurs généraux, axée sur l'utilisation des compétences, possiblement avec des mécanismes régionaux permettant, lorsqu'un poste ouvert est là, d'identifier les candidatures potentielles. Il y a quelque chose là qui pourrait être dynamique dans le système, favoriser une meilleure planification de carrière et rendre des défis nouveaux aux gestionnaires en place.

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. Lessard.

M. Lessard (Lucien): Mme la Présidente, ce que nous interrogeons, justement à partir de la réponse du ministre, c'est: Pourquoi nous, les directeurs généraux, on serait limités à huit ans? Je connais des députés qui sont rendus à 32 ans et qui sont ministres des Finances. Pourquoi nous autres? Qui a à juger de notre compétence? On est engagés par des conseils d'administration. Huit ans, c'est très court. Si je suis en train, au cours de mon mandat - par exemple, six ans - de faire une construction et qu'il ne me reste que deux ans pour la finir ou la terminer - vous savez combien c'est long, M. le ministre - quelle sera, à ce moment-là, ma force de négociation? Quels seront, à ce moment-là, les moyens que j'aurai, tant auprès de mon personnel qu'auprès du ministre ou auprès de... Ce que nous disons, nous autres, c'est: Pourquoi nous limiter à huit ans? Quand on ne sera pas compétents, M. le ministre, il y a des instances, il y a des organismes qui sont capables de nous dire: Vous n'êtes pas compétents. La mobilité, nous en sommes convaincus, c'est une bonne chose, mais pas nécessairement après huit ans. Peut-être que ce sera après quatre ans, mais pas nécessairement après huit ans. Je pense qu'il y a des compétences, dans le gouvernement, qui sont rendues à plusieurs années et qui sont encore compétentes.

La Présidente (Mme Marois): Est-ce qu'il y a quelqu'un d'autre de votre groupe? M. Grenier?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais je voudrais quand même...

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai d'autres questions à poser, aussi, sur d'autres sujets, si vous me le permettez. À un moment donné, Mme la Présidente, vous allez me dire que je n'ai plus de temps.

La Présidente (Mme Marois): Oui, ça s'en vient d'ailleurs, là. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Ça me tenterait de répondre à Lucien. Évidemment, il faudrait laisser la même marge de manœuvre, de latitude qu'en politique, décider de s'en aller après un certain nombre d'années. C'est ce que j'ai compris.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je vous répondrais par ce que M. Levine nous disait tantôt. Si, au bout de huit ans, vous nous laissez la possibilité de convaincre notre conseil d'administration qu'on est compétents, qu'on a bien fait notre job, évidemment, c'est le même principe qui revient, à ce moment-là. Mais on verra en cours de route. Je pense que, le point étant fait, on pourra voir et échanger.
(11 h 45)

Il y a un élément que vous avez soulevé. Ma question s'adresse à M. Levine parce que, étant déjà D.G. d'un hôpital, donc les deux pieds sur le plancher de l'action quotidienne, j'ai l'impression que vos interventions sont passablement motivées par un vécu quotidien. Évidemment, lorsqu'on arrive avec l'objectif de résultats - vous l'avez évoqué tantôt - auquel je crois, il s'agit de voir comment on peut y arriver. Moi, je pose la question directement à un directeur général d'un hôpital qui a à vivre avec le CMDP, qui a à vivre avec tout le monde dans son hôpital à chaque jour: Est-ce que vous pensez que c'est possible d'en arriver à l'implantation d'objectifs de résultats, par exemple, dans un centre hospitalier?

M. Levine: Il faut regarder les deux ordres de résultats. Il y a des résultats financiers, il y a des résultats qu'on appelle "outcome" de santé, des résultats de la qualité de santé d'un patient qui entre. Quelqu'un entre avec une infection pulmonaire, on le traite, il sort; on peut évaluer après s'il est bien guéri ou pas bien guéri et c'est quoi la conséquence, le résultat. Ce que je dis, on doit être capable de connaître ce qu'on investit pour arriver à cette guérison, assurer qu'il y ait un protocole qui nous permette de dire "voilà, le moyen qu'on doit faire pour atteindre cet objectif. Quand on voit qu'il y a deux médecins dans un établissement pour poser

le même diagnostic, l'un utilise deux fois les services de l'hôpital pour atteindre le même résultat, il faut en arriver à se poser des questions là-dessus. Et on sera capable, oui, de faire ça si on a les collectes de données nécessaires pour suivre un diagnostic dans nos institutions.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, je surveille toujours à ma gauche, parce que c'est le temps. Vous avez soulevé un point qui est assez intéressant quant à la participation au niveau des conseils d'administration, unifiés ou pas; ça, c'est un autre débat. Mais, quant à la participation aux conseils d'administration, ce que vous dites, c'est qu'à partir du moment où un employé d'une institution demeure sur un territoire autre - prenons l'exemple - que celui où il travaille il devient un simple citoyen, et pourquoi ne pas profiter de son expérience au niveau d'un conseil d'administration? Il y a de quoi à fouiller de ce côté-là, je pense, et ce sont déjà des gens formés qui connaissent ce qui peut se passer.

Sur la composition même des conseils d'administration, unifiés ou pas, peu importe, on a vu, hier, les bénéficiaires qui sont intervenus. Ils ont dit: Notre présence n'est pas assez marquée. On a vu des gens du communautaire qui sont venus nous voir et ont dit: Notre présence n'est pas assez marquée. Et, d'autre part, on a aussi la difficulté d'être sur un conseil d'administration où l'on a de la difficulté à suivre parce qu'on se fait facilement enterrer par des documents très volumineux; finalement, on prend des décisions sans nécessairement savoir les décisions qu'on a prises. Comment est-ce qu'on fait pour régler ça?

M. Levine: Là, on touche un problème, pas nécessairement de la composition comme telle. Nous, on dit: Pas des gens à l'intérieur de rétablissement. Il peut y avoir, on espère qu'il va y avoir des gens de compétence sur les conseils d'administration qui sont des professionnels de toutes sortes de domaines, avocats, comptables ou autres. Mais il y a aussi des bénéficiaires qui n'ont pas les niveaux d'éducation, et c'est une responsabilité de l'établissement même, une responsabilité du conseil régional d'assurer qu'il y ait des programmes de formation et qu'il y ait une compréhension de ces difficultés. Je le vis quotidiennement, mes collègues le vivent aussi. Ça fait une partie importante de notre rôle, comme D.G., d'assurer ce niveau de participation. Effectivement, quand il y a trop de professionnels de l'établissement même, ils prennent trop de place, la discussion devient autour de leurs préoccupations et, effectivement, les autres participants sentent qu'ils sont sur les bancs en arrière. Ça, on peut l'éviter en évitant le conflit d'intérêts qui n'est pas juste monétaire, c'est direct et indirect, et assurer la formation de ses membres.

La Présidente (Mme Marois): Mme Larose, je crois que vous voulez intervenir.

Mme Larose (Micheline): Je voulais tout simplement insister sur ce que David vient de dire. Effectivement, je crois important que les membres de conseils d'administration, quelle que soit la formule finalement adoptée, puissent profiter de formation parce que plusieurs d'entre eux, je pense aux bénéficiaires, par exemple, arrivent et ont de la difficulté à lire les états financiers, à comprendre un bilan et ça se comprend quand ils n'ont pas la chance de travailler dans un milieu analogue; c'est difficile pour eux.

Alors, c'est à cette seule condition, à mon point de vue, que les gens du communautaire, nos bénéficiaires, peuvent vraiment profiter d'être à un conseil d'administration et tenter d'influencer les orientations d'un établissement.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez évoqué, parce qu'il faut se questionner aussi au niveau du ministère, je ne suis pas convaincu que c'est parfait chez nous non plus... Vous avez beaucoup parlé de réglementation abondante, ce que j'ai compris, sur le plan de certaines interventions... D'ailleurs, c'est un peu ce qu'on entend de bien des gens: trop de direction venant du ministère, trop d'encadrement, parce qu'on a entendu ça. Tu peux avoir un encadrement réglementaire qui découle d'une loi. J'aimerais vous entendre là-dessus parce que, effectivement, on nous dit qu'au niveau du ministère on en fait trop, on encadre trop, et que l'autonomie, à ce moment-là, n'est que partielle. Sur le plan de la réglementation, est-ce que vous avez la même opinion? Parce que ça m'apparaît extrêmement important. On a entendu ça depuis le début: Vous nous passez des budgets mais on est encadrés. Donc, si on n'a pas un plan d'équilibre budgétaire - on a entendu ça tantôt - on n'a pas ci, on n'a pas ça. Évidemment, avec tous les problèmes que ça suppose, on ne peut pas défoncer les enveloppes comme on veut.

M. Levine: O.K. Je pense que c'est évidemment la responsabilité de l'État de s'assurer que les fonds qu'il dépense sont bien utilisés. Et il faut absolument avoir des mécanismes et des moyens de contrôle. Il faut que ces moyens soient logiques. Il faut que les moyens soient applicables. Il ne faut pas arriver avec une directive pour laquelle je dois mettre un demi-poste là-dessus qui me coûte 15 000 \$ de plus par année et je n'ai pas les 15 000 \$ parce que je donne ça au service à la clientèle mais, à cause de la collecte de données requise par le ministère, j'ai besoin de mettre quelqu'un là-dessus. Mais je pense qu'il y a un juste moyen.

Je ne suis pas pour dire: Aucune réglementation n'est suivie. Ça ne peut pas marcher comme ça. Il est absolument nécessaire d'avoir ce suivi-là. Ce sont de grosses organisations. Mais je pense que ça doit être fait judicieusement et que le réseau serait très prêt à passer à travers les différents types de réglementations qui existent pour voir celles qu'on peut éliminer, celles qu'on peut alléger et celles qui sont nécessaires à maintenir.

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. Denis.

M. Dsnls (Michel R.): Si vous me permettez de compléter dans le même sens. Je pense que ce qui pourrait corriger ça, entre autres choses, c'est, indépendamment que la réglementation soit abondante ou pas, s'il y avait une certaine souplesse administrative dans son interprétation. Vous parliez tout à l'heure des régions. Il arrive régulièrement des situations où deux ou trois conseils d'administration locaux sont d'accord pour que se passe tel ou tel événement complémentaire, telle ou telle intégration, sont d'accord pour tel ou tel transfert. Et, à cause d'une réglementation excessive, abusive, c'est difficile. Or, il arrive des cas patents où la réglementation empêche que les choses se fassent. S'il y avait une espèce de clause omnibus ou des pouvoirs généraux donnés à une région de dire que dans certaines circonstances, lorsque toutes les parties sont d'accord que manifestement tout va bien, on puisse avoir une souplesse administrative. C'est comme ça dans le cadre d'indemnités de départ. C'est comme ça dans le cadre de retraite. C'est comme ça dans le cadre de rachat d'années de service. Il y a beaucoup d'éléments où tout le monde pense - y compris les hauts fonctionnaires - que ça devrait se passer comme ça, mais les normes ne le permettent pas.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière question qui va porter - parce que vous n'êtes pas les premiers à l'évoquer - sur la décentralisation de l'enveloppe de la RAMQ. C'est quand même un élément extrêmement important qui est discuté aujourd'hui sans que ça ait été abordé directement par les orientations mais qui m'apparaît un point sur lequel on doit se questionner. J'aimerais vous entendre résumer les objectifs de la décentralisation. Qu'est-ce qu'on fait avec? Qu'est-ce qu'on veut faire avec la décentralisation de la RAMQ?

M. Levine: On cherche à l'intéresser à ce qu'on appelle une équité régionale. Une équité régionale basée principalement sur une offre de services médicaux à la population par du personnel compétent pour le faire. Ce qui arrive actuellement, c'est qu'il y a un certain "incen-tive" pour faire que les médecins décident d'aller en région éloignée ou autre. On trouve qu'une

régionalisation serait plus équitable parce que permettre à une population donnée, per capita, de recevoir une somme d'argent... Si cette région a besoin d'acheter, par après, des services litraspécialisés d'une autre région, par exemple, ça pourrait être au tour du conseil régional ou de la région qui gère ce type d'orientation-là, mais ça va assurer, à ce moment-là, qu'il y a une disponibilité de services sur un territoire donné et on ne peut pas concentrer nos effectifs médicaux juste dans quelques endroits, au Québec.

M. Côté (Charlesbourg): En termes clairs, ce que ça veut dire - si j'essaie de vous résumer - c'est que, d'après vous, on réglerait le problème des médecins en région parce qu'ils vont être obligés d'aller là où est l'argent. C'est ça que vous voulez dire?

M. Levine: Ils seraient obligés d'aller où il y a l'argent, effectivement, et ça le règle d'une façon équitable. Mais ça va permettre aussi de connaître la consommation des services d'une région face à une autre, de comprendre combien on doit acheter de services dans d'autres régions parce qu'on n'a pas les services chez nous et si c'est rentable d'avoir des services chez nous plutôt que d'envoyer les patients dans une autre région avec tout le transport et tout ce que ça inclut. Ça va nous permettre de mieux gérer notre système.

La Présidente (Mme Marois): Ça va? Oui, une phrase.

M. Lessard: Oui, je voulais répondre à M. le ministre. Certainement que ça va nous permettre, en tout cas, d'utiliser les médecins là où on en a besoin et d'éviter, comme on l'a vu dans certaines revues, que des médecins enseignent des choses qui pourraient être enseignées par d'autres professionnels et qui coûteraient moins cher.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. leader de l'Opposition.

M. Chevrete: Je voudrais vous féliciter, d'abord, pour le courage que vous avez de toucher les vrais problèmes. Je pense que vous touchez du doigt le véritable problème. Je suis heureux de voir que vous êtes en faveur d'une décentralisation réelle, certaine, y compris des enveloppes. Le payeur d'impôt, qu'il soit en Gaspésie, en Abitibi ou sur la Côte-Nord, n'a pas une réduction d'impôt parce qu'il y a moins de médecins et qu'il y a moins d'équipement sophistiqué dans ses hôpitaux ou dans ses CLSC, parce qu'il y a moins de personnel. Je pense que c'est là une justice distributive, une équité. Ça a été compris, et je vous en félicite. Je pensais d'ailleurs que plusieurs groupes de professionnels

devraient aller dans ce sens-là. Ma question est la suivante: Vous touchez du doigt le coût réel des frais de santé et vous remettez en question, à toutes fins pratiques, le paiement à l'acte. L'alternative, je suppose que c'est le salariat, j'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Levine: O.K. Je ne pense pas qu'on dise qu'il y a une méthode meilleure que l'autre. On n'a pas remis en question, comme tel, l'ensemble du paiement à l'acte. On dit simplement: Il doit y avoir une flexibilité dans le mode de paiement. Je donne l'exemple: Dans nos urgences où on a des problèmes, où un certain nombre de gens ont de la difficulté à avoir des médecins disponibles, surtout pour les urgences majeures qui ne sont pas payantes, cela pourrait être fort intéressant d'avoir des médecins à salaire dans nos urgences, un bon salaire pour les encourager à être là. Mais, à ce moment, il y aurait un intérêt pour ces médecins à envoyer les patients à l'urgence ou à l'urgence majeure dans les CLSC, dans les cliniques locales, dans d'autres services du territoire et à ne pas encombrer les urgences parce qu'ils ne chercheraient pas leur clientèle. Vous comprenez que, chaque fois qu'on a essayé d'envoyer l'ensemble de nos personnes dans nos urgences à l'extérieur de l'institution, nos médecins de l'urgence ne sont pas tout à fait heureux ni contents, on est en train d'enlever leur acte médical qui est tout à fait justifié dans la nature du système qu'on a actuellement. Mais on ne dit pas d'enlever le système à l'acte à tous les médecins. On dit qu'il y a certains endroits où d'autres modes de rémunération seraient plus efficaces, et il serait important de les étudier.

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. Lessard.

M. Lessard: Oui. J'ajouterais sur ça que la solution n'est pas facile; qu'on la regarde d'un côté ou de l'autre, elle n'est pas facile. Cependant, c'est que la situation actuelle, à savoir le paiement en grande majorité des médecins à l'acte, crée certainement, Mme la Présidente, une surconsommation d'actes médicaux. C'est pour ça qu'on dit au ministre: Essayez de vérifier ça; une surconsommation.

Vous parliez tout à l'heure du carnet de santé. Je pense que c'est l'un des éléments de solution qui va permettre la responsabilisation des gens. Je me rappelle, il y a quelque temps, on avait dans notre T4 un élément où on voyait ce que l'on consommait en santé, c'est-à-dire ce qu'on payait en santé en impôt; on ne l'a plus, actuellement. Mais le problème, c'est qu'on fonctionne comme si on avait une carte de crédit illimitée dans le secteur de la santé. Comment voulez-vous que je me préoccupe de ma santé quand je sais que, demain matin, il n'y a pas de problème, je m'en vais avec ma carte et tout va

être payé. C'est dans ce sens-là que la question de l'acte est reliée aussi avec une responsabilisation des gens afin que les gens voient combien ça coûte un acte médical chez le docteur. Avez-vous déjà payé vous, M. le ministre, M. le député, excusez...

M. Chevette: M. l'ex-futur.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lessard: Avez-vous déjà vu sur votre carte, une fois que vous avez donné votre carte-soleil, quel était le coût qui était réclamé à la Régie de l'assurance-maladie du Québec? Moi, je ne l'ai jamais vu.

M. Chevette: Mme la Présidente...

M. Lessard: Je m'excuse du lapsus.

M. Chevette: ...je ne voudrais pas renchérir mais, quand vous pariez de carte de crédit, qui plus est, vous donnez votre carte de crédit et vous ne savez pas ce qui est écrit dessus, en plus. Je suis entièrement d'accord avec votre perception. Je sais qu'il y a certains médecins, à part ça - et ce serait une façon, je pense, de corriger les situations - qui iniquent à leurs patients qu'ils sont de garde à l'urgence, cette journée-là, et d'y aller. Après ça, on parle d'encombrement. Ce sont les mêmes qui se plaignent d'encombrement. Vous avez passablement raison. Il y a beaucoup de correctifs à apporter dans ce secteur-là. (12 heures)

Je voudrais aussi vous parler de la gratuité versus les tickets modérateurs. Ceux qui vous suivent vont parler de ticket modérateur. Je voudrais savoir, vous, les D.G., quelle est votre perspective là-dessus, quant à la responsabilité du paiement de la facture dans le domaine de la santé.

M. Levine: On a eu sûrement beaucoup de discussions à ce sujet-là, et, sûrement, avant d'intervenir, je voulais avoir un appui de mes collègues. Nous autres, comme association, trouvons qu'il est fondamental que la gratuité du système qui n'est pas réellement gratuit...

M. Chevette: Il n'est pas réellement gratuit.

M. Levine: ...mais l'illusion de la gratuité continue à exister à tout prix. La base sociale et social-démocrate de notre société est là-dessus. Je pense qu'il ne faut aucunement toucher cette approche. On n'est pas du tout d'accord avec la notion d'un ticket modérateur ou d'un moyen d'exiger des individus de payer. On dit: On va exclure les assistés sociaux, on va leur mettre une étiquette sur le front, ça va "flasher" là, on

va bien les Identifier et on va être capable de les exclure. Je pense qu'on doit considérer tous les citoyens égaux, mais il y a des moyens pour que les individus participent plus dans les soins qu'ils consomment et on doit les responsabiliser. C'est ça, la clé de l'avenir, non pas nécessairement de les charger.

La Présidente (Mme Marois): Il y avait M. Grenier qui voulait intervenir, tout à l'heure. Est ce que c'est...

M. Grenier (Reginald): Je voulais dire que le meilleur ticket modérateur, peut-être, dans un centre hospitalier où on a des entrepreneurs libres, des médecins, il faut bien les appeler comme ça, ce serait peut-être que le médecin aussi sache ce que ça coûte de prescrire telle analyse-

Une voix: Oui...

M. Grenier: ...et de prescrire tel transfert d'un patient, de prescrire une multitude d'échographies, par exemple, pour une patiente. S'il le savait, on le responsabiliserait lui aussi, s'il savait quotidiennement ce que ça coûte, son patient. Mais là on ne le sait pas. Il n'y a personne qui le sait.

M. Chevette: Remarquez, on va leur demander à eux si c'est parce que les hôpitaux et le gouvernement ne prennent pas fait et cause et si c'est parce qu'ils ont peur, par exemple, de poursuites qu'ils prescrivent quasiment des radiographies de la tête aux pieds pour un orteil cassé, tu sais. Effectivement, il y a quelque chose là qui accroche parce que, moi, j'ai vu des aberrations. Il arrive un dermatologue...

La Présidente (Mme Marois): Alors, monsieur... Oui.

M. Levine: La seule chose à répondre là-dessus... Je vais laisser mes collègues répondre après. On veut développer des OSIS. On dit, dans un OSIS, pour rendre le médecin responsable, donnez-lui un "incentive" financier, il va contrôler ses actes. Alors, si lui on lui donne un "incentive" monétaire pour voir à contrôler ses actes, ce ne sont pas les questions des assurances et ce ne sont pas les questions de poursuite. C'est une question qu'il n'y a aucun contrôle, qu'il n'y a aucun suivi, ça ne coûte rien à prescrire un "scan". "Why not?" C'est 85 \$, "so what"! Un rayon-X traditionnel, c'est 3 \$, je vais demander un "scan". Ça ne coûte rien, ça ne coûte rien. S'ils étaient dans les OSIS, là ça coûte et il y aurait un gestionnaire ou un médecin qui dirait: Ah, ah! Pas de scan. Un rayon-X traditionnel, ça coûte moins cher et après on va voir si un "scan" est requis.

La Présidente (Mme Marois): M. Denis, oui.

M. Denis: Moi, je pense, M. Chevette, que l'expression n'est peut-être pas bien choisie dans le cadre de la discussion qu'on a. Quand on parle de ticket modérateur, c'est qu'on soupçonne qu'il y a un abus et qu'on veut modérer l'abus.

M. Chevette: Exact.

M. Denis: Alors, ça, c'est la notion qui est importante. Si, par hypothèse, je dis bien par hypothèse, il y a trop d'échographies pour des grossesses normales - j'insiste sur l'hypothèse - s'il y a trop de césariennes, si les gens restent trop longtemps à l'hôpital, alors à ce moment-là, il faut faire de la publicité et faire de l'information, renseigner les médecins, renseigner les patients et attention...

M. Chevette: C'est très bon.

M. Denis: ...lorsque vous avez une petite grippe et que vous vous ramassez à l'urgence, voici très exactement ce que ça coûte à l'État. Vous ne pensez pas que vous pouvez attendre à demain ou aller faire un tour au CLSC pour ne pas engorger les urgences? Donc, à ce niveau-là, s'il y a abus, modérons par la publicité. Si l'État a bien distingué quels sont les services essentiels, si se faire opérer pour l'appendicite c'est essentiel et nécessaire pour tout le monde, disons: C'est nécessaire et essentiel pour tout le monde, et ne chargeons pas au plus pauvre comme au plus riche 10 \$ par jour parce que vous dites, sous le prétexte que tout le monde mange... Quand on va à l'hôpital et que le médecin dit: C'est huit jours pour une césarienne, bien tu restes huit jours et, normalement, tu manges huit jours sauf les deux premières journées, tu es sur le carreau. Alors, ça, ça me semble une chose importante. Si, par ailleurs, on dit: On manque d'argent, comme le Dr Brunet a dit tout à l'heure, ça va craquer pour manque d'argent, bien ça c'est un tout autre problème. Ça, c'est une question de finance, c'est une question de taxation mais pas une question de ticket modérateur.

M. Chevette: Merci. Je vais laisser mon collègue de Rouyn-Noranda-Témiscamingue vous questionner aussi. Il y en a eu d'autres, par exemple.

M. Trudel: Très bien, merci beaucoup, cher collègue. Je veux vous féliciter à mon tour de la qualité de la présentation. Je pense que tout le monde l'a vu ici. On le voyait bien, d'après les observations, parce que, au niveau des responsabilités qui vous sont confiées, je pense qu'il faut le dire, on a souvent vu des groupes et des gens qui sont surtout portés à nous parler de

leurs propres intérêts, des Intérêts personnels de leur regroupement. Il est intéressant, par exemple, de noter, dans un premier temps, certainement à l'attention du ministre, que cette qualité de mémoire, effectivement, c'est parce que vous connaissez bien votre réseau. On voit que vous le vivez et je pense que ça va à l'appui de votre recommandation de ne pas exclure toutes les personnes qui ont des compétences dans ce réseau de tout conseil d'administration ou de toute direction d'Institution - on a là une belle démonstration - avec une limite que vous mettez vous-même quant au conseil ou à l'organisme de direction ou d'établissement où est employée directement cette personne. Mais on ne peut pas se priver, dans notre réseau public, des 130 000 compétences qui y existent.

Par ailleurs, sur le contenu, vous y allez très fermement au niveau de la réduction des coûts en termes de prévention. C'est la première fois qu'on entend jusqu'à maintenant qu'il faut mettre beaucoup d'accent sur la prévention comme mécanisme pour réduire les coûts. Au lieu d'aller à l'autre bout et de dire au ministre: Mets du fric; rajoute de l'argent; rajoute à l'offre et c'est de même qu'on va régler le problème, vous le prenez d'abord à la base et vous citez particulièrement deux éléments au niveau des jeunes et au niveau des familles. Une petite question par rapport à ce qu'on a entendu ce matin d'abord, soit de garder la prévention au niveau des hôpitaux. Vous avez entendu ça tantôt; vous étiez là. Est-ce qu'on doit effectivement garder la mission prévention dans l'optique que vous nous avez dite, de la réduction de l'offre et des coûts? Est-ce qu'on doit garder ça dans les hôpitaux?

M. Levine: Je pense que, pour répondre, il faut dire, premièrement, que la prévention n'est pas le champ exclusif des 32 DSC rattachés à une institution, à un centre hospitalier. Premièrement, j'en ai un chez moi, notre centre hospitalier offre au DSC deux étages; on offre le service, mais c'est vraiment le DSC du territoire du sud-ouest de l'île de Montréal.

Mais la prévention est aussi faite dans les CLSC et elle doit sûrement être faite dans les CSS et on doit commencer à la faire dans les hôpitaux d'une façon très très sérieuse. Il ne faut pas laisser la prévention uniquement dans le champ des DSC. Je me pose la question spécifique: Est-ce que le DSC doit être rattaché à un hôpital? Je dis que cela ne change rien de le rattacher à un hôpital ou non; ça chambarde les structures actuelles, si quelqu'un a le goût de les chambarder. Je ne connais pas les raisons pour lesquelles il voudrait les chambarder, mais cela ne change rien. Si le mandat du DSC est clair, s'il y a un leadership au niveau provincial par un médecin en chef de la santé publique au Québec, on serait capable d'avoir une vraie coordination des services de prévention.

M. Trudel: M. Lessard...

M. Lessard: J'ajouterais ceci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): Oui, allez-y, M. Lessard.

M. Lessard: Excusez-moi, Mme la Présidente. Quand on est rendu à l'hôpital, il n'est plus temps de faire de la prévention, on est malade. Là, il faut corriger la situation. La prévention, c'est à la base qu'elle doit se faire. J'indique encore que, quand on parle, on ne demande pas de budget supplémentaire, mais je pense qu'il va falloir réétudier le budget du ministère des affaires sociales pour revoir s'il n'y aurait pas des ajustements possibles. On est quand même rendu à 30 % de l'ensemble du budget dans le secteur social. Quand on regarde la mission économique, il n'en reste plus gros, etc.

Par ailleurs, on constate, par exemple, que, là où c'est normalement la responsabilité de faire de la prévention, c'est au niveau de la première ligne, à savoir les CLSC. C'est 475 000 000 \$, soit à peu près 5 % du budget de l'ensemble de l'État, qu'on donne aux CLSC pour faire de la prévention, y compris les soins à domicile, etc., alors que l'hospitalisation consomme 47,3 % de l'ensemble du budget des affaires sociales.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Trudel: Très éclairant.

M. Lessard: 47,3 %.

M. Trudel: Au niveau administratif, on a entendu beaucoup de groupes, en fait quelques groupes nous dire, au niveau de la réorganisation administrative: La base géographique, territoire de CLSC ou de MRC, ça n'a pas d'allure. Ce n'est pas comme ça qu'il faut faire ça. Ce n'est pas réaliste. On l'a entendu, et ce n'est pas toujours étroitement en réaction à ce qu'on a vu d'abord ce matin. Est-ce que vous êtes d'accord ou non sur la base territoriale de réorganisation proposée dans le projet de loi, si non, où devrait-on ancrer la base de toute réforme administrative en termes de complémentarité et assurer toujours une meilleure dispensation de services?

M. Levine: Je pense que la question ne devrait pas se poser: Est-ce à l'intérieur d'un territoire donné? Cela doit être en fonction d'un ensemble d'objectifs et de critères qu'on veut atteindre dans la concertation, dans le décloisonnement. Il y a des territoires qui se prêtent très bien à un regroupement mais, vous comprenez, les établissements existent déjà. Il y en a 800 à travers le Québec. Ils n'étaient pas planifiés sur

une base territoriale, ils n'étaient pas prévus sur une base territoriale et de vouloir maintenant les entrer tous sur une base territoriale serait une fausse façon d'aborder le problème. Il faut l'aborder en donnant à ces entités des objectifs à atteindre, leur exiger de les atteindre. Ça peut être territorial, ça peut être un territoire plus large, mais exigeons qu'ils atteignent ces objectifs. Je ne vous conseille pas de les laisser aller du tout, mais mettre une balise de cinq ans dans l'idée des regroupements requis et, après, le gouvernement réagit.

Je ne sais pas si mes collègues veulent ajouter quelque chose. Michel?

La Présidente (Mme Marois): Oui. M. Denis?

M. Denis: Pour répondre à votre question, M. le député, quant à cet aspect, ça n'a pas été l'euphorie non plus du côté des directeurs généraux. Je pense que ce qu'il mentionne, c'est que ce serait plus sage, plus intelligent de regrouper, de favoriser des regroupements d'établissements identiques sur un territoire donné, par exemple, deux centres d'accueil de même vocation particulière. Ça nous semblerait un élément plus important. On se dit que regrouper des établissements par un territoire de CLSC, c'est une solution parmi plusieurs. Ce qui nous heurte davantage, ce sont les solutions mur à mur, de dire: Pour l'ensemble de la province de Québec, ce sera comme ça partout alors qu'il y a beaucoup d'établissements qui ont des vocations régionales beaucoup plus larges que celles de territoires de CLSC, entre autres choses.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Oui? Une dernière.

M. Trudel: Une dernière qui me semble très importante. À la page 6 de votre mémoire, vous traitez des articles de l'avant-projet de loi en ce qui concerne les protocoles d'investigation médicale dans les institutions. Je vous sens très prudent là-dessus en disant que vous souhaiteriez que les directeurs généraux se fassent donner de par la loi un certain nombre de pouvoirs pour que les directeurs généraux puissent exercer un contrôle efficace, non pas sur l'acte médical mais, bien sûr, sur certains protocoles appliqués de façon systématique et qui avaient été jugés insatisfaisants.

On voit que ça ne va pas très loin dans le projet de loi. C'est ce que vous dites. Personne ne semble avoir le pouvoir, dans cette loi, de rappeler les médecins au respect des protocoles convenus. Clairement, c'est que vous n'êtes pas capables de gérer vos affaires parce que vous êtes dominés par un autre groupe.

M. Levine: Ce n'est pas dire qu'on est dominés mais qu'on comprenne qu'il n'y a aucune business dont vous avez un budget fermé avec

les portes ouvertes. Si GM essayait de gérer de cette manière, ils auraient de la difficulté. La folie de la fin de l'année de vouloir atteindre un équilibre budgétaire est la vraie folie. Il faut voir: Hé! Arrête d'acheter des sutures, on va les acheter le 1er avril. On n'achète pas maintenant, ne stocke rien, on n'arrive pas. Qu'est-ce qui se passe? Il faut fermer, on va fermer pour les vacances scolaires. Trois semaines? Ce n'est pas assez, on va fermer quatre semaines. À un moment donné, ça devient effectivement un mode de gestion très curieux. Pourquoi? Nous disons que c'est parce qu'on n'a pas de moyens de contrôler ce que nos entrepreneurs libres dans l'établissement dépensent. Et on ne demande pas un contrôle en intervenant dans leurs actes médicaux. On n'a pas de compétences et on ne veut jamais demander les compétences. On veut simplement avoir la capacité de dire: Vous avez dépensé tant et votre collègue avait dépensé deux fois plus, et vous faites la même chose dans la même spécialité. Si vous continuez comme ça, comme gestionnaire, je vais être obligé de fermer deux semaines de plus cette année. Pouvez-vous regarder vos dépenses entre vous autres? Je le laisse là pour voir la réaction. À la fin, je vais fermer deux semaines si ça ne s'améliore pas. Mais c'est dans leur intérêt aussi et celui du public de ne pas fermer.

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. Lessard.

M. Lessard: J'ajouterais ceci: Je pense que c'est complet, mais...

La Présidente (Mme Marois): Brièvement.

M. Lessard: C'est ça. C'est qu'on ne peut pas fermer, nous autres, le 1er janvier, quand on s'aperçoit qu'on a des déficits dans le laboratoire ou en radiologie. On ne peut pas fermer. C'est un bar ouvert avec, comme on le disait, un budget fermé quand même.
(12 h 15)

Je voudrais, cependant, Mme la Présidente, souligner un point sur lequel nous n'avons pas eu de questions, un point qui est important dans notre mémoire. Simplement, je le souligne, Mme la Présidente. Les cliniques privées. Je pense que c'est un point important dans notre mémoire où on recommande au ministre d'émettre des permis concernant les cliniques privées. Excusez, il n'y a pas un bordel au Québec qui n'a pas de permis. Je me demande pourquoi on peut élaborer sur ce point.

M. Côté (Charlesbourg): Ils sont subventionnés.

M. Lessard: Pardon?

M. Côté (Charlesbourg): C'est subventionné.

M. Lessard: Ils sont même subventionnés. Ce que je veux dire, Mme la Présidente, c'est qu'actuellement, nous autres les directeurs généraux, nous sommes dans l'obligation, comme établissement, de fournir aux cliniques privées tous les diagnostics de radiologie, de laboratoire, etc., et nous n'avons aucun contrôle. Et pour vous donner l'importance d'une réglementation sur ce point-là, on dit actuellement à Montréal que dans les régions périphériques il n'y a plus de médecins. Il n'y en a plus maintenant dans les établissements à Montréal. Ils sont tous en clinique privée. 64 % des médecins, à Montréal, sont maintenant rendus en cliniques privées. Et le problème - je vais vous donner un drôle d'exemple qu'on vit chez nous. Nous avons eu dans un établissement de la Côte-Nord huit médecins qui ont été boursiers, qui sont venus s'installer chez nous. Trois de ces médecins, maintenant ayant un peu plus d'argent, etc., et ayant fait leur clientèle, s'en vont maintenant en clinique privée. Est-ce que c'est normal? Est-ce qu'un ministre peut planifier, est-ce qu'un organisme peut planifier des effectifs médicaux? Si on laisse la liberté complète d'aller s'installer n'importe où, même si on fait des plans d'effectifs médicaux, si on laisse les cliniques privées en dehors des effectifs médicaux, ça ne donnera absolument rien. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): Vous n'avez parlé d'aucune façon du carnet de santé. Oui? Vous n'en avez pas...

M. Levine: La notion du carnet de santé est fort intéressante. C'est vraiment la technologie de l'avenir et on pourrait avoir chacun la capacité d'avoir avec nous autres une carte intelligente qui nous indique ce qu'on a consommé et être capable de voir régulièrement... Pour atteindre ça, on a besoin d'avoir la base de données dont on a parlé tout le long de notre présentation.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Juste pour dire à mon bon ami Lucien qu'on ne l'avait pas soulevé, mais c'est un point qui était important dans le mémoire et qui mérite très certainement qu'on s'y arrête. Merci beaucoup pour l'excellence de votre présentation.

La Présidente (Mme Marois): Merci beaucoup. J'inviterais maintenant le groupe suivant à prendre place, soit les représentants du Conseil patronat du Québec.

Alors, s'il vous plaît, si les personnes qui veulent maintenant nous présenter leur mémoire veulent bien prendre place. C'est autant de temps qui reste en moins aux membres de la commission. À cause d'obligations d'un certain nombre

des membres de la commission, nous devons terminer à 13 heures. Donc, on va ramasser les présentations et les questions. Je vous demanderais de procéder, en environ quinze minutes, à votre présentation de mémoire. Ensuite, de part et d'autre, il y aura quinze minutes de période de questions.

Alors, M. Dufour, si vous voulez bien présenter les personnes qui vous accompagnent.

Conseil du patronat du Québec

M. Dufour (Ghialaln): Mme la Présidente, vous excuserez d'abord ma laryngite. Je devrai peut-être donner ma place en cours de présentation. De toute façon, je suis convaincu que M. Chevette aura compris qu'à ce moment-là je ne pourrai pas lui répondre.

Je voudrais vous présenter mes collègues: à ma droite, Mme Denise Turenne, qui est présidente-directrice générale du Centre patronal de santé et sécurité du travail et qui est également présidente du conseil d'administration de l'hôpital Fleury; à ma gauche, le Dr Michel Guillemette, qui est directeur des services médicaux à la compagnie Produits forestiers Canadien Pacifique et est également membre du conseil d'administration de la CSST, et à ma toute gauche, M. Jacques Garon, qui est le directeur de la recherche au Conseil du patronat.

Mme la Présidente, M. le ministre, mesdames, messieurs, notre mémoire comprend quatre volets. Le premier volet fait un certain nombre de recommandations sur le projet de loi lui-même; le deuxième volet regarde les possibilités actuelles de nos gouvernements de mieux financer le réseau de santé; le troisième volet fait un certain nombre de suggestions de financement et, dans le quatrième volet, nous parlons un peu de la médecine du travail.

Quant au premier volet sur les recommandations, compte tenu du temps que nous avons, je vais simplement les lire. La première, c'est que le législateur s'assure que les conseils d'administration puissent compter dans leurs rangs des gestionnaires médicaux, financiers et administratifs compétents. De la façon dont la proposition du projet de loi est faite, on a l'impression qu'on se priverait de ressources importantes, notamment au plan médical. Pour nous, c'est important qu'à un bon conseil d'administration - on le sait - on puisse avoir les réactions médicales.

Deuxième recommandation: Que le législateur s'assure que les modalités du mandat des directeurs généraux soient de nature à attirer des gestionnaires de qualité à la tête des établissements de santé. Je vous avoue qu'on ne comprend pas du tout le sens de cette proposition-là. Ça voudrait dire qu'après huit ans le meilleur des gestionnaires ne pourrait plus rester dans son établissement. C'est contraire à tout ce qu'on rencontre dans le secteur privé. Après huit

ans, s'il est bon, justement, on veut le garder pour lui faire faire carrière. Il y a probablement des raisons à cette recommandation, que l'on voudrait connaître.

Troisième recommandation: Que le législateur reconnaisse clairement que la qualité des soins dispensés par les établissements est tributaire des règlements et des budgets qui sont cependant hors de leur contrôle. Donc, on donne toute la responsabilité de la qualité des soins à rétablissement, mais les règlements, les budgets leur échappent complètement.

Quatrième recommandation: Que le législateur reconnaisse davantage l'autonomie et la compétence administrative et budgétaire des établissements de soins de santé. On a l'impression, actuellement, qu'il n'y a à peu près pas d'imputabilité au niveau des directeurs généraux d'établissement, par exemple, et on pense, selon les schémas modernes de gestion, que si, justement, il n'y a pas une certaine responsabilisation au niveau local, on ne s'en va pas vers un assainissement des fonctions administratives dans nos établissements.

Cinquième recommandation: Que le législateur analyse bien l'opportunité de confier aux régions régionales le soin de décider de l'allocation et du contrôle des budgets des établissements des soins de santé. L'à-propos des propositions gouvernementales à cet égard n'est pas évident, actuellement. Bon, dans le texte, on explique cette recommandation. Ce qu'elle veut dire, pour l'essentiel, c'est que nous sommes tout à fait d'accord avec la décentralisation. Nous la réclamons, nous aussi, depuis toujours, sauf qu'on n'a pas l'impression que le projet de loi, par la création des régions régionales, décentralise. On a l'impression qu'on crée un petit peu des ministères sur le territoire et, selon l'expression qui est utilisée dans d'autres mémoires, on s'oriente vers la déconcentration, parce que c'est très gros, un ministère des Affaires sociales, et on ne décentralise pas vraiment.

Mme la Présidente, en deuxième partie de notre mémoire: Les propositions gouvernementales de financement du réseau. On est très préoccupé par le financement des services de santé et des services sociaux au Québec. Pourtant, tous les observateurs le constatent, les besoins dans ces deux domaines-là sont énormes. Et, je le répète: Il ne faut pas s'attendre que nos deux paliers de gouvernement aient beaucoup d'argent à injecter dans le réseau au cours des prochaines années. Ça, c'est autant au niveau fédéral qu'au niveau provincial.

Des chiffres sur les besoins, évidemment, chacun peut les établir à sa façon, mais, selon les données de l'AHQ, on parle de 400 000 000 \$ comme besoins minimums par année, peut-être 300 000 000 \$, peut-être 350 000 000 \$, mais, en tout cas, un ordre de grandeur qui est de 400 000 000 \$.

L'été passé, lors de la campagne électorale,

nous avons demandé au Parti québécois et au Parti libéral de nous dire quel était leur plan de financement des réseaux de santé. Je ne retiens pas la proposition qui avait été faite, à ce moment-là, par le Parti québécois, mais je prends la proposition du Parti libéral qui était l'inflation plus 2 %. Ça paraît beau, l'inflation plus 2 %, compte tenu des contraintes économiques actuelles. Mais vous voyez dans notre mémoire qu'on a fait un tableau de ce que ça donnerait. Or, ça ne donnerait pas beaucoup d'argent, compte tenu de ce qui s'est donné dans le passé. Ça représenterait 543 000 000 \$ par année, alors que la moyenne des trois ou quatre dernières années a été de 510 000 000 \$.

Bon, ce n'est pas à vous, gestionnaires de la chose publique, que je vais dire qu'il n'y a pas d'argent au gouvernement. Évidemment, c'est peut-être plus facile pour l'Opposition de dire qu'il y en a. Mais je me rappelle que, quand ils étaient au gouvernement, ils nous disaient qu'il n'y en avait pas. Et ça, je pense qu'on l'endosse. C'est un problème aujourd'hui de tous les gouvernements.

Face à ça, nous avons, nous, certaines propositions. Une première proposition, c'est de dire... Et là, on est d'accord avec le gouvernement qui nous répondait au mois de juillet ou août - comme je le mentionnais tout à l'heure - qu'il y a encore possibilité de rendre le réseau plus efficient. Et ça, je pense que le ministre lui-même l'a déjà constaté et il l'a déjà dit. Il y a des problèmes auxquels le gouvernement doit s'attarder dont le problème - évidemment, on ne peut pas, nous, ne pas le mentionner - de la rigidité actuelle des conventions collectives qui génère des coûts dans le système à un point tel que, si ça reproduisait, cette rigidité-là, dans les conventions collectives du secteur privé, on pourrait en mettre certaines en faillite.

Face à ça, est-ce qu'il est possible de faire des propositions - et je dis des propositions responsables - qui maintiennent - et ça, c'est important parce que, quand on fait ce genre de propositions là, on a toujours l'impression qu'on bascule le système public et il n'en est pas question - ou qui font que le régime va demeurer accessible, universel, essentiellement public? Alors, nous en avons un certain nombre. Elles ne sont pas toutes détaillées. On pourrait en redébattre avec des comités techniques du ministre.

La première suggestion que nous faisons, c'est le ticket modérateur. Et pourquoi la refait-on? C'est parce que le rapport Rochon ne s'y était pas attardé de quelque façon; il a complètement évacué ce débat-là de son rapport. Évidemment, le projet de loi ne reprend pas non plus ce type de proposition. Mais on vous rappelle, Mme la Présidente, que 40 % des systèmes de santé nationalisés dans les pays de l'OCDE ont une forme quelconque de ticket

modérateur. Vous remarquez qu'on ne fait pas des propositions très concrètes: 5 \$ ici, 10 \$ là, 22 \$ là. Ce n'est pas ça, notre objectif à ce moment-ci, M. le ministre; c'est plutôt de dire: Ne rejetez pas ce concept-là. Vous n'avez pas l'argent, il faut en trouver quelque part. Alors, il faut analyser ce système-là.

Une autre recommandation que nous faisons, c'est l'impôt à rebours. Déjà, le Parti libéral, Mme la Présidente, dans son programme, a une orientation qu'on endosse pleinement qui est, à un moment donné, probablement en fin d'année, de dire à un utilisateur de services de santé combien ça a coûté dans l'année. On a l'impression que, parce que c'est gratuit, la population dit: Ça ne coûte rien. D'ailleurs, vous l'avez entendu comme nous: Ça ne coûte rien, on ne paie pas, alors qu'un per diem d'hôpital peut valoir 300 \$, 400 \$, 500 \$ et qu'une opération peut aller chercher dans les 20 000 \$. Personne ne sait vraiment ce que représentent les coûts des services de santé. Donc, en fin d'année, on pourrait remettre à l'utilisateur un bordereau qui indiquerait les coûts des services de santé qu'il a reçus.

Et, en même temps, nous suggérons qu'il y ait ce que l'on appelle un impôt à rebours, faute de mieux, qui ferait que les mieux nantis, les plus fortunés de la population, au moment de leur rapport d'impôt, participeraient au financement du réseau de santé selon les services qu'ils auraient obtenus. S'ils n'en ont pas obtenu, ils ne paient pas. Supposons quelqu'un qui a obtenu pour 25 000 \$ de soins de santé et qui gagne 100 000 \$, pourquoi ne pas lui "charger", par exemple, 1000 \$? D'autant que la majorité de ces gens-là qui sont capables de payer peuvent le faire par le biais d'une assurance privée qui va tout simplement les rembourser.

Alors, c'est bien expliqué dans le mémoire. Mme la Présidente, il n'est pas possible de résumer cette proposition-là, mais j'aimerais ça que vous la regardiez. Il y a sûrement une possibilité d'aller chercher de l'argent chez les mieux nantis sans de quelque façon pénaliser les moins nantis. Qu'on mette 30 000 \$ ou 40 000 \$ d'exemption, nous sommes ouverts. C'est de faire accepter le principe dans la structure des impôts.

(12 h 30)

Vous me permettez, évidemment, quelques mots sur la privatisation. Encore là, il ne s'agit pas de quelque façon de privatiser le réseau de la santé; on n'a jamais demandé ça, puis on ne le demandera jamais. Mais il y a certaines activités dans un hôpital qui ont déjà été privatisées, d'autres qui pourraient l'être encore. Il y a de la privatisation qui existe actuellement, par exemple, dans les buanderies, dans les cafétérias, mais, quant à nous, ce n'est pas assez développé; on pourrait aller encore beaucoup plus loin là-dedans.

L'objectif n'est pas d'aller chercher de

l'argent neuf. L'objectif est de réduire tes coûts parce que les directeurs d'hôpitaux qui l'ont fait ont réalisé que ça coûte moins cher. Vous avez tous donné votre bénédiction au plus récent hôpital de Valleyfield, Anna-Laberge, qui est un peu structuré, finalement, autour de ce concept de services rendus par des services privés environnants.

Un mot. Pour aller peut-être plus loin, Mme la Présidente, il faudrait penser aussi à privatiser, pas purement la cafétéria, mais, pourquoi pas, la photographie médicale, pourquoi pas des examens de cardiologie? Vous avez vu, dans certains hôpitaux, par exemple, s'établir la clinique privée, juste de l'autre côté de la rue, qui donne d'excellents services: quand on te donne un rendez-vous à 10 h 30, ton rendez-vous est à 10 h 30. Avec le même médecin responsable dans l'hôpital en face, si tu as un rendez-vous à 10 h 30, attends-toi à passer - on n'exagérera pas - à 14 heures, parce que le système est embarqué dans la gestion d'un hôpital qui n'est pas la gestion de la clinique privée. Alors, pourquoi ne pas essayer de penser à la privatisation de certains services médicaux? Les médecins qui pratiquent à l'extérieur sont aussi bons qu'à l'intérieur de l'hôpital.

On vous dit aussi qu'il serait peut-être possible de regarder la gestion totale d'un hôpital, comme on l'a à Hawkesbury et il semble que Hawkesbury va bien. Encore là, je le répète, on ne veut pas que tous les hôpitaux soient gérés par le secteur privé, mais qu'il y ait de la gestion privée comme secteurs témoins dans un certain nombre d'endroits, tout en gardant cet hôpital public. Ça, j'insiste. À Hawkesbury, c'est un hôpital public, mais géré par une firme de gestion américaine.

Mme la Présidente, le quatrième volet de notre mémoire, c'est la médecine du travail. Quel lien, pensez-vous, on doit faire entre le projet de loi, puis ça? C'est très simple, c'est parce que la loi 17 sur la santé et la sécurité du travail, donc toute la santé communautaire, la santé et la médecine du travail, qui est d'ailleurs reprise dans un chapitre du projet de loi, a été ce que nous, on a appelé nationalisée, dans le sens que tout ça a été transféré au réseau public, en 1980. Actuellement, il y a des entreprises qui disent: Si on nous avait laissé l'organisation de la médecine privée du travail, ce serait probablement mieux que ce que l'on a aujourd'hui parce qu'on ne peut pas, compte tenu, justement, de l'état du réseau, avoir les services qu'on se donnait peut-être en 1979-1980.

Alors, si on revenait un peu à la situation de départ où vous aviez une certaine médecine du travail privée, mais on serait d'accord pour qu'elle soit contrôlée en totalité par le gouvernement, par le ministère, on pense que vous pourriez économiser des sous et les mettre peut-être à des endroits où il y a plus de nécessité, par exemple, pour une salle d'urgence. Si une

grande entreprise peut le payer, pourquoi ne pas prendre cet argent-là pour améliorer les services dans notre salle d'urgence?

Mme la Présidente, je pense que ça fait 18 minutes.

La Présidente (Mme Marois): Vous calculez bien le temps. Je vous remercie, M. Dufour. J'inviterais maintenant M. le ministre de la Santé et des Services sociaux à vous poser des questions.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. Dufour. Le premier constat est que c'est dans la même ligne que ce qui a été déposé au rapport Rochon, sensiblement. Évidemment, la proposition de l'impôt à rebours est, à première vue, intéressante et pas seulement à la première, mais à la deuxième aussi par rapport au ticket modérateur. Je pense que l'impôt à rebours serait moins dommageable pour l'accessibilité qu'un ticket modérateur.

Dans le document, vous en parlez et ce que j'ai compris, c'est que plus votre revenu serait gradué, 30 000 \$, 40 000 \$, 50 000 \$, 60 000 \$, 70 000 \$, 80 000 \$ - évidemment, ça a arrêté à 80 000 \$, mais on continue parce qu'il y en a d'autres qui sont encore plus capables de payer - 90 000 \$, 100 000 \$, il y aurait une gradation dans ce que vous devriez normalement être capables de payer. Je pense que c'est le principe qui est évoqué. Évidemment, on s'attaque à une partie de la classe moyenne qui, elle aussi, trouve qu'elle est passablement chargée sur le plan des impôts. Pourquoi avoir choisi les 30 000 \$, par exemple, comme proposition? Évidemment, c'est une proposition, mais pourquoi avoir choisi les 30 000 \$?

M. Dufour (Ghislain): Vous avez la réponse. C'est parce que c'est une proposition. Ça pourrait être 35 000 \$. Ça pourrait être 40 000 \$. Vous n'avez pas d'argent. L'objectif, c'est d'aller en chercher sans pénaliser les moins bien nantis. Maintenant, la définition des moins bien nantis, c'est-u 30 000 \$? C'est-u 25 000 \$? C'est-u 32 000 \$? On pense 30 000 \$. Ça pourrait être 40 000 \$. Par ailleurs, vous avez remarqué qu'on l'arrête à 80 000 \$. On peut la rendre à 100 000 \$, mais, à un moment donné, il faut l'arrêter, parce que plus les gens sont en haut, plus les gens ont déjà payé au réseau de la santé, parce que plus tu gagnes, plus tu payes à l'impôt. Mais on n'a pas d'objection à ce que ce soit gradué. L'important, M. le ministre, c'est qu'on arrête; qu'on ne "charge" pas 2000 \$, 5000 \$ ou 20 000 \$. C'est une proposition d'aide; ce n'est pas une proposition de financement, parce qu'à ce moment-là on remettrait en cause le caractère universel et accessible, ce qu'on ne fait pas. Alors, c'est d'aller chercher de l'argent additionnel et on pense à 500 \$, 800 \$, 1000 \$ maximum par année.

M. Côté (Charlesbourg): C'est intéressant. Évidemment, le plafond de 80 000 \$, je le questionne un peu plus, parce que, évidemment, on dit toujours que celui qui gagne 100 000 \$, règle générale, il lui en reste un petit peu plus que celui qui en gagne 80 000 \$. Il n'est pas rare au Québec d'en trouver, de ces catégories de gens qui sont au-dessus de ça.

Est-ce que les entreprises au Québec pourraient en faire davantage pour le réseau de la santé?

M. Dufour (Ghislain): En faire. Comment? Vous voulez dire par les fondations ou par l'impôt?

M. Côté (Charlesbourg): Non. On sait que, déjà, par les fondations, effectivement, les entreprises en donnent beaucoup, mais, évidemment, on va se le dire honnêtement: C'est bien plus glorifiant pour une entreprise de donner 500 000 \$ ou 1 000 000 \$ à la fondation d'un gros hôpital à Montréal que de les donner dans un petit hôpital en Gaspésie. Je pense à ce moment-là que ceux qui ont la capacité d'attraction, une visibilité plus grande sont susceptibles d'en avoir plus facilement. À ce moment-là, ça vient dans des priorités d'équipements ou des choses comme celles-là qui sont fort utiles. Je ne pensais pas aux fondations; je pensais peut-être à la capacité des entreprises. Évidemment, il faut faire attention à l'aspect concurrence de nos entreprises. Vous allez certainement me répondre qu'on en fait déjà assez pour la CSST, ça, j'en suis convaincu.

M. Dufour (Ghislain): Notamment. Même moi, je ne voulais pas vous amener sur ce terrain-là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Dufour (Ghislain): Quand M. Levesque, dans son dernier budget au mois de mai, a monté de 3,22 % à 3,32 % la taxe sur la masse salariale pour, justement, financer le réseau, parce que c'est là qu'il est financé en très grande partie, vous vous rappelez la réaction, notamment, de la Fédération des entreprises Indépendantes, donc, des PME, qui ont réagi très négativement en disant: C'est une taxe sur la masse salariale et c'est la plus régressive qui existe, parce que, là, tu taxes des emplois, puis celui qui est en haute technologie n'a pas d'emploi, ne participe pas de la même façon. M. le ministre, si le sous-entendu de la question - et je suis sûr que ce n'est pas ça - est d'augmenter de 3,32 % à quelque chose la taxe sur la masse salariale dans le prochain budget de M. Levesque, on va réagir négativement, parce qu'on pense, et je le répète, que c'est une taxe régressive.

Si l'impôt des corporations au Québec par rapport aux impôts dans les autres provinces,

tout en gardant comme objectif de demeurer concurrentiel, n'est pas suffisant, bien là, je dois dire, c'est évident qu'on peut le regarder, mais le danger... Je sais que certains ont suggéré une taxe additionnelle de 1 %, par exemple, sur les profits des sociétés pour fins de financement du réseau de la santé: 1 % pour les jeunes, qu'ils demandent au niveau universitaire, 1 % pour la santé, 1 % pour l'environnement et 1 %... On ne peut pas embarquer dans ce genre de choses là. Il faut vraiment que ce soit le budget de façon globale.

Par ailleurs, je pense, M. le ministre, que les deux derniers gouvernements, j'inclus le Parti québécois de 1983-1984, on a vraiment enligné notre fiscalité sur notre capacité globale de payer. C'est pour ça que nous, on ne pense pas que, pour financer la santé, il faut aller chercher encore chez les individus ou chez les corporations, mais qu'il faut aller plutôt dans le genre de proposition que l'on vous fait.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, davantage une gestion plus serrée pour économiser ce qu'on peut, à la fois chez ceux qui consomment et chez ceux qui dispensent des services, si je comprends bien. Et c'est pour ça, si j'ai bien compris, que vous n'auriez pas d'objection, par exemple, à ce que chaque citoyen se présentant pour obtenir des services puisse signer, comme tu le fais sur le plan de ta carte de crédit, un petit document pour se sensibiliser aux coûts inhérents au système des soins qu'il a reçus. Ce que je comprends, c'est que le Conseil du patronat n'a pas d'objection à ce que ça puisse se faire éventuellement pour un meilleur contrôle des coûts et aussi une meilleure éducation des gens qui utilisent et consomment.

Je changerai de sujet sur le plan du financement, il est quand même important, en parlant de décentralisation, de régies régionales. J'ai senti un petit peu de résistance quant à ce que nous proposons. J'aimerais savoir de vous ce qu'on devrait ajouter à nos régies régionales pour que ce soit une véritable décentralisation.

M. Dufour (Ghislain): Je vais demander à Mme Turenne, qui vit ce problème actuellement et qui le vivrait dans la nouvelle structure, de vous en parler.

Mme Turenne (Denise): En fait, M. le ministre, ce qu'on dit ici, comme bien d'autres l'ont dit avant nous, c'est qu'on favorise la décentralisation en s'assurant que le gouvernement donne des pouvoirs à ces régies. Toutefois, on remet en question la décision au niveau de l'allocation et du contrôle des budgets, de même que de la distribution des services. Ceci veut dire qu'au niveau de ces régies régionales, toutefois, nous sommes - comme on l'a dit à la page 8 de ce mémoire - d'accord pour que les règles régionales travaillent au niveau d'objectifs

en matière de santé, d'élaboration de programmes qui répondraient vraiment aux besoins régionaux et la même chose au niveau de la concertation avec le public et l'analyse qui est faite des besoins de santé.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, si je comprends, c'est un peu le rôle que jouent les CRSSS aujourd'hui, sauf quelques exceptions de petits budgets qu'ils ont. Donc, davantage de concertation, conciliation, planification, mais pas, au niveau des régions, un pouvoir budgétaire, pas de prélever, mais de répartir les budgets.

Mme Turenne: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, beaucoup de personnes sont intervenues en nous disant: Si on veut avoir une véritable décentralisation, il faut, effectivement, qu'il y ait des moyens de contrôle budgétaire et, donc, de distribution d'argent et même, plus loin que ça, il faudrait régionaliser les enveloppes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour faire en sorte que les médecins puissent aussi aller en région. Et ce que les régions semblent nous dire, c'est: Donnez-nous à ce niveau-là plus de pouvoirs sur le contrôle budgétaire tous azimuts et, à ce moment-là, on sera capables de contrôler notre planification, notre développement.

Ce que je comprends, c'est que vous dites: Limitons-nous à la planification sur le plan budgétaire. Mais vous ne seriez même pas pour si on trouvait un mécanisme d'imputabilité au niveau des régions. S'il y a un mécanisme d'imputabilité, si on trouve les moyens de rendre imputables les gestionnaires en région, à ce moment-là, est-ce qu'il serait acceptable que le contrôle budgétaire soit donné à la régie?

Mme Turenne: Il le serait certainement plus, M. le ministre, parce que, dans le système actuellement et celui qui est proposé, l'imputabilité demeure au niveau des élus de notre Assemblée nationale. Et ça, je ne pense pas que nos élus devraient déléguer cette responsabilité.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, peu importe ce qu'on trouvera comme moyen, il restera toujours que l'élu, le ministre a la responsabilité, même si c'était de l'argent de transfert, de la même manière qu'Ottawa en nous transférant des sommes a quand même son imputabilité aussi sur le plan des dépenses à ce niveau.

M. Dufour (Ghislain): Si vous me permettez, M. le ministre, là-dessus...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Dufour (Ghislain): ...je pense qu'au lieu de prendre ça en haut il faut le prendre en bas.

Ce dont les établissements se plaignent - et j'ai été, moi aussi, dans le milieu hospitalier sept ou huit ans - ce dont on se plaignait déjà, il y a plusieurs années, c'était, justement, de l'absence d'imputabilité. Tu es toujours obligé d'aller à un niveau supérieur pour prendre la décision, alors que tu es toujours responsable du geste qui est posé. Puis si tu ne le poses pas, puis si ta salle d'urgence a refusé tant de cas, bien, c'est toi qui as la manchette le lendemain, alors que la décision est prise au niveau budgétaire, à un tout autre niveau. Alors, ce qui nous apparaît dans le cas de la Régie actuellement, c'est de transposer certaines fonctions du ministère à ces régies-là sans leur donner véritablement un pouvoir. Alors, on crée un autre intervenant dans le réseau qui va être encore plus embêtant au niveau de l'établissement, sans lui donner vraiment les pouvoirs.

(12 h 45)

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, on pourrait parler longuement de l'autonomie des institutions au niveau du ministère. Je suis un jeune, j'arrive dans ce ministère. Moi, j'étais demeuré sous l'impression, jusqu'à maintenant, qu'effectivement il y a passablement d'autonomie. Il y a un certain encadrement, mais j'ai l'impression qu'il y a passablement d'autonomie au niveau du réseau. Alors, c'est peut-être moi qui ne suis pas correct, mais les prochaines semaines, les prochains mois vont me le démontrer.

Parce que, effectivement, à une certaine époque, on s'est retrouvé face à un déficit budgétaire assez appréciable. On peut aujourd'hui critiquer le fait qu'on dise: Vous devez être en plan d'équilibre budgétaire si vous voulez avoir ci, ça et ça. Mais, évidemment, le gouvernement s'est retrouvé devant un trou de 280 000 000 \$. Évidemment, on est souvent invité, au gouvernement, à gérer comme dans l'entreprise privée, donc avec des budgets avec lesquels il faut fonctionner. Évidemment, les centres hospitaliers, comme les autres, on l'a su tantôt, c'est le bar ouvert avec un budget fermé. C'est assez difficile de gérer dans des conditions comme celles-là, mais il faudra trouver des mécanismes. Pour le moment, ça irait, merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition.

M. Chevette: Moi, je vais partir de la dernière question du ministre. Il m'a semblé y avoir contradiction à votre table. C'est peut-être moi qui n'ai pas compris. J'avais compris de la bouche de M. Dufour que le projet de loi assurait une déconcentration, mais que le Conseil du patronat voulait une véritable décentralisation. Et ce n'est pas ce que j'ai compris par la suite dans la réponse de Mme Turenne au ministre. Est-ce que j'ai mal saisi ou non?

La Présidente (Mme Marois): Mme Turenne.

Mme Turenne: En fait, je reprends, Mme la Présidente. Ce qu'on a mentionné ici, c'est qu'on suggère au législateur d'analyser l'opportunité de confier à des régies régionales le soin de décider de l'allocation et du contrôle des budgets des établissements de soins de santé, en ce sens qu'on suggère que ce soient nos élus qui demeurent imputables de la répartition des ressources au point de vue financier. Par contre, nous soutenons, finalement, qu'au niveau régional on pourrait continuer à avoir un contact avec la population, à faire l'analyse des besoins et des services de cette population, à élaborer des programmes qui correspondent à ces besoins-là.

M. Chevette: D'accord. Je voudrais parler maintenant du principe même de l'impôt à rebours et de l'impact que ça peut avoir sur le système, compte tenu du fait qu'il y a une partie qu'on ne contrôle pas du tout, qui est le paiement à l'acte. Vous demandez aux citoyens de payer à la fin de l'année ce qui a été dépensé au cours de l'année. Sur le plan administratif, que ce soit préconisé par le Conseil du patronat, ça me surprend parce que vous êtes plutôt habitués à nous dire: Je voudrais savoir combien tu me "charges" et je te dirai si je suis capable de te payer. Là, vous me dites: "Charge"-moi ce que ça aura coûté à la fin de l'année. N'est-ce pas contradictoire avec la philosophie traditionnelle du patronat?

M. Dufour (Ghislain): Il ne faudrait quand même pas vous demander de faire des rapports d'impôt à tous les mois. C'est parce que tu ne peux pas avoir d'autre contrôle, finalement, que celui de la fiscalité. On fait un rapport une fois par année. Maintenant, il n'y a pas purement, dans ce régime-là, que c'est à la fin de l'année. Je sais que vous allez comprendre mon exemple: l'assurance-chômage. Tu peux avoir reçu des prestations d'assurance-chômage, mais si, dans la balance de l'année, tu fais plus que ce que tu dois faire, en fin d'année tu retournes l'argent au gouvernement. Ce n'est pas nouveau, ce système-là. La philosophie de l'assurance-chômage est à peu près celle que l'on retrouve ici, sauf que ce n'est pas dans le même cadre.

M. Chevette: Mais vous ne pensez pas que sur le système, M. Dufour, ça peut avoir un impact très différent de l'objectif recherché? Votre objectif, c'est de rechercher l'équilibre budgétaire, de trouver de nouvelles sources de financement.

M. Dufour (Ghislain): De revenu.

M. Chevette: Et vous ne contrôlez pas une large portion... Je pense que c'est 80 % de la RAMQ qui va en rémunération; 80 % de 2 200 000 000 \$, c'est du foin pas mal, vous

savez. Ne pensez-vous pas que vous contribuerez, par un tel système, à un non-resserrement alors que vous parlez de resserrement tout au long de votre mémoire?

M. Dufour (Ghislain): À la fin de la page 12, M. le député, il y a une recommandation qui va exactement dans l'ordre de vos préoccupations.

M. Chevette: Oui, j'ai vu ça.

M. Dufour (Ghislain): On a fait le paragraphe non pas en fonction de l'impôt à rebours, on l'a fait en fonction du ticket modérateur, mais il s'applique de la même façon. "Pour être efficace, le ticket modérateur - donc, pour être efficace, l'impôt à rebours - devrait être assorti d'un système de contrôle de la demande de soins prescrits par les professionnels de la santé. Les études sur le sujet tendent à démontrer que l'impact d'un paiement dégressif sur le nombre d'actes médicaux prescrits serait aléatoire..."

M. Chevette: Non, c'est l'entreprise.

M. Dufour (Ghislain): Ce n'est pas celle-là, je m'excuse.

La Présidente (Mme Marois): Page 13.

M. Dufour (Ghislain): Page 13, Mme la Présidente. Merci beaucoup.

M. Chevette: Le dernier paragraphe.

M. Dufour (Ghislain): Non, c'est là où on dit qu'il faut maintenant s'interroger sur le nombre de gestes médicaux prescrits. Aidez-moi, là. En tout cas, je vais le dire sans le lire. Ce que l'on dit, c'est que, justement, dans le régime actuel, cela génère des coûts qui, souvent, sont inutiles parce que vous avez des médecins qui ont la "castonguette" facile ou qui prescrivent l'ensemble des tests de laboratoire ou de radiologie lorsqu'ils ont un malade devant eux, parce que souvent, psychologiquement, si le malade n'a pas eu tout ça, il ne sentira pas qu'il a eu affaire à un bon médecin. On vous propose, justement, de regarder ça, dans le dossier de la rémunération médicale, pour essayer d'agir aussi sur le nombre de gestes posés par le médecin. Et vous avez raison, c'est une autre cause de coûts sur laquelle il faut vraiment agir.

M. Chevette: C'est-à-dire que l'impôt à rebours ne peut pas seul, comme mécanisme, si je vous comprends bien, apporter une solution de facto on ne met pas un contrôle de l'acte; cela pourrait avoir un effet complètement négatif.

M. Dufour (Ghislain): Je suis absolument

d'accord.

M. Chevette: Cela pourrait même inciter les gens à ne pas se préoccuper du nombre d'actes, par exemple, à ne pas se préoccuper du type d'examen qu'on multiplie des fois, nous dit-on, de façon futile, en tout cas non connexe ou non inhérente au bobo que le gars ou que la femme s'en va déclarer à l'hôpital. Je comprends votre point de vue. Une question...

M. Dufour (Ghislain): Tout comme, si vous me le permettez, cela pourrait être, comme la TPS, une source de revenus incroyables. Aujourd'hui, on parle d'un maximum de 1000 \$ et qui dit que, parce que vous avez besoin d'argent l'année prochaine, ça ne montera pas à 1200 \$ ou à 1500 \$, comme la TPS peut monter à 10 % ou à 12 %? Alors, il faudrait être très prudent dans l'utilisation qu'on fera de ça. C'est pour ça qu'on dit que c'est un élément du système. Il y en a bien d'autres; on ne peut pas le considérer tout seul.

M. Chevette: Comme vous pourriez être tenté, comme gouvernement, de baisser à 25 000 \$, à 20 000 \$ ou à 15 000 \$, dépendant des problèmes.

M. Dufour (Ghislain): On vous fait confiance.

M. Chevette: Oui, sûrement. Je voudrais vous poser la question suivante. Vous savez qu'il y a encore des entreprises polluantes qui posent des gestes et qui créent des coûts exorbitants au niveau de la santé. Je pense, par exemple, à la décontamination des sols; on sait que c'est le principe du pollueur-payeur. Mais les frais de santé engendrés, par exemple, les types d'examen, les diagnostics, les traitements et les visites sont à peu près inévalués. Est-ce que vous seriez d'accord, comme Conseil du patronat, pour qu'une telle compagnie qui a généré des coûts extraordinaires au niveau de la santé soit également sur le même principe que le pollueur-payeur?

M. Dufour (Ghislain): Je dois dire qu'au départ ma réponse de tout à l'heure au ministre s'applique également. Mais l'ensemble du réseau de la santé actuellement est payé exclusivement par les employeurs avec les 3,32 %. Cela a été fait sous votre gouvernement et c'a été une façon d'enlever le prélèvement qu'on faisait sur la paie de chaque travailleur en transférant la facture en totalité aux employeurs. Il participe déjà beaucoup à tout dans la société. Donc, le travailleur - pas simplement le travailleur, mais le citoyen - qui pourrait être contaminé par le plomb et qui aurait besoin d'un service hospitalier ne le paie pas actuellement. C'est l'entreprise, avec les 3,32 %, qui le paie.

M. Chevette: Je vous arrête, M. Dufour. Je pense que vous n'avez pas saisi ma question. Je n'ai pas demandé à l'ensemble de l'entreprise québécoise de payer l'addition. J'ai fait référence spécifiquement à l'entreprise qui est prise en flagrant délit de pollution et qui provoque des coûts extraordinaires, des coûts exorbitants et qui est responsable d'une certaine façon, possiblement, de la hausse des 3,32 % dont vous parlez. Je ne vous demande pas de... Vous m'avez répondu comme si l'ensemble du monde patronal était d'accord pour payer les dégâts. C'est vrai que, généralement, c'est l'ensemble qui paie, mais si, par exemple, au niveau de l'alcoolisme, ce sont les mauvais conducteurs qui paient une facture additionnelle, est-ce que, par rapport à ceux qui provoquent précisément des conflagrations, par exemple, au plomb ou à d'autres produits toxiques, ce ne serait pas normal que ce soit le pollueur-payeur, même au niveau des frais de santé?

M. Dufour (Ghisiaï): Je pense qu'il ne faudrait pas regarder ça dans le cadre du régime d'assurance-maladie selon la facture actuelle. On pourrait peut-être le regarder dans un nouveau programme, comme on le fait dans le cas de la CSST, lorsqu'il s'agit du travailleur. Ce travailleur auquel vous vous référez, qui aurait été contaminé par le plomb, c'est la CSST qui va le prendre en compte, donc l'ensemble des employeurs. Mais lui, parce qu'il aura une responsabilité plus particulière dans sa facture, il sera au mérite ou au démérite. Il serait au démérite dans ce cas-ci parce que la facture a été très élevée au niveau de ses travailleurs.

Alors, si vous extensionnez ça pour le citoyen qui vit autour, par exemple, de certaines usines qu'on ne nommera pas, je pense qu'il faudrait revoir... Pour ne pas pénaliser, si vous voulez - vous avez raison - l'ensemble des employeurs, il faudrait que ce soit une proposition globale où il y aurait du mérite et du démérite. S'occuper du citoyen, comme on s'occupe actuellement du travailleur dans le régime CSST. Je n'ai pas d'objection de principe.

M. Chevette: Si je vous soumets ce cas-là, M. Dufour, c'est que, si je prends la réforme du système ambulancier au Québec, on sait pertinemment que l'employeur, à cause de la réforme, n'est pas pénalisé, alors que c'est l'ensemble des conducteurs québécois, via la Régie de l'assurance automobile, qui en absorbe une large part, pour ne pas dire une trop large part, à mon point de vue, beaucoup trop large, par rapport au type d'accidents ou au nombre d'accidents qui se produisent au Québec et à ceux qui utilisent ce service. À ce moment-là, dans le cas d'une entreprise qui serait polluante, il me semble qu'on doit avoir le même traitement au niveau de la perception des coûts vis-à-vis de

celui qui pollue par rapport au bon diable, au bon garçon ou à la bonne femme qui respectent toutes les normes de sécurité. Ça m'intrigue de voir que, spontanément, on adhère souvent à des principes et que, quand il s'agit de toucher spécifiquement des cas, on hésite un petit peu plus. Vous ne seriez pas contre ça, vous, qu'un pollueur paie ses dégâts.

M. Dufour (Ghisiaï): Le principe du pollueur-payeur, on l'a accepté depuis très longtemps. Vous dites: C'est toujours beau d'accepter le principe mais, que je sache, vous ne nous avez pas fait de proposition concrète là-dessus. Le jour où on en aura une... Je vous dis tout de suite qu'on n'a pas une réflexion faite, mais on a acheté ces principes dans d'autres régimes. C'est le cas de la CSST. Je n'ai pas le goût d'embarquer avec vous dans le dossier des ambulances, parce que vous le connaissez fort bien, sauf que c'est vrai que cela a augmenté à la RAAQ, la nationalisation, entre guillemets, des assurances. Mais n'oubliez jamais, M. Chevette, et vous le savez très bien, que l'employeur à la CSST paie trois fois: il paie pour les cas d'accidents de travail, il paie à la RAAQ et il paie aussi dans le régime avec son "pay-roir". Alors, dans la proposition que vous nous ferez, vous tiendrez compte de ça.

M. Chevette: Ce n'est pas bête.

La Présidente (Mme Marois): M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Il y a aussi d'autres positions qui étonnent un peu dans le mémoire, par exemple à la page 3, où vous affirmez que "la pratique de fermer des postes à temps complet pour les remplacer par des postes à temps partiel (...) a pris une ampleur démesurée au cours des dernières années." Je vous le dis franchement, c'est particulièrement vrai, vous avez raison. Je ne sais pas si vous avez des indices particuliers à nous donner là-dessus, sur le temps partiel dans les institutions et la démesure que cela a pris et s'il y a des mesures de contrôle que l'on devrait imposer. Par ailleurs, parce qu'il reste peu de temps, qu'est-ce que vous pensez de l'idée, qui a été suggérée, de la nécessité d'un permis, par exemple, pour une clinique médicale, pour un médecin, pour aller s'établir, pour ouvrir son entreprise? Entre guillemets, c'est votre secteur, les entreprises. Qu'est-ce que vous pensez de la nécessité d'avoir un permis du ministre, du ministère pour avoir la possibilité d'ouvrir un cabinet ou une pratique privée quelque part au Québec? Deux questions.

M. Dufour (Ghisiaï): écoutez, j'ai entendu comme vous la proposition qui a été faite par le groupe précédent. Je la trouvais tout à fait correcte venant du groupe qui était ici.

M. Trudel: De vous?

M. Dufour (Ghislain): Ce n'étaient pas, pour autant que je sache, les établissements privés qui vous présentaient un mémoire. Il faudrait en rediscuter. Écoutez, le domaine des permis vous ne pensez pas qu'il y en a déjà assez! Il y a d'autres moyens de contrôle pour le ministère dans ce domaine. Je l'ai entendue comme vous, tout à l'heure, cette interrogation du groupe qui nous a précédés.

Sur le dossier du temps partiel, qui est beaucoup plus sérieux - je pense que Mme Turenne le vit - nous, on l'a mis dans notre mémoire à partir de la situation des infirmières, cet été. Ça a été ça, le débat. Peut-être que le ministre me corrigera, mais, pour autant que je me le rappelle, 60 % des infirmières, actuellement, sont à temps partiel, ce qui est énorme dans le réseau. Et ça, c'est un poste de travail. Je ne sais pas si tu veux témoigner d'autres choses.

Mme Turenne: En fait, c'est un mécanisme que les gestionnaires du réseau ont développé pour gérer autant que faire se peut les conventions collectives qui sont fort élaborées. C'est certain que, pour les gens qui ont à vivre cette situation, ce n'est pas une situation idéale. C'est un résultat, c'est un biais épouvantable, d'avoir des choses comme celles-là. Alors, nous, on le déplore et on dit: En définitive, améliorons la gestion des ressources humaines et diminuons, finalement, les conventions collectives. On va peut-être créer une situation, à ce moment-là, où nos gestionnaires n'auront pas à développer des biais comme ceux auxquels on assiste quand on voit des choses comme ça. En bref, c'est ce qu'on vous disait, M. le député.

La Présidente (Mme Marois): Merci. J'aurais une question à soulever. Vous dites, dans votre mémoire, à deux reprises... D'abord, une première chose dont je suis assez heureuse de voir l'évolution au fil des années, à savoir que vous ne souhaitez pas qu'il y ait une privatisation, généralement, de la distribution de la santé et des services sociaux, au Québec. Vous proposez un certain nombre de mesures, cependant, qui pourraient amener à privatiser certains services auxiliaires. Vous proposez l'implantation d'un ticket modérateur. Quand on regarde là où les systèmes de distribution de santé et de services sociaux sont parfaitement, à toutes fins pratiques, privatisés, évidemment, on se retourne vers notre voisin du Sud pour constater que c'est chez lui que c'est davantage privatisé, que les tickets modérateurs sont les plus importants, si on peut dire que les régimes d'assurance privés qui sont très élevés peuvent en être. Si on fait des comparaisons entre les coûts - et là, je cite le rapport Rochon - "on constate qu'au niveau international, une comparaison en dollars US des

dépenses de santé par habitant, en 1984, montre que le Québec vient au quatrième rang derrière les États-Unis, la Suède et le Canada en matière de dépenses de santé."

Alors, moi, je veux bien qu'on explore certaines avenues. Vous parlez de l'expérience du centre hospitalier de Verdun. Je ne pense pas que ce soit une expérience de privatisation, mais c'est une expérience novatrice, par exemple. Ça, c'est autre chose. Alors, quand on regarde les comparaisons et qu'on regarde notre système, je ne vois pas pourquoi on a l'air d'insister encore et souvent sur le fait qu'on devrait quand même y aller, on devrait quand même le faire. J'entendais M. Dufour parler de l'expérience de Hawkesbury, entre autres. J'ai de la difficulté, un petit peu, à accepter cette logique-là.

M. Dufour (Ghislain): Sans vous corriger, Mme la Présidente, lorsque vous dites: Il y a eu évolution dans votre pensée, vous ne demandez plus la privatisation, en tout cas, en ce qui concerne notre groupe, nous n'avons jamais demandé la privatisation du réseau de la santé. On n'a même jamais demandé la privatisation de la CSST, imaginez-vous!

La Présidente (Mme Marois): Ha, ha, ha! J'en conviens, mais disons qu'il y a toujours eu, quand même, une philosophie qui prônait cette orientation-là.

M. Dufour (Ghislain): Vous avez raison, il y a des éléments auxquels on fait référence. Ça, c'est dans un objectif de réduction des coûts, tout simplement. La mission première d'un hôpital n'est sûrement pas de faire de la buanderie. Alors, pourquoi ne pas la faire autour, cette buanderie-là? La mission première de l'hôpital n'est pas de faire de la photo médicale. Alors, tout ce qui s'appelle comme ça peut facilement être fait à l'extérieur. Bon, c'est ce qu'on appelle la privatisation de certains services, ou administratifs ou médicaux.

L'expérience de Hawkesbury, on vous la cite là-dedans et - qu'est-ce que vous voulez? - on ne peut pas faire autrement que d'y souscrire lorsqu'on regarde les bénéfices financiers que ça a apporté à l'hôpital. C'est évident que c'est un milieu qui est très différent du nôtre. C'est le milieu ontarien. C'est juste sur la frontière, mais ce n'est pas au Québec. Et les conventions collectives sont pas mal moins sévères que les nôtres. Alors, il y a une série de facteurs. On ne vous demande pas de faire cette expérience-là partout, mais pourquoi n'y aurait-il pas un Hawkesbury comme expérience, au Québec, quelque part? C'est ça qu'on vous demande. Peut-être que, de là, vous pourriez avoir une projection qui vous amènerait à revoir un bon nombre de choses.

Je veux aussi vous dire, Mme la Présidente, que, si vous avez d'autres suggestions, on va

être très ouverts à les discuter. Nous, notre problème, c'est de dire: Il n'y a pas d'argent, puis vous le savez et tout le monde chicane sur le réseau. Il faut trouver de l'argent neuf. C'est dans ce sens-là que ces propositions vous sont faites.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Je vous remercie, M. le président. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Nous suspendons nos travaux jusqu'à 15 heures cet après-midi.

(Suspension de la séance à 13 h 6)

(Reprise à 15 h 4)

La Présidente (Mme Marois): Que les membres de la commission veuillent bien prendre place. Nous allons reprendre nos travaux. Nous entendrons cet après-midi trois groupes: la Corporation professionnelle des médecins du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec. On restera donc à peu près dans le même champ d'activités professionnelles. J'inviterais maintenant la Corporation professionnelle des médecins du Québec à nous présenter son mémoire. Bienvenue, M. Roy. J'aimerais que vous présentiez les personnes qui vous accompagnent, s'il vous plaît.

Corporation professionnelle des médecins du Québec

M. Roy (Augustin): Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, MM. les membres de la commission, je suis accompagné à ma gauche du Dr André Lapiere, secrétaire général adjoint de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, et du Dr Pierre Saint-Georges, directeur du département de l'inspection professionnelle de la Corporation.

Au nom de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, je remercie la commission des affaires sociales de l'occasion qu'elle nous offre de commenter l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

D'entrée de jeu, la Corporation tient à faire part à la commission que cet avant-projet sent la précipitation et ne lui semble pas approprié aux problèmes actuels du système de santé. Elle se demande, à la lecture de ce texte législatif de 400 articles, s'il est vraiment nécessaire de procéder à une refonte d'une telle ampleur, alors que l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux est loin d'avoir épuisé tout son potentiel. Aux yeux de la Corporation, des amendements à la loi actuelle lui apparaîtraient

plus appropriés aux besoins actuels et seraient plus susceptibles d'entraîner l'adhésion des gens qui oeuvrent sur le terrain dans les domaines sanitaires et sociaux qu'un texte qui constitue non seulement un changement de forme mais une loi d'une toute nouvelle économie. Les notes explicatives de l'avant-projet de loi n'annoncent pourtant qu'une révision de la loi actuelle.

Au cours de cette présentation, nous nous en tenons à des généralités en faisant des commentaires sur le fond et sur la forme de l'avant-projet et nous tirons des conclusions.

Commentaires sur le fond. Ambiguïtés, d'abord. Au titre I du chapitre I, il est question des objectifs du système des services de santé et de services sociaux. Dès le départ, apparaît une notion nouvelle par rapport à la loi actuelle, celle d'un système de services sans qu'aucune définition ne soit donnée du mot "système". Pour ajouter à la confusion, le "système" devient "régime" un peu plus loin dans le chapitre et l'"objectif" devient un "but", une "mission" et un "objet"; de même, le mot "établissement" très fréquemment utilisé dans l'avant-projet de loi a non seulement un sens différent de celui qui est actuellement courant et accepté depuis près de 20 ans mais peut avoir diverses significations selon le contexte dans lequel il se retrouve.

L'absence de définition, le choix de certains mots et l'utilisation de mots différents pour parler d'une même chose rendent ce chapitre pour le moins ambigu. De plus, l'article 3 ne traite qu'à son septième paragraphe de l'objectif réel d'un système de santé qui est d'assurer la prestation des services de santé et des services sociaux. Les six premiers paragraphes ne sont que des contraintes ou des conditions auxquelles on voudrait que le système soit soumis. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'au chapitre I on ne détermine pas clairement ce que le titre annonce en termes d'objectifs. L'avant-projet de loi ne constitue pas une politique de santé. Seuls les articles 1, 2 et 3 font référence à une telle politique. Il serait logique d'établir d'abord une politique de santé et, par la suite, les services de santé. J'ai ajouté cette phrase pour répondre un peu aux commentaires du ministre, avant-hier après-midi, à l'ouverture de la commission.

La même ambiguïté se retrouve au titre IV, chapitre I, qui concerne les régies régionales. L'objet de l'organisation et de la mise en oeuvre par la régie régionale de programmes de santé ou de services sociaux n'est-il pas de répondre aux besoins sanitaires et sociaux de la population de la région? L'article 234, dans ses divers paragraphes, confond objectifs et moyens. Relativement au titre I, chapitre II, intitulé "Droits à l'égard des services de santé et de services sociaux", on est justifié de se demander si ce chapitre s'applique exclusivement en établissement ou s'il en est un d'application générale, c'est-à-dire s'il s'applique partout où des services sont offerts. Ceci revêt une importance particulière quant aux

articles 6 et 7 de l'avant-projet de loi.

L'économie générale de la loi voudrait que ce chapitre n'ait trait qu'aux établissements. Cependant la formulation va dans le sens contraire. En effet, le chapitre I du titre I qui traite des "objectifs du système de services de santé et des services sociaux" est très général et paraît embrasser tous les services de santé et services sociaux et non pas seulement ceux dispensés en établissement. Ceci est particulièrement renforcé par les paragraphes 2, 3 et 5 de l'article 3.

Cette interprétation est aussi renforcée, à l'article 7, par les mots "ou tout médecin". Il est à noter qu'on ne dit pas "tout médecin y oeuvrant". Les articles 6 et 7 sont d'ailleurs rédigés en termes très généraux. Cette interprétation est encore renforcée à l'article 22, et je cite: "Toute personne à qui des services de santé et des services sociaux sont fournis par un établissement est un bénéficiaire aux fins de la présente loi", impliquant nettement que les services de santé et services sociaux envisagés par la loi peuvent être fournis ailleurs qu'en établissement. Il s'agit là d'ambiguïtés qu'il faudrait clarifier.

Articulation entre le plan d'organisation et les responsabilités de l'établissement. L'article 120 qui traite du plan d'organisation ne comporte que des dispositions de nature administrative. On n'en trouve aucune concernant les services qui doivent être dispensés dans l'établissement. De fait, ce n'est qu'à l'article 150 qu'il en est question, dans le cadre des fonctions et pouvoirs de l'établissement. Pourtant, la responsabilité première d'un établissement étant d'assurer la dispensation de services, l'organisation d'activités et de programmes et les structures mises en place ne devraient-elles pas l'être en fonction des services à rendre? Un plan d'organisation n'est pas un but en soi. Il ne peut constituer un instrument utile de gestion que s'il s'articule parfaitement avec toutes les responsabilités de l'établissement, principalement avec sa responsabilité première.

Notions et structures nouvelles. La Corporation des médecins s'interroge sur la pertinence d'introduire dans la loi une clause qui laisse croire que les établissements dispensent des services. L'article 148, à son paragraphe 2, stipule, en effet, que l'établissement doit notamment dispenser lui-même les services de santé et les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec laquelle il a conclu une entente. La même notion se retrouve dans plusieurs articles de l'avant-projet de loi. La Corporation croit que c'est fausser la réalité que d'établir dans une loi que c'est la responsabilité des établissements de dispenser eux-mêmes des services. Ce sont les personnes qui oeuvrent au sein d'un établissement, professionnels de divers ordres et autres membres du personnel, qui

dispensent les services. La responsabilité de l'établissement est, comme le stipule l'article 147 de l'avant-projet de loi, de s'assurer que les services sont rendus et que les bénéficiaires reçoivent ceux auxquels ils ont droit pour répondre à leurs besoins, toujours eu égard aux ressources dont dispose l'établissement. La formulation de l'article 148 nous fait nous demander si, à l'avenir, il ne faudra pas considérer que ce sont les établissements qui pratiquent la médecine, les soins infirmiers ou les diverses professions qui y oeuvrent. Ceci nous apparaît aussi contraire à la réalité et au bon sens qu'au contexte législatif existant tant au provincial qu'au fédéral. Il faudrait absolument que cette section soit clarifiée parce qu'actuellement elle est très complexe et elle pourrait avoir beaucoup d'implications, dans le futur.

Quant aux structures actuelles dont traite l'avant-projet de loi, nos commentaires porteront sur les conseils d'administration prévus par les établissements, les régies régionales et les collèges régionaux.

En ce qui concerne le conseil d'administration prévu pour les établissements, les régies régionales et les collèges régionaux, signalons les articles 57, 262 et 281 qui ont trait à la formation et à la composition de ces conseils et au mode de désignation de leurs membres. Rien ne nous rassure sur la compétence de ceux qui sont ainsi désignés, quand on prend en compte, notamment, les critères d'exclusion qui sont prévus à ces articles. En seront exclues, à toutes fins pratiques, la majorité des personnes qui connaissent le milieu de la santé et des services sociaux. Il y a peu d'organisations dans la société actuelle qui ont comme caractéristique d'écarter de leurs structures de décision les personnes qui en ont une bonne connaissance. À noter également à ces articles que les mineurs, les interdits, les malades en cure fermée et les personnes coupables de crimes ou d'infractions sont sur le même pied que les fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux ou les personnes qui sont rémunérées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, par un établissement ou par tout autre organisme dispensant des services reliés au domaine de la santé et des services sociaux.

En plus d'être odieuse pour ces dernières personnes en les traitant sur le même pied que les coupables de crimes et d'infractions, cette proposition apparaît être un modèle d'inefficacité et prive certaines classes de personnes d'un droit fondamental de représentation. La Corporation est d'avis que tout comme la commission Rochon et le document "Orientations" du ministère, l'avant-projet de loi exagère l'importance de la possibilité de conflit d'intérêts et oublie qu'il existe encore dans le milieu de la santé et des services sociaux des gens impliqués, qui sont capables de faire montre d'objectivité sans qu'il

y ait nécessairement conflit d'intérêts.

En ce qui a trait aux établissements, la nomination pour un an seulement d'un directeur général au titre de secrétaire de leur conseil d'administration nous apparaît une entrave importante au besoin d'assurer la continuité des travaux de ce conseil quand on sait que c'est ordinairement le directeur général qui en est la cheville ouvrière.

Quant à la réduction du nombre des conseils d'administration des établissements et à la fusion que propose l'avant-projet de loi, la Corporation professionnelle des médecins, même si elle est d'accord en principe avec cette orientation, serait malheureuse de la voir se concrétiser de la manière prévue à l'avant-projet de loi. Selon la Corporation, les établissements d'un même secteur géographique devraient être regroupés autour des centres hospitaliers plutôt qu'autour des territoires de CLSC. Il faudrait préalablement bien évaluer les résultats des fusions d'établissements qui ont déjà été faites et s'en inspirer pour tenter des regroupements dans des régions qui se prêteraient bien à l'expérience. Il importe de rappeler qu'une fusion imposée par voie de législation ou de décret est loin d'être garante de succès. Les fusions d'établissements comportent des chambardements trop majeurs pour les entreprendre les yeux fermés et les appliquer sans discernement à l'étendue du Québec.

(15 h 15)

Pour ce qui est des régies régionales que veut instituer l'avant-projet de loi, plusieurs questions nous semblent devoir être soulevées. Il est loin d'être clair que les régies régionales contribueront à assurer une décentralisation du pouvoir décisionnel. Si l'on peut croire que l'avant-projet de loi propose une augmentation du pouvoir décisionnel des régies à l'égard des choses prévues aux programmes et aux budgets, elles ne constitueront, de fait, qu'un échelon de plus à franchir. Dans ces cas, le pouvoir de décision ne sera pas décentralisé. Il demeurera toujours celui du ministère. Comment pourrait-il en être autrement puisque le système prévoit l'exclusion du conseil des personnes qui ont une bonne connaissance du milieu, la rotation annuelle du secrétaire du conseil, la nomination par le ministre du président-directeur général de la régie et de son conseil, et l'obligation de soumettre un nombre important de décisions à l'approbation du ministre?

La Corporation s'interroge sur le rôle que l'article 246 attribue à la régie régionale relativement aux plans régionaux des effectifs médicaux et dentaires des établissements de la région à partir des plans d'organisation d'établissements qu'elle a approuvés. Même s'il s'agit là de la reconduction d'un article des règlements en cours qui limite la liberté des médecins de s'installer dans la région de leur choix, nous répétons que les plans d'effectifs qui veulent permettre au ministère de répartir les effectifs

équitablement entre les régions ne tiennent pas compte des besoins de la population de chacune de ces régions et des particularités de chacun des établissements. D'une manière générale, comment peut-on croire que les changements que propose l'avant-projet de loi relativement aux régies régionales permettront à ces dernières d'avoir plus de succès qu'en ont eu les conseils régionaux actuels qui existent depuis près de 20 ans, qui ont coûté des centaines de millions de dollars et qui ont été très peu productifs?

En ce qui concerne les collèges régionaux, la Corporation est d'avis qu'il s'agit d'une structure lourde, inutile et superflue. De surcroît, l'article sur la composition de ces collèges est, à toutes fins utiles, incompréhensible.

L'extension du pouvoir du ministre. L'avant-projet de loi propose une extension importante des pouvoirs du ministre par rapport à ceux dont il dispose en vertu de la loi actuelle. L'article 155, en transférant dans la loi des pouvoirs qui sont actuellement prévus par voie réglementaire, soustrairait le ministre à l'obligation de consulter par le biais de la **Gazette officielle** et de la discussion en commission parlementaire. L'article 18 du règlement actuellement en vigueur détermine quels sont les secteurs, les services ultraspecialisés, les nouvelles technologies pour lesquelles une autorisation du ministre doit être obtenue pour les offrir. Ayant fait l'objet d'un règlement, ils ont permis la consultation des gens du milieu. L'article 155 de l'avant-projet de loi accorderait au ministre, en vue de rationaliser les services, des pouvoirs discrétionnaires relativement: premièrement, à la limitation à certains établissements de services ultraspecialisés ou de nouvelles technologies et, deuxièmement, à la détermination de la vocation locale, sous-régionale, régionale ou suprarégionale d'un établissement, eu égard à certains services ultraspecialisés. Nous sommes d'avis qu'il s'agirait là d'un abus de pouvoir ministériel. Le mécanisme actuel par voie réglementaire nous apparaît plus démocratique et amplement suffisant pour permettre au ministre d'administrer efficacement.

De plus, l'article 290 - j'avais envie de dire l'article Ceausescu - accorderait au ministre un pouvoir discrétionnaire supplémentaire à l'endroit de tout projet expérimental.

Une voix:...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: Encore ici, c'est par voie réglementaire et avec l'obligation de consulter que le ministre devrait assumer ce pouvoir afin de permettre aux personnes et organismes qui le désirent de faire valoir leur point de vue avant qu'une décision de sa part ne soit arrêtée. Cette disposition de la loi est inacceptable.

Technocratie. Plusieurs sections de l'avant-projet de loi semblent découler de considérations

purement technocratiques. Le meilleur exemple en est la série d'articles allant de 162 à 200 traitant des ressources matérielles, financières et inter-médiaires. Nous ne voyons pas pourquoi ces sections se retrouvent dans la loi.

Notion de consentement. Les articles 6, 7 et 23 de l'avant-projet de loi ont trait directement ou indirectement au consentement. Ces articles nous apparaissent créer un nouveau régime de consentement. La Corporation tient à signaler l'incohérence qui tend à s'introduire dans nos lois à l'égard de la notion de consentement. Nous croyons que de telles dispositions n'ont pas leur place dans la présente loi. Si on décide de les maintenir, on gagnerait à mettre en parallèle tous les articles des diverses lois qui traitent de consentement. Il serait en effet souhaitable que le régime de consentement en matière de soins médicaux fasse l'objet de textes cohérents, en harmonie les uns avec les autres. Sans entrer dans plus de détails, signalons que d'autres lois traitent de consentement, notamment le Code civil du Bas-Canada - projet de loi 145 récemment sanctionné et non encore en vigueur, articles 19.1 à 19.4 - la Loi sur la protection de la santé publique, article 43; la Loi portant réforme au Code civil du Québec du droit des personnes, des successions et des biens, chapitre 18 de 1987, sanctionnée le 15 avril 1987 et non encore en vigueur, articles 10 à 14; et la nouvelle Loi sur le Curateur public qui, normalement, devrait bientôt entrer en vigueur.

Maintenant, les commentaires sur la forme. L'ordre de présentation de l'avant-projet de loi. Le mode de présentation, notamment l'ordre dans lequel les divers éléments apparaissent, rend la lecture de cet avant-projet de loi laborieuse et sa compréhension difficile. On traite, en effet, des éléments particuliers au début pour en arriver, ultérieurement, aux éléments ayant une portée plus générale, au lieu de procéder à l'inverse, comme le législateur nous y avait habitués.

Absence de définitions. Pourquoi n'a-t-on pas regroupé dans un article liminaire, comme il est d'usage, toutes les définitions que l'utilisateur de la loi doit chercher, de-ci de-là, dans ce long texte législatif? On doit se demander, au surplus, si tous les mots ou notions qui appellent une définition en ont effectivement fait l'objet. Nous avons déjà signalé que le terme "établissement" a une signification différente de celle de la loi en cours et qu'il est utilisé dans au moins quatre sens différents dans le présent avant-projet de loi. Ces quatre sens sont les suivants: corporation autorisée par un acte constitutif, ou corporation titulaire d'un permis d'exploitation, ou personne physique offrant des services, ou société de personnes physiques offrant des services.

Renvois nombreux à divers articles et à diverses autres lois. Il existe dans l'avant-projet de loi de nombreux renvois à des articles de la

présente loi ou d'autres lois, ce qui complique sa compréhension et l'usage que doivent en faire les gens du milieu. Il nous apparaît que cela devrait préoccuper le législateur. Ajouté à d'autres commentaires antérieurs, cela nous fait dire que cet avant-projet de loi semble conçu pour aider le ministère et ceux qui y travaillent à gérer le système plutôt que pour aider les établissements à mieux rendre les services. Pour les gens sur le terrain, il ne sera pas facile de s'y retrouver.

Conclusion. Selon la Corporation professionnelle des médecins du Québec, la profession médicale et le milieu hospitalier ne ressentent pas le besoin de procéder aux chambardements législatifs majeurs que prévoit l'avant-projet de loi pour donner suite à certaines recommandations du document "Orientations". La loi actuelle est loin d'avoir épuisé tout son potentiel et il est plus facile d'amender cette loi en fonction des besoins qu'imposent les circonstances nouvelles que d'en altérer l'économie et la forme.

Les objectifs qu'il faut poursuivre dans les domaines de la santé et des services sociaux sont principalement:

1. de favoriser la création d'ensembles d'établissements complémentaires les uns des autres, localement et régionalement;
2. de s'assurer, au sein de chaque établissement, d'une bonne articulation des plans de services avec les plans d'organisation;
3. de motiver le personnel à réaliser ses plans;
4. d'éviter une réglementation excessive.

Dans notre présentation, nous nous en sommes tenus à des considérations plutôt générales. Nous voulons tout de même, en terminant, dire avec insistance aux membres de cette commission et au gouvernement et à M. le ministre que nous comptons revenir devant eux pour discuter du nouveau projet de loi que le ministre dit vouloir déposer avant la fin de cette année. M. Castonguay, avec qui nous n'étions pas toujours d'accord au début des années soixante-dix, nous avait habitués à procéder de cette manière et tout le monde en avait profité. C'est pour nous une démarche que nous considérons non seulement utile mais essentielle pour assurer la participation des gens du milieu et qui nous permet de venir vous rencontrer de temps à autre. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le président. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Compte tenu de l'interpellation que m'a faite M. Roy, ça me tenterait de lui dire: Bienvenue, camarade...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...à cette entreprise

que nous avons et nous allons partager les labours et les solutions. Ce que j'ai compris, c'est qu'il y a un très large consensus sur le diagnostic des problèmes que nous vivons. Peu importe si on est médecin, si on est infirmière, si on est bénéficiaire ou si on est administrateur ou politicien, le diagnostic est assez large. On a quand même des problèmes dans notre système que tout le monde reconnaît: l'allongement des listes d'attente, désuétude et vétusté de certains équipements et, dans certains cas, sous-développement technologique. En tout cas, je ne vous demande pas de le partager. Je vous donne mon point de vue.

Il y a deux raisons qui sont avancées et que je partage. D'abord, une question de financement et, deuxièmement, une question de dynamique même du système. Elles sont extrêmement importantes. Évidemment, ce matin, je ne sais pas si... On vous a rapporté mes propos d'hier; j'espère qu'on vous a rapporté ceux de ce matin aussi, parce que je n'ai pas vu les ajustements dans le texte. Ce matin, avec l'AHQ, j'ai dit: Parfait, à partir des chiffres connus de comparaison Québec-Ontario - on se compare toujours, il arrive à l'occasion que les médecins nous font une comparaison sur le plan de la masse salariale qui est dévolue aux médecins, 40 % de moins au Québec qu'en Ontario.

Regardons si, effectivement, au niveau des centres hospitaliers de courte durée, on donne moins d'argent que l'Ontario. Les 215 \$ per capita de moins qui étaient investis au Québec en santé par rapport à l'Ontario, on l'a dit ce matin, c'est 1 400 000 000 \$ de moins, ce qui se traduit comme suit. Je le répète parce que ça va vous faire plaisir de l'entendre. On verra après évidemment. On investit 60 \$ per capita de plus dans les centres hospitaliers de courte durée, au Québec, qu'en Ontario. On investit 209 \$ de moins pour les services professionnels. Ce ne sont pas exclusivement les médecins, mais, quand on parle de services professionnels, ça peut être aussi d'autres professionnels que les médecins, donc ça vous inclut, 209 \$ de moins et 72 \$ de moins pour les médicaments et appareils: prothèses, orthèses ainsi de suite, et en plus 6 \$ pour d'autres dépenses, ce qui fait un net de 215 \$ de moins. Donc, ce n'est pas dans les budgets transférés aux centres hospitaliers de courte durée qu'est notre problème, à comparer à l'Ontario. Ça ne veut pas dire que, malgré ce qu'on donne, il n'y a pas des problèmes. Donc, ce sont les médecins, entre guillemets, qui paient le prix de l'argent investi en moins au Québec par rapport à l'Ontario. Je dis, malgré tout ça, en Ontario, malgré le fait qu'il y ait 1 400 000 000 \$ de plus dans le système, malgré le fait que les médecins soient mieux payés en Ontario qu'au Québec, ils ont des listes d'attente dans à peu près tous les domaines et ils ont les problèmes qui sont à peu près similaires à ceux du Québec. C'est pour ça que M. Peterson a

décidé de créer une commission qui ressemble à celle qui a été créée au Québec pour tenter de voir ce qu'il y a.

Il y a donc une interrogation au niveau de la dynamique du système. Elle peut être vraie en Ontario et elle peut être vraie chez nous. N'avez-vous pas l'impression que la dynamique de notre système nous force à en donner davantage, à produire? On n'est pas dans un système de production, je le sais. Tous les médecins qui travaillent au Québec ont à l'esprit, comme tout le monde, que c'est le bénéficiaire qu'on doit mettre en premier, en toute première priorité. Dans la loi, ça doit être ça aussi. Ce ne sont pas les établissements, ce ne sont pas les structures, on doit avoir à l'esprit le bénéficiaire lui-même, celui qui est malade ou celui qu'on peut prévenir de la maladie. N'avez-vous pas l'impression que le système, tel qu'il est actuellement, on est pris dans une dynamique de production?

M. Roy: Merci, M. le ministre, je vais mettre mon chapeau d'économiste de la santé. Ce n'est pas à tous les jours que j'ai ce genre de question, mais ça me surprend un peu... Certaines de vos affirmations devraient être vérifiées. À ma connaissance, le Québec dépense moins, en pourcentage de produit intérieur brut, que l'Ontario et d'autres provinces du Canada dans les soins de santé et les services sociaux.

Quand on compare le Québec et l'Ontario et surtout les centres hospitaliers, il faudrait peut-être essayer de comparer des choses semblables, pas des pommes avec des oranges. Est-ce que les structures de nos centres hospitaliers de soins aigus sont les mêmes que celles de l'Ontario? Est-ce qu'on offre le même genre de service? Y a-t-il autant de services sociaux en Ontario qu'il y en a au Québec, qui sont intégrés dans nos structures de santé? Il faudrait comparer des choses semblables. Y a-t-il autant de personnel non médical, autant d'employés? Est-ce que les syndicats sont aussi forts? Il y a tellement de choses à vérifier, il faudrait quand même s'assurer que l'on compare des choses absolument identiques.

Actuellement, le gouvernement est d'une certaine façon victime de ses propres lois. Ce ne sont pas les médecins qui ont couru après l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation. Je me souviens très bien quand l'assurance-hospitalisation a été discutée et votée; on en a fait une plate-forme électorale, en 1960, pour amener des gens à voter libéral, à l'époque, avec M. Lesage. Ça a marché et c'était bien. Et je me souviens même qu'en 1961, parce que c'est entré en vigueur le 1er janvier 1961, il y avait des annonces dans les journaux, à pleine page, à ce moment-là - il y en a de ma génération qui vont s'en souvenir - où on incitait les gens à aller à l'hôpital, et ça s'appelait M. Tout-le-Monde, à ce moment-là: Les services hospitaliers sont gratuits. Ne vous gênez pas, allez-y! À ce moment-

là, il n'y avait pas de monde dans les services d'urgence des hôpitaux parce que les gens n'avaient pas pris l'habitude d'y aller et ils y allaient quand ils avaient vraiment besoin d'y aller. Le gouvernement nous a habitués à aller dans les urgences des hôpitaux.
(15 h 30)

Ensuite, est arrivée l'assurance-maladie. Ce sont de très bonnes mesures. On ne peut pas les remettre en cause, mais, encore là, les gouvernements se sont fait du capital politique en disant: On assure l'accessibilité des services. Ne vous gênez pas, c'est accessible, c'est universel et ça ne coûte rien. Et, là, quand on est pris avec le coût, on se dit: Bien écoute, on coupe, sans vouloir le dire; on coupe en coupant les budgets d'une façon, je ne dirais pas, discriminatoire, mais d'une façon indirecte, subreptice parce qu'on n'a pas le courage de dire: Il va falloir couper, à un moment donné, à quelque part, parce qu'on ne veut pas que ça fasse mal aux citoyens et on ne veut pas que le citoyen pense que l'accessibilité va être diminuée.

Alors, ça coûte cher, on en est absolument conscients, mais on est conscients également que le système n'encourage pas la productivité. Mais comment l'encourager, la productivité? J'ai lu ce qu'a dit M. Castonguay avant-hier, je suis complètement d'accord avec la très grande partie de ce qu'il a dit. Comment encourager la productivité dans un système où, par exemple, tous les employés ont la sécurité d'emploi? Ce que je dis là n'est pas seulement vrai pour le système de santé et des services sociaux, il est également vrai pour l'éducation. C'est une aberration de donner la sécurité d'emploi à tout le monde dans le système public. C'est pour ça que ça coûte si cher, c'est pour ça que les gens commencent à penser au secteur privé, à un moment donné. Là, ce sont des considérations très générales, mais je dis: Il n'y a pas d'erreur, le système est malade, le système a besoin d'une révision en profondeur, non pas d'une révision de structure mais d'une révision de fonds où on va avoir le courage d'attaquer les problèmes réels.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis bien heureux de la fin, parce que évidemment on ne partage pas toujours la même opinion sur les sujets, mais je suis bien heureux de la fin.

D'abord, une petite information au niveau du PIB. Le Québec, public, par rapport à l'Ontario dépense plus en 1988-1989 par un rapport de 7 % au Québec, 6 % en Ontario, alors que la moyenne provinciale est de 6,7 %. Mais, évidemment, on a moins d'argent per capita parce qu'on est moins riche. Alors, c'est comme ça que ça s'explique.

M. Roy: Je ne voudrais pas faire une querelle de chiffres avec vous mais il y a des documents du ministère qu'il faudrait ventiler dans un autre milieu qu'une commission par-

lementaire, parce qu'on pourrait argumenter longtemps sur ça.

M. Côté (Charlesbourg): Camarade, on va le faire certain, ça, soyez sûr de ça. Je vais vous faire parvenir les chiffres qui font la démonstration, pour les mêmes services, de ce qui est donné en Ontario par rapport à ce qui est donné au Québec. C'est discutable sur la place publique, je n'ai aucun problème avec ça. Je vais vous les envoyer pour vous donner la chance de faire l'analyse. Je me suis aperçu, avec votre mémoire, que vous étiez capable de faire une analyse corsée et serrée, puis, ça, je suis sûr que vous avez les moyens de le faire à part de ça.

M. Roy: Absolument.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): En conclusion, M. Roy, vous disiez tantôt: Oui, il y a des problèmes importants dans le système. Ce que je dois comprendre de votre intervention, c'est que cela ne nécessite pas un chambardement aussi important qu'on le souhaite pour régler les problèmes. Alors comment fait-on pour régler les problèmes de listes d'attente? Comment fait-on pour régler les problèmes de salles d'urgence? Comment fait-on pour régler les problèmes de deux hôpitaux du même territoire qui se chicanent pour avoir un scanner? J'ai donné l'exemple, ce matin, de Brome-Missisquoi - je suis aussi bien de le répéter - et Granby, je pourrais prendre d'autres exemples partout à travers le Québec. À l'occasion, il faut bien se le rappeler, ils sont un petit peu poussés par les dispensateurs de services qui veulent l'avoir dans un hôpital plutôt que dans un autre.

M. Roy: Je vais laisser la parole au Dr Saint-Georges, mais, avant, j'aimerais vous le dire tout simplement, vous savez que j'ai déjà rêvé d'avoir votre job!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: J'aurais aimé ça. J'y pense encore, je ne rêve pas à ça, mais il reste qu'il y a énormément de choses à faire. À un moment donné, il faut passer à l'action. Il y a des problèmes fondamentaux. Pourquoi les urgences sont-elles si encombrées? Il y a plusieurs facteurs à ça. D'abord, il faudrait regarder qui va à l'urgence, quelle quantité de personnes y vont inutilement, quoi faire pour empêcher ça. Pourquoi y a-t-il des gens qui reviennent à l'urgence à répétition, des malades psychiatriques, des personnes âgées, le phénomène de la porte tournante? Pourquoi des gens sont-ils obligés d'aller à l'urgence? Parce qu'ils n'ont pas d'autre place où aller dans le système. Les CLSC sont fermés le soir, les fins de semaine, la nuit; il

manque de lits dans les hôpitaux pour malades chroniques, pour personnes âgées. Il manque de centres d'accueil d'hébergement. Mais qu'est-ce que vous voulez? Et puis vous avez donné la gratuité, l'accessibilité et il n'y a pas d'autres ressources sociales familiales sur lesquelles un certain nombre de personnes peuvent compter. Alors que voulez-vous? Ce n'est pas surprenant que le système actuel soit encombré, engorgé, et il va le demeurer longtemps si des remèdes de fond n'y sont pas apportés.

Mais il reste que ce n'est pas en chambardant les structures, en fusionnant les hôpitaux sur la base des CLSC, en changeant la composition des membres de conseils d'administration ou en faisant des régies régionales qu'on va régler ça. Ça ne changera strictement rien. Il va falloir l'examiner et trouver les moyens de l'améliorer selon les problèmes de chaque milieu parce que tous les milieux ne sont pas pareils. Il y a des endroits où ça fonctionne bien. Quand on parle de problèmes dans le système de santé, on parle surtout de Montréal et un peu de Québec. Mais Montréal, c'est quand même 60 % de la province.

M. Saint-Georges (Pierre): M. le ministre, j'ai l'impression que votre question comprend sa réponse. Effectivement, c'est facile de trouver un problème concernant les urgences, les listes d'attente ou les malades chroniques si on s'occupe des urgences, si on s'occupe des listes d'attente et si on s'occupe des malades chroniques plutôt que de vouloir établir des structures.

Pour être dans le domaine depuis tout près de 25 ans, j'ai l'impression qu'on a beaucoup trop discuté de structures. Je peux vous dire qu'en 1968 j'ai abandonné le milieu hospitalier - j'ai abandonné le milieu hospitalier comme directeur médical du temps, parce qu'on appelait ça un directeur médical - justement à cause de l'inefficacité de ce que les efforts pouvaient donner en termes de résultats et, depuis, on a tout simplement amplifié les structures et les modes de contrôle.

Ce matin, j'assistais à la présentation de certains organismes et les directeurs généraux, par exemple, vous ont parlé de la possibilité pour eux de savoir ce que les protocoles d'investigation que les médecins suivaient pouvaient représenter, etc. On a demandé, en 1981, que les directeurs généraux informent les médecins des conséquences de leur exercice. C'est dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux à l'article 105, paragraphe g. C'est écrit textuellement et ça a été déposé à notre demande. On a demandé que les chefs de départements cliniques aient des responsabilités et qu'ils puissent assumer des responsabilités de contrôle à l'égard de l'allocation des ressources. Ça existe dans la loi depuis 1981 et, actuellement, on discute pour tâcher de trouver des modes de financement du système et des façons d'améliorer l'efficacité. On discute de nouveaux organismes qui remplace-

raient éventuellement les CRSSS actuels par des régies régionales. J'ai l'impression qu'on ne vise pas tout à fait le bon objectif.

Je reviendrais au commentaire que le Dr Roy vous avait fait tantôt, qui est parti de ce que **Le Devoir** rapportait au sujet de vos propos où vous disiez que, finalement, on est dans un système où l'objectif est de rendre des services et non pas de viser des objectifs d'amélioration de santé. Ce que le Dr Roy voulait vous dire, c'est que l'avant-projet de loi qui est déposé, c'est un avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Ça devrait probablement être un avant-projet de loi sur la santé et sur les services de santé et les services sociaux. Là, on aurait peut-être l'occasion de discuter d'objectifs de santé dans la province de Québec et de discuter d'une structure qui pourrait éventuellement répondre à des besoins de santé dans la province de Québec.

M. Côté (Charlesbourg): Mais, si je vous comprends, si on fait la discussion sur une politique de santé au Québec, vous admettez par le fait même que la structure actuelle ne répond pas à ce que nous nous attendons. Dans la mesure où elle ne répond pas, il y a à l'intérieur de ces documents-là des propositions... C'est pour ça qu'on est là. Un avant-projet de loi, c'est pour que ce soit critiqué. Vous ne vous êtes pas gênés non plus. Vous y êtes allés et je pense que c'était le rôle. À partir de ça, on va arriver avec un projet de loi à un moment donné et, bien sûr, le débat va continuer. Mais pour être capable d'avoir les bonnes solutions, il faut avoir le bon diagnostic. Je ne suis pas médecin, mais je me mets dans la situation de mon ami, le Dr Roy, qui a toujours rêvé d'être dans ma position.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, moi aussi, je rêverais d'être dans la vôtre. Je pense qu'il y aurait aussi des choses à faire de ce côté-là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Et j'en arrive à une question qui est fondamentale, que tout le monde se pose et on va se la poser parce que je pense que c'est là pour des échanges de propos: Est-ce que le médecin dans le système n'est pas un générateur de services? On a entendu ça ce matin.

M. Roy: Comment dites-vous ça? Un quoi?

M. Côté (Charlesbourg): Un générateur...

M. Roy: Un générateur de services. Écoutez, c'est bien sûr que, s'il n'y avait pas d'hôpitaux, il n'y aurait pas de malades, il n'y aurait pas

de morts dans les hôpitaux. Et, s'il n'y avait pas de médecins, on continuerait à vivre comme dans l'ancien temps, même dans le temps d'Hippocrate. S'il n'y avait pas d'avocats, est-ce que les palais de justice fonctionneraient? Écoutez, les médecins sont là pour traiter les malades. Le médecin répond à la demande des malades. Le médecin ne s'assoit pas dans les rues pour courir après les malades. On ne fait pas de publicité pour aller les chercher. Alors, qu'est-ce que vous voulez? On ne fait pas de publicité pour aller les chercher. Je sais qu'aux États-Unis...

M. Côté (Charlesbourg): Il y en a qui vont dans les centres d'accueil dans ce temps-là.

M. Roy: ...à des endroits où il y a peut-être trop de médecins et trop d'hôpitaux, on fait une certaine publicité, mais ici il n'y a absolument aucune publicité pour aller chercher des gens dans les salles d'urgence ou dans les bureaux des médecins. Les gens y vont parce qu'il semble qu'ils aient des besoins. Ils y vont peut-être plus qu'ils y allaient avant parce que c'est gratuit totalement. C'est comme si, demain matin, le gouvernement, dans un geste de générosité extraordinaire, disait: Le pain est une denrée que tout le monde utilise, le pain est un élément essentiel. Donc, demain matin, on fait une loi en disant: Le pain est gratuit. Il ne se consommerait peut-être pas plus de pains, mais il s'en gaspillerait pas mal plus. Alors, il y a des abus. C'est bien sûr qu'il y a des gens qui consultent pour rien. Mais quoi faire pour diminuer ça? D'un autre côté, les lois de la santé ont quand même apporté des bénéfices importants à la population. L'état de santé de la population est de beaucoup meilleur aujourd'hui qu'il ne l'était il y a 25 ans. Il y a 25 ans, on voyait des gens qui se privaient d'aller voir des médecins dans des hôpitaux parce qu'ils n'avaient pas d'argent pour payer. On ne rencontre plus ça maintenant. On ne peut plus revenir à ça.

D'un autre côté, c'est bien évident aussi que le médecin pratique dans le contexte médico-légal de l'Amérique du Nord, où il doit tout faire dans l'intérêt de son patient. Si son patient s'en vient dans une salle d'urgence et dit: Je me suis frappé le pied, je me suis tourné le pied en marchant, il ne peut pas, de nos jours, ne pas demander une radiographie. Autrefois, on n'en demandait pas parce qu'on se fiait à notre flair en disant: Je ne pense pas qu'il y ait fracture, à moins que ce ne soit bien enflé et bien bleu. Mais aujourd'hui, le médecin ne peut pas faire cela parce que, s'il ne demande pas de radiographie et qu'il y a fracture effectivement, c'est une poursuite automatique. Il faut qu'il la demande.

Pour les tests de laboratoire, c'est la même chose. C'est générateur de coûts, c'est évident. Mais, qu'est-ce que vous voulez, c'est le contexte social qui a voulu que la pratique de la

médecine devienne ainsi. Ce n'est pas la faute des médecins. Les médecins ne font que répondre à la demande.

La Présidente (Mme Marois): Une dernière question, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Une dernière. De toute façon, je pense qu'on aura l'occasion d'en rediscuter, bien sûr, de manière plus longue. Vous admettez qu'il peut y avoir des abus, à la fois de la part du consommateur et aussi, je pense, à l'occasion, de la part de celui qui distribue les services. Est-ce que vous pensez qu'une mesure comme celle qui obligerait le patient à signer, comme on signe une carte de crédit, les frais inhérents qu'il a demandés à un professionnel en milieu hospitalier ou dans un cabinet privé serait de nature, de part et d'autre, à éliminer les abus dont on parle?

M. Roy: Écoutez, je ne dirai rien de nouveau. En commission parlementaire, dans le temps de M. Castonguay, quand il avait été question de la loi de l'assurance-maladie, il avait été suggéré cette méthode de la carte Chargex ou American Express, pour qu'à chaque fois que le patient irait voir un médecin il y ait une signature. Ça avait été suggéré, mais ça n'avait pas été retenu pour des fins administratives et bureaucratiques. Ça coûtait trop cher. Comme il avait été suggéré également le fait que la Régie devrait envoyer un compte rendu, à un moment donné, des coûts engendrés par des patients à chaque année ou à chaque deux ans, ce qui n'a pas été fait, ça coûterait trop cher ou ce serait compliqué sur le plan bureaucratique.

Il y a peut-être des modèles pour améliorer la consommation, pour diminuer la consommation. Il y a la question du carnet de santé. Est-ce que les gens devraient avoir un carnet de santé qu'ils devraient obligatoirement présenter au professionnel de la santé qui vient les voir? C'est un débat de société. Écoutez, c'est comme la carte de citoyen. En Europe, tout le monde a sa carte et cette carte-là sert aux élections, elle sert à toutes sortes de fins. Elle est extrêmement utile. Ça éviterait bien des télégraphes aux élections. Ce serait extrêmement bon, je pense. En Amérique du Nord, il y a une espèce de résistance à ça alors qu'en Europe tout le monde a sa carte, mais ça pourrait être extrêmement utile d'avoir une carte avec sa photo. Les gens honnêtes n'auraient pas peur de ça, d'après moi. Évidemment, certains mécréants n'aimeraient peut-être pas ça se faire demander leur carte. Ça éviterait des abus. Mais ça, c'est une décision politique. C'est au gouvernement de faire le débat dans la société et de voir si des instruments comme ça, la carte de santé, une carte signée à chaque fois qu'on va voir un professionnel de la santé, une carte de citoyen, devraient être instaurés dans notre société. Que

voulez-vous que je vous dise? Si j'étais à votre place, je ferais des affaires que vous n'avez pas faites encore. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Non. Plutôt, en conclusion, je pense que vous avez eu l'occasion de me lire dernièrement parce que j'ai parlé de la carte. Évidemment, comme j'en ai la responsabilité et que mon critique est toujours le même, on risque de se retrouver encore tous les trois sur le même sujet et on va probablement s'entendre bien plus facilement sur la carte.

La Présidente (Mme Marois): Ça va. Merci, M. le ministre. M. le leader de l'Opposition.
(15 h 45)

M. Chevette: Mme la Présidente, à la grande surprise de M. Roy, je vais commencer par le défendre...

M. Roy: Merci beaucoup.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: ...et, après ça, se parler.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: La "joke" aurait été facile de dire "de vous descendre".

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Tout d'abord, je me rends compte que vous avez répondu au projet de loi. Vous ne pouviez pas parler trop trop de financement. Vous ne pouviez pas parler trop trop du communautaire; on n'en parle pas dans le projet de loi comme tel, à part de le définir. Les problèmes de financement ne sont pas soulevés dans un projet de loi de structure. J'ai même remarqué que le ministre se permettait des questions en dehors de son propre avant-projet de loi pour voir ce que vous avez dans les tripes. Parce que, j'en suis convaincu, je l'ai dit au départ, il n'y croit pas à son avant-projet de loi. D'ailleurs, ce n'est pas son bébé.

Cela dit, vous avez commencé par admettre des choses qui m'ont fait sursauter et que Je vais reprendre, que je ne peux pas laisser passer. C'est vrai que, dans la fonction publique, il y a une sécurité d'emploi des enseignants, des travailleurs de la fonction publique. Mais quand il n'y a pas d'enfants, tu as beau faire ton cours d'enseignant, tu ne travailles pas. Quand les hôpitaux ont atteint leur cadre d'employés, tu auras beau avoir ton cours d'infirmière auxiliaire ou d'infirmière, si tu n'as pas de poste, tu n'entres pas; ce qui n'est pas le cas pour les médecins.

C'est nettement différent pour la question

des coûts dans le domaine de la santé et des services sociaux. Vous vous êtes fait varloper, si vous me permettez l'expression, ce matin, d'une façon assez correcte par les groupes qui ont défilé devant nous en disant, précisément, qu'il n'y a à peu près pas de contrôle sur les actes. Il y a des D.G. qui ont admis - des D.G. d'hôpital - et qu'ils ne savaient même pas combien pouvait coûter, par exemple, un diagnostic pulmonaire, chez eux, dans leur centre hospitalier, et qu'ils ne pouvaient absolument pas contrôler ça. Est-ce que c'est comparable avec d'autres institutions? Ils ne le savaient pas. Et on ne sait pas si la RAMQ a même des données là-dessus. J'ai demandé qu'on les rencontre, à un moment donné, ces messieurs-là, pour qu'ils plitonnent un peu d'ici ce temps-là et qu'ils puissent nous donner certains chiffres. Mais ne croyez-vous pas qu'une des causes du système de paiement à l'acte, c'est le manque de contrôle, précisément? Est-ce que c'est assez clair comme question?

M. Roy: Il n'y a pas de... Quand on parle du paiement à l'acte, on revient toujours aux médecins. Les médecins ne représentent que 18 % du coût du système de santé, 18 % du coût, en fait, des services et un faible pourcentage en ce qui concerne le produit intérieur brut. Alors, ce sont les hôpitaux qui coûtent cher dans le système. Et, dans les hôpitaux, ce sont les salariés, évidemment, qui coûtent 80 % des budgets des hôpitaux, pour lesquels on dépense 80 %. Qu'est-ce que vous voulez? Les médecins ne représentent donc pas des coûts excessifs. Mais qu'on les paie à l'acte ou d'une autre façon, il va falloir qu'il y ait des coûts. Le paiement à l'acte, ce n'est pas un paiement, c'est une sorte de paiement. Il n'y a pas de solution miracle dans ce domaine-là. Mais je pense que, quand les gens font l'analyse des différents modes de rémunération des médecins, c'est peut-être encore le meilleur mode de rémunération, le plus efficace, celui qui encourage la productivité, l'efficacité et la qualité.

Le salariat. Il y en a, des médecins salariés. Il y a peut-être 20 % ou 25 % des médecins qui sont salariés d'une façon ou d'une autre. C'est un choix. Moi, je suis salarié, je ne m'en plains pas. Mais le salariat, dans la pratique de la médecine comme telle, coûterait beaucoup plus cher au gouvernement que le paiement à l'acte. C'est bien clair qu'un médecin salarié ne travaillerait pas 50 heures par semaine. Autrefois, c'étaient 60 heures par semaine. Ce sont des moyennes, 50 heures par semaine. Il faudrait que vous les payiez le soir, la nuit, les fins de semaine pour chacune des visites qu'ils iraient faire à l'hôpital, ou chaque fois qu'ils verraient des patients. Il faudrait que vous organisiez un système de contrôle, de la surveillance, comme des salariés, qui coûterait extrêmement cher, avec des préfets de discipline à gauche et à

droite. La pratique salariée ne s'applique absolument pas, sauf peut-être dans certains endroits, dans certains hôpitaux. À part ça, ça ne peut pas s'appliquer comme tel.

Vous avez le modèle des pays communistes. Ils en ont, dans les pays communistes, des médecins salariés. Mais qu'est-ce qu'il y a à côté? Il y a une autre médecine qui se développe en parallèle, qui est la médecine pour les dirigeants du parti et pour les riches dans le pays. Là, vous l'avez vraiment, la médecine de riches et la médecine de pauvres, dans les pays communistes. Et c'est justement ça que vous ne pouvez pas avoir, parce que vous avez là de la médecine salariée et de la médecine non productive. Ce n'est pas dans les pays communistes que se font les plus grandes découvertes médicales. Vous voyez, le paiement à l'acte, ça encourage la productivité et l'efficacité et c'est ça qu'on n'a pas dans notre système de santé. Si tout le personnel de santé était aussi efficace que les médecins, ça irait bien dans notre système.

M. Chevette: Mais, Dr Roy...

M. Roy: Et c'est, d'une certaine façon, ce que M. Castonguay suggérait dans son système de secteur privé parallèle au secteur public actuel.

M. Chevette: Dr Roy, c'est sans doute pour ça, parce que c'est bien payant qu'on n'est pas capable d'avoir des spécialistes dans les régions marginales. Ça doit être sans doute parce que c'est bien payant à l'acte, précisément, qu'on n'est pas capable, parce qu'on vient de l'Abitibi, parce qu'on vient de la Gaspésie, parce qu'on vient du Bas-Saint-Laurent, parce qu'on vient de la Basse-Côte-Nord, parce qu'on vient de la Côte-Nord et qu'on paie pourtant les mêmes impôts qu'on n'est pas capable d'avoir certains types de spécialistes, parce que le paiement à l'acte ne rapporte pas assez parce qu'il n'y a pas assez d'actes dans ces milieux dits excentriques.

Là-dessus, si vous me permettez, on pourrait...

M. Roy: Ce n'est pas la même chose.

M. Chevette: ...discuter longuement. On pourrait tellement discuter longuement quant à la notion d'efficacité, par exemple, que quelqu'un... Le nombre de médecins est passé de 1 par 575 personnes à 1 par 450 personnes, je pense, du moins, ce sont les chiffres qui ont été sortis ici par quelqu'un. La moyenne salariale des médecins n'a pas baissé pour autant, Dr Roy, au contraire, elle a tendance même à monter, la moyenne salariale. À ce moment-là, ne croyez-vous pas... Vous n'êtes pas à l'abri, parce que vous avez le titre de médecin, des vices du système, où le bobo est beaucoup moins joli parce que vous n'avez pas trop de rendez-vous le lendemain. Je jaisais, ce midi, avec quelqu'un qui s'est planté

un clou dans un pied, en vacances, par exemple, et qui m'a dit: Moi, je suis allé à une telle clinique, ils m'ont dit: Oui, ce n'est pas bien beau. Ils m'ont donné une piqûre contre le tétanos et là ils m'ont dit: Tu reviendras dans deux jours. Il a dit: Mes vacances sont finies. Ah bien, dans ce cas-là, mets-toi de l'onguent dessus. Tu sais, c'est quoi? C'est quoi? Vous ne me ferez pas accroire que vous êtes complètement immunisés contre les vices d'un système, vous autres non plus. Et plus on rouvre carrément sur cette possibilité de non contrôle, je pense qu'il y a des abus, des abus énormes. Et vous devriez, il me semble, comme corporation professionnelle, parce que vous n'avez pas le statut de syndicat, vous autres - une corporation, votre chapeau, c'est de corpo... Le chapeau de corporation doit, il me semble, aller dans le sens de favoriser des contrôles, précisément ça rentre dans le code de déontologie.

M. Roy: M: le ministre, on parle de beaucoup de notions.

M. Chevette: M. l'ex-futur, vous ne dites pas M. le ministre.

M. Roy: On n'aura jamais assez de temps pour parler de tout ça. Il y a bien des sujets qui touchent, d'abord, les syndicats, les fédérations médicales, la question de la négociation des tarifs et des revenus des médecins. Ce sont des mécanismes qui ont été institués par le gouvernement lui-même. Si le gouvernement n'en est pas content, qu'il les change, qu'il négocie des changements avec les organismes syndicaux. La Corporation des médecins s'occupe de la compétence des médecins. On peut vous dire que la compétence, elle est bonne; elle est là et les médecins sont bons. Mais qu'on ne me dise pas, évidemment, qu'il n'y a pas de médecins, qu'il manque de spécialistes en Abitibi par rapport à Montréal parce qu'on les paie à l'acte plutôt qu'à salaire, ça n'a rien à voir dans le portrait. Ce n'est pas la même chose du tout. En fait...

M. Chevette: Ah bien!

M. Roy: ...c'est une question de régionalisation, de distribution des effectifs à laquelle on est bien sensible.

M. Chevette: M. Roy, puis-je vous arrêter là-dessus?

M. Roy: Ça fait longtemps qu'on parle de ça.

M. Chevette: Est-ce que je peux vous arrêter là-dessus? J'ai été ministre de la Santé, moi, et il y a des médecins spécialistes, en région, qui m'ont supplié de ne pas en envoyer un deuxième pour donner un meilleur service à la

population parce que, disaient-ils, le nombre d'actes ne justifierait pas un deuxième et, moi, je ne ferais pas assez un bon salaire pour rester là. Vous allez me faire accroire que j'ai inventé ça, je ne suis pas médecin!

M. Roy: Non, non. Écoutez, c'est le gouvernement qui distribue la masse monétaire et qui négocie avec les fédérations, alors, c'est au gouvernement de s'entendre. Mais, écoutez, ce n'est généralement pas à cause du manque d'argent qu'il n'y a pas de médecins spécialistes dans les régions éloignées, c'est pour toutes sortes d'autres facteurs: l'isolement, les problèmes technologiques, les problèmes du support du personnel, du support de matériel, des problèmes d'encadrement. Le vrai besoin, à ce moment-là, dans une région d'avoir de tels spécialistes, l'encadrement, les coûts que ça engendre... Souvent, il y a des médecins spécialistes qui sont prêts à aller dans des régions, mais l'hôpital ne peut pas les recueillir, les recevoir parce que l'hôpital n'a pas le support, n'a pas les budgets pour leur donner ce dont ils ont besoin. Si vous avez des cardiologues et que vous n'avez pas d'hémodynamie, si vous avez des chirurgiens et que vous n'avez pas de salles d'opération à leur donner, vous n'avez même pas l'appareil pour les faire opérer, si vous avez des radiologistes et que vous n'avez pas de "scan", comment voulez-vous les inciter à aller dans les régions? D'un autre côté, quand le gouvernement veut avoir du personnel pour la Baie James ou pour des endroits éloignés, qu'est-ce qu'il fait? Il donne des primes particulières et il attire du monde.

M. Chevette: êtes-vous d'accord, à ce moment-là?

M. Roy: Alors, qu'on fasse la même chose avec les médecins. Qu'on en discute avec les syndicats médicaux.

M. Chevette: Seriez-vous d'accord, à ce moment-là, Dr Roy, pour que le ministère, le gouvernement, décide demain matin de décentraliser les enveloppes de la RAMQ et de permettre aux citoyens du Québec, quelle que soit la région au Québec, qui payent des impôts au même pourcentage, quel que soit l'endroit où ils sont au Québec, d'avoir l'enveloppe budgétaire nécessaire pour se donner une qualité équitable de services par rapport aux grands centres urbains...

M. Roy: Ce serait une très grande erreur.

M. Chevette:... et de permettre également à ces régions-là d'avoir des spécialités de base au moins qu'on pourrait retrouver dans l'ensemble du Québec? Parce que vous avez affirmé quelque chose tantôt. C'est une autre chose que je voulais relever. À une réponse au ministre, vous avez dit que les problèmes de santé, c'était

surtout à Montréal. Si j'ai mal compris... En tout cas, on a réagi ici. Il y a des problèmes de santé un peu partout au Québec, pas seulement à Montréal.

M. Roy: Les urgences.

M. Chevette: Ils peuvent être plus en évidence parce qu'ils ont la télé, mais ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problèmes majeurs parce qu'ils ont peu de médias d'information pour couvrir les événements. Et moi, je pense que ça pourrait être une façon d'être très équitable envers l'ensemble des contribuables québécois. Quelle est votre vision de la décentralisation du ministère vers les régions et de la RAMQ vers les régions?

M. Roy: D'abord, les problèmes de santé ne sont pas les mêmes partout au Québec, c'est bien évident. Dans les régions, il y a assez de lits d'hôpitaux, mais il manque de personnel pour soigner les gens, alors qu'à Montréal il manque de lits pour leur donner le traitement requis. Et les urgences ne sont pas débordées dans les régions, alors qu'elles le sont dans les grandes villes, particulièrement à Montréal et un peu à Québec. Mais quand on touche au problème de la décentralisation, qu'on fasse une vraie décentralisation ou qu'on n'en fasse pas. Une vraie décentralisation s'accompagne d'un pouvoir de taxation. Alors, à ce moment-là, qu'on dise: Dans la province, il y a quatorze ou seize régions et chaque région est organisée, a son plan autonome; elle a son pouvoir de taxation. À l'heure actuelle, on ne décentralise pas. On ne décentralise pas du tout. On centralise plutôt en donnant tous les pouvoirs à des régies régionales et en les enlevant aux hôpitaux tout en laissant au gouvernement le soin d'arbitrer tout ça. Mais il reste que la décentralisation des masses monétaires pour les professionnels, ce serait une très grande erreur et ce serait au détriment de la population, parce que, là, on pourrait se retrouver avec seize systèmes différents de santé selon les masses à la disposition de la régie régionale qui aurait à distribuer l'argent et de l'utilisation qu'on ferait de ces masses. Alors, on est dans un régime provincial. On est 6 000 000. On n'est quand même pas 200 000 000. On est une petite province. Ce n'est quand même pas la fin du monde.

M. Chevette: Mais qu'est-ce que vous allez faire?

M. Roy: Que le ministère s'organise comme il faut avec des bons services, avec des bons départements pour voir à la bonne application de la loi et des règlements. Mais ce n'est pas en centralisant d'une façon excessive au niveau des régies régionales qu'on va régler tout ça. On ne règlera rien. On peut peut-être arriver à des

fusions d'établissements, mais on l'a dit, des fusions d'établissements autour des centres hospitaliers. Qu'un centre hospitalier, par exemple, ait dans son giron un ou deux CLSC - et pas le contraire - ou trois, deux, trois ou quatre centres d'accueil d'hébergement, un centre ou deux de soins prolongés, de façon à faire un tout, un centre de santé, vraiment, où ce serait un conseil d'administration qui organiserait la santé dans son entourage, dans son environnement - il y a ça en Europe; vous avez ça en France - à ce moment-là, ce serait bien plus efficace que de centraliser autour des CLSC ou de centraliser autour des régions régionales, ce qui est juste une centralisation de structures.

M. Chevette: Qu'est-ce que vous répondez, alors qu'on a essayé par 14 à 17, je ne sais pas si c'est pas rendu à 20 mesures incitatives pour essayer de faire en sorte qu'on puisse avoir des effectifs médicaux d'une façon un peu équitable à travers le Québec? Et puis, au niveau des omnipraticiens, il faut reconnaître qu'il y a eu un succès assez marqué. Mais, au niveau des psychiatres, au niveau des anesthésistes, au niveau des cardiologues, vous savez très bien ce qui arrive encore.

M. Roy: Oui.

M. Chevette: On est à 30 milles de Montréal, nous autres, et on n'est pas capables d'avoir un psychiatre. Ils sont cantonnés à Montréal et à Québec. Qu'est-ce que ça va prendre pour les sortir? Va-t-il falloir les psychanalyser eux autres mômes? Leur faire comprendre que c'est du monde aussi en province? Qu'est-ce que vous suggérez, vous?

M. Roy: Écoutez, il y a une table de concertation qui se penche sur ça depuis longtemps. Qu'est-ce que vous voulez? On ne peut pas en inventer des psychiatres quand il n'y en a pas assez qui veulent se former en psychiatrie. Mais, actuellement, on a réglé un paquet de problèmes. D'abord, comme vous dites, il y a une assez bonne distribution, répartition des omnipraticiens. Du côté des spécialistes, ce n'est pas catastrophique. Il ne faut pas exagérer là. Il y a beaucoup plus d'anesthésistes qu'avant, des chirurgiens, des radiologistes, et il y en a plusieurs en formation. Mais, encore là, il faut avoir des politiques pour former plus de spécialistes.

(16 heures)

Pendant un certain temps - ça commence juste à peine à vouloir changer, l'orientation au ministère - on a diminué le nombre de postes de résidents pour la formation de futurs spécialistes. On a rendu la tâche tellement difficile qu'on a apeuré un paquet de nos jeunes résidents qui vont se former ailleurs qu'au Québec et qui restent ailleurs qu'au Québec. Avec les plans

d'effectifs médicaux, là, on est en train de semer l'inquiétude totale chez nos jeunes Québécois parce qu'ils se disent: On ne pourra plus pratiquer à Québec et à Montréal, on va tenter d'y entrer par la porte d'en arrière ou bien on va aller pratiquer en Ontario. On perd presque 25 % de nos jeunes spécialistes à tous les ans qui s'en vont dans d'autres provinces parce qu'ils ne veulent pas être contraints aux plans d'effectifs médicaux du ministère qui ne fonctionnent pas. Parce qu'on a voulu dorer un peu la pilule l'année dernière pour des fins politiques, on a ajouté quelques postes supplémentaires, pour mieux faire avaler la pilule, et on va le faire encore cette année. Mais il reste que les plans d'effectifs médicaux n'ont rien changé; s'ils n'ont rien changé, qu'on les abolisse, parce que c'est un régime bureaucratique qui fait peur aux médecins et qui aura exactement l'effet contraire de celui prévu, c'est-à-dire mieux distribuer les médecins. Alors, si on veut distribuer les médecins, qu'on fasse vraiment un plan cohérent et qu'on s'organise pour rétribuer convenablement celui qui accepte d'aller pratiquer sur la Côte-Nord, en Gaspésie, en Abitibi ou ailleurs, comme on le fait pour d'autres travailleurs de la société.

Le docteur Saint-Georges veut dire un petit mot depuis à peu près cinq minutes.

M. Saint-Georges: M. Chevette, si vous permettez, selon votre formule qui vous est consacrée, vous avez dit quelque chose tantôt que je ne peux pas laisser passer. Vous vous êtes étonné du fait que les directeurs généraux ne connaissent pas justement le coût du traitement d'une maladie...

M. Chevette: Ils l'ont dit ici...

M. Saint-Georges: ...pulmonaire ou de diverses affections qui peuvent être traitées dans les établissements. Remarquez que, moi aussi, je suis aussi étonné que vous. J'ai de la difficulté à comprendre que des directeurs généraux, dont c'est la tâche justement d'administrer le système, ne puissent pas avoir les outils nécessaires pour le faire. Je peux par ailleurs vous dire qu'il existe actuellement un projet qui, éventuellement, aura cours dans peu de temps pour fournir cette information-là et je voudrais revenir sur une chose que j'ai dite tantôt. Depuis 1981, on demande d'être informés des coûts générés dans la santé et on a demandé que les directeurs généraux informent les chefs de départements cliniques, qu'on rémunère les chefs de départements cliniques pour y arriver et, malheureusement, après huit ou neuf ans, on n'a pas plus de résultat, on n'a pas plus de réponse qu'il y en avait.

M. Chevette: Quand je vous ai dit ce que les directeurs généraux ont affirmé, ce n'était

pas nécessairement un blâme vis-à-vis de la corporation, vis-à-vis des individus, vis-à-vis des médecins.

M. Saint-Georges: Non, mais ce que je veux...

M. Chevette: C'est que le directeur général dit: Comment voulez-vous qu'à l'intérieur d'un budget fermé, je ne puisse contrôler même pas les coûts d'un acte? À ce moment-là, c'est l'exemple du bar ouvert dans un budget fermé qu'on a donné et, effectivement, c'est ce qui se produit. Ce n'est pas nécessairement un blâme vis-à-vis des personnes, mais c'est une situation par rapport à la structure, au système lui-même, et c'est ça qui a été annoncé ce matin.

M. Saint-Georges: Ce que je veux relever, M. Chevette, c'est que les directeurs généraux sont eux-mêmes responsables, sont eux-mêmes...

M. Chevette: Oui, mais, par exemple... Oui.

M. Saint-Georges: ...membres des conseils des médecins et dentistes, eux-mêmes membres des comités exécutifs de ces conseils des médecins et dentistes dont la tâche principale est de contrôler l'exercice professionnel.

M. Chevette: Oui.

M. Saint-Georges: Et je peux vous dire, parce qu'on se promène dans les hôpitaux probablement plus que quiconque dans la province, on visite tous les hôpitaux au minimum à tous les deux ans, que le contrôle de l'exercice qui s'exerce dans la presque totalité des hôpitaux de la province ferait honte à la totalité des hôpitaux du pays.

M. Chevette: Mais je vous pose une question bien précise.

La Présidente (Mme Marois): La dernière, M. le leader.

M. Chevette: Oui, merci. Par exemple, même dans le cas des grossesses normales, sans problème, presque toutes les femmes maintenant ont leur échographie. C'est le médecin qui décide si c'est un scanner qu'il faut ou bien une radiographie pure et simple. De ce côté-là, pensez-vous qu'il n'est pas normal qu'un centre hospitalier qui a le carcan d'un budget fermé ne soit pas en mesure d'évaluer son équipe médicale sur qui il n'a aucun contrôle quant à la dispensation des services professionnels? Pensez-vous que ça a de l'allure qu'un directeur général soit obligé de se présenter au ministère et de dire: Voyez-vous, je suis mal foutu, je ne sais même pas si c'est tel acte par rapport à tel autre, qu'on a choisi un scanner au lieu d'une radiogra-

phie. Toutes les femmes enceintes qui sont passées à l'hôpital ont eu une échographie.

M. Saint-Georges: M. Chevette, en réponse à votre question, parlons tout simplement d'échographie. Lorsque l'échographie a été adoptée il y a un certain nombre d'années, il y a eu des abus...

M. Chevette: Tout le monde a "chiré" là-dessus...

M. Saint-Georges: ...exagérés à travers l'Amérique du Nord. Il y a eu de la part de la Corporation des documents qui ont été publicisés pour les médecins à savoir que l'utilisation d'une échographie par grossesse était couramment et généralement acceptée et que peut-être une deuxième échographie pouvait être souhaitable dans certaines circonstances. On a contrôlé l'utilisation de l'échographie depuis longtemps et, contrairement à ce que vous venez de dire, les abus concernant l'échographie en grossesse n'existent plus. Ils ont existé il y a quatre ou cinq ans au moment du début de l'utilisation de l'échographie. Et je pense qu'il faut aussi rectifier une chose que vous laissez entendre quand vous dites que les établissements hospitaliers n'ont aucun contrôle sur l'exercice. C'est malheureux. Les établissements hospitaliers ont un contrôle important sur l'exercice; ils ne l'exercent pas. C'est très différent entre avoir un contrôle, l'exercer ou ne pas l'exercer. Il faut comprendre la dynamique de la Loi sur les services de santé et les services sociaux actuelle pour voir de quelle façon le directeur général et le directeur des services professionnels sont placés dans un établissement.

M. Chevette: Mais qu'ils soient en position. Vous reconnaîtrez avec moi que dans un poste avec autant d'autorité, il faut qu'ils soient en position avec les outils possibles de contrôle, sinon c'est fou comme balai comme système de lui dire: Tu as un carcan serré, tu ne peux pas t'en sortir; par contre, tu ne contrôles pas le nombre, la qualité et, je ne sais pas, la multitude d'actes qui peuvent se poser. Il y a des médecins, et vous le savez très bien, M. Roy, qui peuvent poser des actes purement et simplement parce qu'ils ont peur des poursuites; vous en avez donné des exemples vous-même. Il y en a qui ont dit: Bien, si on prenait fait et cause, si les hôpitaux ou le ministère ou le gouvernement prenaient fait et cause pour les médecins, il y aurait peut-être moins d'actes professionnels de réclamés pour se couvrir. Bien, pourquoi n'étudie-t-on pas ce genre de formule si ça peut diminuer les abus plutôt que de penser au ticket modérateur et à toutes sortes de formules du genre?

M. Roy: Il y a plusieurs formules à

envisager pour essayer de contraindre les coûts. Mais prenez l'échographie, ce n'est pas si simple que ça, et les actes que les médecins posent... Supposons qu'un médecin dissuade une femme d'avoir une échographie, parce que les patientes font des pressions énormes, hein! Il faut se mettre à la place des gens. La population est devenue très exigeante. Les patients veulent le dernier examen et avec le dernier instrument à la mode. Alors, supposons qu'un médecin dise: Écoutez, madame, je ne vois pas l'utilité d'une échographie dans votre cas. Et supposons qu'elle accouche d'un bébé difforme, un bébé mongol ou un bébé atteint d'une malformation qui aurait pu être détectée à l'échographie. Qu'est-ce que vous pensez qu'elle va faire, la femme? Elle va poursuivre net, fret, sec et elle va avoir un gain de 2 000 000 \$, 3 000 000 \$. Qu'est-ce que vous voulez? C'est de la pratique médicale adaptée à la société. Les médecins font leur possible, les médecins sont des hommes et des femmes qui viennent de notre population. Ils font leur possible pour rendre les meilleurs services à la population et ils sont bien contrôlés, les médecins. Ça se peut qu'ils fassent des erreurs, ça se peut qu'il y ait des abus, mais je peux vous dire que si toute la population se comportait aussi bien que les médecins, on aurait une société pas mal bonne.

La Présidente (Mme Marois): La loi des moyennes devrait s'appliquer partout, M. le président. M. le député de Wesmout, s'il vous plaît.

M. Holden: Dr Roy, le ministre aime beaucoup parler de dynamisme ou de dynamique du système. Pour moi, la dynamique du système est justement qu'il n'y a pas de dynamique et la raison pour laquelle il n'y a pas de dynamique, c'est que c'est trop bureaucratisé. Et là, on veut ajouter et augmenter cette bureaucratisation du système et, en plus, on veut noyer le système et le réseau anglophone et minoritaire dans les régions qui n'ont pas d'application chez nous. J'aimerais bien que vous disiez ce que vous pensez. Pourriez-vous nous dire si vous voyez un danger pour nos institutions anglophones et minoritaires qui existent depuis 100 ans?

M. Roy: Ça me fait plaisir de répondre à une question de mon député, parce que je suis dans votre comté. J'ai bien lu, d'ailleurs, l'opinion dans le journal d'hier ou d'avant-hier, dans la *Gazette* d'hier, au sujet de l'introduction que vous avez faite sur les dangers de cet avant-projet de loi vis-à-vis des droits et privilèges des minorités et particulièrement de la population anglophone du Québec qui compte pour à peu près 20 %. C'est bien sûr qu'en décentralisant de la façon prévue et en fusionnant les établissements autour des CLSC, la population anglophone de Montréal, qui est concentrée dans Montréal,

pourrait peut-être se réveiller avec des méchantes surprises. Alors, ce n'est pas du tout ce qui serait souhaitable pour améliorer les services de santé. Je pense qu'il faut plutôt faire des fusions autour des centres hospitaliers en conservant l'homogénéité des gens vivant dans une région et non pas en essayant de faire un "melting-pot" qui serait ingouvernable. C'est bien sûr que ce n'est certainement pas volontairement que le gouvernement amène cette disposition dans le projet de loi, mais c'est clair qu'il faudrait peut-être voir les conséquences que cela pourrait amener. Sauf que si la fusion se faisait autour d'un établissement, je verrais très bien, par exemple, le Montreal General avec deux ou trois CLSC environnants, trois, quatre, cinq ou six centres d'accueil et une couple de centres de soins prolongés, faire un tout et, à ce moment-là, je verrais ça de façon très rationnelle en protégeant, évidemment, les intérêts de la population desservie par ce genre d'institution. Vous avez raison de vous inquiéter et de regarder attentivement ce que le projet de loi éventuel pourrait apporter quant aux services à donner à la population anglophone de Montréal en particulier.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le député de Matapédia, et ce sera vraiment la dernière intervention.

M. Paradis (Matapédia): Merci, Mme la Présidente. Je n'abuse pas vraiment de mon temps.

La Présidente (Mme Marois): Pas vraiment.

M. Paradis (Matapédia): Bon. On parle de médecins en régions et, évidemment, je me préoccupe de cette question depuis longtemps. Ce n'est pas une question que je vais poser; je vais tout simplement lire un texte. Tout à l'heure, on parlait de limiter la liberté des médecins de pratiquer la médecine, alors j'ai retrouvé un texte tout à l'heure qui dit ceci, et je cite: "Pour régler le problème de la répartition des médecins en général, en commençant par rejeter le statu quo qui a donné des résultats décevants, malgré les bonbons déjà accordés par les gouvernements, personne n'est, en effet, forcé d'étudier la médecine ou d'entrer en spécialité. Chaque année, à peu près 3000 étudiants se battent pour obtenir un des 550 postes disponibles en médecine. Chaque étudiant choisit, obtient la possibilité, à la fin de ses études, de faire un revenu assuré de loin supérieur à celui de la majorité des citoyens qui ont payé une très grande partie de ses études. En guise de compensation pour l'octroi des privilèges accordés, le gouvernement est légitimé de demander à tout nouveau médecin de s'engager à exercer sa profession pendant un certain temps dans un endroit où on a besoin de ses services." Et là

conclusion: "Le gouvernement ne peut consentir davantage aux jeunes médecins qui doivent se rendre compte que la médecine est une profession sociale au service des citoyens qui peuvent être malades à toute heure du jour et de la semaine. Il appartient au gouvernement de s'assurer que tous les citoyens puissent recevoir des services médicaux de qualité partout au Québec en tout temps. C'est maintenant le temps d'agir." Cela a paru dans **Le Devoir** sous le titre "Les enfants gâtés" et signé par Augustin Roy.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: En quelle année?

M. Paradis (Matapédia): En 1986.

M. Roy: Vous savez, si...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: Voyez-vous, les gens qui n'ont jamais rien écrit ou qui n'ont jamais rien dit n'ont jamais de problèmes. Alors, quand on participe à la vie en société...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: ... à ce moment-là, évidemment, quand on est actif, c'est sûr qu'on peut se faire dire des choses qu'on a dites il y a 20 ans. Je ne regrette rien de ce j'ai dit, je vous dis ça. Si plusieurs gouvernements, actuel et antérieurs, avaient suivi plusieurs des choses que j'ai dites, il y aurait peut-être bien des affaires de réglées déjà.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Alors, c'est celle-là que vous voudriez que nous suivions maintenant?

M. Roy: Bien oui. Ça s'applique aussi dans le temps de mon ami, Denis Lazure, qui n'est pas ici et de Pierre Marc Johnson également, alors que j'ai écrit bien des choses que les gouvernements n'ont jamais eu le courage d'envisager. Écoutez, ce sont des débats de société à un moment donné. J'ai eu le courage de mettre des solutions sur la table, que les gouvernements n'ont même jamais eu le courage de regarder, même Camille Laurin, avant vous, M. Chevrette. Alors, qu'est-ce que vous voulez? Je fais des suggestions à un moment donné et, quand elles tombent dans l'oreille d'un sourd, je me dis: Coudon, que le diable les emporte. Est-ce que je vais, moi, chambarder la société? Qu'on me donne le titre de ministre ou de premier ministre et, là, je vais faire quelque chose.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Il y a quelques étapes à franchir pour y arriver, mais libre à vous d'essayer de le faire. Ha, ha, ha!

On vous remercie de votre présentation. J'inviterais maintenant la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à venir nous présenter son mémoire.

(Suspension de la séance à 16 h 14)

(Reprise à 16 h 15)

La Présidente (Mme Marois): Alors, si vous le permettez, on va reprendre nos travaux.

Dr Richer - c'est ça? - j'aimerais bien que vous présentiez les personnes qui vous accompagnent.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

M. Richer (Clément): Merci, Mme la Présidente. A mon extrême gauche, le Dr André Munger qui est membre du conseil d'administration de la Fédération, donc du bureau et président de l'Association des médecins de CLSC, à honoraires fixes, M. Chevrette; le Dr Marie Girard qui est deuxième vice-présidente de la Fédération et présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de Québec; à ma droite immédiatement, le Dr Renald Dutil, premier vice-président de la Fédération et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal; le Dr Gilles des Rosiers qui est directeur de la formation professionnelle à la Fédération; Me Ginette Primeau qui est avocate au contentieux de la Fédération; et le Dr Georges Boileau qui est directeur des communications à la Fédération.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Richer: J'ai pensé, Mme la Présidente, avec votre permission, de passer outre à la lecture de mon mémoire. J'aime mieux peut-être vous faire quelques réflexions. Je pense que le Dr Boileau en a distribué des copies. C'est une réflexion qui essaie, en tout cas, de détailler un petit peu l'argumentation qui justifie nos recommandations. Par la suite, évidemment, on essaiera d'en discuter un peu plus longuement, si vous voulez.

Après la commission Rochon et la tournée de la ministre Lavoie-Roux, le dépôt des orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, voilà que le ministre redépose l'avant-projet de loi qui remplacerait l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux. Encore une fois, le ministère semble privilégier l'approche de la réforme en profondeur. Repartir à zéro ou presque est tellement plus gratifiant. Ce qui est troublant dans cet exercice, c'est que

les vrais problèmes sont ignorés. Au lieu de proposer une loi qui apporterait des solutions au problème du vieillissement de la population, de l'engorgement chronique des salles d'urgence, de l'allongement indu des listes d'admission, de la démotivation des médecins d'exercer en établissement, des malaises évidents du personnel infirmier et j'en passe, l'avant-projet propose plutôt une réforme des structures. Il est vrai que les structures comportent des lacunes et qu'elles sont perfectibles. Cependant, elles ne constituent pas la finalité d'un régime universel de soins de santé. Ce n'est qu'un moyen pour atteindre des objectifs. Le régime n'existe qu'en fonction des patients et des autres personnes qui ont besoin de services.

L'avant-projet prétend remettre le pouvoir à la population. Comment le fait-il au juste? En partant d'un collège régional dont on a pris grand soin de bannir certains citoyens: les mineurs, les gens interdits, ceux en cure fermée, les criminels, les gens déçus de leur fonction, les fonctionnaires et les professionnels de la santé. Heureusement, on est dans le même groupe toujours, c'est moins pire. Par respect pour la démocratie, quatre personnes sont élues alors que neuf autres sont nommées par la régie régionale, par le ministre ou par un processus complexe de cooptation qui confirme l'emprise du ministre ou de la régie régionale. Le procédé utilisé est limpide. Il assure le contrôle de l'appareil technocratique sur tout le régime en privant le médecin, entre autres, de son statut fondamental de citoyen de plein droit de la société québécoise.

En quoi le régime sera-t-il plus efficace si nous privons sa gestion de l'expertise du médecin? Selon l'avant-projet, la participation et le partenariat n'ont de sens que si on élimine un des acteurs essentiels du monde de la santé, le médecin. On le relègue au niveau consultatif, et encore, sur une base semestrielle, entre deux pèlerinages aux sources du pouvoir, et le retournera exécuter des soins. Bien sûr, il est censé demeurer motivé dans un tel système. Ces quelques réflexions expliquent que notre Fédération recommande de reconnaître expressément au médecin la place qui lui revient comme membre essentiel de toutes les instances décisionnelles.

La Fédération fait également les recommandations suivantes. 1° Réviser le chapitre V de l'avant-projet relatif aux contrats de services, aux contrats d'affiliation ou aux lettres d'entente en regard de la priorité qui devrait être apportée à l'enseignement de la médecine familiale par des médecins omnipraticiens. 2° Conserver le statut de centre hospitalier aux centres hospitaliers de soins de longue durée. 3° Assurer aux médecins exerçant en CLSC la possibilité de former un CMDP lorsque deux médecins et un pharmacien y exercent. 4° Prévoir à la loi les procédures applicables aux médecins qui font l'objet de mesures disciplinaires dans un CLSC. 5° Étendre

la juridiction de la Commission des affaires sociales à tout recours de tout médecin exerçant dans un établissement et faisant l'objet d'une mesure non disciplinaire. 6° Introduire une clause reconnaissant expressément que les parties négociantes, Fédération et ministre, ont, en vertu de l'article 19 de la loi de l'assurance-maladie du Québec, le pouvoir de conclure toute entente relative aux conditions d'exercice et à la rémunération des médecins.

En conclusion, l'avant-projet de loi semble répondre davantage à des impératifs de pouvoir de la structure qu'à des impératifs de services. Nous recommandons donc au ministre la prudence avant de modifier un écosystème de soins dont l'équilibre est précaire. En changeant les structures, en substituant de nouveaux sigles aux anciens, atteindrons-nous, de cette façon, les véritables objectifs du régime d'assurance-maladie? Il est plus difficile mais plus rentable, à long terme, de choisir la voie de la concertation que celle des décisions autoritaires. Depuis trois ans, la table de concertation sur les effectifs médicaux le démontre amplement.

Plus récemment, l'entente intervenue entre les centres hospitaliers Pierre-Boucher et Charles-LeMoine en est un autre exemple. Tout cela, dans le cadre de la loi actuelle. Nous savons, à cause de ses déclarations récentes, que le ministre attache beaucoup d'importance à la solution des véritables problèmes: services aux personnes âgées, soins d'urgence, maintien à domicile, démographie médicale, etc. Dans ces domaines, le ministre peut compter sur la même collaboration que la Fédération a apportée à la table de concertation sur les effectifs médicaux. Les structures sont secondaires. Ce qui importe, ce sont les services à la population.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le président. Vous avez été très bref, ce qui nous permettra de disposer d'un peu de temps. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Évidemment, ce que j'ai compris, ce n'est pas nécessaire d'être très long pour passer le message qu'on a à passer, qui est un message très clair. Ce qui me frappe, dans un premier temps, c'est le deuxième paragraphe. Il va direct au problème. Lorsque vous dites: Au lieu de proposer une loi qui apporterait des solutions - cette façon, je vous la laisse - il faut s'attaquer au problème du vieillissement de la population, de l'engorgement chronique des salles d'urgence, de l'allongement indu des listes d'admission, de la démotivation des médecins dans l'exercice en établissements, des malaises évidents du personnel infirmier, et on pourrait en ajouter d'autres, c'est un diagnostic qui est clair pour tout le monde, où tout le monde met le doigt sur nos bobos et nos problèmes, pour en avoir discuté personnellement avec vous.

Évidemment, dans les mesures qu'il faut appliquer demain pour tenter de solutionner un certain nombre de ces problèmes, c'est clair qu'il y a divergence totale ou quasi totale sur les moyens utilisés. On reviendra aux conseils d'administration tantôt parce que je suis, et je l'ai toujours dit moi-même, un régionaliste à tout cran qui croit que les régions du Québec sont suffisamment matures pour être capables de régler un certain nombre de leurs problèmes.

Je prendrais l'exemple que vous citez dans votre texte, celui de Pierre-Boucher et de Charles-LeMoine où, effectivement - c'est salubre, je l'ai dit, c'est la voie de l'avenir - deux centres hospitaliers ont décidé de se parler, de se respecter puis d'être complémentaires. Et ça, je trouve ça extraordinaire. Mais, si j'ai bien saisi, ça a pris le CRSSS de la Montérégie pour être capable d'y arriver. Ça a pris quelqu'un quelque part qui a été capable d'amener ce monde-là à une table, de se parier et de dire aux gens: On a davantage à tirer, à obtenir si on se comprend et si on va dans le même sens, que si on se chicane tous les deux pour avoir la même chose. Moi, j'ai toujours pensé qu'une structure régionale, c'était bon et ça pouvait être bon pour les régions elles-mêmes qui ont des difficultés aussi sur le plan des soins de santé et pour faire un certain nombre d'arbitrages. Ce que je comprends, c'est que ce n'est pas clair que la structure régionale qui est proposée, vous l'endosse, du moins de la manière dont elle est présentée. Mais si vous en supportez une autre, j'aimerais la connaître.

M. Richer: Moi, je pense un petit peu comme mon prédécesseur, Augustin. Si on doit décentraliser, on ne peut pas se permettre d'être excentriques en y allant juste un petit peu. Si on veut aller au centre du problème en décentralisant, bien, décentralisons. Et on est dans une province petite, de 6 000 000 d'habitants. Il y a des pays qui, pour eux autres, décentraliser, ça veut dire avoir des corpus à gérer qui sont beaucoup plus importants que 6 000 000 d'habitants. C'est quoi, 6 000 000 d'habitants? On peut bien décentraliser, mais, à ce moment-là, allons-y avec des pouvoirs de taxation pour que les gens puissent faire réellement quelque chose. Autrement, pour moi, vous allez faire de la péréquation. Vous allez donner des pouvoirs à des régions et des budgets probablement, sauf que ça ne va être que dans un contexte de péréquation. Et je sais les problèmes que vous vivez, probablement avec nos amis du fédéral, où les montants diminuent d'année en année. J'ai l'impression qu'on va vivre dans un système où les régions qu'on pourrait dire riches, enfin, plus fortunées vont vous dire la même chose. Elles vont vous dire: On ne peut pas payer indéfiniment pour d'autres régions. Qu'on prenne le service de taxation, qu'on prenne le pouvoir de taxation pour que les gens deviennent autonomes

parce que, sinon, pour moi, on ne décentralise pas vraiment tout à fait.

M. Côté (Charlesbourg): Il m'apparaît évident qu'on partage le même diagnostic: une vraie décentralisation va impliquer un certain nombre de choses. Mais qu'il y ait pouvoir de taxation ou pas, on serait dans une situation où il faut nécessairement une péréquation. Parce que les pauvres, aujourd'hui, sont encore pauvres et on est dans un système où ce sont les riches qui sont plus riches, sur le plan de nos établissements. Inévitablement, si on en arrivait là, il faudrait arriver à un système de péréquation, peu importe si on donne le pouvoir de taxation ou pas.

Le Dr Roy nous disait tantôt - et je n'ai pas eu la chance ou le temps de le relever - On n'est pas contre l'unification d'un certain nombre d'établissements de catégories différentes sur un territoire donné, si j'ai bien saisi. Je trouve ça intéressant parce que je pense que la différence - et c'est là que je veux avoir votre appréciation - si j'ai bien compris le Dr Roy, c'est que, lui, il dit: Oui, on peut regrouper dans l'esprit, dans l'optique d'un centre de santé, d'un centre hospitalier, d'un centre d'hébergement pour personnes âgées, CLSC, mais pas sous la responsabilité du CLSC, sous la responsabilité du centre hospitalier. Ce que je comprends, c'est que le questionnement n'est pas à savoir si on doit avoir un regroupement ou pas; c'est oui. Le questionnement, c'est: Qui devrait assumer le leadership? Le CLSC ou le centre hospitalier? Je ne sais pas si vous avez des opinions là-dessus.

M. Richer: Là-dessus, moi, je suis de l'opinion du Dr Roy. On en avait discuté, d'ailleurs. On n'est pas défavorable du tout à une certaine forme de regroupement des établissements. C'est vrai que, gérer un système où il y a plus ou moins 1000 établissements, c'est complexe. Il y a des petits établissements là-dedans qui auraient certainement avantage à se rapprocher d'établissements plus considérables. Mais moi aussi, j'aurais tendance à recommander que ce regroupement-là se fasse autour de centres hospitaliers qui ont déjà une longue tradition, qui sont finalement, à l'origine des problèmes du système et qui peuvent bénéficier peut-être plus encore et faire bénéficier, donc, au système d'être le maître d'oeuvre dans une région d'un certain réseau local de distribution de soins de santé.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que dans une politique de santé, par exemple, parce que c'est là qu'on arrive... Ce que je comprends, c'est que tout le monde chemine vers un regroupement forcé ou pas, ou avec des incitatifs possiblement. On chemine vers l'unification d'un certain nombre de services à la population. Est-ce que, dans le cas des CLSC - parce qu'il y a

un débat et je pense qu'en posant ça aux médecins, je pose ça aussi aux bonnes personnes comme je le poserai aux CLSC quand je les verrai - on devrait donner aux CLSC davantage la prévention que la première ligne et laisser aux centres hospitaliers toute la partie du curatif? Quelle est la place que les CLSC devraient occuper, compte tenu du fait que - on l'entend souvent, là - les CLSC compétitionnent les médecins?
(16 h 30)

M. Richer: Moi, je pense...

M. Côté (Charlesbourg): Et ce que j'ai compris, c'est que vous aviez un médecin de CLSC avec vous.

M. Richer: Oui, on a un médecin de CLSC avec nous. Il va vous revoir ce soir, d'ailleurs.

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Richer: Moi, je pense qu'on peut difficilement concevoir que la médecine puisse se pratiquer en tiroirs comme ça: le tiroir préventif, le tiroir curatif. Moi, j'ai fait de la médecine pendant 22 ans, 11 ans avant le système et 11 ans après le système, de 1959 à 1970, de 1970 à 1981 et, après ça, j'ai fait un peu de politique pour compléter l'expérience! Je trouve... Dans ma petite expérience de médecin, il m'a été impossible, sauf des gestes évidents - bien sûr, quand je vaccine, je sais que je préviens quelque chose - de dissocier constamment la partie préventive de mon geste médical. Quand j'encourageais un patient à diminuer son poids, à cesser de fumer, à prendre un coup un peu moins parce que le foie était un peu plus gros, bien sûr, il y a une partie curative là-dedans, vous me direz, mais c'est surtout une partie préventive. Je pense que tout médecin, tout établissement doit faire de la médecine préventive et curative. Si on a affaire à un bobo, le clou dans le pied, il faut bien le soigner, mais si on peut avertir les gens de regarder où ils marchent aussi pour ne pas se planter un clou dans le pied, pour moi, ça fait aussi partie d'un geste professionnel, de sorte que je ne vois pas qu'on puisse donner l'exclusivité... On peut, cependant, donner une plus grande mission à un réseau quelconque, à une partie du réseau, par exemple, les soins à domicile, bien sûr, mais je ne pense pas qu'on puisse donner l'exclusivité, comme il ne m'apparaît pas correct - ce que le projet de loi fait - d'extraire la partie préventive d'un centre hospitalier de soins spécialisés ou général. Je trouve qu'on divise arbitrairement la tradition de la pratique de la médecine que nous, nous faisons.

Alors, c'est pour ça... Qu'on donne une vocation, peut-être en insistant plus sur ce volet, oui, je pense que le réseau de CLSC peut faire ça, mais on ne peut pas amputer les autres

parties du grand réseau de la santé de la vocation préventive.

M. Côté (Charlesbourg): Abordons la question des conseils d'administration unifiés ou des conseils d'administration tout court. Même si c'est un projet très technocratique, très bureaucratique, il y a au moins une chose que je constate - vous avez pris la peine de le dire tantôt - c'est que les fonctionnaires sont sur le même pied que les médecins. On a dit: Pour une fois, il doit y avoir une certaine unanimité vis-à-vis de cette proposition-là.

L'idée, à la base, de dire: Les professionnels, tant les fonctionnaires que les médecins, qui sont sur les conseils d'administration d'institutions ont une présence très forte, il n'est pas évident qu'aujourd'hui, ceux qui sont les autres membres du conseil d'administration ont suffisamment de pouvoirs pour orienter certaines décisions de ces conseils d'administration. Je pense qu'on peut se le dire entre nous autres, un médecin qui arrive à une table d'un conseil d'administration d'un hôpital ou d'un centre d'hébergement, c'a du poids pas mal. Et quand ça parle, en règle générale, il sait de quoi il parle. C'a beaucoup beaucoup de poids. Si vous ajoutez à ça les fonctionnaires du centre hospitalier qui sont sur le conseil d'administration, bien, les autres sont vite noyés et ils n'ont pas... Ils peuvent dire un certain nombre de choses, mais ça ne fait pas le poids. C'est l'idée de base qui était là: tenter de ramener un certain équilibre à l'intérieur du conseil d'administration pour faire en sorte que les décisions puissent refléter peut-être davantage ce que veut le bénéficiaire et la population. Vous avez raison de dire qu'on se prive d'une expertise extrêmement importante et presque indispensable.

Est-ce que c'est nécessairement dans le conseil d'administration de l'institution où il dispense des soins qu'un professionnel doit être et qu'on puisse profiter de son expertise ou s'il ne pourrait pas être dans un conseil d'administration d'une autre institution?

M. Richer: On peut se poser bien des questions, mais ça m'apparaît... Je comprends le but que l'avant-projet de loi vise, mais ça m'apparaît de vouloir essayer d'avoir un conseil d'administration également faible pour ne pas qu'un plus fort puisse trop l'influencer, et on se prive d'une expertise. C'est comme si être trop fort en système bancaire vous empêchait d'être président de la Banque provinciale, de la Banque Nationale du Canada. Ça m'apparaît illogique de dire: Parce qu'il a de l'expertise dans le système de santé, on ne le mettra pas là parce que les autres en ont un peu moins et c'est embêtant. J'ai été membre d'un conseil d'administration, M. le ministre, d'un hôpital, d'un centre hospitalier de soins spécialisés pendant quatre ans, délégué du CMDP de mon hôpital. Savez-vous qu'on est

16, 17 autour de cette table-là? J'étais tout seul de docteur. Il n'y a toujours bien pas de danger que je contrôle toute l'assemblée. Et je pense que c'était important, à un moment donné, que je fasse le contre-poids à un autre qui est pas mal pesant et qui va l'être encore bien plus, le D.G. Parce que, lui, il sait tout. Alors là, on était deux à savoir un peu plus d'affaires et on pouvait se répondre un petit peu, jaser et tenter de diffuser la réalité. Et les gens des conseils d'administration, contrairement à ce qu'on pense, il y en a plusieurs peut-être qui n'ont pas une connaissance ni de la médecine ni de la gestion de l'hôpital, mais ils ont une connaissance des choses en général et ils ne se gênent pas pour poser des questions. Il me semble que ce n'est pas si dangereux que ça d'en avoir un. On était un avant.

M. Côté (Charlesbourg): Mais ce que je comprends, c'est que j'aurais aimé ça être petit oiseau pour vous voir aller. Je pense que le un faisait pas mal de poids. En vous voyant aller et en défendant les dossiers comme vous les défendez...

M. Richer: Ha, on avait un bon hôpital!

M. Côté (Charlesbourg): ...ça devait être... Poids pour poids, ça devait être intéressant. Effectivement, vous avez raison de dire que les D.G. aussi ont un pouvoir assez important. Mais à ce que j'ai compris, c'est que, dans le projet, vous êtes à peu près sur le même pied dans la proposition. Ça aussi m'apparaît évident. Évidemment, c'est de concilier l'expertise qui est là, qui est réelle et qui est nécessaire pour être capable de prendre les bonnes décisions. Mais la notion qui avait été avancée, c'est la notion du conflit d'intérêts. Être sur un conseil d'administration qui doit décider d'orientations que doit prendre le centre hospitalier alors que vous êtes vous-même, à l'intérieur, un dispensateur de services comme le D.G., de toute manière, c'est cette notion-là et vous composez comment avec ça?

M. Richer: Oui, bien, c'est sûr que le conflit d'intérêts, on peut toujours le mettre en frontispice. Effectivement, il peut y avoir certains conflits d'intérêts, mais je pense qu'on peut difficilement demander à un médecin de ne pas avoir un intérêt dans la boîte dans laquelle il oeuvre. On s'identifie à notre boîte. Tant mieux! On est en train de tout perdre ça. On vit dans un système qui devient drab pas mal, actuellement, parce qu'on est démotivé. Qu'on ait des intérêts à ce que notre hôpital rayonne, moi, je peux vivre avec ça. Si on est en conflit malhonnête d'intérêts, il n'y a pas de pardon. Que ce soit un médecin, que ce soit un D.G. d'hôpital, on l'ôtera de là. Ça, je suis d'accord avec vous là-dessus. On n'essaie pas de défendre les gens qui sont malhonnêtes avec le système.

Mais il y a des gens honnêtes qui, tant mieux, s'intéressent à ça. Il faut qu'il y ait des gens intéressés qui aillent s'asseoir là, à mon sens. Et s'il faut nommer des gens plus forts pour les entourer, bien, trouvons des moyens de niveler par le haut, si vous voulez, le poids des conseils d'administration. Et je pense qu'il ne devrait pas y avoir de problèmes.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que ça permet d'exprimer des points de vue de quelqu'un qui a été sur un conseil d'administration et qui a un vécu que, finalement, bien du monde a aussi.

J'en reviendrais, puisque le temps presse, à votre deuxième recommandation qui dit: Conserver le statut de centre hospitalier aux centres hospitaliers de soins de longue durée. Ma question est très simple: Pourquoi?

M. Richer: Ah! C'est parce que... Ah! C'est de l'atavisme médical, si vous voulez. On est habitué de vivre dans un réseau d'hôpitaux. Et là, on se rend compte que le centre hospitalier de soins de longue durée va devenir un centre d'accueil de soins de longue durée. Moi, je n'aurais pas de problèmes avec cette notion-là, M. le ministre, si les droits des médecins qui travaillent dans les centres d'accueil de soins de longue durée, peu importe, sont les mêmes, au sens de la loi, que ceux qui sont dans les hôpitaux. Donc, qu'on clarifie la notion des recours possibles des médecins. Parce qu'on ne veut pas se ramasser devant les tribunaux de droit commun à tout coup pour prendre cinq ans avant de faire une jurisprudence. Vous savez comme c'est long, le processus. On souhaite que la commission des affaires sociales soit encore le premier intervenant pour les cas de mesures disciplinaires, par exemple, pour le médecin. Et ça, ça s'applique dans le réseau hospitalier, pas dans le réseau des centres d'accueil. Alors, si ça s'applique à tous les établissements, moi, je n'ai pas de problème avec votre division, que ce soit un centre d'accueil de soins prolongés ou un CHSLD. Alors, c'est dans ce sens-là. C'est plus technique qu'autre chose.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça. Ce que je comprends, c'est qu'il n'y a pas une opposition de fond. C'est davantage des accommodements pour éviter un certain nombre de choses.

La Présidente (Mme Marois): Ça va?

M. Côté (Charlesbourg): Alors, je le prends comme tel.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le leader de l'Opposition.

M. Chevette: Merci, Mme la Présidente. Dr Richer, je voudrais aller sur tout autre chose que sur l'avant-projet de loi. J'aurais une

question, tout d'abord, à votre collègue de droite qui, dans **L'Actualité médicale** du 15 février 1989, disait ceci: "Les patients subissent d'énormes préjudices parce que leur condition physique a le temps de se détériorer avant que l'on puisse les traiter." Est-ce que vous maintenez ça encore, en 1990?

M. Dutil (Renald): Bien, écoutez, cette déclaration a été faite dans le cadre des problèmes de congestion dans les salles d'urgence, si je me souviens bien, et la date de février est particulièrement propice. On vit encore les mêmes problèmes malheureusement cette année.

M. Chevette: Un an après.

M. Dutil (Renald): C'est une période où les salles d'urgence de Montréal et aussi dans d'autres régions, à Québec principalement, où les salles d'urgence sont très congestionnées pour diverses raisons, mais aussi pour une raison particulière à la période de février c'est parce qu'il y a des fermetures de lits comme moyen pour équilibrer un budget. L'année financière se termine, comme on le sait, vers la fin de mars. En février 1989, nous avons subi ce problème. Je dois dire qu'en février 1990, il s'avère que nous allons aussi subir ce problème dans certains centres hospitaliers. C'est bien sûr que lorsqu'il y a congestion dans les salles d'urgence, il y a des problèmes qui se posent dans plusieurs services de l'hôpital parce que la salle d'urgence, c'est l'endroit où se catalysent tous les problèmes d'un hôpital. Si vous n'êtes pas capable d'hospitaliser vos malades en salle d'urgence, qu'ils restent sur des civières, ça crée des problèmes pour ces patients-là. Les patients électifs, eux, qui étaient déjà sur des listes depuis longtemps, sont obligés d'attendre encore plus longtemps, parce qu'on doit "prioriser" les cas à la salle d'urgence. Et il y a les patients dont l'état de santé se détériore parce qu'ils auraient dû être traités avant et ils ne le sont pas. C'est l'explication, si vous voulez, de cette déclaration, une déclaration qui est encore actuelle en janvier 1990.

M. Chevette: Face au financement du réseau ou des problèmes que vit le ministère de la Santé et des Services sociaux, quels sont les suggestions que vous feriez aujourd'hui pour sortir de ce merdier du sous-financement? Docteur Richer.

M. Richer: On s'est posé la question nous autres aussi; on se demande quel est le chiffre idéal, est-ce 8,9, 11,4 du PIB? Je pense que c'est une décision de société. Sauf que ce que j'ai entendu jusqu'ici me laisse croire que le médecin est souvent le bouc émissaire des coûts du système. On est porté à dire que... Évidemment, c'est le médecin qui prescrit, c'est vrai, je

ne peux le nier, c'est comme l'ingénieur qui n'est pas responsable du coût du pont Victoria, mais c'est lui qui fait le pont, que voulez-vous que je fasse? Si le pont coûte 100 000 000 \$, on ne peut pas dire que c'est l'ingénieur qui coûte 100 000 000 \$ à la société. On a axé les contrôles - et vous le savez, M. Chevette, parce que vous avez été ministre - beaucoup de contrôles sont faits sur les médecins. Les profils de pratique à la Régie de l'assurance-maladie du Québec sont bien faits, les médecins sont bien contrôlés. Il y a une chose qu'on contrôle mal, par exemple, c'est l'utilisateur des services, le consommateur de médicaments. Quand même on aurait une carte... Quand même on signerait la Mastercard, le médecin... Comme je vous dis, j'en ai fait 22 ans, je ne pourrai jamais savoir qu'en signant la Mastercard, tout ce que le patient va savoir, c'est comment ça coûte et il s'en fout, il ne paie pas. Mais moi, je ne pourrai jamais savoir qu'il est allé voir Marie avant, qu'il est allé voir Renald après, et qu'il s'apprête à aller voir Gilles et Georges. Ça, ça peut être dans la même semaine. On a des mécanismes à la Régie de l'assurance-maladie du Québec qui permettraient sans doute de savoir qu'il y a peut-être des abuseurs là-dedans et ceux-là, qu'on les fasse payer, ça ne me dérange pas. On fait payer les abuseurs médecins, il y en a, et ça ne me dérange pas non plus, ce n'est pas ceux-là que je défends. Mais heureusement, c'est une petite minorité; sans ça, je perdrais ma job.

M. Chevette: Mais est-ce que ce n'est pas une minorité non plus qui se promène chez deux ou trois médecins?

M. Richer: Oui.

M. Chevette: Est-ce qu'on n'est pas porté à généraliser là nous autres mêmes en disant: C'est effrayant le nombre de ceux qui abusent, par exemple, qui veulent voir trois médecins dans la même semaine.

M. Richer: Non. M. Chevette, je me suis fait tellement dire que c'était effrayant le nombre de médecins qui abusaient que jamais je ne dirai que c'est effrayant le nombre de citoyens qui abusent. Je soulève le problème, je n'en connais pas l'ampleur, mais quand on parle d'une masse de 2 000 000 000 \$, même si c'était seulement 5 %, admettons, il y a peut-être pas mal d'argent là, mais je ne dis pas qu'il y en a beaucoup, je dis qu'il y en a peut-être, regardons.

M. Chevette: Avez-vous envisagé que le carnet santé pourrait être une solution, par exemple, à certains types d'abus?

M. Richer: Je pense d'abord voir la nature du problème. Avec les moyens informatiques

qu'on a, je sais que le président de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pense à la puce, la carte informatisée, avec des projets pilotes. Allons voir. Si c'est utile, c'est utile; si on est capable de respecter la confidentialité du dossier; ce sur quoi on a exprimé des craintes, ce n'est pas sur le fondement même du projet. Moi, je pense qu'il y a quelque chose là. Il peut y avoir un montant d'argent considérable à vérifier là. Peut-être un autre moyen qu'on n'a pas regardé, vous en avez parlé tout à l'heure avec le Dr Roy, c'est: comment le gouvernement, parce que seul le gouvernement peut faire ça, peut-il nous aider, nous les médecins, à pratiquer une médecine moins défensive? Là, on parle de sous pas mal plus. Les abus et des médecins et des utilisateurs, je veux croire qu'il y a des sous là-dedans, je ne sais pas combien mais dans la médecine défensive là, je pense qu'on monte d'une coche. Là, on rentre dans le club des millionnaires. Et si on était capable, nous, d'avoir votre aide pour pouvoir pratiquer en toute sécurité, selon les règles de l'art... (16 h 45)

M. Chevette: Moi, je parlais de l'exemple...

M. Richer: Je pense qu'il y a des sous là-dedans de façon importante.

M. Chevette: L'exemple que je prenais, Dr Richer, c'était que l'État pouvait prendre fait et cause, comme ça arrive dans plusieurs contrats collectifs de travail avec certaines catégories d'employés, prendre fait et cause sauf en cas de fautes lourdes. Si le médecin est saoul, il payera la facture, c'est une... Le gouvernement ne peut pas prendre fait et cause en cas de fautes lourdes, mais en cas de travail régulier, normal, il me semble que ça pourrait... En tout cas, j'ai vu les coûts astronomiques de la hausse des tarifs d'assurances individuelles d'abord et des centres hospitaliers aussi. Je pense que le ministre... ça doit être 400 % d'augmentation au niveau des primes dans l'assurance en ce qui regarde la responsabilité. C'est assez affolant de voir ça. Il y a même certains gynécologues qui me disent: Bien, ce n'est plus payant de faire des accouchements. La prime d'assurance me coûte plus cher que ce que vont me rapporter les sept, ou huit ou dix que je pourrais faire. Donc, j'abandonne l'obstétrique et bonjour Luc. A ce moment-là, c'est assez inquiétant comme système. Il faut trouver... Ça, c'en est un problème concret qui, à mon point de vue, enlèverait de la tête du médecin aussi cette phobie d'aller donner au cas où, au cas où. Je vais te prescrire ça au cas où. Je ne suis pas sûr que le cas ne représente pas des millions et des millions de dollars. C'est dans ce sens-là que je pariais à votre prédécesseur sans aller peut-être aussi dans le détail que j'y vais présentement mais je pense qu'il y a là une piste de réflexion avec un carnet santé et ça m'apparaît être une formule

plus correcte pour contrer les abus que d'y aller toujours par le ticket modérateur punitif. Le ticket modérateur, c'est pour modérer des abus, ça le dit ça. Alors que des formules pour contrer des abus, il me semble que tu peux le faire. Tu économises par des moyens concrets et qui sont peut-être éducatifs en même temps, qui peuvent changer de cap au niveau des mentalités, qui peuvent influencer des changements de mentalité autant chez les médecins que chez les consommateurs. Ceci dit, dans les hôpitaux, ce matin, les D.G. on vous a sans doute rapporté ce que les D.G. - j'en ai parlé d'ailleurs avec votre prédécesseur, vous étiez ici, je crois... Quels sont les moyens de contrôle que vous verriez face, par exemple, à la surutilisation ou la surproduction de services? Le D.G. semble démuné.

M. Richer: Ça m'étonne un peu parce qu'il n'est pas si démuné que ça, peut-être qu'il se sent démuné parce qu'il ne gratte pas assez. Je pense qu'il y a des moyens de savoir. Il y a des moyens de s'asseoir avec des médecins. Il fait partie de l'exécutif du CNDP. Il peut aller s'asseoir. Moi, je répugne à dire qu'on va pratiquer la médecine par protocole. Ça veut dire qu'à chaque fois que je rencontre tel rôle pulmonaire, je vais faire telle affaire parce que ça peut nous entraîner dans des drôles de situations aussi. Donc, il faut qu'il y ait, je pense bien, une certaine latitude professionnelle laissée à un médecin pour exercer son jugement. Maintenant, il est vrai qu'il y a des gens qui peuvent peut-être, pour un même type de pathologie, prescrire deux fois plus d'exams qu'un autre. C'est possible, mais je pense que pour ça, le D.G. peut s'asseoir avec les médecins; la concertation c'est difficile mais ça paie. C'est bien plus payant à Pierre-Boucher, Charles-LeMoine que Beauceville ou Saint-Georges. Mon voisin beauceron peut vous en parler. Alors, moi, je pense qu'un D.G. peut s'asseoir avec les médecins et dire: Comment se fait-il que pour une même pathologie donnée, disons, il y a deux fois plus d'exams qui sont prescrits? Sans accuser personne, c'est peut-être celui qui en fait deux fois plus qui est correct là dedans aussi. Alors, c'est par les échanges que ça peut se faire.

M. Chevette: Mais, je veux aller plus loin. Je veux pousser plus loin la réflexion. À supposer qu'il y ait des hôpitaux dans une agglomération bien précise qui auraient avantage à changer de vocation, vous parlez de complémentarité entre Saint-Joseph et Sainte-Marie, mais quand on voit des institutions hospitalières prendre des brefs d'évocation contre un ministre qui essaie de changer la vocation d'un centre hospitalier. Dans le cas de Sainte-Jeanne-d'Arc et dans le cas de... Ce n'est pas Queen Mary mais c'était quoi l'autre? En tout cas, il y avait deux centres hospitaliers où on a eu même des

brefs d'évocation contre... Ready Memorial.

M. Richer: Ready, dans le temps de M. Johnson.

M. Chevette: On a eu des brefs d'évocation contre les autorités gouvernementales précisément sous prétexte de la sacro-sainte autonomie d'un centre hospitalier ou d'une corporation hospitalière. On n'est pas capable d'établir une complémentarité entre les établissements. Prenez ici, à Québec, Saint-Sacrement par rapport au CHUL en ce qui regarde toute la question des traitements pour la maternité; ça n'a pas fini de perdurer. À un moment donné, croyez-vous que le ministre ou le ministère doit avoir l'autorité pour trancher ces choses-là en vertu d'une loi? Tant qu'à retoucher une loi, est-ce que ce n'est pas le temps de regarder ces aberrations-là pour les corriger une fois pour toutes?

M. Richer: Oui, je me souviens très bien du dossier que vous évoquez. Je pense que c'était dans le temps de M. Johnson.

M. Chevette: Moi aussi, j'ai eu à y goûter.

M. Richer: Je dois dire qu'il avait surpris la profession peut-être un peu. Il avait procédé sans consultation - enfin, avec des consultations minimales - et il y a eu des réactions. Je pense qu'on peut s'attendre à ça quand on touche à des établissements d'une certaine importance. Bien sûr que des médecins ont peut-être pris des injonctions pour faire qu'un hôpital ne ferme pas, mais n'oubliez pas, M. Chevette, qu'on a déjà pris des injonctions contre le ministre aussi pour faire ouvrir un hôpital; on l'a gagnée, celle-là aussi.

M. Chevette: Ah! La folie de l'un ne l'emporte pas sur la folie de l'autre. Ce n'est pas ça que je dis.

M. Richer: C'est ce qu'on pensait.

M. Chevette: Moi, je vous dis que, quand on arrive avec des aberrations du genre, où il n'y a pas de complémentarité, puis ça en prendrait une dans le milieu et on n'est pas capable de le faire, ça veut dire qu'un établissement qui est dépendant à 100 %, de la première à la dernière cent, ou presque... Vous le savez, il faut même notre autorisation pour dépenser ton avoir propre, donc il n'y a pas trop d'autonomie là-dedans, quand on regarde ça en termes de dépenses de sous. Comment se fait-il qu'on arrive à des situations du genre? Moi, ça m'inquiète.

M. Richer: Non, ça vous avez raison de dire qu'il n'y a peut-être pas assez de complémentarité, puis moi, je pense qu'on peut participer à tenter d'améliorer le climat pour favoriser une

plus grande complémentarité. Je pense qu'il n'y a pas de médecins qui sont contre ça. De la façon que ça a été fait en 1981, c'était un petit peu brutal et ça fait dix ans de ça. Mais il n'y a personne qui est à l'encontre de ça.

Moi, quand on me dit que le directeur du CRSSS de la rive sud a dû s'impliquer sérieusement pour faire que Pierre-Boucher et Charles-LeMoine arrivent à quelque chose, bien, je me dis: C'est son travail de le faire; tant mieux qu'il l'ait fait. Chapeau! Il l'a fait. Ça prend du temps, peut-être, mais ça va être durable, par exemple, je pense, et ça va surtout donner l'exemple, peut-être, à d'autres centres hospitaliers. Moi, je crois à ça, la complémentarité, en associant des gens responsables de chacun des deux centres ou de trois centres hospitaliers pour dire: Qu'est-ce qu'on fait dans notre région qui fait qu'on ne se marchera pas sur les pieds puis qu'on va donner un service potable à la population? On est ouverts à ça.

M. Chevette: O.K. Maintenant, face à la décentralisation, je voudrais revenir là-dessus. Vous avez dit: Mollo, on est 6 000 000. Vous êtes à peu près sur le même chemin que M. Augustin Roy là-dessus. Mais, entre vous et moi, qu'est-ce qu'il va falloir faire pour rétablir l'équité ou, en tout cas, une plus grande équité entre les régions du Québec, quand on sait que ce ne sont pas toutes les régions du Québec qui ont le même nombre de spécialités de base, alors qu'elles y ont droit? Ce sont les mêmes personnes qui paient les mêmes impôts, le même taux, le même pourcentage d'impôts. Qu'est-ce que vous faites, qu'est-ce que vous répondez à ça? Si on n'y va pas par une décentralisation des enveloppes, qu'est-ce que vous allez faire?

M. Richer: Je pense que la décentralisation des enveloppes ne corrigera pas le problème, si elle le fait d'autorité. Je pense qu'on doit continuer dans la voie où on est engagés. La situation est bien mieux comme ça, M. Chevette, qu'elle ne l'était il y a dix ans. Vous l'admettez avec moi.

M. Chevette: Ah! bien sûr!

M. Richer: Bon. Vous l'avez dit tout à l'heure, puis je pense que, quand vous étiez ministre, ça s'était déjà amélioré grandement, mais je pense que, depuis le temps où vous y étiez, la répartition des omnis...

M. Chevette: Au niveau des omnis, vous avez raison.

M. Richer: ...on peut dire qu'elle est satisfaisante. Elle n'est peut-être pas parfaite. Atteindre la perfection, à Matagami, quand il en part un - il y en a deux - ça fait qu'il en manque 50 %.

Mais, ceci dit, bien sûr que, pour les médecins spécialistes, c'est plus complexe, mais on ne vit pas une tragédie nationale. Je ne parle pas des gens qui sont en pénurie d'un médecin spécialiste. C'est plate pour eux, je veux bien le croire. Mais il manque au total, si on est bien généreux - puis on peut se chicaner longtemps sur les chiffres, les stricts vont dire 200 puis les généreux vont dire 300 - disons 250 spécialistes. Si on pouvait distribuer volontairement 250 spécialistes demain, on n'aurait plus de pénurie de spécialistes dans la province de Québec. Ça, c'est une chose, et c'est 5 % de la force. Il y a 7000 spécialistes. Donc, avec moins de 5 %, vous réglez le problème. Crime, il y a quelque chose qu'on peut faire, certain! On a les effectifs et on n'est pas en face d'un problème qui exige qu'on en déplace 50 %. Donc, qu'est-ce qu'on fait? Sauf qu'on ne peut pas envoyer, même si j'ai beaucoup de respect pour une région éloignée, un neurochirurgien, et vous l'admettez comme moi, à Gaspé. Premièrement, il va être bon pendant six mois parce qu'il va opérer tellement peu souvent, à cause du peu de bassin de population, qu'il va perdre sa qualité de spécialiste. Donc, on reconnaît qu'il y a des spécialités qui ne peuvent pas s'exercer ou presque pas en dehors de grands centres qui ont une infrastructure et qui assurent un débit tel que le médecin entretient son expertise.

M. Chevette: Mais reconnaissez-vous que certaines spécialités n'existent pas et pourraient exister? Je vous donne un exemple: l'hémodialyse. Combien de gens sont obligés de franchir des distances épouvantables à des coûts astronomiques pour se faire hémodialyser? Et, quand on regarde le coût d'un service d'hémodialyse, ce n'est pas à tomber sur le dos. Nous autres, à Joliette, on en a eu un et je peux vous dire qu'il s'est payé en un an et demi quand on regarde l'économie qu'on fait juste en voyageant. À ce moment-là - c'est ce que je veux dire - je ne parle pas nécessairement d'envoyer un spécialiste, surtout dans l'ultraspécialisé ou dans l'équipement ultrasophistiqué ou ultraspécialisé dans des régions dites éloignées, mais des spécialités de base, normalement reconnues par l'ensemble du corps médical et des travailleurs du monde hospitalier. Comment va-t-on y arriver si on ne prend pas le taureau par les cornes pour créer, pour donner cette équité fondamentale aux régions?

M. Richer: Moi, je pense qu'on est en train d'y arriver, M. Chevette. On commence à en manquer de moins en moins. Je ne dis pas que c'est réglé partout, loin de là. Mais quand on me dit qu'il en arrive six d'un coup sec à Sept-Îles...

M. Chevette: Oui, je le reconnais.

M. Richer: Il y a Pierre Gauthier qui a été les chercher, il a fait sa job. Il a contribué à faire ça. Six d'un coup à Sept-Îles. Il ne peut pas en arriver 32 à Sept-Îles non plus. C'est une petite ville. Ce n'est pas seulement une question de salaire non plus, M. l'ancien ministre, l'ex-futur ministre peut-être...

M. Chevette: L'ex-futur, oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Richer: C'est une question de densité de population...

M. Chevette: Vous apprenez vite.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Richer:... qui fait qu'on doit poser un certain nombre d'actes pour garder sa dextérité. Ce n'est pas toujours une question de revenu, loin de là.

M. Chevette: Oui, je le reconnais. Mais, l'équipement, je reconnais que pour le matériel humain, si vous me permettez l'expression, si on ne jumelle pas l'équipement avec le personnel, ça ne donne rien. C'est un cul-de-sac. Si tu envoies un radiologiste avec une bebelles de 1940 et qu'il est habitué de travailler sur de l'ultramoderne, vous avez absolument raison. J'ai entendu la ribambelle de toutes les complémentarités de décisions qu'il faut dans ça.

Cela dit, oui, il y a une amélioration sur le plan des omnipraticiens, mais je ne crois pas qu'au niveau des spécialités de base comme l'hémodialyse, la médecine nucléaire... ce n'est pas encore rendu partout dans chacune des régions du Québec.

M. Richer: Non, non...

M. Chevette: Un scanner par région, là, ça ne serait pas exagéré.

M. Richer: Je ne pense pas, surtout que les jeunes médecins qui font leur spécialité en radiologie, à moins que je ne me trompe, apprennent à travailler avec ça de sorte qu'il faut leur donner l'outil. Qu'est-ce que vous voulez? On est rendus là. Ce n'est pas nous autres qui l'inventons, on n'est pas assez fins pour ça, sauf qu'on apprend à s'en servir pendant notre formation. Et si on arrive à un endroit où on ne l'a pas, on devient quelqu'un de presque inutile, compte tenu qu'on n'a pas l'outil dont on doit se servir et dont on a appris à se servir.

M. Chevette: On me dit que c'est terminé, malheureusement.

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Richer: Dommage!

La Présidente (Mme Marois): Ça va?

M. Chevrete: Merci.

La Présidente (Mme Marois): D'accord, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Je veux revenir sur le phénomène des urgences. On se retrouve plus facilement sur la place publique à parler des urgences parce que c'est plus spectaculaire et c'est un maudit bon moyen de pression aussi, pour bien s'en parler, et c'est très comestible par les médias lorsqu'on parle des urgences ou de salles d'urgence bloquées. Il y a eu une évolution assez importante, je pense, avec les mesures et on a toujours pensé qu'on pouvait régler nos problèmes par une question d'argent. Puisque vous vous êtes penchés sur la question, je pense que le règlement du problème des urgences n'est pas un phénomène uniquement d'investissement de nouvel argent. Il est d'abord un phénomène de reconnaissance des médecins qui pratiquent à l'urgence et d'organisation aussi, de revoir l'organisation, même si on n'aime pas toujours toucher aux structures, des urgences. C'est bien plus facile au mois de février, quand on manque d'argent, de fermer des lits que de prendre d'autres mesures. C'est clair que sur le plan public, ça met de la pression sur le gouvernement: Il a l'air fou, on est bien contents et ça permet de justifier d'autres choses. Évidemment, quand on est en surplus d'argent, parce que dans certains cas ça arrive, là, on va acheter du matériel, bien sûr, dont on n'aura peut-être pas besoin tout de suite, mais probablement beaucoup plus tard. Donc, ça joue des deux côtés, ça.

(17 heures)

Fondamentalement, demain matin, si vous étiez le ministre - Augustin en rêvait; il n'a pas pu, il s'est essayé - quelle est la première mesure que vous appliqueriez pour régler le problème? Parce qu'on sait une chose, c'est qu'il y a des lits, à l'occasion, qui sont fermés dans la période des fêtes parce que les gens ne sont pas intéressés à se faire opérer et il y a certains médecins qui ne sont pas intéressés à pratiquer, non plus. Alors, il y a des fermetures de lits à la période des fêtes pour certaines raisons alors qu'au mois de février et au mois de mars, il y a des fermetures de lits, effectivement, pour un certain plan d'équilibre budgétaire.

Mais, quelle est la première mesure - au-delà de l'argent, parce qu'il y a 185 000 000 \$ qui ont été investis au cours des dernières années et on a eu un certain succès avec ça. On revient à une situation qui est un peu plus précaire - que vous appliqueriez pour régler ces problèmes?

M. Richer: On parle des urgences dans les

CHSCD, de toute évidence. Moi, je pense qu'il va falloir qu'on trouve un moyen d'éviter que les malades chroniques soient hospitalisés dans des établissements de courte durée. Ça, c'est inéluctable. Premièrement, le malade chronique lui-même coûte beaucoup plus cher quand il est dans un CD parce qu'il jouit de l'infrastructure dont il n'a pas besoin souvent, mais il faut bien qu'il reste là; deuxièmement, le fait que les lits soient engorgés, soient pris empêche que le médecin qui est de garde à l'urgence puisse hospitaliser un cas aigu et il doit le garder dans le corridor et, éventuellement, deux civières, éventuellement trois civières, éventuellement des civières à deux étages, comme on disait, parce qu'il n'y a plus de place pareil. De sorte qu'il faut, premièrement, enlever les malades chroniques le plus possible des centres hospitaliers de soins aigus. Bien sûr, éviter les fermetures de lits.

Et là, il y a des moyens dont on commence à discuter un petit peu avec vous. On en a parlé avec d'autres ministres antérieurement. On pense que des unités d'évaluation en gériatrie dans la plupart des hôpitaux, je devrais dire dans tous les hôpitaux de courte durée, ça devrait être fait. Pourquoi? Un hôpital de courte durée, pour moi, dans mon livre, ça devrait toujours avoir la fonction d'évaluer les gens, les traiter, faire un plan de traitement et amorcer ce traitement vers une guérison, ou enfin, l'atteinte d'un état qu'on ne peut plus améliorer. À ce moment-là, le patient est congédié, si c'est quelqu'un de jeune qui a une pathologie très limitée, ou il est envoyé dans la section où il doit aller: centre d'accueil, centre d'hébergement, maintien à domicile, retour purement et simplement chez lui parce qu'il est correct. Et ça, je pense que si on est capables d'amorcer ce mouvement dans nos centres hospitaliers, de pouvoir diriger nos patients plus âgés, on devrait être capables d'aider à désengorger les salles d'urgence d'une façon remarquable. Est-ce que tu...

M. Dutil (Renald): Oui, oui, bien sûr.

La Présidente (Mme Marois): Oui, vous pouvez y aller. Ça va.

M. Dutil (Renald): Quand on parle d'encombrement des salles d'urgence, il faut, je pense, toujours se souvenir que les causes sont multiples. Ce n'est pas par hasard que Mme Lavole-Roux a, si vous voulez, défini 21 mesures pour contribuer à solutionner le cas des salles d'urgence, 21 mesures parce que les problèmes sont multiples. Mais quand on décortique un petit peu plus, il faut d'abord faire une grande distinction au départ entre l'achalandage dans une salle d'urgence et l'encombrement ou la congestion. L'achalandage, c'est le nombre de patients qui vient dans une salle d'urgence. Et ça, pour la majorité, c'est des patients qui

viennent pour un traitement ponctuel et qui quittent. Ce n'est pas eux autres qui créent un problème aigu. Ça peut créer une atmosphère plus difficile pour le travail, mais ceux qui vraiment créent un grand problème, c'est ceux qu'on a besoin de garder sur civière d'observation ou des patients qu'on admet et qu'on doit garder à la salle d'urgence parce qu'il n'y a pas de lit sur les étages pour les monter. C'est dans ce sens que lorsque les lits aigus sont occupés soit par des malades chroniques ou fermés pour diverses raisons, ça vient nettement aggraver le problème.

Par ailleurs, quand on décortique un petit peu plus et qu'on regarde quel type de patients sont en attente d'admission dans une salle d'urgence, le plus grand nombre, c'est des malades âgés ou encore des patients qui souffrent de problèmes psychiatriques. Et c'est là qu'il faut additionner des ressources et pour les patients âgés - le Dr Richer vient d'en discuter - et pour les malades qui souffrent de troubles mentaux dont souvent la salle d'urgence est la seule ressource lorsqu'ils ont une crise pas toujours médicale. Parfois la crise est d'ordre purement social, mais à 10 heures du soir, la seule ressource c'est la salle d'urgence. Alors, il faut vraiment s'attaquer, si vous voulez, aux ressources pour ces deux catégories de bénéficiaires.

Il y a un petit moyen que notre association, à Montréal, avait suggéré et qui est encore d'actualité, un petit moyen qui peut être adapté très rapidement. C'est qu'il y ait un nombre de lits de malades aigus réservés pour les admissions prioritaires venant de la salle d'urgence. On connaît très bien le nombre de demandes quotidiennes qu'on a venant de la salle d'urgence. Si c'est dix par jour, il y a dix lits qui sont réservés pour ces demandes venant de la salle d'urgence, de façon à respecter, si vous voulez, le délai de séjour qu'on s'est imposé, soit de ne pas dépasser 24 heures. C'est une méthode qui peut être adoptée dans tous les centres hospitaliers. C'est une question de gestion des lits.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis bien heureux que vous terminiez avec ça parce que j'allais vous poser la question spécifique: Est-ce qu'il n'y a pas un problème de gestion de lits au niveau des centres hospitaliers? Il y a des choix à faire. Et ce que je comprends, c'est que vous dites: Il devrait y avoir un minimum de lits de réservés, compte tenu de l'expérience qu'on a à telle période ou telle période quant aux lits réservés à l'urgence. Évidemment, ce qu'on a entendu à l'occasion, c'est qu'effectivement il y avait des problèmes parce qu'il y avait des lits de réservés pour certaines spécialités et c'était beaucoup plus électif. Et ces lits n'étaient pas disponibles pour régler le problème de congestion des urgences. Évidemment, ce ne sont pas des choix qui sont toujours faciles à faire à l'inté-

rieur des hôpitaux, compte tenu du pouvoir de l'un par rapport à l'autre, parce qu'il y a aussi ce pouvoir-là à l'Intérieur des hôpitaux.

M. Dutil (Renald): Je dois dire que l'arrivée de médecins coordonnateurs a nettement amélioré le problème de la gestion des lits. Je dois dire aussi, d'autre part, que, même s'il est vrai qu'il peut y avoir, à certains endroits, des lits réservés pour certaines spécialités, les malades électifs ont aussi besoin d'être admis un jour, sinon, ils deviennent urgents et ils viennent, si vous voulez, aggraver le problème et on est dans un cercle vicieux. Il est normal que les médecins, qui se font un peu les ombudsmen de leurs patients - et c'est leur devoir de le faire - fassent des pressions, à un moment donné, pour que leur malade électif, un jour, entre à l'hôpital avant que sa condition se détériore. Alors, on revient toujours, si vous voulez, à la case départ. Ça nous prend des facilités au niveau des lits pour malades aigus.

La Présidente (Mme Marois): Avez-vous terminé?

M. Côté (Charlesbourg): Je termine. Avant de passer la parole à mon collègue, j'ai des statistiques sur les médecins en régions. Ça m'apparaît important de les donner, puisqu'on les a. Spécialistes en place, en 1972, c'était 80 %, dans les régions universitaires. C'est passé, en 1986, à 78 %. Avec les nouvelles mesures, donc, les nouveaux médecins spécialistes qui sortent et qui s'installent, 1987-1988, 70 % dans les régions universitaires. On voyait déjà des effets des premières mesures. 1988-1989, 41 %, donc, on voit des effets très importants, de nouveaux effectifs s'installent dans les régions universitaires. Ce qui veut dire que le reste, c'est dans les régions éloignées à travers le Québec. On passe donc, en 1987-1988, de 70,1 % à 41,3 %, en 1988-1989, ce qui me paraît assez important comme glissement vers les régions.

M. Chevette: Je peux peut-être poser une question au ministre. La mesure qui visait à faire entrer des gens à l'université en prenant l'engagement d'aller en régions éloignées, des 70 postes que vous aviez réservés, est-il exact qu'il y en a seulement 39 qui ont été pris?

M. Côté (Charlesbourg): Il y a eu, d'ailleurs ça a été dans les journaux... Je reviendrai probablement demain avec des données plus précises. Il y a eu, effectivement, dans certains cas, des problèmes d'admission à l'université reliés davantage au moment où a été reconnu le plan d'effectif. C'est davantage là qu'était le problème qu'ailleurs.

La Présidente (Mme Marois): M. le député de Fabre.

M. Joly: Merci, Mme la Présidente. Nécessairement, en commission parlementaire, il y a beaucoup de choses qui se disent. On en retient beaucoup, mais il y en a quand même beaucoup qui nous échappent. Mais il y en a qui nous marquent davantage. Il y a deux choses que je retiens de ce qui s'est dit par votre groupe, votre mouvement, cet après-midi, c'est la détérioration de la santé de certains patients, tout ceci parce qu'on ne pouvait pas avoir droit de faire la chirurgie élective avec la rapidité que ça commandait. Il y a certaines statistiques qui m'ont été apportées, qui disent qu'actuellement, à travers toutes les opérations chirurgicales qui se font, c'est quand même 60 % qui est de la chirurgie élective. Je pense qu'on pourrait améliorer ce pourcentage et tout ceci pour le mieux-être, le bien-être de la personne principale qui est le patient et la patiente en allant chercher plus de coopération de la part des médecins, de la part des spécialistes au niveau justement de la gestion et de l'attribution des lits.

J'aimerais vous parier d'une petite expérience qui s'est vécue l'été dernier, dans un certain centre considéré comme universitaire, dans la grande région de Montréal. Un médecin a hospitalisé un patient un vendredi, sachant que lui-même partait en vacances le samedi, mais tout ceci pour être certain que son patient serait prêt, quinze jours après, à être opéré pour des pontages cardiaques. Alors, peut-être qu'on peut penser que je charrie, mais je pourrai vous apporter des faits précis, des dates, le nom du patient.

Vous savez, en commission parlementaire, on cherche, des fois, à faire avouer ou à faire dire des choses, à savoir s'il y a des abus ou pas, et on s'en sauve toujours en disant "peut-être qu'il y en a, peut-être qu'il n'y en a pas", mais la personne la première qui va avouer qu'il y a des abus, c'est la patiente ou le patient lui-même, parce qu'ils ne sont pas fous. Ils réalisent que s'ils sont dans un centre hospitalier et que ça coûte 600 \$ à 700 \$ par jour, tout ceci pour faire prendre la tension artérielle ou la température et se faire servir les repas, ça coûterait encore moins cher d'être au Ritz-Cariton ou encore au Reine Elizabeth.

Alors, je pense qu'à moins qu'il y ait une très grande coopération de la part des professionnels de la santé, définitivement, on aura toujours le chaos qu'en bas ça refoule parce que en haut, nécessairement, on veut protéger certains acquis. Merci.

M. Richer: Vous citez un exemple, je pense bien que c'est un cas d'abus qui m'apparaît clair et net, mais il y a quelqu'un qui n'a pas fait sa job là-dedans. Le D.G. a tout à fait l'autorité pour aller voir ce qui se passe; on n'hospitalise pas quinze jours en attente d'une opération, ça n'a pas de bon sens. Je suis parfaitement d'accord

avec vous. Il y avait peut-être d'autres raisons, qu'il soit équilibré... Qu'il soit en vacances ou pas, le médecin, si le patient doit être préparé, je pense qu'on doit l'hospitaliser.

M. Joly: Dr Richer, pour le patient dans la même chambre, à côté, qui avait le même médecin, c'était exactement la même situation. Mais une chose que Je retiens aussi, c'est que vous avez dit que "des fois, il y a peut-être des abus parce qu'il y a un manque de contrôle", mais s'il y a un manque de contrôle, à ce moment-là, il y a quelqu'un qui est malhonnête. Sachant qu'il y a un manque de contrôle et qu'on abuse, on abuse d'une faiblesse dans le système et, à ce moment-là, je me demande si le serment d'Hippocrate n'est pas plutôt un serment d'hypocrite pour certains.

M. Richer: Bien, ce sont des mots que je trouve regrettables parce que vous me sortez un exemple.

M. Joly: Pour certains, Dr Richer, pour certains.

M. Richer: Chaque fois que vous allez me donner un exemple comme ça, monsieur, je peux vous en donner 25 autres qui se sont comportés conformément, heureusement, aux règles d'éthique. Heureusement, sans ça, dans quel système vivrions-nous? Je peux vous donner des exemples de patients qui attendent pendant un an pour avoir des pontages coronariens, des patients que je connais très bien et là, c'est le système qui abuse d'eux autres, monsieur.

Alors, qu'il y ait un médecin qui ait fait un abus du système en hospitalisant des patients pour les faire attendre quinze jours, j'achète ça; bien sûr, c'est bien possible, on est 14 000 au Québec, on n'est pas tous aussi vertueux que le prétend le Dr Roy, ce n'est pas vrai, mais on est quand même, généralement, très honnêtes. Sauf que je ne dis pas que les 14 000 vont se comporter conformément à ce qu'on souhaiterait de tout le monde, mais on ne peut pas non plus, à partir d'un exemple, juger un système comme ça, sinon c'est une vision rapetissante.

M. Joly: ...Dr Richer, c'est qu'à moins de la grande coopération de la part des professionnels, à moins que les autres médecins qui côtoient ce spécialiste et ces spécialistes, qui voient ce qui se passe et qui cautionnent, je pense que c'est plus que le système qui est malade, à ce moment-là. Ce sont certains individus qui, nécessairement - je ne sais pas pour quelle raison - peuvent cautionner ce genre d'acte ou ce genre d'inaction, tout ceci pour protéger, si vous voulez, des dates d'opération. Je n'embarque pas, je ne cautionne pas. Je pense que c'est mon devoir de parlementaire de le souligner. Je ne dis

pas que c'est une généralité, mais je dis que ça se fait, que ça se passe. C'est de là que la coopération des professionnels de la santé, qui, je l'avoue, au contraire de ce qui se disait tantôt, je pense que ce ne sont pas tous des puritains, mais que, dans l'ensemble, en général, ça fonctionne. Mais ce sont souvent ces petits abus... Vous parliez de couper de 5 %, tantôt, la facture de 2 000 000 000 \$, on parle de 100 000 000 \$; 100 000 000 \$, on fait beaucoup de chemin avec ça.

M. Richer: Je suis bien d'accord, même il y en a qui disent que 150 000 000 \$, ça va nous faire faire un bon bout de chemin dans la réforme de la loi. On pourrait sauver ça tout de suite, là!

La Présidente (Mme Marois): Alors, on vous remercie de votre présentation. J'inviterais maintenant la Fédération des médecins spécialistes du Québec à prendre place, s'il vous plaît. (17 h 15)

Si les représentants de la Fédération veulent bien prendre place, nous allons procéder à l'audition de leur mémoire. Alors, Dr Desjardins - c'est ça? - si vous voulez bien présenter les personnes qui vous accompagnent et, par la suite, procéder.

Fédération des médecins spécialiste» du Québec

M. Desjardins (Paul): Merci, Mme la Présidente. À ma gauche, Me Patrick Molinari, conseiller juridique à la Fédération; à mon extrême gauche, Dr Jean-Marie Albert, directeur des affaires professionnelles; à ma droite, Me François Aquin, conseiller juridique à la Fédération, Dr Morrie Gelfand, vice-président de la Fédération et Dr Gilles Robert, conseiller sur le conseil d'administration de la Fédération.

Notre mémoire s'avérant un peu trop long, nous avons décidé de tenter de le raccourcir et j'ai fourni aux membres, cet après-midi, un document qui s'appelle "Présentation du mémoire", qui recoupe fidèlement le mémoire original mais qui le rend plus facilement présentable.

Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, députés, mesdames, messieurs, les organismes qui ont été invités à s'exprimer sur l'avant-projet de 101 sur les services de santé et les services sociaux ont été conviés à un programme peu banal: analyser, comprendre et critiquer un texte manifestement rédigé à la hâte qui remplacerait la loi actuelle dans son entier et qui rendrait caduque la majeure partie des règlements aujourd'hui en vigueur. Nous sommes donc conviés à discuter du bouleversement de tout le cadre juridique des soins de santé et des services sociaux au Québec.

La Fédération des médecins spécialistes dont les membres représentent toutes les spécia-

lités médicales est particulièrement inquiète du sort de notre système de santé. Déjà affaibli par l'absence de politiques cohérentes et d'investissements essentiels, ce système serait chambardé pour laisser encore plus de place à la seule volonté des autorités centrales. Ceux et celles qui sont au chevet des malades et en contact direct avec les besoins de la population québécoise seraient mis à l'écart des décisions et des orientations. Les établissements de santé seraient également démembrés et privés de leur dynamisme.

La vaste majorité des initiatives et des projets locaux serait soumise à des procédures d'approbation et de contrôle qui auraient des effets paralysants. À l'heure où l'appel au partenariat devient le leitmotiv des déclarations ministérielles et où l'affirmation d'un partage des responsabilités qui soit respectueux de la contribution des partenaires est réitérée, la Fédération est d'avis que l'avant-projet de loi véhicule une vision technocratique des soins de santé. Les objectifs de qualité, d'accessibilité, de décentralisation si souvent invoqués sont masqués par un appareil d'une lourdeur excessive. Les concepteurs du texte ont retenu les objectifs qui leur convenaient sans avoir le souci de les harmoniser avec la réalité. Ils choisissent au contraire d'ignorer, de contourner ou de changer la réalité au nom d'un régime élaboré selon un modèle tiré de l'imaginaire. Selon le texte même de l'avant-projet de loi, la prestation des services de santé et des services sociaux est la dernière des sept missions de ce régime. Et encore, cette mission n'est assortie d'aucune exigence de qualité et doit plutôt respecter d'imprécises notions administratives et économiques d'efficacité.

La critique de la Fédération des médecins spécialistes est donc vive. L'éviction de ses membres des lieux où se prendront les décisions les plus susceptibles d'affecter la pratique médicale et, partant, la qualité des soins spécialisés dispensés aux malades ne peut que provoquer une opposition implacable. Non satisfaits de l'éviction de tous les professionnels de la santé des lieux de décision, les concepteurs de l'avant-projet de loi cherchent également à écarter l'influence des rapports de force et des intérêts multiples en privant chaque établissement de ses organes de gestion: l'expropriation du pouvoir des établissements au profit d'une sorte de démocratie populaire est un leurre qui masque une entreprise d'appropriation du pouvoir. La Fédération n'entend pas rester impassible devant l'ambition d'un système de santé animé par un appareil bureaucratique devenu omnipotent. Dans un tel contexte, on comprendra que la Fédération ne se soit pas livrée à une analyse exégétique de l'avant-projet de loi et qu'il ne suffirait pas de changer ici et là un mot ou une virgule pour emporter son adhésion au texte projeté.

Les observations que nous ferons portent

sur quatre volets et chacun illustre des failles majeures dans la conception de l'avant-projet de loi. Celui-ci requiert donc une révision complète et il n'est pas approprié de discuter de sa lettre avant que son esprit soit remanié et soit inspiré dans des jalons de réflexion. Nous en proposons cinq. Premièrement...

La Présidente (Mme Marois): Je vais me permettre d'intervenir brièvement. Vous avez un texte de 18 pages. Si nous passons à travers ce texte-là au complet, vous aurez largement dépassé le temps. est-il possible de le ramasser un peu?

M. Desjardins: Vous m'avez suggéré vingt minutes...

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Desjardins: Et je fais ma présentation en vingt minutes.

La Présidente (Mme Marois): Parfait, nous vous écoutons.

M. Desjardins: Merci. Premièrement, l'éviction des médecins spécialistes. Plusieurs dizaines de milliers de citoyens du Québec cessent d'être des citoyens lorsqu'ils sont privés d'exercer le droit fondamental de participer à la gestion des affaires publiques. Voilà l'une des conséquences découlant immédiatement du texte projeté. Les médecins membres de la Fédération des médecins spécialistes sont au nombre de celles et de ceux que les concepteurs de l'avant-projet évincent des conseils d'administration des établissements au nom de la participation. Le procédé est tout simplement inacceptable. Il est, à la vérité, tellement inconcevable que son rejet ne devrait requérir aucune argumentation. C'est pourtant une argumentation qui a conduit à la proposition d'exclure les médecins, les professionnels et les travailleurs de la santé et de les ranger avec les interdits et les criminels.

Pour partie inspirée des observations de la commission Rochon et des nombreuses études qui soulevaient les difficultés que posait la participation des usagers aux conseils d'administration, on conclut à la nécessité de revoir les modalités d'exercice de la participation des citoyens. En admettant qu'il en soit ainsi, on peut souscrire à l'objectif d'encourager la contribution des citoyens. C'est le moyen qui étonne: encourager la participation des citoyens, c'est exclure ceux et celles qui disposent d'une expérience et d'une expertise dans le domaine des services de santé.

La proposition reformulée serait à peu près la suivante: Puisque les citoyens ont éprouvé de la difficulté à représenter les intérêts de la communauté au sein des conseils d'administration, seuls seront désormais représentés ses intérêts communautaires. Les intérêts des gestionnaires,

des professionnels, des travailleurs sont exclus comme s'ils perdaient toute légitimité. L'avant-projet de loi préconise le rejet pur et simple d'un modèle de gestion qui favorise l'expression et l'arbitrage d'intérêts multiples.

Curieusement, toutefois, ce projet sauvegarde les intérêts du ministère de la Santé et des Services sociaux et reconnaît ceux des régies régionales. Quatre des huit membres des conseils de territoire des centres locaux de services communautaires seraient en effet nommés par ces deux instances et pourraient ainsi servir de contrepoids aux quatre membres élus lors d'assemblées publiques. Déclarer vouloir redonner le pouvoir aux citoyens en accroissant la part relative des nominations bureaucratiques est une bien étrange façon de faire. Les médecins spécialistes, tout comme les médecins omnipraticiens et tous les autres professionnels de la santé, sont porteurs d'intérêt dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ils sont également des citoyens, des contribuables et des représentants de leur communauté scientifique, territoriale, ethnique ainsi que professionnelle. Nier aux médecins spécialistes le droit de porter ces intérêts, de les affirmer et de les défendre, c'est nier à près de 6000 citoyens du Québec le droit de participer à l'orientation et à la gestion d'un système qui devrait servir tous les citoyens.

La Fédération n'acceptera jamais une discrimination aussi flagrante et n'hésitera pas à la contester jusqu'à ce qu'elle soit définitivement écartée.

Deuxièmement, l'expropriation des établissements publics. L'attitude carrément cavalière des concepteurs de l'avant-projet de loi à l'égard des professionnels et des travailleurs de la santé va de pair avec l'opinion qu'ils ont des établissements, l'identité propre à chacun de ceux-ci est un obstacle à l'idéal déclaré d'intégration des services. Ayant découvert des rapports de force entre les établissements, les concepteurs retiennent que le moyen de faire sauter l'obstacle consiste simplement à priver les établissements du seul organe compétent pour en assumer les obligations et en exercer les pouvoirs. Il s'agit d'un mode nouveau d'expropriation qui consiste à faire disparaître le titulaire des pouvoirs de gestion plutôt qu'à le priver de l'objet sur lequel il exerce ces pouvoirs.

Ignore-t-on que le dynamisme déployé dans plusieurs centres hospitaliers est le produit d'un important sentiment d'appartenance à une institution? Ignore-t-on que de nombreuses initiatives pour favoriser le développement de ces établissements sont prises et menées à bon terme par des administrateurs, des professionnels et des médecins motivés à améliorer leur milieu? Ignore-t-on que l'apport significatif des fondations est intimement lié à des projets, à des ambitions animés dans chacun des centres hospitaliers. Voilà donc, si d'aventure la proposition des concepteurs de l'avant-projet de loi

était retenue, que chaque établissement public, exception faite des centres hospitaliers et des instituts universitaires, ne serait plus qu'une succursale de dispensation de soins et de services.

La Fédération des médecins spécialistes est d'avis que l'idée de priver les établissements publics de leur organe décisionnel et de confondre les besoins et les spécificités de ceux-ci dans un conseil d'administration territorial est parfaitement saugrenue et relève de l'utopie. Quelques remarques suffiront à étayer ce jugement sévère mais inéluctable. La mesure projetée est un véritable coup de force législatif à propos duquel des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux ont déjà déclaré qu'ils ne fonctionneraient pas dans certains milieux. Il s'agit d'une fusion forcée de l'ensemble des établissements sans égard pour la mission propre à chacun. Il s'agit d'une fusion qui engendre la confusion. Confusion au plan juridique, puisque les conseils auront à transiger avec eux-mêmes et seront aux prises avec des problèmes de gestion incontournables. Confusion au plan administratif en raison d'une structure en porte-à-faux avec l'organisation interne des établissements et avec des organismes intermédiaires, les comités d'établissement qui détiendront les véritables pouvoirs.

On répliquera peut-être que l'avant-projet de loi accroît le rôle consultatif des instances de chaque établissement. La proposition est trompeuse. D'une part, l'existence de ces instances, et notamment celle des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, est loin d'être assurée dans tous les établissements. D'autre part, les modalités des consultations sont telles qu'elles se limitent à la possibilité de faire deux fois l'an des représentations devant un conseil d'administration ignorant le quotidien de chaque établissement.

Quant aux centres hospitaliers universitaires, la Fédération reconnaît qu'ils échappent en partie aux risques engendrés par ces modifications. Toutefois, il faut bien souligner qu'au chapitre de la composition des conseils d'administration de ces établissements, on a aussi choisi d'évincer les médecins spécialistes. La très haute compétitivité nationale et internationale dans le secteur de la recherche médicale de pointe exige une intime connaissance des impératifs et des règles du financement et du développement de la recherche scientifique. La poursuite de l'excellence ne laisse pas de place à l'amateurisme. De même, et dans l'hypothèse regrettable où les conseils des autres établissements étaient démantelés, la Fédération s'inquiète du sort de ceux des hôpitaux universitaires qui, à la faveur d'une discrète modification législative pourraient également être démantelés. L'absence de garantie de reconnaissance des hôpitaux universitaires de même que l'absence de garantie du maintien de leur structure

emporte que la Fédération exercera une infinie vigilance et réagira fortement à toute tentative de saper les fondements de la médecine spécialisée au Québec.

Le renforcement des appareils technocratiques. Il se dégage de l'économie générale de l'avant-projet de loi la nette impression que le renforcement des appareils technocratiques sert de trame aux différentes mesures qui sont proposées. Il est étonnant de constater jusqu'à quel point l'avant-projet de loi confie la juridiction de prendre la plupart des décisions importantes à des autorités discrétionnaires qui ne sont soumises qu'à des contrôles politiques diffus. Tout se passe comme si les concepteurs de ce texte souhaitaient s'affranchir des principes clairs qu'un texte législatif doit énoncer pour accorder aux appareils technocratiques une marge de manoeuvre qui échappe à toute intervention externe de ces appareils. Déclarer, comme il est fait à l'article 150 du projet, qu'un établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense "en tenant compte des orientations et des priorités d'action fixées par la régie régionale pour atteindre des objectifs prévus aux divers programmes établis par le ministre", c'est soumettre les établissements au respect de normes floues, imprécises et volatiles qui autorisent cependant les régies régionales et le ministère à agir à leur guise.

(17 h 30)

Cette toile de fond étant déployée, il ne faut peut-être pas s'étonner que les concepteurs de l'avant-projet de loi prévoient même que la logique technocratique pourra s'imposer sans respecter le texte législatif proposé. L'article 250 du projet prévoit la mise en oeuvre de projets qualifiés d'expérimentaux qui pourraient emporter la violation de toute mesure législative pour autant que le gouvernement délimite le champ et les conditions de ces projets. Le ministre de la Santé et des Services sociaux pourrait donc se soustraire à une loi votée par l'Assemblée nationale afin d'exercer des fonctions que cette même loi lui confie. Il y a là un paradoxe inquiétant. Se trouve-t-il plus de sagesse au sein d'un ministère sectoriel qu'au sein d'une assemblée élue démocratiquement?

Les établissements de santé sont en voie de devenir de simples distributeurs de services aux conditions qui conviendraient à l'appareil technocratique. Les centres hospitaliers ne seraient plus que des succursales assujetties à un régime auquel ils ne pourront contribuer qu'en satisfaisant des commandes venues d'ailleurs. Les constats qui ont jusqu'ici été posés pour regretter l'absence de motivation des professionnels et leur isolement dans le système de santé seront longtemps réitérés si l'on n'admet pas, une fois pour toutes, qu'il y a une limite à présumer que les professionnels de la santé et les établissements dans lesquels ils oeuvrent sont incapables de servir le bien commun. Présumer qu'un hôpital

est incapable de s'organiser correctement et que les médecins qui y oeuvrent n'ont qu'une vision étroite de leur rôle, c'est lancer une insulte dont on ne devrait pas s'étonner des effets.

La Fédération n'est pas dupe du cynisme avec lequel il est fait appel au partenariat, alors que l'un des partenaires entend s'approprier tous les pouvoirs. Le refus de reconnaître l'importance du rôle de celles et de ceux qui oeuvrent immédiatement auprès des malades, la prétention selon laquelle ces professionnels font un usage immodéré des ressources et la crainte que l'initiative privée génère des résultats favorables sont des attitudes qui permettent de douter fortement de la sagesse de ceux qui veulent définir de nouveaux rapports sociaux.

Le coût de l'improvisation législative. L'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux est affligé de vices majeurs. Si les objectifs explicites qui ont servi à guider ses concepteurs peuvent emporter l'adhésion, il en va autrement des objectifs implicites qui semblent être ceux qui ont orienté le choix des moyens. Contrairement à ce que d'aucuns ont pu affirmer, il ne s'agit pas d'une affaire d'orthodoxie dont il faut assurer le respect au nom des objectifs qui devraient s'imposer malgré les réalités. Les constats qui ont été posés et les hypothèses de solution qui ont été énoncées n'exigent pas un bouleversement aussi radical que celui qui est projeté. La Fédération est particulièrement inquiète de constater que l'avant-projet de loi relève de l'improvisation législative et d'une passion incontrôlée pour les structures. Quelques commentaires s'imposent pour illustrer les avatars qui menacent ceux qui interviennent dans le champ législatif.

L'avant-projet de loi propose le remplacement en entier de l'actuelle loi. Pourtant, un nombre important de dispositions de ce texte législatif demeurent inchangées alors qu'il eut été souhaitable de réviser plusieurs d'entre elles. Il est remarquable, par exemple, que les obscurs concepts de règles d'utilisation des ressources et de règles de soins n'aient pas été précisés. Il faut aussi souligner que là où les concepteurs ont choisi de remanier le droit en vigueur, leurs interventions ne sont pas toujours des plus limpides. Il en est ainsi au chapitre du statut juridique des établissements, déjà complexe, qui ne le sera pas moins lorsqu'il faudra tirer au clair les notions d'établissement, de corporation, de centre d'installation et de ressources. Il y a plus étonnant encore. Ainsi en est-il des dispositions qui énoncent que le membre d'un conseil d'administration qui s'abstient de voter relativement à une proposition est réputé avoir voté contre celle-ci. Contraire à l'économie de tous les principes juridiques de prise de décision par vote, la mesure proposée porte atteinte aux fondements de l'expression démocratique de la liberté de ne pas voter. Malhabile, quoique répétée dans deux dispositions distinctes, la

proposition illustre le caractère improvisé de la rédaction du texte et les conséquences graves qui résulteraient de son adoption.

Enfin, que dire des dispositions qui déterminent l'Inéligibilité de la candidature à un conseil d'administration de celui qui a été trouvé coupable d'une infraction ou d'un crime pouvant entraîner jusqu'à trois années de détention? Faut-il comprendre que les crimes comportant des sanctions plus sévères sont ignorés? Que dire de l'absence de précision sur la durée du mandat des membres des conseils d'administration?

Sauf à retourner l'avant-projet de loi sur la table de ses concepteurs et à leur assigner des mandats précis, la Fédération est d'avis que le texte déposé, s'il était adopté par l'Assemblée nationale, provoquerait un véritable chaos juridique et ajouterait au chaos administratif auquel il mène allègrement.

Quelques jalons pour une réflexion. La Fédération n'estime pas que son rôle soit celui de faire des loi que l'Assemblée nationale a pour rôle d'adopter. Elle est toutefois régie par ces lois et ses membres y sont quotidiennement soumis. Sa contribution n'est pas celle d'un légiste, mais celle d'un organisme qui, légitimement, s'attend à ce que les textes législatifs soient clairs et cohérents. Cinq jalons de réflexion doivent être posés: ils sont incontournables.

Le style législatif. L'avant-projet de loi est rédigé de façon discursive en empruntant un vocabulaire bureaucratique qui n'a de sens que pour ceux qui affectionnent les langages obscurs et éphémères. Trop de mots, de concepts et de notions sont utilisés pour décrire des réalités floues. Le texte ne comporte aucune disposition qui définisse les expressions qu'il utilise et qu'il confond souvent. Ainsi, on utilise le mot "ressource" pour désigner tantôt des lieux, tantôt des personnes, tantôt des équipements. On évoque des "regroupements de concertation multisectoriels" sans en dire autre chose. On fait un usage excessif et inutile de l'expression "le cas échéant."

La structure et la gestion des centres hospitaliers. Partant de la prémisse que chaque centre hospitalier doit être dirigé par un conseil d'administration qui lui soit propre et qui représente les principaux participants à ses activités et à ses missions, un avant-projet de loi remanié devrait énoncer clairement la définition de cette catégorie d'établissement pour minimiser les chevauchements avec d'autres catégories. De même, dans tous les établissements où les soins médicaux spécialisés sont le pivot des services dispensés, il faut impérativement que les structures soient les mêmes que dans les centres hospitaliers.

La Présidente (Mme Marois): Je vous arrête, M. le président. Je vais demander aux membres de la commission s'ils acceptent que vous

terminiez votre présentation, puisque nous avons déjà atteint les 20 minutes prévues.

M. Côté (Charlesbourg): Je trouve ça très bon. Je veux l'entendre jusqu'à la fin.

La Présidente (Mme Marois): Alors, M. le leader de l'Opposition.

M. Chevette: J'allais lui demander: À part de ça, ça va bien? Je vais le laisser continuer.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): Alors, avec l'accord des membres de la commission, vous pouvez continuer à nous présenter votre mémoire.

M. Desjardins: La pratique médicale. Si, retournés à leur table de travail, les concepteurs de l'avant-projet de loi choisissaient encore de remplacer le texte entier de l'actuelle loi, il leur faudrait être plus critiques à l'égard de nombreuses dispositions qu'ils ne font que reconduire dans le projet actuel. Quiconque observe la pratique dans les centres hospitaliers s'aperçoit que la multiplication des structures n'est pas une solution aux problèmes de gestion. À la base des services dispensés dans ces établissements, les soins médicaux spécialisés occupent un rang prioritaire, tant sur le plan du diagnostic que du traitement et de la réadaptation. Les promoteurs du projet de loi 27 avaient, dès 1981, compris que l'enjeu de la gestion hospitalière passait par les départements cliniques et par les médecins qui y oeuvrent. La réforme alors introduite est restée incomplète parce qu'on n'a pas eu le courage de confier clairement aux chefs de départements cliniques des instruments et des pouvoirs de gestion performants. On a ainsi négligé de compenser adéquatement ces gestionnaires. Un texte adapté à la nécessité de centrer les activités hospitalières sur les départements cliniques exige que soit confié à ceux-ci l'ensemble de la gestion des ressources et que leur soient assignées des responsabilités budgétaires précises. Seule une direction cohérente de l'activité de l'ensemble des professionnels de la santé oeuvrant dans un département clinique peut garantir la qualité des soins et l'utilisation judicieuse des ressources. L'application d'un régime spécifique de contrôle de l'activité professionnelle des médecins est évidemment rendue nécessaire par le statut qu'ils occupent dans les établissements. Il est, à cet égard, étonnant qu'on n'étende pas à l'ensemble des catégories d'établissements où ils oeuvrent la procédure de contrôle en vigueur dans les centres hospitaliers.

L'accès aux soins et aux services. L'avant-projet de loi est particulièrement généreux sur l'affirmation des droits des citoyennes et des

citoyens du Québec de recevoir des services du réseau de la santé et des services sociaux. Il innove en imposant aux établissements des obligations corrélatives à ces droits. Il néglige toutefois d'assurer à la population le droit strict d'avoir accès aux médecins dans les établissements et ouvre la porte à des procédures de sélection et d'admission qui seraient adoptées et appliquées par des personnes qui n'ont pas la formation requise. C'est aux médecins et aux médecins seuls qu'il revient de poser un diagnostic et de déterminer un traitement. Ce sont eux qui doivent déterminer les soins et les services requis et c'est à eux que les malades doivent avoir accès. L'accès à des structures ne guérit pas. La Fédération des médecins spécialistes a toujours favorisé l'expression du libre choix par les patients de leur hôpital et de leur médecin. C'est là une condition essentielle d'existence d'une pratique centrée sur la personne. Le libre choix doit pouvoir être exercé sans être assujéti à des règles qui, à toutes fins utiles, en nient l'expression. Les règles d'admission devraient expressément tenir compte et être limitées à l'énoncé des critères objectifs qui ne cachent pas des contingentements arbitraires ou des choix discriminatoires.

S'agissant des soins et à l'heure où on procède à une révision du Code civil, au chapitre du consentement, les dispositions retenues par les concepteurs de l'avant-projet de loi devraient être harmonisées parfaitement. Agir autrement risquerait d'introduire des incertitudes sur les exigences de qualité du consentement et sur l'information dont il dépend. De même, il y aurait lieu d'éviter les ambiguïtés sur l'imposition de soins en cas d'urgence et sur l'obligation de fournir des soins dans tous les cas où l'intégrité d'une personne est en cause.

La régionalisation et les pouvoirs centraux. Malgré les nombreuses déclarations sur la décentralisation et la recherche d'un nouveau partenariat, l'avant-projet de loi emporterait dans sa version actuelle une concentration de tous les pouvoirs effectifs au niveau du ministère et des régions. Le nouveau modèle de partage fait des établissements et des professionnels les perdants de la réforme.

Les programmes seront arrêtés et mis en oeuvre par les régies régionales. Balkanisés et affaiblis, les établissements devront probablement se satisfaire de joindre à la demande de la régie un regroupement de concertation multisectoriel. De toute manière, tous devront s'assurer du respect des règlements et des orientations et politiques du ministre. Il y a plus de changements dans le discours que dans le texte législatif projeté et les concepteurs n'ont pas fait montre d'un grand renoncement au pouvoir. Les alternatives aux projets des concepteurs sont disponibles. Il est encore temps de revoir le modèle plutôt que de constater son échec pour ensuite le camoufler à la faveur de mesures

expérimentales soustraites à la loi qu'aura adoptée l'Assemblée nationale. La fédération insiste pour que le processus de réforme législative soit planifié, cohérent et concerté. C'est de l'avenir du système de santé qu'il est question. Il convient de procéder avec le plus grand soin.

Là-dessus, je ne lirai pas les recommandations, étant donné que vous les avez dans votre mémoire. On va sauver deux minutes.

La Présidente (Mme Marois): Je vous remercie de votre présentation. J'inviterais maintenant M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. En écoutant le texte, dans un français tout à fait extraordinaire, avec toute la richesse que peut contenir un dictionnaire en termes d'expression, ça m'a rappelé certains souvenirs de mon coin d'origine. À l'occasion, on disait: Passer une "varlope". Ils se sont fait passer une bonne "varlope", comme on disait chez nous à un moment donné, ils se sont fait passer comme il faut. Ça, je considère comme texte que vous avez réussi à passer une bonne "varlope", évidemment, de votre point de vue, avec les opinions que vous émettez là-dedans et les constats que vous faites. Donc, c'est un mémoire qui est très dur. Je pense que c'est peut-être le plus dur des 240 mémoires qui nous sont soumis. Évidemment, c'est votre opinion qui, dans certains cas, remet en question un certain nombre de choses auxquelles je suis prêt à me prêter parce qu'il y a des arguments, entre autres et en particulier, sur l'absence des médecins sur les conseils d'administration.

Je dois vous dire qu'il y a du vécu qui est exposé ici qui nous oblige au moins à se questionner. Évidemment, l'idée de base n'était pas de dire: On se prive de l'expertise et de la richesse d'expertise de la profession médicale au niveau des conseils d'administration. C'était pour tenter d'en arriver à un certain équilibre qui n'est pas aujourd'hui. Donc, je dois vous dire que malgré le fait que ce n'est pas toujours plaisant d'entendre ce que vous dites et de la manière dont vous le dites, il y a quand même des choses à l'intérieur de ça sur lesquelles il faut s'arrêter et prendre le temps d'y penser.

Au-delà de tout cela, je pense que la "varlope" est un petit peu trop forte pour le pouvoir technocratique. Je ne me considère pas, moi, un technocrate, mais je pense que vous n'y allez pas avec le dos de la cuillère et je pense que tous ceux et toutes celles qui ont travaillé sur ces propositions-là l'ont fait à la lumière de milliers et de milliers de personnes qui ont été entendues partout à travers le Québec et qui ont travaillé sous des commandes souhaitant proposer une alternative.

Ce que je comprends, à tout le moins, c'est que ça permet à des gens d'intervenir et

d'exprimer leur point de vue en disant: Non, ça va trop loin, ça n'a pas de bon sens, c'est un pouvoir technocrate, un pouvoir bureaucratique. Mais il y a une chose qui est fondamentale: vous ne l'avez pas souhaité et vous ne l'avez pas voulu. Je pense que le Dr Augustin Roy nous l'a dit bien comme il faut: Ça nous a été imposé, ce système-là, à l'époque, que ce soit universel, gratuit et c'est le gouvernement qui a décidé à l'époque, qu'il vive avec son mal. Évidemment, au-delà de 95 %, 96 % du financement du réseau viennent du pouvoir qui est central. Qu'on le veuille ou pas, c'est à peu près fait pour rester, d'après ce que j'ai compris. Et le central doit nécessairement avoir un certain contrôle. Comme un médecin qui dépense son argent personnel veut avoir un contrôle sur l'argent qu'il dépense, il va falloir, nécessairement, qu'il persiste des contrôles ou qu'il existe des contrôles au niveau central, sur le plan des budgets. 10 400 000 000 \$ au Québec, dans le domaine de la santé, ce n'est pas de la petite bière. C'est quand même extrêmement important. Et on est pris avec un système qui a des problèmes. Je pense que vous les vivez, vous autres aussi. Et probablement que si on faisait exactement, si on recommençait le diagnostic des problèmes, vous arriveriez exactement aux mêmes conclusions auxquelles on arrive.

(17 h 45)

Évidemment, quand tu arrives dans les solutions du système, c'est là que les divergences apparaissent. Il m'apparaissait quand même extrêmement important de dire que le pouvoir technocratique a livré une marchandise que, forcément, le pouvoir politique a acceptée puisque c'est dans l'avant-projet de loi. Mais l'étape où nous sommes, c'est un avant-projet de loi donc qui peut être "questionné". Il peut être et sera modifié en fonction de ce que nous avons à faire.

Donc, ceci étant dit, il y a évidemment plusieurs points sur lesquels je pourrais intervenir point par point, mais je pense que ce ne serait pas utile pour les fins de notre discussion. Je vais aller directement à une question que je peux relever à la page 9. Dans le deuxième paragraphe, vous dites: l'article 250 du projet de loi prévoit la mise en oeuvre de projets qualifiés d'expérimentaux qui pourraient emporter la violation de toute mesure législative, ainsi de suite. Je vais aller directement à la question. Est-ce que, lorsque vous dites ça, vous visez des OSIS? Et si tel est le cas, qu'est-ce qui vous ferait peur dans l'implantation d'OSIS?

Une voix: Moi, je suis perdu, là. Il parle de quoi?

M. Côté (Charlesbourg): Page 9...

La Présidente (Mme Marois): Page 9 du mémoire.

M. Côté (Charlesbourg): ...de celui dont vous avez fait la lecture. À l'article 250 du... C'est ça. Vous parlez de projets expérimentaux. On ne parle pas des sages-femmes. Ici, je pense que ce n'est pas à ça que vous faites allusion. Vous faites définitivement allusion à quelque chose d'autre. Moi, je vous dis: Est-ce que les organismes de soins intégrés en santé, les OSIS, c'est ça que vous visez? Et si c'est ça, pourquoi, à ce moment-là, aurait-on peur des OSIS? Si jamais ce n'est pas ça que vous visez, dites-nous votre opinion sur l'implantation d'OSIS.

M. Desjardins: Non, ce n'est pas ça que nous visions. C'est une remarque qui se voulait une remarque théorique face à la lecture du projet de loi, à une inquiétude de notre part que vous puissiez passer à côté d'une loi qui aurait été votée. On ne visait pas un projet en particulier.

Vous me demandez de m'exprimer quant au projet des OSIS. J'ai eu beaucoup de discussions avec vos représentants quant à cette question. Nous en avons discuté à l'intérieur de notre organisme. Nous avons même invité quelques-uns de vos représentants à venir adresser la parole et tenter d'expliquer. Nous nous sommes quittés en espérant avoir des données additionnelles, des précisions additionnelles, que nous n'avons pas reçues, donc sur lesquelles nous ne nous sommes pas repenchés. Nous sommes, à l'heure actuelle, dans une situation que je qualifierais d'ambivalente. Nous ne pouvons pas dire: Oui, nous sommes d'accord, parce qu'il nous manque des informations, pas plus qu'on peut dire: Non, on n'est pas d'accord, encore là, parce qu'il nous manque des informations.

Ce qui relève d'un principe qui peut paraître intéressant, c'est la question de mettre en compétition, en émulation, je ne dirai pas des structures parce que je passe mon temps à dire que je n'aime pas les structures, mais deux types de système. À ce moment-là, il est peut-être possible que le nouveau système proposé en soit un qui aiderait à réallouer de l'argent qui pourrait être possiblement économisé dans un système A et réinvesti dans un système B. Une chose certaine, c'est qu'avant de se prononcer, on va étudier attentivement la façon dont le Toronto General évolue avec son système. Je ne dis pas que c'est un OSIS parfait, selon les définitions actuelles, mais ça ressemble à une recherche de la part de la province voisine pour une structure qui va économiser des sous. Une des grosses différences, c'est qu'en Ontario, ils ont choisi le plus gros centre hospitalier, celui qui est le plus dispendieux, celui qui a les ramifications les plus importantes étant situé à quelques pieds, je dis bien quelques pieds, de l'hôpital pour enfants et, d'un côté de rue, c'est encore à quelques pieds, d'un très gros centre à distribution de services généraux. Alors, c'est un centre hospitalier qui, effectivement, pourrait

toucher ou regrouper deux autres centres hospitaliers dont un ultra-spécialisé. Alors, cette évaluation nous sera précieuse.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez - parce qu'on n'a quand même pas beaucoup de temps - abordé la question de la régionalisation. Je pense qu'on peut l'aborder à plusieurs volets. On connaît, aujourd'hui, l'existence des CRSSS qui ont un pouvoir de planification davantage consultatif puisqu'ils ont quelques programmes où ils peuvent, effectivement, faire des choix sur le plan budgétaire.

Est-ce que, par rapport à la situation vécue aujourd'hui et au rôle que jouent les CRSSS qui ont été soulignés tantôt comme étant, à l'occasion, très effectifs, dans le cas de Pierre-Boucher et de Charles-LeMoine, où c'est sous l'égide du CRSSS qu'on a réussi à faire des choix - Dieu sait que ce n'est pas facile de faire des choix en termes de spécialités dans les hôpitaux; ça s'est réussi dans ce cas-là... Est-ce que vous voyez dans le futur une quelconque utilité à un organisme de niveau régional? Si oui, laquelle? Et, qu'est-ce qu'on pourrait lui confier comme responsabilité en tenant pour acquis qu'il n'y a pas de financement sur le plan local?

M. Desjardins: Notre position, depuis de nombreuses années c'est: Non, il n'y a pas d'avantage à avoir cette structure régionale. Nous croyons que le centre hospitalier, dans une relation directe avec une section du ministère, serait plus efficace que d'avoir un intermédiaire qui ne fait que compliquer ou alourdir la relation entre le décideur, qui est le ministre et son équipe, et le dispensateur de services qui est le centre hospitalier.

M. Côté (Charlesbourg): À ce moment-là, si je vous comprends, vous préférez les technocrates du central aux technocrates régionaux?

M. Desjardins: Bien, c'est qu'à un moment donné on en multiplie tellement. C'est une affaire qui s'autogénère et, après ça, en plus d'un conseil régional, il faudrait avoir des petits conseils pour chacune des paroisses. Et, là, on va ajouter encore d'autres fonctionnaires. Ça prend des fonctionnaires qui sont proches du décideur qu'est le ministre et ça ne prend pas des structures intermédiaires qui vont tout simplement ralentir le processus ou alourdir le processus décisionnel.

La Présidente (Mme Marois): Oui, allez-y pour une autre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, parce que c'est quand même très important. On est quand même dans une structure où il y a tout près de 1000 établissements et il est humainement

impossible de penser que le ministre peut être l'arbitre de tout ça. On a des exemples quotidiens. Pour prendre un exemple actuellement dans la région de Québec - on en vit un autre; on prend celui-là parce que c'est celui qui m'intéresse - où il est question d'hémodynamie, alors c'est exactement la même maudite chicane qu'on a vécue dans d'autres domaines où tout le monde se chicane pour être capable d'avoir le morceau chez eux. Évidemment, tantôt, c'est le ministre qui va être obligé de trancher, parce que concertation, complémentarité, c'est bien difficile, parce que, évidemment, le spécialiste qui est à l'Enfant-Jésus est aussi bon que celui qui est à l'Hôtel-Dieu et il est aussi bon que celui qui est à l'hôpital Laval, et c'est une concertation qui est extrêmement difficile. Moi, ça me fait peur.

Si j'ai peur, vous me direz: Vous avez juste à vous en aller ailleurs. Mais, comme il y a juste 365 jours dans l'année et 24 heures par jour sur le plan des décisions à prendre de manière quotidienne, c'est une structure qui me fait peur, qui me fait très très peur. Dans ce cas-là, je pense et je crois qu'il y a de la place pour un organisme régional, qu'on l'appelle régie, qu'on l'appelle CRSSS, et c'est là que je m'adresse à vous de manière plus précise pour être mieux capable de comprendre la problématique des régions éloignées. Dieu sait que lorsqu'on s'adresse aux spécialistes, on a eu une excellente collaboration de la part de la Fédération au cours des dernières années pour tenter de solutionner des problèmes au niveau des régions et une disponibilité en termes de cours. Bravo! On a réglé un certain nombre de problèmes à ce niveau-là et j'en profite pour vous remercier sur le plan de la collaboration. Est-ce que vous ne croyez pas qu'on est dans une situation où si nous avions une structure régionale, on serait mieux placé pour être capable de comprendre la problématique des régions et aussi les dispositions adéquates pour solutionner les problèmes au niveau des régions?

M. Desjardins: Moi, je vous réponds: Non, M. le ministre, je ne crois pas. On a une structure en place depuis de nombreuses années et elle n'est pas si efficace que ça. Pourquoi en avoir une autre?

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Desjardins: Pourquoi ne pas envisager... C'est parce que vous soulevez deux problèmes en même temps. En tout cas, ma perception, c'est que vous m'avez lancé deux problèmes en même temps. Vous me parlez de la complémentarité dans une ville universitaire, où il y a un bon nombre de centres hospitaliers, dans un dossier précis qui est l'hémodynamie...

M. Côté (Charlesbourg): Je peux en nommer d'autres.

M. Desjardins: Oui, il y en a beaucoup. Et c'est vrai que c'est essentiel qu'on en arrive à ça. C'est l'un des éléments qui vous amèneraient à économiser des sous dans le réseau si cette complémentarité existait davantage qu'elle n'existe aujourd'hui et beaucoup. À partir de là, ça n'a rien à faire avec le conseil régional de la ville de Québec de pouvoir dire: L'hémodynamie va être ici ou là. En tout cas, moi, je ne le vols pas.

M. Côté (Charlesbourg): Je pourrais vous donner l'exemple. Le CRSSS a formé un comité sur lequel siégeaient les médecins spécialistes de la région...

M. Desjardins: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...pour être capable d'en arriver avec des critères de sélection qui feraient en sorte qu'on fasse le bon choix. On s'est retrouvé définitivement dans une situation de cul-de-sac où il n'y a pas eu de choix de fait. Si le CRSSS n'a pas fait de choix, c'est qu'il ne pouvait pas en faire parce qu'il avait un rôle consultatif, alors que ce qu'on propose dans les régies régionales, c'est de donner davantage de pouvoirs sur le plan décisionnel. Si on avait plus de pouvoirs sur le plan décisionnel, je pense qu'on pourrait régler un certain nombre de ces dossiers-là. Évidemment, il y a l'importance de bien connaître aussi la région pour être capable d'apporter les solutions qui collent à cette région-là. Évidemment, on critique toujours les technocrates sur le plan central, qui ont une vision centrale, ils connaissent peut-être moins bien les régions. C'est vrai, à l'occasion.

M. Desjardins: Vous avez dit tantôt que - je m'excuse si je ne vous cite pas correctement - 97,3 % du pouvoir est centralisé.

M. Côté (Charlesbourg): Non.

M. Desjardins: Tant que le pouvoir est centralisé...

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas ça que j'ai dit. Vous avez raison de prendre ça en disant: Il faut faire attention. J'ai dit: C'est 97 % du financement du réseau qui est financé par le gouvernement, donc public. Je n'ai pas dit les décisions, parce que c'est 100 %, les décisions.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Desjardins: Parfait. Là, on se comprend. 100 % des décisions appartiennent au ministre. Vous voulez 99,9 %. 100 % des décisions appartiennent au ministre. Pourquoi avoir des intervenants entre la décision et ceux qui ont à vous consulter et à essayer de vous convaincre?

C'est aussi simple que ça.

M. Côté (Charlesbourg): Non, je pense qu'on ne se comprend pas parce que, pour moi, fondamentalement, c'est peut-être parce que je suis issu d'une région. Vous avez raison de dire qu'on a toujours l'impression dans les régions qu'on est mal compris à Québec. La réaction que vous avez vis-à-vis des technocrates du central, les gens des régions l'ont vis-à-vis des technocrates du central. Ils se disent: On est assez matures et on connaît assez notre région, nos besoins et notre capacité pour être capables de décider nous-mêmes d'un certain nombre de choses quant aux choix fondamentaux à faire et à effectuer. Et c'est ça que les régies régionales pourraient faire dans certains cas. Évidemment, on pourrait en discuter longtemps et j'ai l'impression qu'on va probablement s'en reparler. Je veux juste finir. Vous me permettez de vous en repousser une, parce que j'avais l'impression d'être Millen, le gardien de but des Nordiques, tantôt parce que ça rentrait passablement. Je tenterai de vous en passer au moins une petite vite. À la page 11, vous dites: Enfin, que dire des dispositions qui déterminent l'inôligibilité de la candidature à un conseil d'administration de celui qui a été trouvé coupable d'une infraction ou d'un crime pouvant entraîner jusqu'à trois années de détention? Faut-il comprendre que les crimes comportant des sanctions plus sévères sont ignorés? Que dire de l'absence de précisions durant la durée des mandats des membres du conseil d'administration? (18 heures)

Évidemment, ça va aux toasts pas mal. Là-dessus, ce que je vous dis, c'est que c'est la reproduction in extenso de ce qui existe déjà et, ce qu'on me dit, c'est qu'on n'a jamais eu de représentation pour le changer.

La Présidente (Mme Marois): Alors, le temps que vous regardiez si vous voulez réintervenir, M. le leader de l'Opposition.

M. Chevette: Oui, Mme la Présidente. En écoutant le mémoire, j'ai revécu l'année 1984. Vous, vous avez mangé une dégelée à peu près comparable. C'est pour ça que Je vous ai dit, tantôt: À part ça, ça va bien?

Des voix: Ha, ha, hal

M. Chevette: Et ce qu'il y a de pire, c'est que le style se ressemble.

Une voix:...

M. Chevette: Oui, dans tous les sens.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Effectivement, dans le style et dans le contenu. Je vous avoue que vous

passiez à sac à peu près tout ce qui bouge dans l'avant-projet de loi. Je pense, effectivement, que ce n'est pas un projet de loi qui va résister longtemps. Un avant-projet de loi... Je pense qu'on va avoir un projet de loi tout à fait nouveau qui va peut-être tenir compte beaucoup plus des réalités. Je pense que ça s'est voulu un ramassis d'orientations. On aurait eu avantage - je le disais hier, à l'ouverture - à discuter sur des grandes orientations avant de rédiger un projet qui vous amène à discuter de structures. Moi, je suis convaincu de ça. Ça aurait fait un débat beaucoup plus consistant au niveau de la commission parlementaire que de discuter de structures parce que, quand on vous amène à discuter de structures, c'est bien évident que- Moi, je suis ébranlé personnellement, en tout cas, sur la composition. Je ne sais pas ce que sera mon orientation finale après avoir entendu les 240 groupes, mais je suis personnellement déjà ébranlé quant à la composition des conseils d'administration. Je ne suis pas certain... C'est une bonne chose d'amener du monde pour donner des pouvoirs disproportionnés à d'autres. C'est quand on a trop peur de quelqu'un et qu'on l'enlève complètement, on se ramasse avec un autre qui va faire peur à tout le monde. C'est dangereux, ça. Ça, je pense que ça se vit. Pour avoir été sur un conseil d'administration de trois corporations hospitalières, y compris psychiatrique aiguë et soins prolongés, je pense qu'il faut un équilibre dans les rapports de force des gens qui s'affrontent dans un milieu.

Ceci dit, je vais vous poser les questions que je crois important de poser à tous les groupes. Vous semblez être en profond désaccord avec la régionalisation, en disant au ministre: Vous devriez avoir des technocrates à côté de vous pour entendre nos doléances, mais plus d'intermédiaires avec les établissements de base. D'abord, je vous avoue, avec la manière dont vous avez taxé les technocrates dans votre projet, vous allez en avoir une série pour être bien renseignés parce qu'ils vont avoir peur de vous autres. Je ne vous comprends pas d'être contre une structure dans le milieu, dans la région. Comment voulez-vous qu'on discute de complémentarités, les faire accepter par le milieu, avec toute la longueur de temps que ça prend, si c'est à Québec seulement qu'on décide de ça? Comment va-t-on faire cheminer du monde dans le milieu pour accepter, par exemple, que l'obstétrique, c'est à tel centre hospitalier et que la gériatrie devrait être dans tel autre? Pour qu'on puisse faire, peut-être, avec tout ce qu'on sait sur l'indépendance, l'autonomie des corporations individuellement, vous ne pensez pas que c'est le milieu qui doit avoir un rôle à jouer au lieu d'être l'omnipuissance d'un ministre? Il ne contrôle pas les déclarations des 900 D.G. ou des 900 présidents du centre hospitalier, lui. Encore moins dans un contexte où on enlèverait le palier intermédiaire qui oblige les gens à se

parler. J'aimerais ça que vous m'expliquiez pourquoi vous ne tenez pas à cette structure intermédiaire, surtout dans le cadre où on donnerait le véritable pouvoir de décentralisation, pas de déconcentration. Je suis d'accord avec vous, si vous traitez de la déconcentration. Mais si on parle d'une véritable décentralisation, est-ce que vous vous objecteriez avec la même insistance?

M. Desjardins: L'opinion de notre Fédération, on part de l'existence d'un centre hospitalier de soins de courte durée et on dit que ce centre hospitalier, pour qu'il fonctionne le mieux possible, il faut qu'il soit le plus facilement possible en contact avec le lieu de décisions. Le lieu de décisions, ça s'appelle le bureau du ministre. Plus il y a d'intermédiaires, plus ça prend de temps, plus c'est compliqué, plus il y a une lourdeur à faire prendre une décision et à faire avancer un dossier. C'est dans ce contexte-là qu'on dit: Le centre hospitalier de soins de courte durée, c'est là que ça devrait se passer et c'est de là que vient l'initiative d'un développement quelconque. Là où le ministre peut influencer cette initiative qui doit sortir du milieu, c'est, dans le contexte de l'application de la loi actuelle... il a le devoir d'approuver le plan d'organisation du centre hospitalier. Alors, le centre hospitalier doit écrire son plan d'organisation dans lequel il doit définir: c'est quoi ma mission à moi? Et c'est là que le ministre a un rôle important à jouer en essayant de pousser la complémentarité dans les missions des divers centres hospitaliers des diverses régions. Moins il y a d'intermédiaires, plus la prise de décision peut se faire rapidement et facilement. Plus il y a d'intermédiaires, plus c'est compliqué, plus ça prend de temps et plus c'est lourd.

M. Chevette: Mais vous ne croyez pas, M. Desjardins, que si vous faites d'un ministre, quel qu'il soit, de quelque formation politique que ce soit, le seul et unique maître à bord, vous risquez précisément que le ministre devienne un instrument de lobby épouvantable, épouvantable, ou les puissances qui sont structurées, qui sont organisées et qui ont les ressources financières pour faire leur lobby accaparent la grosse part du gâteau et qu'on oublie les dimensions, ce qu'on appelle les dimensions sociales et santé? Parce qu'on n'a jamais voulu, au Québec, dissocier la santé des services sociaux, à cause de l'interdépendance de l'un par rapport à l'autre. Vous ne croyez pas que c'est précisément de créer, à ce moment-là, une disproportion au niveau du pouvoir de pression entre les différents groupes et que c'est grâce à une structure décentralisée en région qu'on va recréer, au moins, une forme d'équilibre? J'écoutais les communautaires qui ont défilé, la première journée. Eux autres, savez-vous ce qu'ils disent? Même en région, ils ont la trouille de vous

autres, parce qu'ils disent: Comment allons-nous être aussi puissants sur un conseil régional pour aller chercher notre petite part du gâteau quand le monstre santé va se faire valoir? Et vous m'arrivez en disant: C'est directement au ministre. Il va leur rester quoi à eux autres, dans le monde régional, pour venir à bout d'influencer un tant soit peu les choses? Je ne sais pas...

M. Desjardins: Ma vision des choses n'est pas que le ministre est dans une situation de se faire tordre le bras à tous les jours. Vous me parlez comme si le CRSSS devrait servir de paravent ou de discussion préambulaire ou de portique avant d'arriver au bureau du ministre. Moi, je pense que dans la structure même du ministère, il y a une place pour un secteur qui ferait ce travail-là de prévenir un peu que le ministre se fasse tordre le bras et, en même temps, d'essayer de faire en sorte que ce soit la meilleure décision possible pour chacune des régions.

Deuxièmement, l'inquiétude qu'on pourrait avoir qu'une région plus riche puisse aller chercher plus de ressources et qu'une région plus pauvre devienne plus pauvre, je reviens sur les propos que vous teniez, il y a quelques minutes: Au lieu d'avoir un avant-projet de loi sur des structures, on a besoin d'élaborer des principes d'une politique de santé et, à l'intérieur de cette politique de santé, je présume qu'un des objectifs de tous nos élus est d'avoir une accessibilité dans toutes les régions et que ça se tienne, cette affaire-là. Vous avez changé des régions pour en faire seize à partir des neuf ou des dix que nous avions, il y a quelques années, bien, ça doit vouloir dire que vous essayez de maintenir un certain équilibre entre ces seize régions-là. Dans une politique de santé, c'est possible d'intégrer ça comme un des objectifs essentiels.

M. Chevette: Le Dr Albert veut compléter, je crois.

La Présidente (Mme Marois): Vous voulez compléter, oui, Dr Albert.

M. Albert (Jean-Marie): Oui.

M. Chevette: J'aurais une dernière question.

La Présidente (Mme Marois): Une dernière question.

M. Albert: Peut-être, M. Chevette, que nos commentaires et notre attitude face aux CRSSS correspondent à l'évaluation du vécu passé de ces structures-là. Vous savez, on s'était fait dire, dans le temps, par un de vos prédécesseurs: Vous faites partie de la charge de cavalerie contre les CRSSS; c'était en 1981, ça, je pense,

avec d'autres qui passaient. Et puis, les gens des CRSSS ont invité mon président. Ce sont des gens intelligents, ils ont dit: Qu'est-ce que c'est ça, votre position? Le président nous avait répondu, puis je pense que l'autre président... y était, à ce moment-là: Écoutez, messieurs, ou bien vous avez des pouvoirs ou bien vous n'en avez pas; puis, ce bout-ci, c'est moi qui dis ça dans mes mots à moi: Vous servez d'entremetteur ou d'entremetteuse.

Peut-être que notre évaluation, c'est comme si... Ça nous paraît de la façon suivante. Quand il y a des mauvaises décisions à donner, le ministre ou le ministère - on ne garroche pas des roches au ministre - envoie ça aux CRSSS, puis les bonnes nouvelles viennent du ministère. Donc, on a un fonctionnement, au cours des années, qui nous fait dire: Qu'est-ce qu'ils font? Je siège sur des commissions aux CRSSS, on a collaboré, on travaille, etc., puis tu t'aperçois que les décisions qu'on qualifie d'importantes ne viennent pas de là.

M. Chevette: Dites-moi pas qu'ils ont commencé ce texte-là, eux autres!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Non, j'avais l'impression que les sages-femmes, c'était une mauvaise nouvelle pour les spécialistes, puis ce ne sont pas les fonctionnaires qui l'ont livrée, c'est le ministre.

M. Albert: On ne parte pas des sages-femmes, là, du tout.

M. Côté (Charlesbourg): Non, on parte de bonne ou de mauvaise nouvelle...

M. Chevette: Quant au financement, parce que je suis obligé de faire vite, on m'a dit que j'avais trois questions à...

La Présidente (Mme Marois): C'est terminé; c'est votre dernière question.

M. Chevette: Dernière question. Le financement, c'est un grave problème. Comment on s'en sort?

M. Desjardins: C'est une grosse question, ça: Le financement, comment est-ce qu'on se sort de ça? C'est sûr que c'est énorme comme problème, puis comment...

M. Chevette: Je vais vous poser la question autrement. Si vous aviez eu à faire un paragraphe aussi ronflant que ceux que vous avez faits, qu'est-ce que vous auriez dit?

Une voix: Il pourrait porter sur le financement.

M. Desjardins: Je suppose que je n'ai pas grand temps pour répondre à ça, ça fait que je vais me dépêcher aussi, avant de me faire couper la parole.

La Présidente (Mme Marois): Jusqu'à maintenant, ça a été assez bien, à cet égard.

M. Desjardins: Oui, c'est magnifique. Je sors avec deux sur deux.

La Présidente (Mme Marois): Parfait.

M. Desjardins: M. Chevette, je l'ai dit dans notre mémoire, puis je reviens sur le paragraphe. La loi 27 de 1981, les règlements de 1984, je pense que c'est là qu'est la clef au financement, donc, la clef du contrôle du système hospitalier de soins de courte durée. C'est de dire: Le chef de département clinique a une job à faire, puis on lui donne des responsabilités. Il a la responsabilité des ressources matérielles, financières et humaines. Et les outils à sa disposition pour gérer ces ressources, c'est la règle de soins et la règle d'utilisation des ressources. On n'a rien fait depuis 1981. Le 18 décembre 1981, la loi a été votée, il ne s'est rien fait depuis ce temps-là. Les règlements sont de juin 1984, il ne s'est rien fait depuis ce temps-là. C'est très complexe et ça ne peut pas se faire selon une initiative locale d'un chef de département, ça prend une politique gouvernementale pour encadrer comment ça va se faire. Là, il y a une possibilité de mieux gérer l'ensemble des ressources disponibles actuellement.

L'autre chose que je pourrais ajouter, c'est toute la notion de l'informatique. Là-dessus, je reviens sur ce que j'ai entendu de mon prédécesseur, le docteur Richer. Le carnet de santé, la carte à puce, s'il y en a, des abus, dans la société, le monde qui s'ennuie puis qui fait du "shopping", on ne sait pas s'il y en a, on ne sait pas si c'est un pourcentage important, mais si on avait un dossier santé que chacun des intervenants serait en mesure de lire et d'interpréter, il n'y en aurait plus d'abus de ce côté-là. L'autre chose sur laquelle l'informatique devrait être très importante... Je vous entendais, un peu plus tôt dans la journée, vous parliez de la rémunération à l'acte, de la multiplication des actes, bon. Le carnet santé éliminerait un certain nombre de cet aspect-là. Je prétends qu'un des dossiers où il y a une dépense inutile, c'est tout le dossier des tests de laboratoire et de la radiologie en établissement. Là, on a besoin de l'aide du gouvernement pour un réseau d'informatique qui va faire en sorte qu'on va pouvoir quantifier et qualifier tout ce qui se fait dans les laboratoires de radiologie, de médecine nucléaire, d'hématologie, de biochimie, de microbiologie et j'en oublie un, de pathologie et, à ce moment-là, être en mesure de dire: Le patient a eu ce test à l'autre hôpital, hier, ou bien non, il l'a eu dans son

bilan de santé externe, il y a une semaine et ce n'est pas nécessaire de le répéter. Que ce soit un bilan sanguin, que ce soit une radiographie du poumon, que ce soit un électrocardiogramme pré-opératoire. Là, on éliminerait une source de gaspillage - c'est mon interprétation, c'est mon hypothèse, ce n'est pas prouvé - qui serait énorme. Là, on a besoin, dans ça, de l'aide du gouvernement dans l'informatisation. J'en ai discuté avec le président de la Régie de l'assurance-maladie parce que, évidemment, comme agent payeur, la Régie serait impliquée dans la gestion de ce système pour que la comptabilité se fasse entre l'établissement et la Régie. Les statistiques montées par la Régie et, ensuite, disponibles pour une plus saine gestion. Mais, on ne marche pas à coups de 100 000 \$ dans ça, on marche à coups de millions.

Dans le même dossier, il y a une façon d'éliminer des utilisateurs du système de santé, alors que les frais devraient être payés, facturés à des tiers. Je suis sûr que vous êtes aussi au courant que moi, comment est-ce qu'on en "flush", du monde, pour des radiographies pulmonaires, que ce soit pour des pré-emplois, des pré-retraites, des post-emplois ou des relocalisations, des promotions, etc.

M. Chevette: Des primes d'assurance.

M. Desjardins: Alors, vous êtes au courant autant, sinon plus que moi. Ça représente, ça aussi, un nombre de dollars important. Et ça, c'est dépestable uniquement par l'entremise de l'informatique. Aujourd'hui, on n'a pas la capacité de savoir qu'est-ce qui se passe dans ce système.

La Présidente (Mme Marois): Ça va? Alors, merci de votre présentation. M. le ministre, vous avez une phrase, un mot.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, juste en terminant. Il fut un temps où la Régie de l'assurance-maladie du Québec s'était donné comme pouvoir un seul agent payeur. Ça a été pendant longtemps. J'ai eu des rencontres avec le président de la RAMQ. Ça va aussi être un agent vérificateur, soyez-en sûr. Donc, on va tenter de contrôler un certain nombre de choses et on va rejoindre ce que vous exprimez. Mais, un gros changement à la RAMQ s'en vient.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Nous suspendons nos travaux jusqu'à 20 heures précises.

(Suspension de la séance à 18 h 18)

(Reprise à 20 h 7)

La Présidente (Mme Marois): Nous allons

reprandre nos travaux. J'inviterais donc l'Association des médecins de CLSC du Québec à prendre place, s'il vous plaît. Nous entendrons par la suite un autre groupe, soit la Fédération des médecins résidents et Internes du Québec.

J'inviterais le Dr Munger, d'ailleurs, qui nous a été déjà présenté cet après-midi, à présenter les personnes qui l'accompagnent et à nous faire part de l'essentiel de son mémoire. Vous connaissez les règles du jeu: une vingtaine de minutes et nous avons autant de temps alloué à chaque parti pour poser des questions.

Association des médecins de CLSC du Québec

M. Munger (André): Mme la Présidente, j'aimerais d'abord vous présenter, à ma droite, le Dr Mario Gaudreau qui travaille au CLSC-CH des rois-Saumons qu'on peut définir comme un CLSC périphérique, qui travaille à Saint-Jean-Port-Joli donc, mais qui est aussi attaché au département de santé communautaire à Montmagny; à ma droite immédiatement, le Dr Jean Rodrigue, ancien président de notre Association, qui travaille au CLSC centre-sud à Montréal, dans un milieu défavorisé, et qui est aussi attaché à l'hôpital Notre-Dame de Montréal; à ma droite, le Dr Rémi Côté, qui est attaché, lui, au CLSC de la basse ville, à Québec ici, qui a une emprise aussi dans un milieu défavorisé.

Je vais faire la lecture du mémoire qui est relativement court, mais vous me permettez aussi d'apporter quelques commentaires complémentaires.

L'Association des médecins de CLSC a lu avec intérêt l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux: celui-ci précise les orientations que le gouvernement entend donner au système socio-sanitaire québécois, au terme des travaux de la commission Rochon et des consultations subséquentes de la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Notre Association considère que le texte déposé propose une réforme importante, voire radicale, de ce système socio-sanitaire. Dans un premier temps, nous entendons commenter certains éléments qui nous interpellent comme association syndicale, mais aussi comme regroupement de professionnels de la santé exerçant en CLSC et comme membres de la société québécoise.

Premier élément: une politique réductionniste en regard de ses objectifs. Le système québécois de services de santé et de services sociaux constitue, à plus d'un titre, un modèle du genre dans le monde: organisation en un vaste réseau public, intégration du sanitaire et du social, concertation des actions de prévention et de soins, contrôle des coûts, pour n'en citer que quelques caractéristiques. Ce système, au début des années soixante-dix, innovait davantage en formulant des objectifs audacieux: le ministre

exerce les pouvoirs que la présente loi lui confère de façon à améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes; à rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux.

Nous ne retrouvons plus, dans l'avant-projet de loi, cette préoccupation de l'état de santé de la population et de l'état du milieu social. Plutôt, on y réduit le concept de la santé à l'amélioration de la capacité des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable. Nous ne pouvons souscrire à une telle modification des objectifs.

D'abord, c'est faire porter sur les seuls individus le poids de leurs problèmes socio-sanitaires et la responsabilité d'y remédier: le rôle du gouvernement et de la société se borne alors à offrir une gamme complète de services. Cette attitude n'est pas nouvelle: nous l'avons déjà dénoncée lors des audiences publiques sur le projet de loi sur la sécurité du revenu.

À l'heure où, comme société, nous sommes confrontés à de graves problèmes environnementaux, à des problèmes démographiques et culturels, le gouvernement ne saurait amenuiser son rôle dans le maintien et la promotion de la santé des individus, de la population et de la société.

Deuxième élément: la confusion sur les notions de centre et d'établissement. L'avant-projet de loi propose une réorganisation complète des établissements socio-sanitaires, en regroupant ce qui s'appellera désormais les centres (les anciens établissements) sous un seul conseil d'administration par territoire de CLSC, conseil d'administration qui constituera désormais l'établissement.

Cet aspect de la réforme est fondamental et mérite de nombreuses remarques, quoique, à ce stade-ci, nous ne pouvons en formuler qu'une: le texte proposé confond à plusieurs endroits centre et établissement, ce qui rend difficile son interprétation et parfois incompréhensibles les intentions du législateur.

Troisième élément: la place des services médicaux en CLSC. Notre Association avait accueilli avec satisfaction les conclusions du rapport Brunet, entre autres celles concernant les services médicaux; ces conclusions ont été reprises par la ministre dans le document "Orientations". Nous remarquons que l'avant-projet de loi, s'il stipule de manière explicite sur les départements cliniques des centres hospitaliers, est silencieux sur la structure médico-administrative en CLSC. On y prévaut aussi la nomination d'urgence d'un médecin en CH et en CHSLD, mais rien pour les CLSC. Il en est de même pour les procédures de nomination et pour d'éventuelles mesures disciplinaires; aucune mention n'est faite concernant la pratique médicale en CLSC.

En plus, si l'on prévoit trois médecins pour constituer un CMDP dans un centre hospitalier ou dans toute autre catégorie de centres, pourquoi en faut-il donc cinq dans un CLSC?

Nous accueillons favorablement le règlement sur la structure médico-administrative en CLSC. Ce document, longtemps attendu, permet une meilleure compréhension des rôles et des responsabilités dévolus au chef de médecine générale. Nous pensons que les CLSC et les services médicaux s'y rattachant pourront jouer un rôle utile et déterminant dans la mesure où une volonté est clairement exprimée dans ce sens par le gouvernement.

Les médecins oeuvrant dans les CLSC sont prêts à mettre l'épaula à la roue et à répondre, d'une façon adéquate et originale, aux besoins exprimés par la population desservie et aux priorités d'intervention définies par votre gouvernement. Mais il faudra reconnaître que les médecins de CLSC ont besoin, pour jouer le rôle qu'on attend d'eux, au moins des mêmes structures sur le plan médico-administratif que leurs confrères exerçant dans les autres centres du réseau de santé. L'avant-projet de loi, à cet égard, laisse à désirer parce que peu loquace sur la question. Il est temps que les tergiversations et les imbroglios concernant le travail des médecins de CLSC cessent. Le projet de loi actuel nous semble l'occasion rêvée pour que le gouvernement clarifie la situation.

Pour me permettre, à moi, de clarifier mes positions, nous pouvons faire certains commentaires qui sont les suivants. Le réseau des CLSC. Si ce dernier a été complété récemment au Québec, les services médicaux qui s'y rattachent sont loin d'être complets. Dans plusieurs CLSC, les médecins sont peu ou pas présents. Le principal problème de l'image des services médicaux en CLSC, c'est le manque d'uniformité. On compte près de 120 CLSC au Québec qui offrent des services médicaux, mais ces services sont complets, polyvalents et accessibles dans à peine 80 d'entre eux.

Équipes médicales en CLSC. Pour prétendre offrir des services médicaux de qualité, il faut compter sur une équipe médicale structurée. Nous avons besoin d'un chef de médecine, d'un CMDP et de toutes les structures accessoires nécessaires à la pratique médicale en établissement. Là où nous retrouvons ces structures, avec des lignes de responsabilité et d'autorité bien définies, nous rencontrons des équipes médicales stables et polyvalentes capables de faire face aux besoins exprimés par la population.

Le chef de médecine. Les rôles et responsabilités du chef de médecine, comme nous l'avons dit, ont été définis récemment, mais il faut comprendre que ce dernier doit travailler en étroite collaboration avec les autres cadres de l'établissement. À l'heure actuelle, 47 chefs de médecine ont été invités à faire partie des comités de régie de ces CLSC. On retrouve plus

d'harmonie, plus de services, une lecture et une réponse plus rapides et adéquates aux problèmes rencontrés. C'est toute la planification et l'organisation des services médicaux en CLSC qui serait simplifiée par une telle reconnaissance.

Les honoraires fixes. Ce mode de rémunération a toujours été privilégié dans les CLSC. Il nous semble encore plus conforme à la réalité de la pratique médicale contemporaine, surtout lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre du travail d'une équipe multidisciplinaire. Nous souhaitons les assouplissements nécessaires rendant possible la rétribution à honoraires fixes dans les autres unités du réseau de la santé.

Des mandats. Des services médicaux d'urgence en région éloignée au désengorgement des urgences en territoire urbain, l'éventail des services offerts est vaste et les équipes médicales en CLSC sauront faire preuve de souplesse. Encore qu'il faudrait préciser les mandats de ces institutions. Certaines commissions se sont déjà penchées sur la question et nous ne retrouvons pas dans cet avant-projet de loi les indications maîtresses nous permettant de mieux circonscrire certaines priorités. Les médecins de CLSC sont prêts à faire face à la musique et vous disposez d'un réseau qui vous permet déjà de supporter en région éloignée le réseau de garde intégrée. Il est possible de faire plus, nous le croyons. Même si la Fédération des CLSC semble endosser le volet santé de sa mission, cela ne se traduit par rien de concret sur le terrain et nous sommes à vivre encore dans bien des CLSC des pressions inutiles liées aux préjugés négatifs et non fondés qu'entretiennent certaines administrations envers la médecine et la place qu'elle doit occuper dans les CLSC.

Les omnipraticiens en CLSC. Les médecins de CLSC payés à honoraires fixes et engagés dans des programmes propres à leur établissement souhaitent que cet exercice puisse clarifier les mandats et la mission de chacun. Nous voulons demeurer des omnipraticiens et nous sommes déterminés à maintenir une partie de cette pratique en CLSC à l'intérieur d'un tronc commun représentant les services de santé courants. Les services médicaux de première ligne et l'engagement même d'équipes de médecins stables et compétents en CLSC dépendent de cette notion. Nous avons besoin d'une indication claire des intentions de votre gouvernement et de moyens concrets pour répondre adéquatement aux attentes de la population.

En guise de conclusion, notre association souscrit à la volonté gouvernementale de procéder à une révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ceci ne doit pas servir de prétexte à l'abandon d'objectifs essentiels, préalables à toute action véritable sur l'état de santé des individus, de la population et de la société.

Une réorganisation du système socio-sanitaire, pour être efficace, suppose une

adhésion massive de la population, mais aussi celle des divers intervenants du réseau. Cette dernière ne saurait être acquise sans un contrat explicite. Le texte actuel nous apparaît souvent trop confus au chapitre des droits et obligations des intervenants.

Le réseau des CLSC compte actuellement 835 médecins. Il serait temps que le législateur indique, de façon claire, à quelle enseigne il entend nous loger. L'Association des médecins de CLSC invite le ministre de la Santé et des Services sociaux à réviser son avant-projet de loi et lui offre son entière collaboration.

La Présidente (Mme Marois): Merci beaucoup. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Évidemment, je pense que ma première question s'adresse à votre interrogation quant au silence ou au supposé silence quant à la santé des Québécois. Lorsqu'on écoute et qu'on lit ce que vous dites, on semble en recul par rapport à la loi existante. Quand j'entends ça, ça m'inquiète parce que, si c'est comme ça que c'est perçu, ce n'est certainement pas ce qu'on voulait comme perception de la part des gens qui auront à interpréter, à travailler avec la loi qui est proposée. Évidemment, lorsqu'on lit l'article 1 de l'avant-projet, il est très clairement dit: "Objectifs du système de services de santé et de services sociaux: 1. Le système de services de santé et de services sociaux a pour but l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu", et ainsi de suite. "2. Les services de santé et les services sociaux prévus par la présente loi sont dispensés en vue de: 1° réduire la mortalité, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°." J'aimerais que vous soyez, si possible, un petit peu plus précis sur ce qui manque. Je veux bien saisir. S'il y a des modifications à apporter, on va les apporter. Si le texte n'est pas assez clair ou ne dit pas ce qu'on voudrait qu'il dise, ou si vous ne comprenez pas ce qu'on vous dit parce que c'est mal exprimé, ou des choses comme celles-là, je veux le savoir.

M. Munger: Si vous me le permettez, je vais répondre en deux temps sur l'ensemble du projet de loi. J'inviterai peut-être le Dr Rodrigue à répondre en partie aussi à cette question.

Je vais réserver la question de la lecture des objectifs et de son interprétation au Dr Rodrigue pour parler du fond, de ce qui vous a été souligné cet après-midi quand j'étais là. Dans le fond, cet exercice s'adresse à la structure, mais pas aux problèmes de fond, pas à l'identification de certaines problématiques fondamentales, pas à l'interprétation des mandats et de la mission, ce que j'ai souligné, dans le fond. Ce qu'on a besoin de sentir, c'est vraiment une

intention claire d'agir sur les problématiques actuelles. Je ne pense pas - et j'ai l'impression qu'un certain nombre de gens aussi qui étaient ici cet après-midi l'ont souligné - que c'est en agissant sur cette structure de fond qu'on va régler un certain nombre de problèmes et qu'on va répondre aux attentes et aux objectifs grandissants en termes de problématiques de santé et de services sociaux au Québec. Je pourrais peut-être demander à Jean de...

M. Rodrigue (Jean): Oui. Je vais commencer par un exemple. Auparavant, je travaillais en campagne pendant une quinzaine d'années et le phénomène de la monoparentalité en campagne était quelque chose qui se vivait assez bien, parce qu'il y avait un réseau familial autour de la famille monoparentale ou il y avait des amis qui faisaient que les problèmes de la famille n'étaient pas si importants.

Actuellement, je travaille dans un milieu, à Montréal, où 50 % des familles sont monoparentales. À ce moment-là, traiter une otite chez un enfant dans un milieu où il y a tant de familles monoparentales, où il y a de l'isolement, où il y a de la sédentarité des personnes, où il y a des problèmes de logement, ne s'inscrit pas du tout de la même façon. Traiter une otite, à Lac-Etchemin, pour une madame qui est monoparentale, d'un enfant d'une famille monoparentale, et la traiter dans le centre-sud de Montréal, c'est vraiment deux mondes et je pense qu'à ce moment-là ce qu'il faut réaliser, c'est que la santé d'un individu ou la santé des individus est beaucoup plus que la somme de l'état de santé de chacun.

Le texte de la loi actuelle est explicite dès les premiers articles sur cette question, à savoir que le ministre est responsable de la santé non seulement des individus, mais de la population. Vous me comprendrez - je ne voudrais pas m'enfarger dans les mots, je ne suis pas un juriste - mais disons qu'il est responsable de la santé de la population comme telle, tandis que, dans votre projet de loi, dans les premiers articles, on insiste beaucoup plus sur la santé des individus. Pour retrouver la santé de la population, il faut s'en aller dans les articles sur les DSC, à 130 et quelques, et il faut s'en aller à 289 pour entendre parler de la santé de la population. Je pense que la préoccupation de votre gouvernement pour la santé de la population est là; ce que nous, on veut vous soulever, c'est qu'elle n'est peut-être pas exprimée au bon endroit. Je pense que c'était déjà soulevé dans le rapport Rochon; ça a aussi été soulevé, je pense, dans le document "Orientations", cette nécessité d'avoir une concertation, intersectorielle pour faire face à différents problèmes de santé.

Je suis bien convaincu que les problèmes d'environnement ne sont pas du ressort du ministre de la Santé et je ne voudrais pas non plus que ça soit inscrit dans la loi, sauf qu'il

nous apparaît essentiel, comme association, que le ministre et le gouvernement se committent dans cette loi clairement en fonction non seulement de la santé des individus, mais aussi de la santé de la population. Je pense que, dans un tel esprit, il y aurait des changements par rapport à la perception qu'on a des problèmes de santé, de telle sorte que c'est beaucoup plus au poids que vous donnez à la santé de la population dans votre projet de loi qu'on en a. On ne veut pas prétendre que vous n'avez pas d'intention par rapport à la santé de la population; ce qu'on prétend, c'est que le poids que vous accordez à la santé de la population par rapport à la santé des individus nous apparaît disproportionné. On pense qu'il y a une importance à donner à la santé de la population dès les premiers articles de la loi.

M. Côté (Charlesbourg): Je saisis un petit peu mieux, sans nécessairement comprendre totalement.

M. Rodrigue: Il faudrait que vous veniez à centre-sud.

M. Côté (Charlesbourg): Je me suis contenté à l'occasion, aux Transports, de les subventionner, parce que je connaissais la problématique là-bas par l'entremise de l'OPDQ. Évidemment, ce sont des situations assez particulières. Moi aussi, je suis issu d'une région, la Gaspésie, et je comprenais un peu ce que vous disiez tantôt. Mais je suis en ville depuis quelques années; en ville étant Québec, pour moi. Évidemment, c'est le maximum où je peux me plaire. Je trouve que c'est véritablement un milieu de vie extraordinaire par rapport à la grande ville, puis par rapport à ce que j'ai vécu dans mon milieu d'origine.

Évidemment, vous avez dit: On en parle, on en traite dans les articles 200 et quelques au niveau des départements de santé communautaire. On parle beaucoup, effectivement... On est dans le curatif à plein régime - on l'a vu encore cet après-midi - et je ne suis pas sûr que c'est demain qu'on va s'en sortir si on ne prend pas le taureau par les cornes. Il faut donc parler de prévention, il faut parler de promotion. Comme vous êtes des médecins qui travaillez en CLSC et qu'il y a aussi des médecins qui travaillent en départements de santé communautaire, un des problèmes que j'ai avec le système, actuellement, c'est qu'on se pile sur les pieds. Les champs ne sont pas toujours très bien définis. Évidemment, dans l'exercice qu'on s'appête à faire, malgré le fait que ça ne se veut pas nécessairement un exercice de structures - on a peut-être plus ou moins bien réussi, mais ce n'est pas ça que ça se voulait - il y a des choses qu'il va falloir éclaircir. On est en rareté de ressources, il va falloir que chacun s'occupe de son affaire. C'est quoi, la jonction, la complémentarité, les

liens CLSC départements de santé communautaire dans les objectifs qu'on poursuit? Ça m'apparaît important de vous poser la question à vous autres. Je vous le dis tout de suite: Je vais la poser aux départements de santé communautaire quand je vais les voir et je vais faire la même chose quand les CSS vont venir, puis les CRSSS, parce qu'il y a des grands pans de mur où ce sont des zones grises. On va éliminer les zones grises, mais j'aimerais bien entendre tout le monde là-dessus.

M. Munger: Je vais vous répondre à cette question-là d'abord en précisant qu'il y a des notions qui sont relativement galvaudées, comme celle de la prévention, par exemple. Ça vous a été souligné cet après-midi. C'est un concept qu'on utilise à toutes les sauces et qui est articulé de façon souvent, à mon sens, malhabile. Il y a, c'est sûr, des interfaces entre chacun des établissements ou des rôles respectifs, j'entends, par exemple, les départements de santé communautaire, les CLSC, les cliniques privées, les hôpitaux. L'intérêt de la structure des CLSC, c'est justement d'être une interface comme ça et de voir des gens attachés à des programmes, à des secteurs, à des problématiques particulières, en mariant certains aspects, bien sûr, parce que le socio est à l'intérieur de cette structure-là, être capables d'agir à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires, mais à l'intérieur de programmes aussi. C'est-à-dire que la préoccupation de planification santé et la reconnaissance des grands objectifs en termes de prévention sont là. Il y a des équipes qui s'attachent à des problèmes particuliers, mais qui ne font pas comme telle de la santé communautaire.

On s'inspire des grandes priorités qui ont été définies, des grandes problématiques de santé qui sont définies à un autre niveau, par exemple, au niveau du département qui devrait nous offrir le support sur le plan de la recherche, sur le plan des indications des grandes problématiques de santé. En fait, c'est, à mon sens, la responsabilité fondamentale des départements de santé communautaire d'offrir ce support-là et cette vision-là élargie, de disposer d'un certain nombre de spécialistes ou d'éléments à l'intérieur de cet établissement-là capables de répondre aux grandes préoccupations des intervenants.

Mais dans le milieu, ce qu'on va demander à ces gens-là, c'est d'être capables de traduire ça pour la population et pour ceux qui le demandent justement, en services cohérents, justement, avec les priorités définies et les moyens raisonnables, convenables de circonscrire une problématique donnée.

L'intérêt de la pratique médicale en CLSC, et je l'ai souligné tout à l'heure, c'est d'être capables, justement, de jouer à cette interface-là. À mon sens, ce n'est pas de la santé communautaire qu'on fait, ça s'inspire beaucoup d'une problématique ou d'une préoccupation en

termes de prévention, mais c'est aussi être capables de marier ces préoccupations-là avec le fait qu'on donne, sur place, des réponses aux besoins qui sont exprimés par la population. Et c'est vrai en Gaspésie. J'ai parlé du réseau de garde intégrée, mais il faut comprendre aussi qu'il y a d'autres problématiques. Il y a des gens qui travaillent en milieu défavorisé, il y a des gens qui travaillent en milieu périphérique et les besoins sont différents d'une place à l'autre. C'est pour ça qu'il y a une certaine originalité, une certaine souplesse qui doit être présente aussi à l'intérieur de ces équipes soignantes là.

M. Rodrigue: Juste pour ajouter...

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Rodrigue: Je pense que le problème n'est pas tellement au niveau de la complémentarité entre les DSC et les CLSC. Je pense que ça, maintenant, c'est quelque chose de relativement clair, en tout cas, sûrement beaucoup plus clair qu'entre les CSS et les CLSC dans certains cas. Je pense qu'il y avait une question de complémentarité ou même, si on peut soulever le mot, de concurrence, c'est beaucoup plus avec la pratique médicale de tous les jours. Je pense que les CLSC sont des établissements de soins de première ligne, ce sont des soins médicaux, infirmiers et psychosociaux, comme c'est marqué, d'ailleurs, dans le document "Orientations", et c'est beaucoup plus à ce chapitre-là qu'on doit parler de complémentarité ou de concurrence qu'avec les relations avec les DSC comme tels.
(20 h 30)

Si on a une préoccupation, c'est beaucoup plus au niveau de savoir quelle est la place que vous voulez que les médecins omnipraticiens, les médecins traitants de première ligne occupent dans les CLSC.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, toutes les questions s'enchaînent parce que, au fur et à mesure qu'on discute, on discute de la problématique vécue sur le terrain. Je me souviens de conversations que j'ai eues avec le président de la Corporation professionnelle des médecins, le Dr Roy, dans un dossier récent sur les sages-femmes où il avait, lui personnellement - et là il s'exprimait comme président de la Corporation - beaucoup d'interrogations sur ce qui se passerait dans les CLSC. Et, évidemment, quand on entend ça, dans mon livre à moi, c'est par rapport aux polycliniques. Il y a un débat sur la place publique. On parle de plus en plus qu'il faut en privatiser une partie, tenter des expériences avec des OSIS, en particulier. C'est quoi votre rôle par rapport à une polyclinique qui serait sur le terrain, demain matin? Parce que, finalement, tout le monde s'adresse à la première ligne. Est-ce qu'il y a de la place pour les deux?

M. Munger: Bien sûr qu'il y a de la place pour les deux. Évidemment, c'est complémentaire, bien sûr, si c'est un réseau.

J'ai souligné tantôt, par exemple, sur le problème d'image que vous soulignez, les réserves qu'on a. J'endosse ça en partie. Je vous l'ai dit: Le réseau manque d'uniformité, c'est-à-dire que dans certains endroits il y a des attentes, puis des réponses, puis, dans d'autres, il n'y en a pas. C'est un système qui, à mon avis, n'est pas fiable actuellement, qui rend des services importants.

Bien sûr, on l'a souligné, il y a ce concept de concurrence. Est-ce que la place existe pour les deux, est-ce qu'il y a un mandat qui leur est propre? Moi, je dois vous avouer franchement que, médecine pour médecine, nonobstant les modes de rémunération, je pense que, dans le fond, ça s'inscrit dans une certaine complémentarité. Je vois, par exemple, que pour certaines régions il y avait des difficultés d'implantation de polycliniques. Il y avait des médecins qui étaient des bons médecins de famille depuis une certaine époque, surtout dans les villages en région périphérique ou en région éloignée. Il y a des CLSC qui se sont implantés, puis ils ont offert les services médicaux à ces endroits-là, et puis, pour toutes sortes de raisons, ça s'est greffé là-dessus, les autres médecins se sont intégrés dans ces services-là. Il y avait un modèle de pratique qui était intéressant.

Il faut penser aussi qu'il y a le modèle de pratique qui joue et qui entre en ligne de compte. Moi, j'achète en partie le concept des polycliniques, bien sûr, mais il y a des réserves là-dessus aussi. Penser que ce modèle-là va répondre à tous les besoins puis à toutes les demandes au Québec, c'est une autre chose aussi.

D'un autre côté, je vais vous dire franchement, où est-ce qu'on va mettre une polyclinique puis où, plutôt, on va favoriser un CLSC? Ça devient un débat insoluble. On n'en sortira pas. À mon sens, ça prend une démarche relativement uniforme. Il y a un certain nombre de médecins... Je pense que les CLSC, n'ont pas un appétit sans limite. Je pense que ce qu'on souhaite à l'intérieur des CLSC, c'est avoir une équipe médicale en cohérence avec la mission, les besoins, le mandat, etc. Bien sûr, ces médecins-là ont été assaillis par une foule de demandes particulières en termes de population. On attribue, par exemple, aux médecins de CLSC de travailler beaucoup plus avec certaines couches de population, les populations défavorisées, etc.

Effectivement, probablement que ça correspondait à un besoin et que ça correspondra à un besoin pour les prochaines années qui s'en viennent. Moi, je le crois encore. Mais, comme je vous le dis, je pense que ces concepts-là, même au niveau de la rémunération, ça peut être intéressant, effectivement. Je pense qu'il y a une bonne qualité de services et, jusqu'à un certain point, c'est un certain stimulus.

Je vous dirai aussi que, pour toutes sortes de raisons, moi, j'ai privilégié l'approche ou la pratique médicale en CLSC, d'une part, parce que je croyais à ce concept-là, j'ai acheté ça. Je voyais aussi qu'on pouvait faire effectivement de la prévention, mais qu'on ne perdait pas nos qualités essentielles de médecin. Dans le fond, ce qu'on me demande de faire dans un CLSC et ce que je comprends, c'est de la médecine et moi, j'achète ça. Dans la mesure où ça ne sera plus ça, je pense que je n'aurai plus affaire là. Ça, c'est bien clair.

Je m'en tiendrai là pour le moment.

La Présidente (Mme Marois): M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Merci, Mme la Présidente. Je vais afficher tout de suite mes couleurs. Je suis pour les CLSC, je suis pour le développement des CLSC éventuellement. Maintenant, on ne peut pas se fermer à différentes hypothèses.

Mais j'aimerais, dans un premier temps, vous poser la question suivante. Vous nous parlez de manque d'uniformité et, du même souffle, vous nous dites: Respectons les disparités. Moi, j'y vois un certain paradoxe. Par la suite, je poursuivrai avec un certain nombre de questions.

M. Munger: Quand je parle d'uniformité, j'entends un tronc commun. En dehors d'un tronc commun, je pense que c'est impensable. C'est-à-dire qu'on ne peut pas, par exemple... Quand je dis uniformité - je pense à ce que j'ai dit tout à l'heure quand je finissais la réponse à la question qui m'était posée - c'est qu'on va demander au médecin de faire de la médecine, bien sûr, et il y a un tronc commun qui s'appelle les services de santé courants auxquels l'équipe médicale sera rattachée, bien sûr.

Par contre, la pratique médicale en CLSC impose une nouvelle vision, un nouveau modèle de pratique. Ça se fait par secteur d'intervention, par programme, etc. Eux vont composer avec la réalité qui est présente dans le milieu. Ces programmes, ces secteurs qui vont être définis vont l'être en fonction des problèmes qui sont locaux, qui sont territoriaux. Et ça va demander, l'engagement sur le plan de la prévention ou sur le plan de la santé communautaire comme telle, une certaine souplesse qui va faire, par exemple, qu'au centre de la ville de Montréal les programmes qui seront mis de l'avant, ce seront des programmes particuliers et que par exemple, dans la Vallée de la Matapédia ou ailleurs, ce sera d'autres programmes.

Ce que je vous dis, par exemple, c'est qu'en tout temps, dans ces milieux, ce qu'on va demander au médecin, c'est les services de consultation, besoins qui seront exprimés, par exemple, par l'entremise du programme de périnatalogie. Bien sûr, ces enfants vont vieillir,

ces enfants auront des familles, mais le concept de médecine familiale reste là. On ne peut pas demander aux gens de consulter, pour un problème, dans un établissement et de reconnaître que, pour un autre problème, pour l'enfant voisin, celui qui suit ou le grand-père, c'est ailleurs qu'on va. Les gens, dans cette dynamique de soins et de services, identifient souvent, dans le milieu, des endroits où ils sont raisonnablement bien servis et où ils ont accès à des services de qualité, mais dans le concept de la médecine globale, de la médecine familiale.

Dans ce sens, ça manque d'uniformité. Mais, bien sûr, comme je l'ai dit, pour les régions, en termes de programmes, il faudra s'attacher à des problématiques qui sont locales et particulières.

M. Côté (Charlesbourg): O. K. Allons-y de façon plus particulière. Vous me parlez d'un tronc où on peut avoir une certaine équipe multidisciplinaire qui peut travailler. Alors, expliquez-moi de quelle façon on peut, dans un projet de loi, définir les missions de chacune des institutions et le respect des champs de pratique des professionnels, et, en même temps, y aller de façon multidisciplinaire, respecter le cloisonnement des conventions collectives et les heures d'ouverture des CLSC. Allons-y là-dedans.

M. Munger: Oui. Regardez. Dans le choix des priorités, je vais vous dire tout de suite des choses qui sont évidentes.

M. Côté (Charlesbourg): Mais comment le définir et travailler en équipe lorsqu'on ne peut pas offrir le service, en respectant le champ d'activité des conventions collectives? Parce que ce sont les contraintes auxquelles on est soumis.

M. Munger: Mais vous savez déjà qu'il y a des champs d'activités qu'il y a des créneaux qui sont clairs. Le maintien à domicile, c'est un concept que les CLSC achètent. Je pense que votre gouvernement a intérêt aussi à investir dans ce concept-là. On a vu la lourdeur que ça pouvait représenter, le vieillissement de la population, etc., les services à domicile, etc., l'intégration d'équipes multidisciplinaires. Alors, ce que je vous dis aussi, c'est qu'il y a des créneaux comme ça qui sont relativement bien circonscrits actuellement, par exemple, le maintien à domicile. Il existe d'autres priorités. Par exemple, chez nous - je vais vous donner des exemples - on a un service de périnatalogie qui était un service de "Mieux naître" avec un service d'obstétrique, etc. Ça existe aussi dans les CLSC, dans certains endroits, parce qu'on jugeait, à ce moment, que c'était opportun.

Vous avez parlé d'accessibilité et ça, ça me touche beaucoup. Moi, je viens de ce qu'on appelle un vieux CLSC, et je suis un vieux médecin de CLSC parce que ça fait douze ou treize ans que je suis dans le système. Et c'est

relativement jeune, cette réalité-là. Je veux bien. Et ce ne sont pas les médecins qui résistent à l'accessibilité dans les CLSC. Je vais vous dire honnêtement: Chez nous, c'est un concept qu'on achète parce qu'il y a un concept plus fondamental qui est la continuité des soins. Ce qui fait en sorte que, quand je vous ai dit tout à l'heure que les gens autour de la table ici avaient des attaches dans les CLSC, j'ai, de par cette responsabilité-là, moi aussi, des attaches dans un centre hospitalier. Quand on fait du maintien à domicile, c'est bien dommage, mais quand on intègre les services et les soins, il faut être accessible, il faut avoir un système de garde et nos entrées dans les hôpitaux. Quand je vous ai parlé tantôt d'un peu d'ouverture nécessaire sur le plan des modes de rémunération pour les autres unités du réseau, je comprends et je témoigne de la difficulté que j'ai actuellement à travailler à horaires fixes dans un CLSC, à traiter mes patients et à devoir changer d'honoraires parce que je suis dans un hôpital; ça ne finit plus, les emmerdes.

Je vais vous dire autre chose ou témoigner d'une situation. Les médecins sont pour l'accessibilité, mais pas à tout prix. J'ai vu dans des CLSC, par exemple, la situation suivante: on demandait à une jeune femme médecin, qui n'avait pas beaucoup d'expérience, d'assurer le service de garde avec une clé, dans une région périphérique éloignée où elle devait répondre le soir et la nuit aux services d'urgence, où il arrivait n'importe quelle condition, sans aide, sans infirmière, sans infirmier présent, sans garde de sécurité, etc. Ce n'est pas uniquement aux médecins qui travaillent dans les CLSC de faire les frais de l'accessibilité. Je vous dis que nous sommes prêts à endosser, qu'on achète ce concept-là, mais il faut encore que ça s'organise en cohérence avec la réalité de la vie moderne.

M. Rodrigue: Un autre point que j'aimerais ajouter là-dessus...

La Présidente (Mme Marois): Oui, allez-y.

M. Rodrigue:... rapidement. Actuellement, vous avez un peu défini... C'était votre prérogative de définir... L'objet de la discussion, c'est l'avant-projet de loi. Si on avait eu à discuter du document "Orientations", il y a beaucoup de choses sur les CLSC, dans le document "Orientations", dont on aurait pu discuter, entre autres, l'accessibilité et tout ça. Or, ce dont on discute, c'est de l'avant-projet de loi. Si nous, on s'en rapporte un peu à l'histoire antérieure, au moment de la loi 27 et des choses comme ça - ce n'était pas votre gouvernement, c'en était un autre, mais quand même - il y a eu un flou dans la loi au niveau du rôle des médecins dans les CLSC, entre autres, par le fait qu'on ne spécifiait pas les conditions d'exercice des médecins dans les CLSC, comme on le stipulait

dans les hôpitaux. Ça a pris dix ans avant qu'on réussisse à convaincre la ministre. Il y a eu d'autres ministres par la suite et, finalement, ça a pris dix ans avant qu'on convainque les différents ministres pour aboutir enfin à un projet de règlement qui définissait qu'il y avait dans les CLSC un chef de département de médecine générale.

Actuellement, l'avant-projet de loi stipule sur la pratique médicale dans les hôpitaux, dans les centres hospitaliers de longue durée et les centres hospitaliers de courte durée; il ne stipule pas sur les CLSC. À ce moment-là, nous disons qu'il n'est pas question de discuter de multidisciplinarité ou de choses comme ça - ce sont des choses avec lesquelles on est d'accord - il n'est pas question de ça dans le texte de loi. Ce qui est dans le texte de loi, c'est qu'on stipule sur l'activité médicale dans tous les établissements pratiquement, sauf dans les CLSC. On ne stipule pas sur les conditions de nomination des médecins dans les CLSC, on ne stipule pas sur les nominations d'urgence, on ne stipule pas lorsqu'il est temps d'avoir des mesures disciplinaires sur les médecins. Ce que nous posons comme question, c'est: Si on n'en parle pas, pourquoi? Est-ce que c'est parce qu'on l'a oublié? Est-ce que c'est parce qu'on prétend que les médecins dans les CLSC sont appelés à une vocation de deuxième ordre? Est-ce que c'est simplement parce qu'on veut en parler ailleurs? Nous disons qu'il y a 800 médecins dans les CLSC. Ces médecins-là exercent une médecine familiale qu'on pense de haut niveau, qui coûte sûrement un peu moins cher que d'autres types de pratique, quand on regarde nos revenus à la fin de l'année.

Tout cela étant dit, je pense que la qualité de la pratique médicale dans les CLSC est sûrement présente. Il y a une clientèle qui les fréquente; il y a 10 % des médecins omnipraticiens qui sont dans les CLSC. Dans l'enquête de Santé Québec, il y avait environ 6 % à 10 % de la clientèle qui consultaient dans les CLSC. On ne peut pas dire: Les gens ne viennent pas dans les CLSC; il vient dans les CLSC autant de gens qu'il y a de médecins pour les accueillir. On ne demande pas qu'il y ait 6000 médecins dans les CLSC, mais on dit: Il faut que le secteur de la pratique médicale en CLSC soit bien clarifié et que, vraiment, on permette à ce secteur-là d'offrir des services à la population, services qui sont à la fois complémentaires et différents de ceux de la pratique privée et que la clientèle puisse choisir.

M. Paradis (Matapédia): Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Marois): Ça va? Une dernière sous-question? Oui, d'accord.
(20 h 45)

M. Paradis (Matapédia): Oui, c'est ça, peut-être un commentaire pour terminer. Si on avait

eu la prétention d'avoir la vérité, nous aurions un projet de loi et non pas un avant-projet de loi. Si l'oubli du CMDP dans les CLSC vous a permis ou vous a donné l'occasion de le revendiquer ouvertement, publiquement, eh bien tant mieux.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je voudrais bien m'organiser comme ça, moi.

La Présidente (Mme Marois): C'est une façon très positive de voir les choses. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, s'il vous plaît.

M. Trudel: Merci, Mme la Présidente. C'est bref comme présentation, mais extrêmement intéressant, la perspective que vous nous présentez et ce que vous êtes comme alternative au Québec, comme ressource. Vous disiez tantôt: Je suis un vieux médecin de CLSC, depuis douze ou treize ans. On a vu pendant toute la journée tout l'autre aspect de la santé au Québec et du curatif. Le ministre sera certainement d'accord pour dire que ça présentait un certain nombre de difficultés qui étaient, le moins que l'on puisse dire, incontournables dans beaucoup de cas. Et c'est intéressant d'entendre ce que vous nous dites ce soir, en revenant d'abord aussi sur cette question de la préoccupation des objectifs de la loi. C'est la première fois, que je sache, qu'un groupe nous en parle ici. Effectivement, c'est tout à fait différent que l'État soit préoccupé de rendre des services aux individus, de le définir comme objectif fondamental dans le projet global visant à donner des services aux individus, s'il n'ajoute pas ou s'il n'inclut pas le milieu dans lequel vit cet individu. Vous avez très bien témoigné - et on a fait la démonstration à plusieurs endroits ici, dans plusieurs mémoires - par exemple, et on est un peu fatigués de le répéter, qu'il y a plus de problèmes, plus de situations dramatiques, une plus grande prévalence au niveau de la maladie, au niveau des problématiques de santé dans un milieu pauvre, dans la pauvreté. Si nous n'incluons pas, dans cet objectif de l'état global de santé de la population, la préoccupation de l'environnement dans lequel est inscrit cet individu-là, ça nous empêche de penser, dans toute la mécanique qui en découle, à protéger et à voir à cet aspect-là.

La première question serait la suivante. Comme beaucoup d'organismes, les CLSC, pour avoir des contacts assez fréquents avec ce monde-là, se plaignent d'un sous-financement. Ce n'est pas à cette constatation spécifique que je veux m'attarder parce que tout le monde est sous-financé dans le réseau actuellement, tout le monde a une bonne raison pour dire qu'il est sous-financé. Cependant, le mode d'allocation,

ne serait-ce que cela, le mode actuel d'allocation des ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux au gouvernement du Québec ne tient pas compte, justement, ou n'est pas basé sur l'état de l'environnement dans lequel est situé le service qu'on aurait à rendre. Est-ce que vous pensez qu'il faudrait baser notre système d'allocation des ressources dans un milieu donné sur l'état de l'environnement, l'état de la population, le niveau de risques que l'on retrouve dans cette population, le niveau de la prévalence de maladies, etc.? Est-ce que vous pensez que cela devrait être un critère fondamental au niveau de l'allocation des ressources?

M. Munger: Vous me lancez là sur un terrain relativement glissant où je n'ai pas de réponse facile.

La Présidente (Mme Marois): C'est celui où on pratique, nous, habituellement.

M. Munger: C'est un terrain avec lequel je suis moins familier. Je vous dirai simplement que je ne suis pas vraiment en mesure de répondre à cette question-là. Je comprends la préoccupation que vous amenez et je la trouve fort pertinente. Comment ça se traduit, par exemple, chez nous? Ce n'est pas tout à fait ça. Sur le plan des effectifs médicaux dans les CLSC, il y a un problème. Vous parliez de l'allocation de ressources. Je vous ai parlé tantôt de non-uniformité du réseau. Quand on a des vieux CLSC, par vieux, entendons d'une quinzaine d'années, d'une "quatorzaine" d'années, il y a dans ces groupes des équipes médicales constituées; le volet santé était mieux organisé, etc. La réalité fait en sorte que les nouveaux CLSC se plaignent actuellement des problèmes de sous-budgétisation et voient dans l'arrivée de médecins des frais afférents astronomiques. Je ne suis pas, encore là, en mesure de voir si c'est vrai ou si ce n'est pas vrai. J'aurais des réponses, des commentaires à faire, mais il me semble que ce serait moins pertinent de les faire ici. Ce que je pense, par contre, c'est que, priorité pour priorité, l'éventail de ces priorités est dur à circonscrire. Je vous avouerai franchement que d'attacher des budgets à un certain nombre de priorités... Il y a des priorités, quand même, qui font un relatif consensus. Je vous ai parlé de notre engagement dans le maintien à domicile; c'est probablement une réalité mur à mur au Québec. Je dois vous dire qu'on a un certain nombre de contrats ou de services qu'on peut offrir qui vont faire l'objet d'un certain nombre de consensus. Je vous dirai, par contre, qu'il y aura probablement dans les CLSC, et sûrement dans vos têtes, des choix douloureux à faire en termes de priorité. J' imagine que ce sont les budgets qui vont circonscrire un petit peu la pratique et la réalité. Ça, je pense que c'est vraiment votre travail. Mais je ne peux pas vous éclairer davantage là-dessus.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Trudel: Très bien. Regardons une autre dimension. On a abordé la question de la complémentarité. Sous un autre aspect, il y a toute la question de l'action du communautaire alternatif, le communautaire tel que défini dans la loi. On a eu certains reproches au cours des présentes audiences sur le manque de définitions ou de précisions. Vous êtes dans le champ de l'action communautaire à l'intérieur d'un organisme prévu à cet effet. Comment voyez-vous ça, l'arrimage du communautaire non institutionnalisé, entre guillemets, par rapport à l'action que vous menez, à ce que vous faites dans la réalité sur le terrain?

M. Munger: Chez nous, ça s'exprime par un concept, c'est l'approche communautaire. Ce concept doit être acheté par les différents intervenants, y compris les médecins. C'est-à-dire que le modèle qui est proposé, et, je dirais, enseigné dans les CLSC - parce qu'on y fait aussi là nos écoles; n' imaginez pas que c'est sur les bancs de l'université qu'on va apprendre ça - nous apprend à composer avec cette réalité, cette composante et cette manœuvre générale. Il ne faut jamais oublier que les CLSC s'inspirent d'un triple volet, le volet santé, le volet psychosocial et le volet communautaire. Volet communautaire qui en a pris peut-être un peu pour son rhume dernièrement, mais ça a laissé des traces et c'est encore présent. Je ne veux pas dire que c'est absent. Mais je veux dire que ça a marqué l'ensemble des intervenants du réseau. Je pense que ce qu'on favorise - et, d'ailleurs, il y a un exercice qui est prévu dans mon CLSC actuellement dans ce sens - c'est une approche collective qui est une approche communautaire. Ce n'est pas de demander nécessairement aux organisateurs communautaires de porter sur leurs épaules le "packsack" du communautaire, mais d'investir chacun des intervenants de cette préoccupation. Ce qui me semble un concept, et ça c'est la réalité de la pratique médicale en CLSC, c'est d'être voisin des intervenants psychosociaux et de composer avec cette réalité, donc travailler de concert, mais c'est aussi endosser la mission générale et acheter l'emballage général.

M. Rodrigue: Ici, on pourrait vous donner un exemple bien précis. On a eu une discussion l'autre jour au sujet d'un patient sidéen. Comme équipe, on était en train de se demander qui était l'intervenant principal par rapport à ce sidéen, qui faisait le plan de traitement, qui avait l'intervention la plus significative par rapport à ce patient sidéen. Finalement, on a réalisé, au bout de trois minutes - parce qu'on essaye de faire en sorte que nos réunions ne durent pas trop longtemps - que l'intervenant principal de ce sidéen, c'était l'auxiliaire familial,

c'était la personne qui, régulièrement, deux, trois fois par semaine, allait donner un bain à cette personne, allait organiser son ordinaire. Dans un CLSC, quand on parle d'approche communautaire, de complémentarité ou de choses comme ça, souvent on a l'impression que c'est un tas de gens qui discutent autour d'une table et qui ne font jamais rien, ou encore que ce sont des gens qui discutent pour essayer, ni plus ni moins, d'infiltrer le milieu. Je pense que l'approche communautaire, c'est beaucoup plus celle d'essayer vraiment que l'intervenant soit tout le temps investi de sa place dans le milieu, surtout de la place du client dans son milieu comme tel, pas dans le milieu de l'hôpital, pas dans le milieu du système de santé, mais dans le milieu de vie de la personne. Je pense que ce que permettent les CLSC, c'est vraiment ce partage des rôles et aussi une certaine revalorisation de différents rôles. Cette approche dans les CLSC m'apparaît actuellement beaucoup plus importante et beaucoup plus significative que tout le *fla-fla* qu'on peut faire autour de certaines actions communautaires qui, de toute façon, n'existent plus beaucoup dans les CLSC, en termes d'organismes communautaires qui infiltreraient des associations et des choses comme ça. Je pense que, maintenant, les intervenants communautaires supportent certains organismes du milieu, mais on a beaucoup plus une espèce d'action autour de l'approche des gens en tenant compte de leur milieu de vie.

M. Trudel: Et ça nous entraîne toujours sur le terrain de la complémentarité, sous différents aspects. Vous en avez parlé dans votre présentation, vous disiez, à titre personnel, par exemple: Comme pratique dans un CLSC, je dois aller intervenir avec mon bénéficiaire dans un centre hospitalier où le mode de rémunération fait beaucoup de choses, je change de cadre, etc. Vous avez vu, évidemment, la proposition ministérielle des conseils d'administration unifiés par territoire de CLSC où, entre autres choses, vous vous retrouveriez éventuellement avec des partenaires, au sein d'un même conseil d'administration, avec un centre hospitalier, des centres d'adaptation, etc. Est-ce que vous pensez que cette formule-là va effectivement favoriser la complémentarité? Je sais que vous ne vouliez pas faire un débat au niveau des structures, j'ose quand même vous en parler parce que ça prend une dimension très importante dans le projet de loi. Est-ce que vous pensez que l'objectif recherché de complémentarité, on va l'atteindre avec un pareil instrument, un conseil d'administration unifié pour un ensemble d'établissements dans un même territoire de CLSC?

M. Munger: Au-delà du conseil d'administration unifié, il y a un concept qui est extrêmement intéressant, c'est le mariage de différentes

institutions complémentaires à l'intérieur duquel la circulation de services, la compréhension et, je dirais, la complicité des intervenants seront beaucoup plus faciles. Ça, c'est extrêmement intéressant; ça, c'est extrêmement intéressant, et je pense que ça favoriserait beaucoup... En fait, c'est un système intégré de soins et de services où on retrouvera des centres hospitaliers de courte durée, de longue durée, des CLSC, des préoccupations de maintien à domicile, une hospitalisation à domicile, si on veut, des centres d'accueil, etc., et ça m'apparaît extrêmement important dans la mesure où, justement, il y a cette souplesse-là. Quand on l'aborde, moi, le concept, je le trouve extrêmement intéressant. J'ai vu que certaines préoccupations sont sorties cet après-midi dans le sens de dire: Oui, mais par territoire de CLSC ou par territoire de CH. Ça m'apparaît, à mon point de vue, je vous le dis bien humblement, très secondaire. Dans le fond, ce n'est pas tellement le territoire du CLSC ou du CH qui est important, c'est une représentativité et une espèce de concordance entre ces unités et le fait qu'on a un service vraiment intégré pour un territoire ou une population donnée. Moi, je trouve ça très intéressant si, au-delà du conseil d'administration, on est capable de trouver des façons pour que les gens se parlent et que les services se rendent, et que les gens puissent effectivement travailler à l'intérieur de ce réseau-là de façon facile. C'est épineux aujourd'hui.

Bien sûr, je ne veux pas tomber dans les exemples et tout ça, mais on vit des exemples tous les jours, actuellement, où le réseau est d'une telle lourdeur que c'est absolument incompréhensif. Juste un exemple que ça permettrait peut-être d'éviter. On a une patiente qui est une profonde déficience mentale dont la mère est actuellement extrêmement malade et qui est surprotectrice, etc. Cette jeune fille ne sort pas de la maison, n'a jamais sorti, elle a 30 et quelques années. La mère est prise avec un problème de santé épineux: elle est angineuse, une nouvelle angine, donc une angine instable, et elle a probablement un cancer de l'intestin. Donc, le système va sauter prochainement. Tout ce qu'on veut, pour le moment, c'est se documenter, on a besoin de rendre un service à cette dame-là, donc l'hospitaliser, définir le diagnostic, apporter un traitement adéquat et circonscrire mieux le problème. On essaie, depuis avant Noël, de trouver une ressource dans le réseau pour accommoder la fille en question. Impossible. Impossible, impossible. On a cogné à toutes les portes et je vous le dis, on est une équipe, les travailleurs sociaux sont là-dessus, ça ne marche pas et c'est inacceptable. Ça, ça m'apparaît épouvantable et il faut vaincre ça. Et si cette formule-là permettait ça, moi, j'achète ça à cent milles à l'heure.

M. Trudel: Mais vous faites quand même la

remarque que ce n'est certainement pas que ça, qu'un conseil d'administration. Il faudrait qu'il y ait des mécanismes afférents. Bon, ça va.

M. Munger: On ne parle que du conseil d'administration et ça, ça me laisse sur mon appétit.
(21 heures)

M. Trudel: C'est le moins que l'on puisse dire. Il y a un autre des aspects que vous avez touché très rapidement. Vous disiez: On est plusieurs à faire de la première ligne, chez nous, la clinique privée, la polyclinique, etc., et vous faisiez remarquer, vous disiez: Oui, il y a certainement de la complémentarité, on peut facilement travailler avec cela. Tout cela dépend de: C'est où ces histoires-là? Où est le CLSC? Il agit dans quel secteur? Les polycliniques? Ce matin, les directeurs généraux d'institutions de services de santé et de services sociaux nous ont fait une suggestion, ils ont fait une suggestion au ministre, que pour la pratique privée une des solutions de répartition de ces ressources serait la nécessité d'obtenir un permis gouvernemental à l'ouverture d'un cabinet, d'une clinique privée, dans telle localité, tel territoire ou tel secteur. Vous réagissez comment à cela, si l'État décidait de donner suite à cela, pour mieux planifier la dispensation des services au Québec sur un territoire? Dans le cas des CLSC, c'est vite réglé, la loi permet de le faire, ils sont là. Dans le cas du privé.

M. Munger: Dans notre cas, effectivement, c'est vite réglé. Par rapport à l'autre aspect, je ne sais pas. Il m'est apparu, par exemple, quand même que, sur la question des omnipraticiens et de leur répartition, il y avait eu des énergies qui avaient été mises dans les dernières années et qu'effectivement le problème était moins crucial actuellement pour toutes sortes de raisons. Bien sûr, je pense qu'il faudra prévoir d'autres modalités; ça me semblerait difficile. Je pense que vous allez entendre prochainement les médecins internes et résidents, la réalité de la pratique naissante, etc. Je vais plutôt leur laisser le soin de répondre à une question comme celle-là. Ça va moins nous toucher, ceux qui sont en pratique active, et encore moins ceux qui sont en CLSC et quoique encore la réalité de la médecine fait en sorte qu'il y a beaucoup aussi, il faut comprendre, de médecins qui sont en CLSC et qui vivent d'autres réalités et que les 800 que vous voyez dans les CLSC ne sont pas en CLSC depuis douze ans; il y a des ramifications et ces gens-là vont aller s'implanter en région éloignée, ils vont revenir. Pour toutes sortes de raisons, il y a beaucoup de mouvement dans le réseau actuellement qui fait que, s'il y en a 800 dans le réseau des CLSC, il y en a beaucoup plus qui y ont goûté ou qui y ont touché.

M. Rodrigue: J'ajouterais que les effectifs médicaux ne sont pas nécessairement l'objet de l'avant-projet de loi comme tel, mais, à votre question, je vous dirais qu'il y a une chose qui devrait être dans le projet de loi, c'est vraiment le "billing number" des médecins de CLSC. Je veux dire, j'encourage les médecins à pratiquer à l'acte comme tel. S'il y a une chose qu'on est venus demander ici, c'est: S'il vous plaît, laissez-nous donc faire de la médecine générale dans les CLSC; laissez-nous faire de la médecine de première ligne, comme c'est la vocation, entre autres, des CLSC; laissez-nous la faire comme on pense qu'elle doit être faite, dans une perspective d'approche communautaire, et laissez-nous la faire dans une perspective d'écoute des gens et d'écoute du milieu, avec un mode de rémunération qui nous permet de le faire, de telle sorte que, plutôt que de répondre aux questions par rapport aux médecins à l'acte, on serait beaucoup plus intéressés à répondre aux questions par rapport à la pratique médicale comme telle en CLSC.

La Présidente (Mme Marois): Ça va?

M. Trudel: Une toute petite dernière.

La Présidente (Mme Marois): Une toute petite dernière.

M. Trudel: Vous avez dit: Les honoraires fixes en CLSC, ça va, mais il y aurait des assouplissements nécessaires. C'est quoi les assouplissements nécessaires que vous recherchez, si ça peut se dire rapidement?

M. Munger: Écoutez! On porte les honoraires fixes à notre corps défendant, on ne s'en cache pas, c'est un mode qu'on a choisi, mais il y a beaucoup de gens qui ne croient pas ou qui ne veulent pas ce mode de rémunération là. Moi, quand j'ai parlé de souplesse, c'est ça un petit peu. Quand j'introduisais la notion que dans les autres unités du réseau... Vous parlez de circuit intégré. Bien, moi, il m'apparaît logique, si on parle de circuit intégré, qu'on puisse aussi voyager avec notre mode de rémunération dans les unités de services de ce réseau-là. Et ça, ce serait un grand assouplissement. Ça, c'est une notion importante aussi que je voulais livrer, et c'est une ouverture vers les honoraires fixes. Je suis conscient que ce n'est pas tout le monde qui achète ce concept-là, mais c'est celui que nous, on défend.

M. Trudel: On peut vous aider, effectivement. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Il nous reste encore une minute et demie. J'aimerais vous faire partager une réflexion que j'ai faite depuis un moment et j'aimerais vous

entendre réagir sur ça. D'abord, je dois vous dire que j'ai déjà été directrice générale de CLSC il y a quelques années et j'aurais rêvé avoir des médecins au CLSC, mais ils ne venaient pas, à ce moment-là, dans les CLSC. Ça fait plus de douze ans, disons. Cela étant dit, j'ai l'impression que tout le brassage qu'on a connu dans le réseau, de structures, de changements de modes de fonctionnement, a fait en sorte qu'on a abandonné, non pas le concept de médecine familiale, mais le concept de médecin de famille. Et l'impression aussi que j'ai eue, et même la volonté qu'il y avait, à certains moments, à l'égard des CLSC, c'était de voir renaître cette approche-là. Et on a discuté depuis le début de la commission, et ce sera comme ça jusqu'à la fin, du fait que l'on doit arriver à mieux contrôler les coûts et du fait qu'il y avait surproduction d'actes et surconsommation d'actes, dans les extrêmes, on s'entend, mais que ça existait. Et le sentiment que j'avais en entendant tout le monde et que j'ai en vous entendant, c'est de me dire: Si le pendule pouvait revenir à cette notion de médecin de famille, est-ce que le système ne s'autocontrôlerait pas de lui-même et on ne serait pas amenés à inventer toute espèce de moyens très technologiques et bureaucratiques mais auxquels on est un petit peu acculés parce qu'on ne voit pas d'autre porte de sortie?

M. Munger: Moi, j'endosse cette position-là quoique le concept de médecine familiale est un concept qui est probablement plus facile à articuler chez nos voisins dans l'Ouest du pays. Je vous avouerai qu'on est profondément attachés quand même à ce concept-là, mais il faut voir que la réalité de la pratique familiale, compte tenu de la complexité de la médecine et aussi de la complexité des familles, si vous me le permettez, rend ce modèle-là ajustable, mais difficilement... On ne peut pas récupérer un certain nombre de choses, c'est ce que je veux dire.

Je vous dirai, par exemple, que, quand je parlais de tronc commun en services de santé courants, j'étais bien conscient que tout un chacun développait, parce qu'on a des programmes dans les CLSC, des habiletés ou un attachement particulier à une clientèle, restant entendu qu'il y a un tronc commun en services qu'il faut assurer et que tout le monde doit mettre la main à la pâte.

Ce qu'on essaie de vendre comme concept sur le plan de la médecine familiale dans les CLSC, c'est que le collectif des médecins qui participent à la tâche, on a une belle pratique de médecine familiale. Individuellement, c'est de plus en plus difficile, c'est une réalité qui est de plus en plus difficile à vivre. Il faudra dire aussi, par exemple, que ce concept-là, c'est le concept de base de la formation des omnlpratciens au Québec encore à l'heure actuelle. Donc, c'est un concept qui est très influent et très important encore dans la réalité de la pratique des

omnlpratciens au Québec. Mais, dans son articulation, c'est plus délicat un petit peu. Puis, je pourrais peut-être demander à Jean de conclure là-dessus puisque j'ai oublié de vous dire qu'il est aussi attaché au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et c'est une question qui l'intéresse particulièrement.

La Présidente (Mme Marois): Ce sera la phrase de conclusion.

M. Rodrigue: Oui, mais, sans parler de l'enseignement, je vous dirai, Mme Marois, que vos propos me surprennent. Je ne voudrais pas que le poids de la loi et que le poids du système de santé reposent essentiellement sur les médecins, fussent les médecins omnlpratciens.

La Présidente (Mme Marois): Ha, ha, ha! Ce n'étaient surtout pas mes propos. D'accord. Alors, on vous remercie. M. le ministre? Ça va.

M. Côté (Charlesbourg): Merci bien.

La Présidente (Mme Marois): Merci d'être venus témoigner devant nous. J'inviterais maintenant la Fédération des médecins résidents et internes du Québec à prendre place, s'il vous plaît.

Alors, Dr Brossard, président, bienvenue. Ça me fait plaisir de vous inviter à présenter les personnes qui vous accompagnent et, ensuite, à procéder à la présentation de vos propositions, remarques ou commentaires pour, ensuite, nous laisser un peu de temps pour des questions.

Fédération des médecins résidents et Internes du Québec

M. Brassard (Jean-Hugues): D'accord. Jean-Hugues Brassard, président de la Fédération. À partir de la droite, Mme Johanne Poulin, qui est responsable des dossiers traitant des politiques de santé à la Fédération; Dr Rolla Hraibeh, qui est secrétaire de la Fédération; à ma gauche, M. Jean Guoin, directeur général de la Fédération et, tout au bout, M. Patrick Labelle, directeur administratif.

Je n'avais pas l'intention de relire le mémoire que vous avez sûrement déjà lu, mais plutôt d'y apporter des commentaires pour élargir un petit peu le cadre des affirmations qui sont faites et des commentaires qui s'y trouvent. Les quelques commentaires que je tiens à faire nous tiennent à coeur. Ils portent surtout sur des grands principes, beaucoup plus que sur l'ensemble des dispositions qu'on retrouve dans l'avant-projet de loi.

L'avant-projet de loi prévoit des modifications majeures des structures. On suppose que ces modifications se posent en solution, en thérapeutique si on peut dire, de problèmes et de

difficultés qu'on retrouve dans le système. Quand on n'est pas d'accord avec les affirmations de l'avant-projet de loi, c'est de deux choses l'une: ou on n'est pas d'accord avec le diagnostic qui était préalablement posé, donc on ne peut pas être d'accord avec la thérapeutique; ou, si on s'entend sur le diagnostic, c'est qu'on n'est pas d'accord, tout simplement, sur la conduite thérapeutique du traitement adopté.

Avant de discuter des solutions que suggère l¹ avant-projet de loi, je pense que je vais apporter quelques mots sur ce qu'on pense être le problème dans le système. Il y a une commission qui s'est longuement penchée là-dessus, la commission Rochon. Certaines de ses affirmations, quant au diagnostic, par de nombreuses personnes, étaient désavouées. La perception des problèmes que nous avons tient un peu de notre particularité dans le système. Les médecins résidents sont de jeunes médecins - vous pouvez le voir - et, pour la plupart, ils sont au début d'une expérience professionnelle. Ils ont une courte expérience professionnelle, mais elle est entièrement consacrée au système de santé, au réseau de santé universitaire.

La vision qu'on a du système tient au fait qu'on est très mobiles, qu'on circule entre les établissements et qu'on en visite plusieurs. Elle tient aussi au fait que, comme on travaille de longues heures, on les visite de jour et de nuit et qu'on côtoie tout le monde dans ces établissements. Que nous disent tous ces gens qu'on côtoie à toute heure du jour? On côtoie des médecins, des infirmiers, des infirmières, du personnel de soutien et on constate que tous ressentent un malaise et que tous considèrent que les choses vont plus mal qu'il y a dix ans. Mais, si on leur demande précisément qu'est-ce qui va mal, ils ignorent l'état réel des choses, ils ont très peu d'information sur ce qui se passe. Il y a un malaise mais peu d'information. Ils ignorent les solutions qui sont préconisées et ils ignorent souvent les instances qui les préconisent, d'où ça vient. Bref, ils ne savent pas ce qui se passe, ils ne savent pas d'où ça vient. Je parle autant pour les médecins que pour le reste du personnel.

Mais, il y a une chose dont ils sont convaincus, c'est que, quelle que soit la solution qui est apportée, ils n'en font pas partie, ce n'est pas eu qui l'ont pondue et ils ne sont pas responsables de la situation ni de la solution qui va être apportée. C'est leur perception. C'est là, à mon avis, le principal problème; c'est que personne ne se sent responsable dans le système.

Comme chacun de ces intervenants n'a pas une place importante dans les décisions et dans les orientations du système, ils se sentent un peu comme des pions dans un jeu dont les enjeux les dépassent. Ils se désintéressent progressivement, ils négligent leur part de responsabilité. Ils ont été, si on peut dire, déresponsabilisés au cours

des années. Un système de santé ne peut pas être meilleur que les gens qui le forment. Quand on a des artisans qui ont perdu une grande part de leur sentiment de responsabilité parce qu'ils ont manqué d'information, parce qu'on ne leur a pas laissé une assez grande marge de manoeuvre ou de décision, comment construire quelque chose de solide?

Tout changement aux structures qui veut améliorer une lacune actuelle doit prévoir une responsabilisation des gens, une plus grande autonomie locale, une plus grande participation des principaux intervenants, tant à la planification, à la gestion qu'à l'administration locale. Il faut redonner des responsabilités et faire en sorte que les gens les prennent.

Certains ont affirmé que le système est prisonnier de divers groupes d'intérêts, dont les médecins. Ça a été dit. En fait, ces groupes d'intérêts sont souvent composés de gens qui devraient participer à la gestion et qui n'y participent pas et qui ont, en fait, très peu de pouvoir et qui se posent en quémandeurs. Ils viennent quémander qu'on les entende simplement parce qu'ils ne se retrouvent pas aux bons endroits pour revendiquer et pour exercer une certaine part de gestion, une certaine part du pouvoir de gestion.

Il faut responsabiliser de nouveau ceux qui nient toute responsabilité parce qu'ils ont perdu leur marge de manoeuvre et c'est là la priorité à notre avis. C'est là que l'avant-projet de loi nous inquiète. C'est que, dans les faits, on a l'impression que c'est le contraire qui va se passer et on a l'impression que ça va aggraver la situation. On parle de l'avenir parce que c'est sûr que notre rôle actuel, qui en est un important dans les divers centres universitaires, va l'être de plus en plus puisque demain on espère se retrouver à ces divers paliers dont on discute.

L'avant-projet de loi veut interdire toute participation aux structures décisionnelles du personnel d'établissement; à notre avis, ce sont des artisans importants dans le système de santé. Voilà une mesure qui ne va pas encourager les gens à se sentir autre chose qu'un outil ou qu'un objet entre les mains du ministère, qui ne va pas encourager les gens à prendre en main leur destinée et la destinée du système et à dépasser leurs préoccupations quotidiennes. Rien ne peut vraiment changer, et ce ne sont pas des directives, ce ne sont pas des règlements, ce ne sont pas des ordres d'en haut qui vont changer quoi que ce soit si on ne change pas la mentalité. L'avant-projet de loi, à notre avis, encourage une vision viciée du système, toute la responsabilité du côté ministériel et une très faible part de responsabilité en périphérie localement.

(21 h 15)

Nous croyons fermement que la gestion doit être participative au sein des établissements et qu'il faut redéfinir les responsabilités des

participants. Quand on dit participative, ça ne veut pas dire, il ne faut pas y voir, excusez l'expression, un "free for air". C'est une participation de tous ces intervenants. Mais il faut que ces gens aient des comptes à rendre. Oui, il faut qu'ils soient imputables dans leur gestion quand on les implique, mais il ne faut pas les éliminer; il faut les inclure.

Ensuite, l'avant-projet de loi prévoit, pour les centres hospitaliers autres que les CHU, une plus grande surface d'administration pour chaque CA, deux ou trois fois plus de choses à gérer et, quand on regarde leur composition, deux ou trois fois moins de connaissances du milieu et fort peu de rencontres. Une structure qui risque de faire en sorte que les conseils d'administration soient les spectateurs des événements.

Les décisions vont revenir aux directeurs généraux et à leurs adjoints, qui sont eux emprisonnés dans un filet serré de règlements. Il faut que les conseils aient un espace réaliste à gérer si on désire que ça fonctionne, il faut qu'ils puissent le faire avec une liberté réelle, détachée des mailles réglementaires qui les étouffent. Et ça c'est particulièrement vrai en ce qui a trait aux règles budgétaires. Il y a de nouveaux modes de financement et de nouvelles règles budgétaires qui s'imposent, et probablement, comme d'autres l'ont dit, c'est là le cœur du problème. On nous affirme que l'État a atteint sa limite en ce qui a trait à sa capacité de payer. C'est possible. En fait, pour que cette limite puisse être dépassée, il faudrait que quelqu'un pose la question clairement à la population: Préférez-vous plus de services et plus d'impôts ou moins de services et moins d'impôts? Évidemment, personne ne va aller poser cette question parce qu'on sait très bien que la population veut plus de services et moins d'impôts et que ça ne nous avancera pas beaucoup. Donc, la capacité de payer de l'État est fixe et on sait qu'il y a de nouvelles sommes nécessaires. Alors, de deux choses l'une: ou bien il faut contrôler étroitement les dépenses actuelles... et ça c'est le travail de chacun et aussi des médecins qui, si on réussit à les responsabiliser en les faisant participer à la gestion, se sentiront peut-être responsables aussi de contrôler les coûts de la pratique qu'ils exercent.

Ça veut dire aussi qu'il faut laisser aux établissements le moyen de trouver toute source de financement qui ne remettrait pas en cause les principes d'universalité et d'accessibilité. À notre sens, toute source de financement qui respecte ces principes-là est une bonne source de financement. Il faut encourager les fondations et il faut laisser aux établissements le loisir de gérer cet argent et de le dépenser comme ils le veulent. Il faut laisser aux hôpitaux le soin de gérer leurs surplus et ne pas les pénaliser les années suivantes pour encourager une gestion saine. Certaines personnes qui sont passées avant nous; entre autres les directeurs généraux,

semblaient déborder d'idées. Peut-être que parmi leurs idées il y en a quelques-unes qui peuvent amener une arrivée d'argent neuf qui respecte les principes d'universalité et d'accessibilité. Bref, pour le ministre et pour le ministre, se comporter un peu en actionnaires majoritaires d'entreprises que les participants gèrent eux-mêmes, participants qui ont des comptes à rendre toutefois et des principes fondamentaux à respecter. Il faut garder le contrôle, mais laisser de la marge.

On a beaucoup parlé des établissements, un petit peu moins des régies régionales, des instances régionales. Une planification régionale afin de concerter les efforts de chacun, d'éviter les doublages, d'intégrer, à notre avis, c'est nécessaire. Toutefois la description actuelle qui est faite dans l'avant-projet de loi nous laisse sceptiques quant au pouvoir réel que va posséder cette instance et on doute qu'elle va pouvoir fonctionner vraiment bien et être efficace. On s'inquiète parce que à quoi ça sert d'instaurer une instance qui n'aura pas de réels pouvoirs auxquels vont participer beaucoup de gens, sinon aller démotiver et renforcer leur sentiment d'impuissance le jour ils vont s'apercevoir qu'ils n'ont pas de réels pouvoirs?

Oui à une instance régionale, mais à une instance avec des pouvoirs. Sinon non, parce que c'est un simple facteur de démotivation. Si le ministre peut nous assurer qu'après la création de son instance régionale il n'aura plus 100 % du pouvoir, comme il nous a dit qu'il avait, oui, alors, à une instance régionale, sinon non.

Enfin, j'aimerais glisser quelques mots plus précisément sur la place des médecins dans la gestion et la planification. Dans ces domaines, les talents des médecins, à notre avis, reposent essentiellement sur leur expertise médicale. C'est cette expertise-là qui leur permet vraiment de statuer sur ce qui est nécessaire pour exercer dans un milieu, de façon adéquate, tant la médecine préventive que curative qui, à notre avis, s'exerce en même temps et de façon indissociable et qui est exercée ensemble par la majorité des médecins. Cette expertise est sous-utilisée actuellement pour diverses raisons parce que beaucoup de médecins ne sont pas impliqués, parce qu'au cours des temps ils ont été démotivés, parce qu'il reste moins de niches à occuper dans les sphères de pouvoir. En fait, on devrait obliger - je dis bien obliger - l'expertise médicale à se réinsérer dans les niches de décisions de façon à pouvoir en profiter. Quelles niches pourrait-on prévoir pour eux? C'est clair que l'expertise médicale est nécessaire dans un rôle de contrôle de qualité et de quantité des ressources. Vérifier que ce qui se passe est adéquat et pouvoir tirer une sonnette d'alarme quand ça ne l'est pas. Une instance de ce type-là doit exister et doit comporter une grande part des médecins.

Une Implication active dans une instance de

planification à long terme tant locale que régionale demande la participation des médecins. Enfin, les CMDP sont un réservoir d'individus qui sont vraisemblablement sous-utilisés et qui, en tout cas, dans un domaine bien précis, seraient intéressés à avoir plus de mots à dire dans les régions en ce qui a trait aux effectifs médicaux. C'est en quelques mots les commentaires qu'on veut faire autour de notre mémoire et qui s'ajoutent à ce qui est déjà écrit là. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Évidemment, lorsqu'on s'entretient avec vous, on est pleinement conscient qu'on a affaire à nos spécialistes de demain. Ça m'apparaît extrêmement important puisque, effectivement, ce qu'on essaie de faire - on ne réussit pas toujours à 100 % - c'est de se doter de certains changements au niveau de notre système qui vont répondre aux besoins de demain.

Évidemment, votre expertise est intéressante parce que - vous avez bien pris soin de le noter au départ - vous n'êtes pas payés cher, je ne suis pas sûr que vous l'avez dit, mais j'ai entendu ça ailleurs: On n'est pas payé cher, mais on fait plusieurs hôpitaux et on travaille à des heures où il y en a certains autres qui ne travaillent pas. Donc, on peut voir un peu et apprécier un certain nombre de choses et ça, ce n'est pas une expertise qui est négligeable. Effectivement, de se promener dans différents centres hospitaliers, à des heures fort différentes, ça permet de voir et de constater des choses... Ce que je remarque comme constatation, c'est que le constat est moins dur que celui de la Fédération des médecins spécialistes et qu'il y a un peu plus d'ouverture quant à certaines modalités d'opération.

Ma première question sera la suivante: Compte tenu du fait que vous avez fait plusieurs institutions, que vous les faites à des heures fort différentes, que notre système aujourd'hui connaît des problèmes - on en a, je pense que tout le monde le reconnaît - cela me tenterait de vous dire, étant donné que j'ai dit qu'effectivement 100 % des décisions revenaient au ministre... Évidemment, quand on interroge le ministre, c'est toujours uniquement pour de l'argent. Alors, évidemment, c'est 100 % des décisions concernant l'argent. J'ai deux questions. Dans les centres hospitaliers aujourd'hui, qui décide? Qui mène? Parce que, pour moi, il y a une distinction entre qui décide et qui mène.

M. Brassard: Question intéressante. J'espère que vous le savez parce que sinon c'est inquiétant.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Brassard: Je peux vous traduire...

M. Côté (Charlesbourg): J'ai hâte de voir si votre réponse va m'inquiéter. Parce que, effectivement, j'ai des éléments de réponse; si vous ne me donnez pas les bonnes, je vais vous donner les miennes.

M. Brassard: Ce que je peux vous donner, c'est la perception qu'on a de qui décide et qui mène. Les médecins ont, en tout cas, la perception féroce que ce n'est pas eux autres. En tout cas...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Brassard: D'accord? Ce n'est pas eux autres qui mènent ni dans les décisions qui ont trait aux conditions de l'exercice de la médecine, c'est-à-dire dans le contrôle du nombre de lits qu'ils ont, dans le contrôle des appareils et du matériel, dans le contrôle du laboratoire... Ils n'ont pas toujours cette impression d'avoir le contrôle là-dessus, le contrôle sur le développement du cadre médical. Si on demande: Qui décide et qui mène? je vous répondrai honnêtement que je ne suis pas capable de dire pourquoi dans l'hôpital où je suis actuellement ils ont décidé l'été passé de remplacer tous les postes qu'il y avait autrefois en bois par des postes en formica, je ne le sais pas. Je ne sais pas d'où elle vient, je ne sais pas quelle est la raison. Pourquoi, cette année, ils ont repeint la moitié des murs de l'hôpital et pas l'autre moitié. Je ne sais pas pourquoi. Pourquoi il s'est acheté à tel endroit, pourquoi à l'hôpital Saint-Luc, il y a deux CAT-scans et une résonnance magnétique alors qu'à l'Hôtel-Dieu, pendant très longtemps il y a eu un vieux scan qui est tombé en décrépitude? Je ne sais pas pourquoi. Je ne suis pas sûr que je sais par quel processus et par quel moyen on en est arrivés là. C'est ça le problème. C'est que les gens ne le savent pas et la seule perception qu'ils ont, c'est de ne pas avoir été, en tout cas, de ceux qui l'ont décidé. Et quand on pose la question aux divers groupes, chacun nous dit: Non, ce n'est pas moi qui l'ai décidé, non ce n'est pas moi, donc, je ne faisais pas partie, non, je n'y étais pas. Mais à la fin on se dit: Mais qui y était? Et c'est ça le problème.

M. Côté (Charlesbourg): C'est pour ça que... Ma question ne se voulait pas un piège. Mais effectivement, on se demande à l'occasion qui décide et qui mène? C'est forcément les décideurs qui sont supposés être... Le conseil d'administration de l'hôpital n'est pas nécessairement constitué de ceux qui mènent. Il y a dans mon livre à moi une distinction très nette entre les deux et votre réponse n'est pas si claire que ça, parce qu'elle n'est pas si claire que ça. Alors, parce que, effectivement, les décideurs et ceux

qui mènent ont une influence directe sur un certain nombre de choses. Et ce matin on interrogeait des directeurs généraux qui, eux, dans certains cas, nous ont dit: ce n'est pas nous autres qui décidons et, dans certains cas, ce n'est pas nous autres qui menons parce que c'est le médecin qui va décider si l'on doit procéder à un examen sur un scan ou sur du très conventionnel Mercier qui coûte moins cher. Ils disent: On n'a pas d'autorité là-dessus. Effectivement, je pense que c'est vrai. Donc, à ce moment-là, à l'intérieur des établissements, et je pense que c'est encore le médecin - on se l'est dit à plusieurs reprises - que c'est encore celui qui est le plus habilité à faire des diagnostics. Quand même tu essaierais de faire faire ça au ministre, je pense qu'on va avoir des problèmes dans le problème de la santé. Faire un diagnostic, ça c'est votre responsabilité et je ne la veux pas non plus. Mais il y a, il faut bien l'admettre, dans des hôpitaux, aujourd'hui, deux sortes de pouvoir. Il y a le pouvoir du D.G. et il y a le pouvoir des médecins. Évidemment tout le monde agit au meilleur de sa connaissance et pour des bonnes causes. Alors, quand on parle dans l'avant-projet de loi - et je l'ai déjà admis en après-midi - que d'exclure les médecins du conseil d'administration, il y a de l'argumentation qui a été mise sur la table au cours de la journée qui nous porte à réfléchir et à dire: Je pense qu'on va revoir des choix, un certain nombre de choses là-dessus, parce qu'il y a une expertise extrêmement importante. L'idée de base était: Il ne faut pas que le conseil d'administration soit mené par une catégorie de professionnels de l'hôpital, que ce soit le D.G. ou que ce soit le médecin parce que, évidemment, le docteur Richer nous a dit, cet après-midi là: Vous pouvez bien dire que le médecin est bien fort au conseil d'administration, mais pensez au D.G. aussi, il est tout aussi important. C'est une question d'arriver avec des poids relatifs où il peut se prendre des décisions au profit du centre hospitalier. Donc, c'est pour ça que ce n'est pas si clair que ça, et qu'on a intérêt à finir par décider qui mène et qui décide. Pour savoir qui décide, il va falloir en arriver à une structure au niveau d'un conseil d'administration où il y a un équilibre des forces en présence et, à ce moment-là, on va peut-être probablement réussir à faire un bon bout de chemin. J'en arrive à la région régionale ou ce qui est proposé comme région régionale. Vous dites: Peut-être pour autant que la région régionale ait des pouvoirs entre les mains. Quels sont les pouvoirs que devrait avoir la région pour être capable de planifier et aussi pour être capable de décider sur le plan régional? Moi, je suis un de ceux qui sont convaincus qu'une région régionale est nécessaire au niveau des régions pour être capable de déterminer elle-même leurs besoins et les priorités qu'elles veulent bien se donner au niveau d'une région parce qu'on l'a entendu tantôt par les médecins

de CLSC: Tu ne pratiques pas de la même manière dans le monde rural que tu pratiques en milieu urbain.

M. Brassard: Je vais d'abord revenir, avant de répondre à cette question-là, sur les pouvoirs des médecins. Quand on se réfère aux pouvoirs du médecin en se référant à son exercice de la médecine, à sa pratique de la médecine en disant: Il y a du pouvoir parce que c'est lui qui diagnostique et c'est lui qui prescrit, on peut voir ça comme un pouvoir et on dit que son pouvoir est d'autant plus important que c'est lui qui décide des tests, et donc c'est lui qui génère les coûts. (21 h 30)

Il y a quelque chose de très important dans ça. On a l'impression, quand on entend ça, que le médecin praticien a le choix de demander n'importe quel test face à n'importe quelles conditions, qu'il peut choisir entre un scan et un examen normal et que c'est lui qui le décide vraiment. Ça, c'est un peu faux. Ce n'est pas lui qui décide vraiment parce que la médecine qu'il exerce, il l'exerce en vertu de recherches scientifiques et en vertu d'une "littérature" scientifique qui lui dicte les conduites à observer devant des problèmes de santé précis. Quand il se retrouve en face d'un problème de santé X et que la "littérature" recommande, dans ce cas-là, de faire un scan, il n'a pas le loisir, vraiment, lui comme individu de choisir qu'on va juste faire un autre examen. Ce n'est pas ça qu'il doit faire, et il n'est pas libre vraiment de choisir ça. Je pense que c'était important d'arrêter de présenter ça, la liberté du choix de l'examen. Il y a des lignes de conduite, il y a des algorithmes décisionnels qui sont les algorithmes de l'art, c'est-à-dire qui sont dans les règles de l'art et qu'on doit respecter. Donc, en voulant, comme individu, contrôler les coûts, on ne peut pas les contrôler en deçà des règles de l'art. Parce que là, on fait de la mauvaise médecine. Et ça, c'est important. Donc ce pouvoir... La médecine n'est pas toujours inventive dans la mesure où elle peut changer ses conduites comme ça. Elle est souvent reproductive dans la mesure où elle reproduit ce qui est conseillé de faire. En ce sens, ça limite de beaucoup le pouvoir du médecin ou le contrôle du médecin là-dessus.

Quant aux régions régionales, il est clair que ce qui nous importe c'est que ces instances aient... Elles ont comme principal rôle, si elles existent, de concerter les efforts et de planifier de façon à intégrer les efforts des différents établissements pour ne pas faire de dédoublement et pour qu'ils se complètent mutuellement. Pour faire ça, il faut donc qu'elles aient un pouvoir d'imposer certaines choses aux établissements. Il faut aussi qu'elles aient le pouvoir de répartir des budgets, sans s'en référer constamment au ministre, sans s'en référer, pour toute décision, à l'instance supérieure. Quand on lit: La région

régionale, dans la mesure où le ministre n'accorde... dans la mesure où l'approbation du ministre... dans la mesure... Au fond, on va rédiger quelque chose, on va le mettre sur le bureau du ministre. On va le faire signer, ça va revenir et là, ça va marcher. Il y a de ces étapes qui doivent sauter. Il va falloir qu'on accepte le fait que ces régies soient autonomes, gèrent des fonds sans que le ministre ait un regard immédiat là-dessus. Plus tard, quelque temps après, quelques années après, s'il le faut, si ce sont des *plans* triennaux, des plans quinquennaux - ça peut être long des plans de santé - à un moment donné, vous dites: Ça n'a pas été fait correctement, on tape sur les doigts. Il y a des étapes de cet ordre qui devront sauter. Quand on lit l'avant-projet, on a l'impression qu'à chaque phrase il y a une référence au retour au ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends ce n'est pas nécessairement "non" aux régies pour autant qu'elles aient des pouvoirs, mais quand même elles doivent demeurer imputables sur le plan régional, de telle sorte que le ministre, peu importe qui il est, à un certain moment donné, puisse faire l'évaluation de ce qui s'est passé avec l'argent qu'on a transféré.

M. Brossard: C'est important que les gens qui participent soient responsabilisés et pour ça, il faut qu'ils aient des pouvoirs réels et qu'ils soient imputables. Ça ne fait aucun doute.

La Présidente (Mme Marois): M. le député de Matapédia.

M. Paradis (Matapédia): Mme la Présidente, on dit toujours que si le gouvernement ou si les représentants de l'Assemblée nationale étaient en plus grand nombre du genre féminin, on aurait une perception ou une différenciation des perceptions. J'aimerais demander aux deux dames qui sont à cette table si elles partagent, ou si elles ont une vision différente de ce que leur confrère a énoncé, ou si le fait d'être médecin rallie tous les points de vue?

Mme Hraibeh (Roila): Non, je pense que je suis parfaitement d'accord avec le point de vue de Jean-Hughes qu'on ne peut pas accepter ou qu'on ne peut pas complètement mettre de côté le médecin comme participant dans le système de santé et dans la gestion du système de santé, c'est certain. Comme l'a dit le Dr Brossard, c'est évident que c'est celui qui est le plus apte à évaluer les besoins du système dans le sens que c'est celui qui est capable de diagnostiquer, c'est celui qui, en fonction de la technologie disponible et de la recherche qui lui est disponible, est capable de gérer, si vous voulez, les coûts de la santé. Comme l'a dit Jean-Hughes, si on a

besoin de faire un CT-scan on n'ira pas faire un examen, comme un scan nucléaire, si on sait très bien que la supériorité est démontrée dans un cas pour un diagnostic. Le coût sera secondaire, à ce moment-là. Je pense que les médecins, c'est important qu'ils soient représentés au sein du système de gestion. C'est évident qu'on a besoin de participer avec les autres représentants dans le système de santé à cette gestion. C'est évident. Ce n'est pas parce que je suis médecin que je partage nécessairement toutes les opinions du Dr Brossard, mais je pense que c'est parce qu'on est exposés, dans le même milieu, aux mêmes conditions de travail et aux mêmes constatations et on ne peut pas, en lisant l'avant-projet de loi, tout simplement accepter tout ce qui est proposé et accepter aussi que notre rôle soit mis complètement de côté et d'être simplement des acteurs qui vont, comment dire? agir sur des ordres ou sur des suggestions sans avoir un mot à dire sur ce qui va se décider dans le système dans lequel on travaille, qu'on considère être... Vraiment, on est responsables de ce qui se passe dans ces milieux-là. On ne peut pas accepter de recevoir les commandes sans avoir un mot à dire sur la façon dont ça devrait se passer au bout de la ligne. Moi, je suis parfaitement d'accord avec le Dr Brossard.

M. Paradis (Matapédia): De toute façon, vous m'avez amené un point de vue de médecin, mais j'aurais aimé, en tout cas, une nuance un petit peu plus intéressante sur le fait que... Parce que moi, comme politicien, il arrive souvent que je me fasse sermonner en disant: Bon, la perception des femmes est différente, l'humanisation des femmes est beaucoup plus facile, enfin...

Une voix: Ha, ha, ha!

Mme Hraibeh: Mais, mais je pense...

M. Paradis (Matapédia): ...de telle sorte que j'aurais peut-être aimé avoir cette différenciation.

Mme Hraibeh: Mais je pense que ce n'est pas parce qu'on est médecin qu'on perd le côté humanitaire ou que ce n'est pas parce qu'on est femme qu'on devrait nécessairement avoir une caractéristique différente d'un médecin qui est mâle. Je pense qu'on conserve quand même une certaine identité, qu'on a certainement, peut-être... Il y a beaucoup de gens qui disent: Depuis qu'il y a plus de femmes dans le système de santé, il y a une certaine perspective sur... l'humanité revient, le médecin redevient humanitaire, mais je ne pense pas que ça va changer quoi que ce soit à la façon dont les femmes médecins vont agir dans le système de santé actuel et je ne pense pas que ça va changer quelque chose non plus, sur le plan décisionnel,

qu'il y ait des femmes médecins dans le système de santé. Je ne pense pas que les hommes médecins soient très différents dans la perspective de la gestion du système de santé. Je ne veux pas nécessairement paraître rien que médecin professionnel, mais je pense qu'il n'y a pas de différence. Je suis peut-être mal placée pour répondre à votre question parce que... En tant que professionnel, c'est primordial d'être professionnel avant d'être femme.

M. Paradis (Matapédia): Je ne veux pas épiloguer là-dessus, on aura sûrement d'autres occasions, en tout cas, pour échanger là-dessus. J'aimerais reprendre tout simplement, parce que ça m'intéresse beaucoup, les médecins en région, que ce soit par le biais des effectifs médicaux de la loi 75 ou par les régies, en tout cas, possibles... Que pensez-vous des enfants gâtés d'Augustin Roy?

M. Brassard: Vous savez, les positions du Dr Roy sont souvent très colorées et traduisent souvent sa simple opinion.

M. Paradis (Matapédia): Sa simple opinion?

M. Brassard: Oui, c'est ça.

M. Paradis (Matapédia): Ah bon!

M. Brassard: Il représente la Corporation professionnelle des médecins du Québec et ce n'est pas un organisme qui a pour tâche de représenter les médecins, c'est un organisme qui a pour tâche de défendre le public.

M. Paradis (Matapédia): Je vous arrête immédiatement, j'aimerais vous demander si vous faisiez partie du groupe de jeunes médecins, à l'époque, qui étaient à l'université et qui étaient venus faire une parade ici, en avant de l'Assemblée nationale où on vous a reçus en compagnie de l'ex-ministre, Mme Lavole-Roux et l'ex-député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, mon copain Baril. Est-ce que vous faisiez partie de ce groupe-là?

M. Brassard: Je ne faisais pas partie du groupe dont vous me parlez, mais j'étais, à ce moment-là, déjà à la Fédération des médecins résidents. C'était lors des modifications à la loi 97, je pense.

Une voix: Quatre-vingt...

M. Paradis (Matapédia): La loi 97, article 1.

M. Brassard: 97, C'est ça. À ce moment-là, on avait déposé un mémoire...

M. Chevette: C'était le pourcentage de la répartition des effectifs.

M. Brassard:... vous vous souviendrez, que j'avais d'ailleurs présenté. Donc, j'étais venu présenter, au nom de la Fédération, un mémoire.

M. Paradis (Matapédia): Ce que je veux dire c'est que...

M. Brassard: Mais on n'était pas...

M. Paradis (Matapédia):... à cette époque-là...

M. Brassard: À cette époque-là...

M. Paradis (Matapédia):... les gens...

M. Brassard: J'étais médecin résident, à l'époque, je n'étais pas étudiant.

M. Paradis (Matapédia):... les jeunes médecins, les Jeunes qui étudiaient nous avaient fait une promesse pratiquement solennelle, lorsqu'on les avait rencontrés en aparté dans une salle ici, dans cet édifice, où on nous avait dit: Ne vous inquiétez pas, retirez l'article 1 et nous allons desservir toutes les régions du Québec de par notre conscience sociale. Est-ce que c'est toujours le cas?

M. Brassard: Je pense que si on regarde révolution des effectifs médicaux depuis dix ans, il y a eu une nette amélioration de la répartition des médecins omnipraticiens et il y a des tendances qui suggèrent une amélioration de la répartition des médecins spécialistes. Le problème de la répartition des médecins au Québec, c'est plus complexe qu'un simple discours sur la conscience des individus. Il y a beaucoup d'éléments qui entrent en ligne de compte et il y a des facteurs qui font en sorte que certains ne sont plus mobiles à la fin de leur résidence alors qu'ils l'étaient au début, et il y a des facteurs humains et personnels qui sont généralement de l'ordre du mariage et des enfants, qui font en sorte qu'il y a des réalités dont il faut tenir compte, et dont le projet de loi auquel vous faites référence, à l'époque, ne tenait pas compte, et c'est ça qu'on était venus vous exprimer.

Je pense que, oui, il y a eu une évolution marquée dans la perception qu'ont les jeunes médecins des régions et de la pratique en région et que, oui, il y a une amélioration dans les choix de pratique et dans les choix de région d'installation de la part des jeunes médecins.

M. Paradis (Matapédia): Ça ne répond pas à ma question. Je veux bien qu'il y ait des choix personnels, mais je vais reprendre l'argumentation, à un moment donné, où on dit: Il y a 3000 étudiants qui font une demande d'admission aux facultés de médecine. Là-dessus, on accepte bon an mal an entre 500 et 600 étudiants qui coûtent

à l'État quelque chose, tout dépendant du cours qu'ils feront, entre 200 000 \$ et 300 000 \$. Et vous me dites: Pour des raisons personnelles, je ne desservirai pas les régions. Mais vous avez aussi le choix de ne pas étudier la médecine, si vous ne voulez pas aller en région, d'où l'argumentation du Dr Roy qui disait ceci: En guise de compensation pour les cours que la société a décidé de vous payer, le gouvernement est légitimé de demander à tout nouveau médecin de s'engager à exercer sa profession pendant un certain temps dans un endroit où on a besoin de ses services.

M. Brassard: Je ne sais pas si l'intention du législateur est de faire...

M. Paradis (Matapédia): C'est que, moi, je viens d'une région défavorisée au niveau des médecins, où on est obligé de se battre bon an mal an, faire le tour des campus universitaires, des hôpitaux universitaires pour essayer de recruter des jeunes médecins. Finalement, ce grand pèlerinage là, bien souvent, avorte - même si ce ne sont pas les sages-femmes, mais, enfin, il avorte.

M. Brassard: Je ne sais pas ce que vous voulez savoir exactement. Si vous voulez savoir si on est de tout coeur avec le problème de la répartition, oui.

M. Paradis (Matapédia): Je veux savoir si vous êtes toujours disposés à le faire et si vous n'avez pas la responsabilité, comme corporation médicale, tel que l'indiquait votre président, de desservir toutes les régions du Québec, parce que tout le monde a le droit d'avoir des services de santé adéquats dans toutes les régions du Québec.

M. Brassard: Je suis bien d'accord avec vous, tout le monde a le droit d'avoir des services de santé, je suis...

M. Paradis (Matapédia): Non, on a le droit d'être pour la vertu, mais comment on le fait, maintenant?

M. Brassard: Là, il y a plusieurs outils qui ont été instaurés, dont certains fonctionnent et d'autres ne fonctionnent pas; on n'en sait rien, ils n'ont pas été bien réévalués depuis leur mise en place, que ce soient des outils comme la rémunération différenciée ou que ce soient des outils comme la loi 75. Le ministère s'est doté de plusieurs mécanismes pour faire en sorte que les médecins aillent en région. Je pense qu'il y a une amélioration dans le déplacement des médecins; il y a plus de jeunes médecins qui vont en région, il y en a plus qui ont des velléités d'y aller... Malgré le fait qu'ils n'originent pas de ces régions-là, malgré le fait qu'ils ne viennent

pas des endroits où ils s'installent, ils acceptent de se déraciner pour y aller. Il y en a plus qu'avant. Je ne sais pas ce que vous désirez. Si vous désirez régler le problème, un problème qui existe depuis 60 ans, en 2 ans, je pense que c'est irréaliste. Je pense que les choses s'améliorent, que les mentalités évoluent et que tout ça est sur la bonne voie.

M. Paradis (Matapédia): Ça va.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le leader de l'Opposition.

M. Chevette: Oui, je voudrais continuer sur la même piste pendant quelques minutes.

M. Brassard: Une piste fort fréquentée.

M. Chevette: Pardon?

M. Brassard: C'est un sentier bien fréquenté.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Bien fréquenté, mais il y en a qui ne se familiarisent pas vite. Ma question est la suivante: Si vous jugez qu'il y a des individus qui vont en région qui ne sont pas nécessairement des régions, est-ce à dire que vous pensez qu'il devrait y avoir des chaises universitaires réservées à ceux qui viennent des régions?

M. Brassard: Je pense que...

M. Chevette: Est-ce que vous vous en prenez au mode de sélection des universités à ce moment-là?
(21 h 46)

M. Brassard: Certainement pas. Je pense que l'objectif principal des universités est de former les meilleurs médecins possible et de faire en sorte de sélectionner la meilleure population possible de candidats. C'est évident que la meilleure population possible de candidats dans les régions ne peut être représentée qu'au prorata de la population, tout simplement parce qu'on suppose que les courbes de qualité pour les futurs médecins sont distribuées de façon normale et qu'il y en a autant dans une région que dans une autre.

M. Chevette: Si je vous dis ça, docteur, c'est que vous savez pertinemment que les universités ont toujours dit: C'est la liberté totale, la liberté totale basée en particulier sur les résultats scolaires pour avoir une place en faculté. Et là-dessus, le Dr Augustin Roy, effectivement, est un de ceux qui disent: Écoutez, basée exclusivement sur les résultats scolaires, on se retrouve potentiellement avec des

individus qui ne veulent absolument pas aller en région et c'est anormal. Quelle est la différence entre un étudiant qui voudrait aller en région et qui a 86% et un étudiant qui ne veut pas aller en région, mais qui a 88% et qui passe avant? Je m'excuse, mais la science infuse des universités là-dessus, ça ne m'a jamais ébranlé, moi. Puis, je sais qu'il y en a qui peuvent se raidir dans leur chaise pour essayer de défendre ça. Ça ne me fatigue pas non plus. Je ne suis pas certain qu'un jour ou l'autre, pour activer des changements de mentalité, il ne faudrait pas en arriver à modifier précisément les critères d'admissibilité en fonction des besoins d'une population, parce que lorsque tu es en Abitibi, mon cher docteur, ou en Gaspésie ou sur la Basse-Côte-Nord, et que tu gagnes 40 000 \$, tu paies les mêmes maudits impôts que dans les autres régions du Québec. Et à partir de là, je pense que ce citoyen-là est en droit d'avoir une qualité et une équité de services tout autant qu'ailleurs.

À ce compte-là, et je continue mon raisonnement - parce que vous dites qu'il s'est amorcé un changement de mentalité; je vais essayer de contribuer à l'accentuer - à ce compte-là, ne croyez-vous pas que pour une profession où il n'y a aucune contrainte à la sortie, il n'y a pas un étudiant en médecine, résident ou interne qui, à la sortie de l'université, n'a pas de travail. Il bâtit lui-même son travail, contrairement aux autres professions. Tu études en pédagogie ou en psychopédagogie, si tu n'as pas d'enfants suffisamment, tu restes chez-vous. Tu études pour être infirmière, s'il n'y a pas de postes, tu ne travailles pas. Pour être jardinière, pour n'importe quelle profession autre que celle de médecin, au Québec, alors que le médecin a un emploi automatique... Est-ce qu'à partir de ce fait-là, à partir du fait que la société - c'est un principe fondamental - reconnaît de facto un emploi, on n'est pas en droit, comme collectivité, d'exiger que ces emplois soient répartis pour l'ensemble des payeurs de taxes qui y contribuent? C'est un principe qui se défend tout aussi bien qu'une liberté fondamentale d'accès et d'aller n'importe où. Ne croyez-vous pas ça?

M. Brossard: Je pense que rendu à ce niveau-là, c'est au législateur de décider s'il veut imposer totalement la répartition et faire en sorte de décider, ou si chaque praticien va décider. C'est clair que les médecins ont, pour simplifier l'exemple, un job assuré pour la simple raison, actuellement, que le nombre et la quantité de médecins qu'on forme et qui sortent sont déterminés de façon fort complexe à une table qui se penche et qui analyse ça justement pour ne pas en produire plus que ce qu'il faut au Québec et pour satisfaire très précisément les niches disponibles pour ces médecins. Bref, il ne peut pas y avoir de surproduction de médecins actuellement au Québec parce qu'on contrôle

beaucoup la production de médecins.

M. Chevette: Expliquez-moi donc pourquoi le ratio est passé d'un médecin par 575 à un médecin par 450 s'il n'y a pas de surproduction, à moins que quelqu'un nous ait menti hier, je ne sais pas. Je ne suis pas spécialiste, mais il y a du monde qui...

M. Brossard: Si je me souviens bien, la table de concertation qui s'est penchée sur le sujet a décidé d'une tarte de médecins qui était équivalente à celle de 1986 et qui ne croît qu'en fonction de facteurs de vieillissement de la population, de problèmes de santé, qui croît selon des critères bien précis dont le rythme de croissance est à déterminer dans les exercices jusqu'en 2016. Cette croissance contrôlée explique, je pense, la raison pour laquelle il n'y a pas de médecins au chômage au Québec.

M. Chevette: Mais ça dépend de la société. On pourrait décider demain matin... Le gouvernement, ce pourrait être un choix politique de décider que le ratio médecin-population est de un par 600. Ça pourrait être une norme nationale qui serait fixée par un gouvernement. C'est un choix politique. Il pourrait en payer la facture politique aussi, mais ça pourrait être un choix politique.

M. Brossard: C'est aux politiciens de le faire.

M. Chevette: Comment il se fait qu'au Québec, par exemple, on a décidé de laisser évoluer normalement... On a tenté des expériences. Je ne dis pas que ça a été des succès partout, mais il y a eu des expériences, par exemple, pour essayer d'équilibrer les omnipraticiens et les spécialistes, 60-40, rappelez-vous, avec le Dr Lazure à l'époque. C'est rendu un peu plus rapproché. Il y a toutes sortes de phénomènes. Mais on arrive aujourd'hui, avec l'évolution dans le domaine de la santé, et on se rend compte, qu'il manque, par exemple, des anesthesistes, des cardiologues, des psychiatres et qu'il manque... Je ne me souviens plus. Il y a quatre ou cinq spécialités qui manquent davantage.

Donc, à partir de là, c'est un choix de société qu'on a fait, c'est un choix politique qu'on a fait. Mais, est-ce que vous pouvez soutenir... Moi, c'est sur le plan des principes et je trouve ça assez grave qu'on puisse se permettre, et je ne l'admettrai pas non plus de vos grands frères, la Fédération des spécialistes ou celle des omnipraticiens, ce n'est pas à une profession - j'espère qu'on s'entend - de décider du type de contrat social qu'on se donne en santé. Sinon, c'est extrêmement grave, surtout que c'est un "open bar" dans la production et que c'est un budget fermé dans le paiement. On

s'en va où?

M. Brossard: M. Chevette, on n'a jamais soutenu ça. Vous affirmez ça comme ça, mais ça n'a jamais fait partie de nos affirmations, en tout cas, pas récentes.

M. Chevette: Ah! Comme ça, j'ai inventé ça?

M. Brossard: Enfin. Je ne me souviens pas d'abord d'avoir déjà déclaré ça comme représentant de la Fédération.

M. Chevette: Je ne dis pas que vous l'avez fait, mais vous avez l'air de soutenir que, d'ici 2016, tout est programmé. La France avait été programmée et ils se sont ramassés à un moment donné avec quoi? 14 000 médecins de trop..

M. Brossard: Vous savez, ce n'est pas moi qui l'ai choisie, cette table de concertation et qui a conçu cette programmation de l'avenir. Ce n'est pas moi qui ai conçu ça. Je constate ça. Vous me demandez comment est faite la programmation.

M. Chevette: Ah! Vous ne la défendez pas, vous la constatez.

M. Brossard: J'y participe dans la mesure de la place qui nous est laissée et quand vous dites qu'il manque d'anesthésistes, qu'il manque de psychiatres, on est bien conscients de tout ça et on est bien conscients qu'il y a certaines spécialités où on ne forme pas assez de médecins pour nos besoins.

M. Chevette: Pourquoi en est-on arrivé à la discussion ici, monsieur? C'est parce que vous avez soutenu, M. Brossard, qu'il y a une certaine forme de liberté et que vous excluez toute contrainte pour l'équité des services à la grandeur du Québec. Moi, ça m'agace à chaque fois qu'un groupe professionnel soutient ça. Que ce soient les omnis qui ont fait un effort assez magistral... On est en train d'aplanir les iniquités au niveau des omnipraticiens.

M. Brossard: Je pense que je vais...

M. Chevette: Ce n'est pas encore le cas au niveau des spécialistes.

M. Brossard: ...répéter ce que j'ai dit.

M. Chevette: Si je me base sur ce que le député de Matapédia disait tantôt, je me rappelle votre position lors de l'adoption de la loi 97, où vous ne vouliez absolument aucune contrainte. Je n'ai pas rêvé. À partir de là, est-ce que vous soutenez toujours que cela doit s'aplanir au gré,

aux volontés, avec des mesures incitatives, s'il vous plaît, payées par les citoyens du Québec, encore une fois, pour permettre une équité ou si ce n'est pas à un gouvernement, avec des choix politiques, à prendre des mesures pour assurer cette équité-là? Moi, ça m'agace de voir qu'il n'y a pas une volonté... C'est la seule profession qui ne se rend pas à l'évidence d'un droit à l'équité. Ça me chaque, ça m'agace, ça. Qu'avez-vous de spécial -- Bon Dieu! -- pour être différents des autres là-dessus?

Un prof qui sort de l'université... j'en ai défendu pendant dix-sept ans, moi, des profs. Il n'y avait plus d'enfants à Montréal. On les envoyait travailler sur la Côte-Nord, s'ils voulaient travailler, parce qu'il y avait un ratio à respecter. En médecine, les psychiatres se concentrent à Montréal et à Québec et on n'aie dans le reste de la province avec des besoins. On va défendre ça tout le temps et le temps va arranger les choses, 30 ans, 40 ans. Mon oeil! Ça ne va pas assez vite quant à moi. Il va falloir se décider et se brancher. Ça, là-dessus, ne défendez jamais ça devant moi, je ne vous défendrai jamais.

M. Brossard: Bon, je n'ai rien à répondre à ça. Il n'y avait pas de question vraiment. Juste un rappel pour votre mémoire: Lorsqu'on avait présenté un mémoire sur la loi 97, vous l'aviez défendue, notre position, à l'époque, M. Chevette.

M. Chevette: Non, ce n'est pas ça que j'ai défendu, M. Brossard. Ce n'est pas ça que j'ai défendu. Quand vous avez demandé l'élimination, je m'excuse, Mme Lavoie-Roux ne voulait pas de la table de concertation. Moi, j'avais dit que le meilleur cheminement, c'était par la table de concertation. Vous nous disiez que c'était là que vous étiez prêts à signer. Rendus à la table, qu'est-ce que vous avez fait? Vous vous êtes opposés. Vous avez dit: Le temps arrangera les choses. Vous avez profité de cette tribune qu'est une commission parlementaire pour dire: Laissez-nous aller à la table de concertation, on va régler, et rendus à la table de concertation, vous avez dit: C'est le temps qui va arranger les choses. Vrai ou faux?

M. Brossard: Ça n'a rien à voir avec les faits qui se sont produits.

M. Chevette: Bien voyons!

M. Brossard: Je pense que c'est en dehors de la discussion.

M. Chevette: Bien voyons! En tout cas, vous ne nous ferez pas accroire ici, qui que vous soyez, que les gens doivent attendre la bonne volonté d'une profession pour recevoir l'équité des services. Ça, c'est clair.

M. Brossard: On s'entend bien là-dessus.

M. Chevette: Parfait! Donc, si on s'entend bien là-dessus, vous êtes d'accord pour qu'il y ait des moyens coercitifs pour assurer cette équité dans les plus brefs délais?

M. Brossard: Il y a déjà des moyens coercitifs en place qui sont, à mon avis, fort suffisants.

M. Chevette: Vous parlez du décret punitif?

M. Brossard: Le décret punitif, mais la loi 75 est un moyen coercitif important.

M. Chevette: Ensuite?

M. Brossard: C'est déjà bien suffisant.

M. Chevette: Est-ce que les autres, ce ne sont pas tous des incitatifs financiers?

M. Brossard: J'ai dit qu'il y avait des moyens incitatifs et des moyens coercitifs existants, en place, qui étaient suffisants actuellement; j'en ai nommé deux.

M. Chevette: Comment expliquez-vous que sur 70 postes universitaires de spécialité l'an passé, 39 seulement ont accepté? C'est suffisant?

M. Brossard: Ces 70 postes dont vous parlez, ce sont des postes qui sont assujettis à faire un séjour en région.

M. Chevette: De quatre ans, une signature de contrat de quatre ans.

M. Brossard: Vous savez, les gens, quand ils finissent leur cours de médecine, ont à choisir entre faire de l'omnipratique, se préparer à l'omnipratique, à l'exercice de médecine de famille ou entrer dans un programme de spécialité. D'accord? Alors, dans les postes de spécialité, il y a des postes qui sont non assujettis à des contrats et des postes qui sont assujettis à des contrats. Ce que vous me dites, c'est que tous les postes assujettis à des contrats n'ont pas été choisis par des gens qui, au contraire, ont préféré s'en aller pour se préparer à faire de l'omnipratique. Les raisons pour lesquelles ils n'ont pas choisi, est-ce parce qu'ils préféreraient l'omnipratique ou si c'est parce que, en se liant par contrat, ils auraient une punition à la fin, si, pour des raisons personnelles X, ils en arrivaient à ne pas être capables de respecter leur contrat? Je ne le sais pas. Peut-être que c'est vraiment parce qu'ils ont préféré l'omnipratique.

M. Chevette: Bon.

M. Brossard: Bon. Je ne suis pas capable de répondre à leur place.

M. Chevette: Je suis content que vous souligniez ça parce que... Je vais vous donner un exemple. Le gouvernement offre une opportunité, quelle qu'elle soit, de pouvoir équilibrer les choses par des postes précis pour quatre ans, pas pour une vie. On va grossir le nombre d'omnipraticiens, le ratio va encore continuer à baisser, la collectivité va payer, mais les moyennes de salaires ne baissent pas; le fardeau fiscal en santé augmente et on trouve ça normal. On s'en va vers un cul-de-sac s'il n'y a pas de mesures claires, précises. Est-ce que vous êtes d'accord avec ça? Est-ce que vous êtes conscient de ça?

M. Brossard: Je ne suis pas sûr que je vous suis entièrement dans ce que vous déclarez.

M. Chevette: Je vais essayer de vous expliquer ça différemment.

La Présidente (Mme Marois): On va le faire cependant dans un temps relativement bref. On n'est pas non plus dans un débat contradictoire. On va essayer de se resserrer un peu...

M. Chevette: Non, non, mais même si ce n'est pas contradictoire...

La Présidente (Mme Marois): Il est 21 h 58, disons qu'on a encore trois ou quatre minutes.

M. Chevette: Supposons qu'il y a 7000 médecins au Québec, 7000 omnis, et que, parce que les étudiants décident d'être des omnipraticiens et qu'à cause du système, ils ont la liberté entière d'aller où ils veulent, on se ramasse encore à Montréal avec un nombre grandissant d'omnis. Le ratio au Québec est un par 450; à Montréal il peut être de un par 400. Est-ce que, comme collectivité, vous reconnaissez le droit ou l'obligation à l'État de répartir équitablement les ressources? Parce que vous n'en avez pas parlé. C'est pourquoi je vous pose la question. Vous allez me... Je suis aussi bien de vous poser les deux à la fois parce que Mme la Présidente nous dit qu'on n'a plus de temps. Si on est obligés ou si l'on sent le besoin, en tout cas, nous les élus, d'aller vers une décentralisation à laquelle vous vous opposez à peu près tous comme corps professionnel, précisément l'objectif, c'est d'en arriver à donner une équité des services dans les régions. Et vous restez sur vos positions à savoir la liberté entière d'aller où vous voulez, de vous brancher comme vous voulez; mais c'est drôle, il n'y en a pas un qui est en chômage et il n'y a pas un salaire qui baisse. Vous partagez tout ça, vous autres?

M. Brossard: Premièrement, quant à l'objec-

tion sur la décentralisation, je pense que notre position est un peu plus nuancée que ça, là; on ne s'était pas opposés à la décentralisation. Deuxièmement, vous nous dites, au fond, que la liberté de choisir le type de carrière qu'on veut faire entre omnipraticien et spécialiste, est-ce qu'on ne devrait pas réglementer ça pour les médecins de façon à leur imposer un choix de carrière particulier? Moi, je suis un petit peu désolé parce que les qualités et les choix de carrière, quand on en vient à choisir entre une pratique spécialisée ou l'omnipraticque, etc., ça suppose une conviction et ce qu'on appelle une vocation, ramenons ce terme, qui est importante et qui ne s'impose pas de l'extérieur. Ne devient pas pathologiste qui veut, ne devient pas chirurgien qui veut, ni omnipraticien qui veut. Ça ne se prédit pas non plus à l'admission en médecine, qui voudra devenir chirurgien ou qui voudra devenir omnipraticien. Et je suis un peu désolé de dire: On va faire en sorte d'empêcher un certain nombre d'étudiants de devenir omnipraticien; on va les obliger à devenir psychiatre. Les qualités que ça prend pour devenir psychiatre, les qualités d'empathie, l'intérêt pour ce domaine-là, c'est quelque chose qui ne s'impose pas d'en haut et malgré toute votre volonté, je pense que c'est tout à fait irréaliste que de vouloir mettre sur pied un tel projet.

M. Chevette: Mais sans forcer quelqu'un, est-ce que vous êtes prêt à dire que si l'on changeait les critères d'admissibilité...

M. Brassard: Mais c'est imprévisible, qui va faire quoi?

M. Chevette: Non, non, si on changeait les critères d'admissibilité précisément au lieu de se baser sur la liberté entière du choix de l'individu, ou sur les résultats scolaires. Tu offres les opportunités en fonction des besoins, à partir des balises minimales: tu ne prends pas un gars qui a 60 % ou une femme qui a 60 % de résultats scolaires au cégep, mais tu peux prendre un gars qui a 80 % au lieu de 90 % et qui veut véritablement, par exemple, s'engager à aller travailler en région et à aller dans des branches qui lui plaisent.

M. Brassard: Est-ce que vous réalisez que pour former un médecin spécialiste, c'est dix ans, au minimum, parce que, après ça, il y a le "fellowship", ça peut aller à douze, treize, des fois plus? Est-ce que vous concevez qu'au cours de ces nombreuses années il se fait un développement personnel important, un épanouissement de l'individu qui fait en sorte que ce qu'il envisageait comme étant possible et comme étant désirable au début, peut ne plus l'être après? Oui, vous pouvez obliger des gens à choisir d'emblée quelque chose. Vous pouvez toujours, vous avez le pouvoir de le faire, mais non, vous

n'obtiendrez pas, à la fin, des praticiens heureux, des praticiens plus compétents et des praticiens qui vont faire une bonne médecine. Vous allez obtenir des gens à qui on a imposé des choses, à qui on a imposé un choix de carrière qui ne répond peut-être absolument pas à leurs aspirations à la fin de leur pratique. Je pense qu'au fin fond vous allez nuire à la population du Québec en faisant en sorte que vous allez avoir du personnel moins compétent.

La Présidente (Mme Marois): Ça va?

M. Chevette: Je ne suis pas convaincu de ça.

La Présidente (Mme Marois): Il semble que ce soit un peu difficile qu'on se convainque de part et d'autre, à ce moment-ci. M. le ministre, en conclusion.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, pour conclure, merci de l'ouverture au niveau des régies régionales. Je pense qu'on peut faire beaucoup de chemin à ce niveau pour autant que les vrais pouvoirs soient aux bonnes places, pas juste dans les mains du ministre, à ce que j'ai compris, à tout le moins.

La Présidente (Mme Marois): On vous remercie de votre présentation. Nous ajournons nos travaux à 10 heures, demain matin.

(Fin de la séance à 22 h 1)